

“RETI D’AZZARDO”

*Report di un progetto sperimentale di ricerca – intervento
sul gioco d’azzardo patologico*

A cura di Angela Biganzoli, Daniela Capitanucci, Roberta Smaniotto

Editing a cura di Marco Capelli

*Contributi di: Ardizzone M., Biganzoli A., Bonvin N., Capelli M.,
Capitanucci D., Carlevaro T., Colombo A., Delgrosso P., De Micco A. S.,
D’Urso A., Gola E., Lavanco G., Quaglia A., Smaniotto R., Unida M.,
Varveri L., Vignati L.*

INDICE

PREFAZIONE	p. 5
<i>di Ernestino Gola, Responsabile U.O.C. Dipartimento Dipendenze ASL Milano 1</i>	
PROLOGO	p. 7
Note sullo stato attuale di usura e azzardo nelle esperienze delle fondazioni antiusura in Italia <i>di Monsignor Alberto D'Urso, Segretario Consulta Nazionale Antiusura</i>	
1. INTRODUZIONE	p. 13
1.1 Definizione del problema	
1.2 Il progetto: presupposti, obiettivi ed azioni	
2. MAPPATURA E SENSIBILIZZAZIONE TRA GLI INTERLOCUTORI PRIVILEGIATI DELLA RETE	p. 19
2.1 Premessa	
2.2 Metodologia	
2.3 Il campione intervistato: caratteristiche e rappresentatività	
2.4 I risultati generali della ricerca	
2.5 I risultati specifici della ricerca	
2.5.1 Risultati comparati relativi al campione di Medici Medicina Generale, Operatori Ser.T/NOA e Operatori Altri Servizi	
2.5.2 Risultati relativi al campione di Medici Pediatri	
2.5.3 Risultati relativi al campione di Parroci e Volontari	
2.6 Conclusioni ed implicazioni	
2.7 Campagna informativa e monitoraggio degli esiti	
3. PRESE IN CARICO CLINICHE: STRUTTURAZIONE E SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO DI INTERVENTO	p. 45
3.1 La metodologia utilizzata	
3.2 La presa in carico al Ser.T di Parabiago	
3.3 La formazione degli operatori	
3.3.1 La formazione legale: metodologia utilizzata ed obiettivi	
3.3.2 La formazione legale: principali contenuti	
3.3.3 La formazione fiscale: metodologia utilizzata ed obiettivi	
3.3.4 La formazione fiscale: principali contenuti	
3.4 La supervisione degli operatori: la metodologia utilizzata	
3.4.1 Obiettivi della supervisione e situazioni problematiche "tipo"	
3.4.2 Valutazione della supervisione da parte degli operatori	
4. L'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE DEI GIOCATORI PATOLOGICI	p. 75
4.1 Considerazioni generali sugli interventi residenziali e sui possibili criteri di inserimento	
4.2 Riflessioni introduttive al percorso residenziale avviato con il progetto	
4.3 Metodologia di presa in carico residenziale e criteri di selezione dei giocatori patologici	
4.4 Il modulo residenziale per i giocatori patologici	
4.5 Il programma terapeutico per i giocatori patologici	
POSTFAZIONE	p. 81
Giocatori d'azzardo, familiari e caregivers: quali interventi <i>di Gioacchino Lavanco e Loredana Varveri</i>	
BIBLIOGRAFIA	p. 89

ALLEGATIp. 91

- Allegato 1 Questionario Nodi della Rete
- Allegato 2 Scheda soggetto
- Allegato 3 Materiale informativo (volantino, card, locandina)
- Allegato 4 Questionario di efficacia campagna informativa
- Allegato 5 La Psicoeducazione nel campo del gioco eccessivo

GLI ATTORI DEL PROGETTOp. 121

- Comunità Il Progetto - Castellanza
- Associazione And - Azzardo e Nuove Dipendenze
- Asl Milano1 - Distretto di Castano e Legnano

GLI AUTORI DEI CONTRIBUTI E GLI INTERVISTATORIp. 123

RINGRAZIAMENTIp. 127

PREFAZIONE

di Ernestino Gola - Responsabile U.O.C. Dipartimento Dipendenze ASL Milano 1

Il sistema di intervento sulle dipendenze in Italia è nato essenzialmente per dare una risposta unitaria ed integrata alle esigenze di cura e di assistenza dei tossicodipendenti da eroina e dei loro familiari. Ma da molti anni, oramai, il sistema organizzativo nato da tale esigenza, un po' rigido e stereotipo nella lettura della domanda e nella formulazione delle risposte, è stato messo in crisi dapprima dal comparire sul mercato di "nuove" sostanze, utilizzate da persone con caratteristiche culturali e comportamentali profondamente diverse da quelli degli utenti tradizionali dei Ser.T. e con esigenze trattamentali e di sostegno più articolate ed infine dalla comparsa, o dal riconoscimento come oggetto di intervento, delle "dipendenze senza sostanza". Si sono quindi individuati, da parte degli operatori più attenti e curiosi, gli elementi di similitudine fra fenomeni apparentemente diversi, quali l'abuso di sostanze psicoattive, la dipendenza da strumenti elettronici, videogiochi o internet, il gioco d'azzardo patologico, alcune forme di disturbi alimentari.

Tali condizioni, le quali, fra l'altro, possono presentarsi contemporaneamente o in successione negli stessi individui, sono accomunate fra di loro dalla dipendenza (e relativo craving) della persona da stati di coscienza alterati che possono essere indotti sia da sostanze, che da comportamenti.

La sfida è consistita pertanto, di fronte ad una nuova domanda, nell'elaborare nuove risposte, meno centrate sugli aspetti medico-farmacologici, che richiedono una maggiore enfattizzazione del concetto di rete di intervento, sia per quanto riguarda la comprensione dei fenomeni, in una dimensione di ricerca, che per quanto riguarda gli interventi terapeutici, in una dimensione di sperimentazione.

Da questo contesto è nato il progetto "Reti d'azzardo" dedicato, come il titolo stesso evidenzia, al contrasto al gioco d'azzardo patologico, finanziato grazie al Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, che ha visto la partnership, in un'ottica di rete, del Ser.T. del Distretto di Legnano della ASL della Provincia di Milano n.1, della Cooperativa Sociale "Il Progetto" e della Associazione "AND-Azzardo e Nuove Dipendenze".

Questa pubblicazione contiene la presentazione della ricerca effettuata nell'ambito del progetto, la descrizione della progettazione e della preparazione che hanno preceduto l'intervento, ivi compresa la necessaria formazione degli operatori, ed infine la descrizione del processo di presa in carico di questa che a buon titolo può essere individuata come "nuova utenza" di un sistema di intervento sulle Dipendenze che si pone l'obiettivo di accompagnare e, se possibile anticipare, con risposte flessibili ed articolate, che vedano la partecipazione dei diversi soggetti sociali coinvolti, ASL, Enti Locali, Enti del Privato Sociale, l'evoluzione del fenomeno delle dipendenze nel nostro Paese.

PROLOGO

Note sullo stato attuale di usura e azzardo nelle esperienze delle fondazioni antiusura in Italia¹

di Monsignor Alberto D'Urso, Segretario Consulta Nazionale Antiusura²

La Consulta Nazionale Antiusura raccorda ventisei Fondazioni Regionali, cui fanno riferimento centinaia di centri di ascolto delle persone indebitate, sovraindebitate o in usura.

Il dato allarmante, evidenziato ovunque tra i più ricorrenti, è legato all'esperienza dell'azzardo, che si pone fra le cause principali dell'indebitamento e dell'usura.

I numeri e le storie, spesso drammatiche, che accompagnano la diffusione di questi "giochi", dimostrano che siamo in presenza di situazioni davvero gravi e sconcertanti: c'è una rapina diffusa e generalizzata dai bilanci di decine di migliaia di famiglie italiane, fiumi di denaro che scorrono "in nero", nella più assoluta illegalità, clan della malavita organizzata sempre più presenti nel noleggino, nella distribuzione degli apparecchi e nel controllo stesso delle sale giochi... .

La conferma dei nostri dati ci viene anche da titoli di giornali che anche negli ultimi tempi ci hanno riferito episodi drammatici e tragici, che non possono essere letti come semplici fatti di cronaca. Eccone alcuni esempi:

"Inventa stupro per coprire perdita al gioco" è il titolo di un articolo del *Corriere della Sera* (2 dicembre 2005) che riferisce di una donna di 47 anni che ha perso 100 euro alle slot-machines e, per paura che il marito si arrabbiasse, si è inventata una rapina con violenza carnale da parte di due extracomunitari nel parcheggio di un supermercato a Cinisello Balsamo;

"Perde 30 mila euro a 16 anni e si uccide" è un altro titolo di articolo del *Corriere della Sera* (30 novembre 2005) che racconta della tragica scelta compiuta da uno studente della Provincia di Rovigo che si è impiccato nella cantina di casa per l'incapacità di sopportare le conseguenze di un debito da 30 mila euro accumulato giocando al Lotto all'insaputa dei familiari nella ricevitoria da loro gestita.

Basta scorrere altri titoli di cronache, legate alla "sindrome" del videopoker, per rendersi conto della estensione del fenomeno in Italia e delle sue gravi conseguenze:

¹ *N.d.C.* - Adattamento della relazione introduttiva presentata al 6° Convegno Nazionale "Auto aiuto e terapia per i giocatori d'azzardo e le loro famiglie: esperienze e prospettive in Italia" organizzato dall'Associazione AGITA, 10 dicembre 2005, *Campoformido (UD)*.

² Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s. – Via dei Gesuiti, 20 – 70122 Bari – Cod. Fisc.: 93254960722, Telefax: 0805235454 – www.consultantiusura.it – e-mail: info@consultantiusura.it
Consulta Nazionale delle Fondazioni e Associazioni Antiusura O.n.l.u.s. "Giovanni Paolo II" Associazione riconosciuta, iscritta al n°2 del registro delle persone giuridiche della Prefettura di Bari; iscritta al n°30/108 dell'elenco tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze; iscritta all'albo delle Associazioni Antiracket della Prefettura di Bari; membro della Consulta Ecclesiale degli Organismi Socio-Assistenziali.

"Ragazzo di 17 anni tenta di strangolare la madre che gli nega i soldi" (Napoli); "Disoccupato chiede denaro agli usurai" (Aosta); "I miei figli rubano per i videopoker – denuncia di una madre" (Tricase - Lecce); "Diciassette anni, rapina un supermercato per cercare soldi per i videopoker" (Brescia); "Dopo lite con un gestore fanno scoppiare un ordigno in sala giochi" (Taranto); "Prestiti sino al 360% degli usurai ai giocatori" (di nuovo Aosta); "Tenta suicidio per i debiti da gioco, due poliziotti lo salvano nella Dora" (Torino); "Per giocare ai videopoker rapina le banche (bottino di quasi un miliardo) con un pugno di ferro: arrestato" (Bari); "Medico perde tutto e fugge da casa" (Genova)... .

I titoli di queste cronache si incrociano con i racconti di indebitamento o di usura registrati nei nostri centri d'ascolto.

Dietro questi drammi c'è, spesso, la mano della criminalità organizzata: *"Il videopoker finanzia la criminalità. Non solo al Sud, ma anche al Nord"*. Più volte questa denuncia è stata fatta dall'ex Procuratore Nazionale Antimafia Pier Luigi Vigna; da intercettazioni della Squadra mobile di Genova è inoltre risultata chiara la spartizione della città in zone d'influenza attribuite alle cosche siciliane, calabresi e ad una banda di ergastolani che "operava" dal carcere di Porto Azzurro. Sempre in Liguria, secondo l'ultimo Rapporto sulla criminalità organizzata del Ministero dell'Interno, tra le attività illecite che "destano l'interesse dei sodalizi mafiosi" figurano "la gestione delle bische clandestine, del lotto, del totonero e, più di recente, dei video-poker". Secondo Rino Monaco, già Commissario Governativo antiracket ed antiusura, *"sette videopoker su dieci sono truccati: nascono puliti, ovviamente, poi vengono modificati dai distributori, a volte complici della malavita"*. I sequestri, circa 3.000 l'anno, servono a poco: *"Noi mettiamo i sigilli ai locali ma quasi subito vengono riaperti"*.

Le prospettive per il futuro non sono incoraggianti, soprattutto da quando la Camera, il 14 novembre 2005, ha approvato la norma sul contrasto del gioco dei videopoker, dando via libera agli articoli 25 e 26 della Finanziaria. Gli apparecchi leciti diventano quelli il cui costo della partita non superi un euro (circa 2 mila lire) e si possono vincere fino ad un massimo di dieci partite.

Se verrà approvata al Senato³, questa norma toglierà qualsiasi parvenza di legalità ad un fenomeno letteralmente esplosivo negli ultimi anni, quello del gioco

³ *N.d.C.* - Il testo definitivo della Legge Finanziaria 2006, approvato successivamente alla stesura del presente articolo, ha in effetti introdotto numerose novità nel settore dei giochi, espone in dettaglio più avanti nell'articolo di Marika Ardizzone. Tra le altre innovazioni, si anticipano le seguenti: viene introdotta la possibilità di giocare con carte di pagamento; il costo massimo della partita degli apparecchi "standard" (per intenderci, le attuali slot-machine) viene elevato da 50 cent a un euro, mentre la sua durata minima si riduce a 4 secondi. Raddoppia il tetto della vincita massima, che passa a 100 euro. Viene inoltre introdotta una nuova tipologia di apparecchi da trattenimento (le così dette VLT o Video-lotterie) che andranno ad aggiungersi alle già presenti slot. Questi apparecchi in Canada e Australia sono stati oggetto di attenzione per il loro potere additivo, ed in Svizzera, per motivi analoghi, a causa di esse fatica a decollare la legge sulle Lotterie che avrebbe dovuto essere promulgata entro il mese di gennaio 2006.

d'azzardo in "formato bar". È difficile valutare il giro d'affari di quest'attività: i disastri e le tragedie personali e familiari sono incredibilmente in aumento.

Sull'economia dell'azzardo c'è poco da essere sereni; ai dati spaventosi che tutti conoscono c'è da aggiungere a consuntivo del 2005 un ulteriore dato sconcertante: si prevedono 28 miliardi di euro di spesa per i giochi d'azzardo legali (lo scorso anno furono 24 miliardi di euro). Il citato raddoppio della puntata e della vincita per le slot-machine, gestite dai Monopoli di Stato, se dovesse passare al Senato, quale risultato ci darà? Nel 2005 queste hanno incassato 11 miliardi; quale incasso si prevede per l'anno venturo? A questo punto è impossibile non avvertire un senso di bruciante sconfitta quando pensiamo ai giochi on line già decollati e quindi "razionalizzati" dallo Stato per la prossima gestione, che prevedono l'uso SMS, telefono, internet e chioschi per i giochi; e come non seguire con apprensione i lavori parlamentari che potrebbero "regalarci" casinò e parchi di divertimento con emendamenti in extremis?

Quando la passione, alimentata dai mass-media, da forze "occulte" e statali, diventa patologica, c'è fortunatamente chi ricorre ad interventi terapeutici con buoni risultati. Dai dati in mio possesso emerge che su 60 persone in cura il 90% ha smesso, ma chi non porta a termine il ciclo di trattamento 8 volte su 10 ricade nella patologia.

Questa constatazione ha spinto la Fondazione Antiusura S. Nicola e SS. Medici di Bari ad avviare ormai da qualche anno una collaborazione con l'Università di Bari, tramite la Prof.ssa Maria Sinatra, per dare vita ad un'esperienza di cura per persone dipendenti da videopoker e da ogni forma di gioco d'azzardo. Giudico molto positivamente il lavoro svolto tengo a precisare che la Conferenza Episcopale Italiana è disponibile a favorire la nascita di queste esperienze terapeutiche, che la Consulta Nazionale Antiusura da anni incoraggia l'esperienza di Campoformido e ogni altra esperienza simile perché ne apprezza lo stile, la professionalità e la "passione operativa" e che molte Fondazioni Antiusura hanno allo studio l'avvio di queste iniziative.

Non si esclude l'impegno di attivare interventi in rete sul mondo parlamentare e governativo perché lo Stato destini parte degli enormi introiti che riceve dal gioco, di cui esso stesso è promotore, a finalità di cura per queste "vittime" dell'azzardo, che secondo stime attendibili sarebbero oggi non meno di 700 mila e che, secondo Stefano Pallanti, direttore dell'Istituto di Neuroscienza dell'Università di Firenze, nel 2010 potrebbero diventare 3 milioni.

La Consulta Nazionale Antiusura, "voce" delle diverse Fondazioni Antiusura in Italia, denuncia il fenomeno dilagante dell'azzardo in Italia, il suo perverso legame con il sovraindebitamento, con la salute delle persone, con la serenità delle famiglie, con l'inganno del guadagno facile.

Essa vuol essere fedele alla sua vocazione statutaria che le impone di proporsi come strumento di raccordo per favorire sul territorio nazionale la solidarietà, la promozione della cultura della legalità in tema di denaro, prestito e quant'altro ad esso connesso. E' bene ribadire in tutte le sedi possibili, comprese quelle che, come certe trasmissioni televisive andate in onda recentemente (ad esempio, Matrix), vengono condotte con "chiari" intendimenti di promuovere la diffusione di questa

esperienza patologica, che il gioco d'azzardo non favorisce né la solidarietà, né la cultura dell'uso responsabile del denaro, né l'educazione alla legalità, né la convivialità, ma promuove un degrado sempre più diffuso legato al gioco, una sfida al destino, un ricorso alla fortuna con la illusoria speranza di migliorare le proprie condizioni di vita. Di gioco si continua ad ammalarsi e a morire nell'indifferenza generale.

Mi auguro che si moltiplichino le indagini sui giri di strozzinaggio, come quelle promosse nel mese di novembre 2005 dalla Guardia di Finanza al Casinò di Sanremo, perché possa essere ulteriormente accertata e perseguita questa attività di riciclaggio del denaro sporco attraverso i Casinò e intorno ad essi.

Mi auguro che vengano bloccati i progetti di introdurre il gioco d'azzardo a bordo degli aerei a partire dal 2007, progetto lanciato dall'amministratore delegato della Ryanair, il quale ha anche preannunciato voli gratis con la trasformazione, di fatto, della Compagnia aerea low-cost più celebre al mondo in una casa da gioco volante.

Mi consta che da anni in Friuli-Venezia Giulia si tenta di far approvare una legge che autorizzi la nascita di società per la gestione delle case da gioco, giustificandola anche con la vicinanza della Slovenia, dove queste case esistono e sono facilmente raggiungibili, e dove vengono introitate ingenti somme di denaro che si vorrebbe far rientrare in territorio regionale.

Come sempre, purtroppo, al centro dell'attenzione c'è il profitto e non la persona.

Non si fa nulla per curare la patologia da gioco d'azzardo; si guarda ad esso con cupidigia morbosa e non alla persona che viene umiliata da questa esperienza e che avrebbe bisogno di essere aiutata, motivata e curata. Ricordo che un sacerdote friulano, Don Pierluigi Piazza, denunciava (*Gazzettino*, 30 giugno 2002) come *“il gioco d'azzardo sia un fenomeno sotterraneo, ma dalle dimensioni enormi e con risvolti sociali gravissimi, in cui il denaro non è un fine ma solo un mezzo per continuare a giocare”*.

Vorrei essere smentito: malgrado l'impegno delle Caritas diocesane del Friuli Venezia Giulia, che hanno più volte richiamato l'attenzione delle forze sociali e politiche regionali sull'apertura di casinò all'interno del territorio regionale e sulle conseguenze della nascita di tali società, malgrado i danni arrecati dal gioco d'azzardo, documentati dal Dott. De Luca e dall'Associazione A.GIT.A. che ha più volte affermato *“siamo di fronte ad una tossicomania legale”*, oggi tutti possono constatare che non si riesce più a controllare il gioco.

I giocatori problematici superano il 3% della popolazione, e parliamo di persone che dedicano sempre più tempo al gioco, investendo quantità crescenti di denaro, tenendo all'oscuro la famiglia che spesso trascinano con sé alla rovina.

In conclusione, come Consulta Nazionale Antiusura, continueremo a vigilare sul fenomeno dell'usura e dell'azzardo; continueremo a denunciare il fenomeno purtroppo in espansione; continueremo ad assicurare ogni possibile aiuto ed incoraggiamento a chi è a fianco delle vittime dell'azzardo, ma soprattutto

continueremo a sviluppare una cultura di prevenzione, come è avvenuto anche attraverso le nostre ultime pubblicazioni: "I Padri della Chiesa e l'usura" del Prof. Lorenzo Dattrino della Pontificia Università Lateranense e "Sotto Schiaffo – storie di usura", un romanzo “pensato” da un giornalista-scrittore di Bari, Vittorio Stagnani, che lo ha scritto dopo aver “dialogato” con molte vittime dell'usura e del gioco d'azzardo sul territorio pugliese. Infine, attraverso il libretto di accompagnamento dell'ultimo CD musicale edito dalla Fondazione Antiusura di Bari-Bitonto "Concerto per il Giorno dell'Uomo", al quale rimando per dati precisi anche sui suicidi delle vittime di usura, frutto di una cultura consumistica, promossa deliberatamente anche dallo Stato “per fare cassa”.

In questa linea di promozione della cultura della prevenzione mi preme ricordare come per noi il gioco, per essere un bene in sé e per la persona, deve essere capace di sviluppare socializzazione, amicizia, creatività, sviluppo della personalità, distensione spirituale, equilibrio psichico e morale. Queste caratteristiche vanno recuperate perché non sono presenti nell'attuale gioco d'azzardo, che crea gravi situazioni di compulsività e di vera e propria dipendenza, con incalcolabili costi sociali. L'azzardo è frutto di una cultura che ha perso, in molte sue espressioni, il senso del vivere e del convivere e colloca nel profitto l'unica o la prevalente molla dell'agire economico, lo incentiva e lo dilata a dismisura.

Le diverse agenzie educative, e ogni Fondazione Antiusura in Italia è tale per la qualità della cultura che promuove, hanno il delicato compito di aiutare le persone ad essere libere e responsabili, a lasciarsi guidare sempre dal lume della ragione, dal buon senso e dal realismo, senza cedere alle lusinghe di un guadagno facile, di un arricchimento incommensurabile; a guadagnarsi onestamente il pane con il lavoro quotidiano, ad acquisire uno stile di vita sobrio al fine di evitare spese inutili, come anche ad usare bene il proprio tempo e le proprie risorse senza la pretesa di *fare il passo più lungo della gamba*, nel senso di spendere di più rispetto alle proprie possibilità. Di fronte alle proposte seduttrici ed ingannatrici di ottenere facili guadagni senza lavorare, bisogna promuovere processi di maturazione nelle persone restituendo loro quella dignità a cui hanno diritto, perché si indirizzino verso ciò che le realizza pienamente e non verso ciò che le distrugge.

1. INTRODUZIONE

1.1 Definizione del problema

di Daniela Capitanucci

Il gioco d'azzardo patologico è a tutt'oggi in Italia un fenomeno poco noto, persino tra gli addetti ai lavori.

Esso è legato infatti alla più ampia categorizzazione di *cosa si debba intendere per "gioco d'azzardo"*, ancora confusa ed avvolta in molteplici designazioni che non ne consentono una univoca definizione. Esistono retaggi morali del passato che includono nella classe dei vizi taluni di questi giochi, ed anche il codice penale persegue tale indirizzo. Dal momento però che le caratteristiche di base utili ad includere o meno un gioco in questa categoria non parrebbero essere condivise, la confusione regna sovrana rendendo incerto e sottile il confine tra ciò che è gioco d'azzardo e ciò che invece è lecito divertimento.

Facendo alcuni esempi, probabilmente nessuno di noi ha mai avuto dubbi nel ritenere "gioco d'azzardo" l'uso che si faceva dei videopoker nei bar cittadini fino a qualche tempo fa, o la pratica di quei giochi che ancora oggi si svolgono nei Casinò o in qualche circolo fumoso nascosti alla vista dei più. Può essere che meritino questo appellativo anche le scommesse sulle corse dei cavalli e magari il poker.

E' più difficile invece che, nel formulare un elenco di giochi d'azzardo, ci vengano alla mente (almeno di primo acchito) giochi quali il Lotto, il Superenalotto, il Gratta e Vinci, le scommesse sugli eventi sportivi o il Bingo, e ci viene da chiederci se essi effettivamente possiedano le caratteristiche per essere così identificati, o se non si stia davvero esagerando con questo approccio che taluni definiscono "demonizzante", in un clima "di caccia alle streghe". Una ricerca recentemente realizzata tra gli adulti residenti nel territorio della provincia di Pavia (Biganzoli et Al., 2004) mostrava che il 23% degli intervistati ammetteva di avere giocato a soldi nell'ultimo anno, ma la percentuale saliva al 39% dopo che veniva fatto l'elenco dei giochi d'azzardo, perché giochi quali il Lotto e il Superenalotto venivano esclusi sistematicamente dagli intervistati nella domanda precedente, in quanto non venivano considerati "d'azzardo". Segno di evidente confusione a riguardo. L'operazione compiuta dalla nostra mente nel classificare cos'è e cosa non è "gioco d'azzardo", anche aiutata dall'influsso dei media e dello Stato, parrebbe dunque dar luogo ad una duplice categorizzazione: da un lato, formuliamo l'equazione "*l'azzardo è vizioso, pericoloso e generalmente illecito*"; dall'altro, l'equazione "*non è azzardo un divertimento legale o un passatempo ovunque disponibile*".

La legge italiana, è vero, ci dice che esso è da correlarsi al rapporto che intercorre tra abilità e caso nel raggiungimento del risultato sperato di vincere del denaro: *trattasi di gioco d'azzardo laddove il bilancio sia in favore di una presenza preponderante del caso sull'abilità*. Tutto ciò che si trova in questa categoria è per il legislatore un gioco d'azzardo, ed in quanto tale è illecito.

Tuttavia, questa fondamentale asserzione sfuma in una miriade di declinazioni operative che di fatto rendono il concetto poco chiaro, forse a causa di un ambiguo giudizio su quando sia da ritenersi “preponderante la presenza del caso sull’abilità”.

Recentemente, l’introduzione delle New Slot nei bar ad opera dell’Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato attuata con l’applicazione della Legge Finanziaria 2003 che regolamentava i cosiddetti “apparecchi da trattenimento” in sostituzione dei vecchi videopoker, ha comportato che fossero veicolati con sempre maggiore assertività due messaggi piuttosto singolari in funzione di una sempre meno chiara formazione del concetto di gioco d’azzardo.

Innanzitutto, *tali apparecchi* sono considerati (come il gioco del Bingo, del resto) *finalizzati all’intrattenimento* e non al lucro, *di fatto allontanando il focus della questione dall’asse semantico “caso/abilità”*. Non ci soffermeremo in questa sede sugli artifici tecnici utilizzati a suffragio di tale accezione e non discuteremo sui dubbi che possono sorgere nella valutazione dell’espressione delle proprie abilità nei tempi di una Slot o nei modi di una estrazione del Bingo.

In secondo luogo, viene trasmesso il messaggio che *il gioco legale sia automaticamente anche sicuro*. Ma siamo certi che un gioco legale, laddove abbia caratteristiche strutturali così simili all’azzardo, sia da ritenersi davvero *sicuro*? Perché se è fuor di dubbio che la sicurezza si può intendere come maggior trasparenza nella gestione e maggior garanzia circa l’evitamento di fenomeni sovente legati all’azzardo clandestino, ma non solo, quali prestiti ad usura, tasso di ritorno in vincite iniquo per i giocatori eccetera, tuttavia è pure fuor di dubbio che *la caratteristica di legalità di un gioco non è in grado di garantire in sé né la tutela della salute del giocatore, né la certezza di evitare fenomeni di indebitamento*.

Il gioco problematico infatti si può sviluppare evidentemente anche in un contesto di totale legalità e non vi sono indicatori che evidenzino come esso sia presente con tassi di prevalenza inferiori in contesti legali piuttosto che illegali; ciò che è risaputo dalla comunità scientifica a riguardo è che, a meno che siano esplicitamente previsti programmi preventivi specifici dentro e fuori i luoghi di gioco, esso resta immutato. Anzi, è assodato che un aumento capillare dei giochi disponibili ed un abbassamento della soglia di accesso di tali giochi aumenta sia il numero delle persone che giocano, sia quello di coloro che si imbattono nella patologia del gioco. *La legalità è condizione necessaria ma non sufficiente a garantire la sicurezza di tali giochi*.

Purtroppo, al momento constatiamo in Italia un globale oscurantismo in materia di azioni a tutela dei giocatori (dentro e fuori i luoghi di gioco), a fronte di una proliferazione di offerte di gioco che invece sono sempre più differenziate e mirate a molteplici target di consumatori, a cui non è associata alcuna campagna di informazione chiara. Anzi, come si è visto, le campagne promozionali attuali rischiano di configurarsi come vera e propria pubblicità ingannevole, veicolando idee di sicurezza totale quando invece questa è solo parziale, e attese di vincite irrealistiche: tutto ciò non depone in favore di un gioco *davvero* sicuro, ancorché legale.

Per orientarci in questo mare-magno, esponiamo qui la nostra *definizione operativa* di gioco d'azzardo, ripresa da Ladouceur et Al. (2000) oltre che dal nostro codice penale: un gioco è “d'azzardo” se si scommette su un evento il cui esito deriva prioritariamente dal caso e se viene giocata irreversibilmente una posta in denaro od oggetti di valore.

Segnaliamo che in quanto clinici esperti della materia il nostro primario interesse non è quello di definire al millesimo cosa sia gioco d'azzardo e cosa non lo sia, quanto piuttosto chiarire a cosa ci stiamo riferendo quando parliamo di gioco d'azzardo. A tal fine la definizione sopra riportata sarà più che sufficiente. Ci sentiremo comunque legittimati a trattare i pazienti che presenteranno i medesimi sintomi di dipendenza (perdita di controllo, tolleranza, astinenza, rincorsa delle perdite, danni psico-socio-sanitari) che siano correlati al loro giocare a Bingo, Poker, Roulette, Slot Machine o Lotto, legali o illegali che siano, perché questo aspetto è irrilevante quando si parla della maturazione della loro patologia.

Questa posizione chiara ed operativa l'abbiamo raggiunta solo dopo molti anni di lavoro nel campo. Nel tempo, ci siamo resi conto incontrando colleghi esperti nel settore delle altre dipendenze, nell'area della psichiatria e nell'area della medicina e dell'assistenza sociale di base, che tale acquisizione non era da darsi per scontata, e che essa era stata il frutto del nostro peculiare approfondimento. Così è nata la presente ricerca, per sondare quale fosse la posizione dei colleghi, e nel caso, per ipotizzare eventuali percorsi successivi di alfabetizzazione sul fenomeno e sulla patologia.

Un'ulteriore motivazione della nostra indagine era dovuta alla consapevolezza in merito al fatto che proprio la confusione sulla legittimità stessa di tale malattia potesse essere uno degli elementi critici che incide sul processo di richiesta di aiuto e di presa in carico di tali pazienti: un disturbo non ritenuto tale dall'operatore è di certo un disturbo che non può essere portato dal paziente o dal suo familiare, e pertanto è un disturbo che non ottiene una terapia.

Per come lo conosciamo, attraverso la letteratura e attraverso le storie dei nostri pazienti, il gioco d'azzardo patologico è invece una dipendenza profondamente invalidante che intacca in maniera evidente innanzi tutto le finanze dell'individuo implicato e dei suoi familiari (con ciò che questo significa ai giorni nostri, dove denaro e status economico rivestono una posizione così essenziale per costruirsi un'identità accettabile), ma che diventando sempre più pervasivo, in breve tempo finisce per attaccare tutti gli ambiti di vita (stima di sé, affetti, lavoro, ecc.), privando la persona coinvolta della sua libertà.

1.2 Il progetto: presupposti, obiettivi ed azioni

di Angela Biganzoli

Nella prima metà di ottobre 2004 è stato avviato nei Distretti di Castano Primo e Legnano (ASL Milano 1) il Progetto “Reti d'azzardo”, inizialmente finanziato per un

anno con fondi Legge 45/99 e successivamente rifinanziato per una seconda annualità attualmente in corso; l'Ente titolare è la Cooperativa "Il Progetto" di Castellanza che collabora con il Ser.T di Parabiago, ente co-finanziatore, e con l'Associazione "AND – Azzardo e Nuove Dipendenze", consulente scientifico.

Il progetto nasce da alcune riflessioni di base, di seguito esposte.

Il comportamento di gioco d'azzardo patologico, seppur presente nella nosografia internazionale, non è ad oggi sufficientemente indagato e affrontato, nonostante provochi conseguenze preoccupanti e distruttive nell'ambito delle relazioni familiari, sociali, lavorative, nonché sul versante sanitario ed economico. Tale disturbo è stimabile in una quota di popolazione adulta normale dall'1 al 3% (fonte: DSM-IV e ICD-10) che si attesta intorno al 6% nella popolazione maschile (fonte: Eurispes, 2000); sia ricerche nazionali che osservazioni degli operatori dei Servizi fanno ipotizzare con ragionevolezza che il fenomeno sia ampiamente diffuso, anche se sommerso.

L'aumentata offerta di giochi leciti in Italia negli ultimi anni (ad esempio, la determinante legalizzazione di macchinette nei bar con pagamento di vincite in denaro, disposta dalla Legge Finanziaria 2003) e l'incremento dei soldi spesi dagli italiani in gioco d'azzardo, che nel 2004 ha portato nelle casse dello Stato la ragguardevole cifra di 23 milioni di euro, in crescita inarrestabile dal momento che anche nel 2005 sono attesi introiti per circa 28 milioni di euro, associati ad una bassa sensibilità sociale verso il fenomeno, ci fanno ipotizzare che i giocatori d'azzardo problematici stanno aumentando progressivamente nel tempo.

Certamente il gioco d'azzardo rappresenta per la maggior parte delle persone un modo per rilassarsi e divertirsi, ma allorché si oltrepassano i limiti può diventare una vera e propria dipendenza, che può generare considerevoli problemi.

Quindi, dopo che numerose richieste di aiuto da parte di persone residenti nell'ASL Milano 1 sono arrivate nei Servizi di territori attigui, si è ritenuto necessario strutturare il progetto "Reti d'azzardo", il cui target specifico è costituito da giocatori d'azzardo patologici, loro familiari, e operatori nodi della rete inviante.

Il progetto è stato articolato in tre tipologie di azioni, più una trasversale, i cui specifici obiettivi sono di seguito esposti.

L'Azione Zero è stata individuata l'obiettivo di attivare un gruppo di progetto che coordinasse trasversalmente ad un meta-livello le tre fasi descritte di seguito, occupandosi del monitoraggio e dell'armonizzazione delle azioni previste. Il gruppo era costituito da membri delle tre organizzazioni partner che ricoprivano un ruolo operativo in seno al progetto.

L'Azione n.1 aveva un generale obiettivo di ricerca e sensibilizzazione così declinato:

1. indagare la conoscenza e percezione circa la presenza del fenomeno Gioco d'Azzardo Patologico tra gli interlocutori privilegiati (possibili "nodi" della rete inviante): Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri, Assistenti Sociali dei

Comuni, Operatori dei Ser.T, dei Nuclei Operativi Alcolologia (NOA), dei Consultori Familiari, dei Centri Psico-Sociali (CPS), Parroci, Operatori Volontari Caritas ed altre realtà che avessero potuto distinguersi per la loro significatività nel territorio;

2. dotare i suddetti nodi dei principali strumenti di identificazione del problema e far conoscere attraverso una campagna informativa l'esistenza e l'ubicazione dei Servizi di cura specialistici cui inviare pazienti e familiari affetti da questo disturbo;
3. restituire i risultati raccolti per amplificare l'effetto delle azioni di sensibilizzazione.

L'Azione n.2 aveva l'obiettivo di sperimentare e strutturare un modello di presa in carico ambulatoriale:

1. favorendo la presa in carico dei pazienti GAP e dei loro familiari presso il Ser.T di Parabiago;
2. garantendo all'equipe del Servizio l'affiancamento costante di un operatore tutor esperto della problematica, per favorire la strutturazione dei percorsi di presa in carico per le diverse tipologie di pazienti GAP: puri, comorbili a DAS e/o Disturbi Psicopatologici severi (ad esempio borderline), familiari di pazienti, secondo una metodologia "peer-to-peer";
3. offrendo una costante supervisione clinica, legale e fiscale-tributaria ad operatori e pazienti.

L'Azione n.3 aveva l'obiettivo di sperimentare ed articolare un modello di presa in carico residenziale presso la Comunità Terapeutica della Cooperativa Sociale "Il Progetto":

1. strutturando un programma di intervento a breve termine per giocatori d'azzardo patologici ("modulo residenziale giocatori d'azzardo patologici");
2. permettendo ai giocatori patologici di trovare uno spazio in cui assumersi la responsabilità della loro patologia e sperimentando nuovi strumenti di intervento che li aiutassero a recuperare il controllo della propria vita dal punto di vista economico, lavorativo, familiare e sociale;
3. tutelando i familiari del giocatore, che spesso non sanno come comportarsi, e fornendo loro strumenti d'intervento efficaci e concreti.

Le tre azioni appena descritte verranno trattate in modo approfondito sia dal punto di vista metodologico che di contenuto nei prossimi capitoli.

2. MAPPATURA E SENSIBILIZZAZIONE TRA GLI INTERLOCUTORI PRIVILEGIATI DELLA RETE.

di Daniela Capitanucci, Marco Capelli, Angela Biganzoli e Roberta Smaniotto

La ricerca di seguito descritta è stata condotta da Capitanucci D., Capelli M., Biganzoli A., Smaniotto R., Fantoni M., Alippi M.. I dati del post test di verifica della campagna informativa sono stati raccolti da Rizzi E. e Ravera F.

2.1 Premessa

Come si è visto, il gioco patologico è un disturbo cronico, progressivo e recidivante che impatta negativamente non solo sulle finanze del giocatore e della sua famiglia, ma anche sulla loro salute mentale e sul loro benessere fisico. Anche se la maggioranza dei giocatori non avrà mai problemi correlati a questa abitudine, coloro che invece ne sviluppano avrebbero giovamento nell'usufruire di un trattamento specialistico mirato. Tuttavia, nonostante il gioco d'azzardo sia sempre più diffuso, gli specialisti ed i centri attrezzati per il trattamento di questa patologia in Italia non sono molti, e per di più non sono noti sovente neppure agli operatori della medicina e dei servizi sociali di base, che si trovano indubbiamente nella posizione ideale per identificare e operare un counselling o suggerire un invio ai pazienti con problemi di gioco. In molti paesi, tra i quali Australia e Stati Uniti, i professionisti di base, inclusi i Medici di Medicina Generale, sono supportati per intervenire sul disturbo. Nonostante ciò, anche in questi paesi la prassi di screenare il gioco patologico in maniera routinaria è piuttosto bassa, e si aggira tra il 10 ed il 30% (Federman et Al., 1998); in Italia si può essere preoccupati in merito ad una sottostima maggiore del problema da parte di questi professionisti.

Tuttavia, citando Setness (1997), "se consideriamo il gioco d'azzardo compulsivo come una addiction che può distruggere le famiglie e minare un futuro sano per i nostri giovani, risulta chiaro come sarebbe opportuno che i medici di base prendessero il problema in debita considerazione e in tutta la sua magnitudine, così come fanno per quel che riguarda l'alcol, il tabacco ed altri disturbi che hanno in sé elementi psicosociali".

Non identificare, se non tardivamente, il gioco patologico genera un incremento nei costi a carico del giocatore, della sua famiglia e della società tutta (Ladouceur et Al., 1994).

Infatti, secondo Rosenthal e Lorenz (1992) molti giocatori passano giorni e giorni senza dormire o mangiare per rimanere "in azione" e si può facilmente affermare che a questa stregua il gioco diventi anche un problema di salute. I giocatori eccessivi riferiscono infatti sintomi stress correlati, tra cui ipertensione, cefalee, problemi alla pelle e problemi gastrointestinali quali nausea, ulcere e coliti; in aggiunta è assai prevalente tra loro il fumo di sigarette oltre all'esposizione al fumo passivo, e non è rara la comorbilità al consumo di alcolici e droghe. In questa popolazione il tasso di soggetti depressi è elevato e non sono rari gesti suicidari (Christensen et Al., 2001). Anche i risvolti sulle capacità di accudimento dei figli

sono un tema importante, e se è consueto lo screening tra i neogenitori in merito al consumo di sostanze e all'abuso di alcol, tale attenzione nell'anamnesi non si osserva in relazione alla rilevazione di un problema di gioco patologico (Christensen et Al., 2000).

Molti professionisti infatti sono a tutt'oggi inconsapevoli dell'impatto che il gioco patologico può avere sulla salute (Korn & Shaffer, 1999). Tale situazione è anche in parte generata dall'assenza del tema dai piani di studio delle professioni mediche, psicologiche, sociali, educative ed infermieristiche: se l'argomento delle dipendenze in generale è inserito con una certa sistematicità, il fenomeno del gioco patologico raramente è evidenziato in tali corsi (Drebing et Al., 2001). Inoltre, la letteratura scientifica, così come la formazione continua, solo di recente ha visto crescere l'interesse per il tema del gioco d'azzardo eccessivo anche se ancora molti sono gli articoli di taglio divulgativo e pochi di ricerca. Prima del 2000 erano pochissimi i testi scientifici in italiano e solo negli ultimi cinque anni si è assistito ad un certo aumento della produzione scientifica di buona qualità sul tema nella nostra lingua.

Sono numerosi dunque i fattori che contribuiscono alla sottostima della diagnosi di gioco d'azzardo patologico, come pure alle difficoltà di trattamento: tra questi vanno inclusi la natura del disturbo, l'insufficiente preparazione e pratica del personale clinico e l'ignoranza da parte dei giocatori e dei loro familiari delle opzioni di cura disponibili. Per tali ragioni, accedere ad un trattamento oggi sembrerebbe ancora essere difficile per molti giocatori e loro familiari.

Sullivan et Al. (2000) hanno riferito come in relazione all'alcol l'intervento dei professionisti di base viene stimolato dalla presenza di alcuni fattori. Tra questi, i più significativi si sono dimostrati essere la conoscenza del problema, il sentirsi competenti in relazione ad esso, il sentirsi legittimati ad affrontarlo, il provare empatia per il paziente, il sentirsi disponibili ad intervenire, l'aver disponibilità di tempo e di incentivi per affrontare il problema, oltre ad un più generale stato di motivazione e soddisfazione lavorativa. Possiamo ritenere che anche relativamente al gioco d'azzardo questi siano punti centrali sui quali lavorare affinché essi vengano acquisiti dagli operatori dei Servizi, specie di base, per garantire una adeguata accoglienza della domanda da parte di questi pazienti.

Scopo della presente ricerca dunque è stato quello di accertare l'attuale atteggiamento degli operatori dei Servizi di base (MMG, ma anche Assistenti Sociali comunali ed altri operatori del territorio), oltre naturalmente agli operatori dei Ser.T/NOA, in merito al disturbo di gioco d'azzardo patologico: in particolare, ci interessava indagare il livello di "consapevolezza" e la frequenza di riconoscimento e di presa in carico/invio (Quanto si ritenevano "legittimati"? Quanto conoscevano le risorse disponibili? Quanto avrebbero fatto interventi, e quali, nel caso avessero identificato pazienti con tale problema?); ciò allo scopo di delineare l'attuale situazione in cui versano i principali nodi della rete e di evidenziare le aree in cui essi necessitano di essere urgentemente potenziati.

2.2 Metodologia

Per rispondere agli scopi precedentemente descritti, è stata realizzata una ricerca nei distretti socio-sanitari di Castano Primo e Legnano, territori di pertinenza del progetto “Reti d’azzardo”, che verrà di seguito esposta accuratamente.

I soggetti sono stati reclutati attraverso una mappatura capillare effettuata anche grazie alla collaborazione dei due Responsabili di Distretto, Dott.ssa Galparoli per Legnano, e Dott. Grolla per Castano Primo, relativamente alle figure professionali del medico di medicina generale e del medico pediatra. Gli operatori del Ser.T di Parabiago hanno fornito i dati relativi al personale in servizio presso gli altri Ser.T/NOA presenti sul territorio e relativi alle Assistenti Sociali comunali nonché quelli relativi agli operatori dei Centri Psico-Sociali, mentre il personale in organico ai Consultori Familiari dell’ASL è stato verificato con la Responsabile del Servizio, Dott.ssa Pecoraro.

I soggetti individuati sono stati informati della ricerca in atto tramite una comunicazione scritta spedita nelle settimane precedenti l’intervista che anticipava la telefonata o la visita delle ricercatrici. La comunicazione, su carta intestata dell’ASL, era firmata dal Responsabile del Ser.T di Parabiago e forniva solo i dati minimi che giustificassero la chiamata che sarebbe stata ricevuta, evitando con cura qualsiasi riferimento suggestivo allo scopo di non influenzare la percezione del soggetto sul tema.

Tutte le interviste, telefoniche e non, sono state realizzate da psicologi ricercatori dell’Associazione AND, in collaborazione con l’ASL Milano 1, tra dicembre 2004 e aprile 2005.

Sono state scelte prevalentemente fasce d’orario lavorative per facilitare il raggiungimento delle persone occupate sul posto di lavoro. A ciascun soggetto contattato sono stati brevemente spiegati gli obiettivi della ricerca ed è stata chiesta la disponibilità a partecipare.

E’ stato scelto come strumento di indagine un questionario costruito ad hoc per gli obiettivi della ricerca sulla base di questionari utilizzati in precedenti ricerche sul gambling, a cui sono state aggiunte alcune domande volte a raccogliere dati socio-anagrafici e professionali. Il questionario, della durata di circa 5-10 minuti, era rivolto a conoscere il livello di sensibilità e la percezione che l’interlocutore poteva avere relativamente alla diffusione della problematica del gioco d’azzardo, oltre che a testare la conoscenza e l’inclinazione per un invio ad hoc. (cfr. Allegato 1).

Sono state effettuate valutazioni di tipo quantitativo e qualitativo. I dati, confidenziali e anonimi, sono stati processati con il supporto del sistema statistico SPSS e i risultati sono stati oggetto di analisi descrittive.

Raggiungere la popolazione in oggetto non è stato un compito agevole e ha comportato la risoluzione di vari problemi, soprattutto in considerazione delle risorse umane e finanziarie a disposizione e dell’elevato numero di interlocutori da intervistare. Dopo un’attenta rilettura delle esperienze scientifiche maturate nel campo delle inchieste, coniugata alla valutazione delle risorse rese disponibili con il

finanziamento ottenuto, si è deciso di utilizzare come strumento di ricerca l'intervista telefonica alla luce di alcune riflessioni:

- contattare "faccia a faccia" tutti i soggetti risultava insostenibile dal punto di vista delle risorse a disposizione (numero elevato di soggetti);
- altri metodi di contatto a distanza, come ad esempio la somministrazione postale, apparivano costosi e scarsamente efficaci (bassi tassi di restituzione);
- la preparazione specifica dei ricercatori permetteva di poter cogliere, nella somministrazione telefonica, incertezze o commenti specifici da parte dei soggetti intervistati (maggiore sensibilità descrittiva).

Nella scelta della metodologia di indagine sono stati presi in considerazione anche i suoi possibili limiti ed errori:

- la mancanza di contatto personale con l'intervistatore può far sì che il rapporto si logori prima: per questo si è scelto uno strumento breve con domande sintetiche per evitare il più possibile risposte affrettate e superficiali;
- può essere difficile raggiungere gli intervistati per questione di carichi di lavoro (particolare difficoltà a rintracciare i medici).

Soltanto gli operatori dei Ser.T, dei NOA e dei CPS sono stati intervistati direttamente in sede di lavoro, previo accordo con il responsabile di Servizio, dal momento che in questo modo è stato possibile compiere numerose interviste in breve tempo raggiungendo praticamente tutti gli operatori in servizio. Siamo consapevoli che l'intervista faccia-a-faccia possa di per sé essere all'origine di possibili differenze tra gruppi.

Tuttavia, tali possibili bias sono stati ritenuti accettabili in quanto congrui con il rapporto costi/benefici in questo specifico studio.

2.3 Il campione intervistato: caratteristiche e rappresentatività

Al momento dell'inchiesta erano presenti presso i due Distretti di Castano Primo e Legnano un totale di 398 operatori. Il *tasso di adesione* alla ricerca è stato *in media dell'75%* (con un range variabile dal 59 al 100%), pari a 299 soggetti intervistati, che costituiscono il campione sul quale è stata condotta l'indagine.

Per raggiungere questo campione sono state fatte in totale circa un migliaio di telefonate (per ottenere l'intervista in media sono state necessarie 3 telefonate); 21 operatori si sono rifiutati di rispondere al questionario; inoltre non è stato possibile raggiungerne 78.

Il tasso di adesione ottenuto è molto buono, specie se confrontato con quello che in genere si riesce a raggiungere attraverso indagini di questo tipo (all'estero: Sullivan et Al., 2000 = 80%; Christensen et Al., 2001 = 37%; Drebing et Al., 2001 = 45%; in Italia: Coacci et Al., 2003 = 67,4%; Crocamo et Al., 2004 = 32%). Nelle Tabelle 1, 2.1 e 2.2 si fornisce la descrizione dettagliata del campione.

Tabella 1: Composizione del campione (N=299) in rapporto alla popolazione (N=398)

Tipologia Operatori	Popolazione censita	Campione contattato	Tasso Adesione %
Medici Medicina Generale	201	146	73
Adulti	174	129	74
Pediatri	27	17	63
Operatori dei Servizi	165	134	81
Ser.T/NOA *	65	47	72
Operatori Altri Servizi, di cui :	100	87	87
- Centri Psico Sociali	54	41	76
- Consultori Familiari ASL + Decanale	19	19	100
- Assistenti Sociali Comuni	27	27	100
Parroci e volontari	32	19	59
Totale	398	299	75

* esclusi gli operatori Ser.T Parabiago

Tabella 2.1: Professione degli intervistati (N=299)

	N	%	N	%
Medici Medicina Generale	146	48,9		
Adulti			129	88,3
Pediatri			17	11,7
Operatori dei Servizi (tutte le professioni)	134	44,8		
Ser.T/NOA *			47	35,1
Altri Servizi ASL / AO / Comuni **			87	64,9
Parroci e volontari	19	6,3		
Parroci			18	94,7
Volontari			1	5,3
Totale	299	100,0		

Professionalità rappresentate:

* Medici 11, Infermieri 11, Assistenti Sociali 7, Educatori Professionali 9, Psicologi 8, Amministrativi 1

** Medici 17 (tra cui ginecologi), Infermieri 19 (tra cui ostetriche), Assistenti Sociali 36, Psicologi 13, Educatori Professionali 2

Tabella 2.2: Caratteristiche demografiche del campione (N=299)

	N	%
Sesso		
Maschio	139	46,5
Femmina	156	52,2
Non rilevato	4	1,3
Età		
Meno di 30 aa	17	5,7
30-39 aa	43	14,4
40-49 aa	131	43,8
50-59 aa	82	27,4
60 aa e più	17	5,7
Non risponde	9	3,0

	N	%
Anni pratica settore		
Meno di 10 aa	61	20,4
10-19 aa	97	32,4
20-29 aa	104	34,8
30 aa e più	24	8,0
Non risponde	13	4,4

2.4 I risultati generali della ricerca

Il dato generale che si evince dal materiale raccolto e che costituisce una delle condizioni più importanti su cui si devono calibrare gli interventi che il nostro progetto si propone per l'efficace costituzione di una rete, è quello della conoscenza della problematica da parte degli attori della rete stessa. La prima domanda proposta nel questionario era volta appunto a verificare la conoscenza del gioco problematico da parte dell'intervistato, qualsiasi fosse il suo ruolo professionale.

Tabella 3: Domanda n. 1: Ha mai letto o sentito parlare del gioco problematico? (N=299)

	N	%
Si	193	64,6
No	106	35,4
Totale	299	100,0

Circa i due terzi dell'intero campione sono a conoscenza, almeno in modo "superficiale", del fenomeno. Tale dato ci appare piuttosto basso, sia perché relativo ad una popolazione con un livello di istruzione medio-alto e che dovrebbe avere nella pratica professionale un qualche riscontro, diretto o indiretto, della problematica, sia in considerazione dello spazio e dell'enfasi che i mass media hanno dato a numerosi episodi di cronaca che hanno portato alla ribalta il tema anche presso la popolazione generale.

Inoltre, dati riferibili ad analoghe ricerche condotte all'estero (Christensen et Al., 2001) riscontrano valori molto più elevati: il 96% dei professionisti interpellati da questi autori aveva infatti sentito parlare di gioco problematico, segno probabile di come in Italia, al contrario, il fenomeno sia ancora piuttosto sottaciuto.

2.5 I risultati specifici della ricerca

Per rendere più proficua l'analisi dei dati raccolti si è ritenuto opportuno fare un confronto approfondito tra le risposte fornite dai tre sottogruppi più numerosi, e per certi aspetti più significativi, del campione:

- i Medici di Medicina Generale (di seguito per brevità indicati con MMG);
- gli Operatori Ser.T/NOA (di seguito nominati con la medesima etichetta);
- gli Operatori di CPS, Consulteri Familiari, Servizi Sociali comunali (di seguito per brevità indicati con Operatori Altri Servizi) (per i profili professionali coinvolti cfr. Tab.1).

Le risposte fornite dagli Operatori Ser.T/NOA sono importanti in quanto si tratta del personale appartenente a Servizi individuati dalla Regione Lombardia per la presa in carico dei pazienti GAP; quelle degli altri due gruppi in quanto operatori in nodi della rete particolarmente importanti ai fini del contatto precoce e dell'invio per la cura dei giocatori in difficoltà e dei loro familiari.

Sono stati commentati separatamente i risultati raccolti negli altri due sottogruppi individuati (Medici Pediatri e Parroci/Volontari).

2.5.1 Risultati comparati relativi al campione di Medici Medicina Generale, Operatori Ser.T/NOA e Operatori Altri Servizi

Di seguito sono riportate le risposte a tutti gli item del questionario. Per facilitare e rendere immediato il confronto tra i tre sottogruppi sopra indicati sono state appaiate tre colonne riportanti i risultati di ciascuno.

Nella legenda di ogni tabella è sempre riportata la numerosità del sottogruppo del campione a cui si fa riferimento:

- nei casi di domande rivolte a tutti, questa numerosità è ovviamente pari alla totalità del sottogruppo stesso;
- nei casi di domande a cui può rispondere solo una parte del campione, in quanto seguito di precedenti “domande filtro”, è riportata la numerosità del campione che ha potuto rispondere a quella domanda.

Le percentuali sono tutte calcolate in base alle risposte valide; eventuali missing vengono riportati dopo il totale dei validi ed espressi percentualmente in relazione al totale dei potenziali rispondenti.

Tabella 4: Domanda n.1: Ha mai letto o sentito parlare del gioco problematico?

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Si	61	47,3	46	97,9	74	85,1
No	68	52,7	1	2,1	13	14,9
Totale	129	100,0	47	100,0	87	100,0

La Tabella 4 mette in luce notevoli differenze nelle risposte date dai tre gruppi alla prima domanda (χ^2 : $p < .001$). I MMG costituiscono la popolazione più all’oscuro della problematica: infatti solo poco meno della metà (47,3%) ha risposto affermativamente. Pressoché la totalità gli operatori Ser.T/NOA sono informati (97,9%) e una percentuale elevata di conoscenza si registra anche tra gli Operatori Altri Servizi (85,1%).

Tabella 5: Domanda n.2: Se sì, da che fonte ha ricevuto queste informazioni? (possibili più risposte)

Fonte di informazione	Medici Medicina Generale (N=61) Risp=93		Operat. Ser.T/NOA (N=46) Risp=103		Operat. Altri Servizi (N=74) Risp=149	
	N	%	N	%	N	%
Ambiti professionali	44	47,3	75	72,8	99	66,4
Riviste professionali/spec.	32	34,4	18	17,5	43	28,9
Formazione	1	1,1	25	24,2	20	13,4
Da persone che si sono rivolte	9	9,7	22	21,4	22	14,7
Altro (colleghi, specialisti, lavoro)	2	2,1	10	9,7	14	9,4
Ambiti non professionali	49	52,7	28	27,2	50	33,6
Mass media	47	50,6	28	27,2	50	33,6
Altro (cultura gen., esp. personali)	2	2,1				
Media risposte per sogg	1,52		2,24		2,01	

E' parso opportuno suddividere le fonti di informazione sul gioco patologico per tipologia separando le "occasioni professionali, attivamente ricercate o casuali" di formazione/informazione dagli "ambiti non professionali". Anche a riguardo di questo item si registra un trend analogo a quello riscontrato nella domanda precedente.

Come si evince dalla Tabella 5, solo il 47,3% delle risposte degli MMG si riferiscono ad informazioni tratte anche da ambiti scientifico-professionali; il resto sembra frutto di casualità e circostanze. Il gruppo in assoluto meglio informato sul tema è quello degli operatori Ser.T/NOA, in cui si denota una netta prevalenza di risposte legate ad una informazione di tipo scientifico-professionale (72,8%). Anche tra gli Operatori Altri Servizi prevale la conoscenza scientifica (66,4%).

Christensen et Al. (2001) hanno verificato questi stessi item nel loro studio, riscontrando come gli operatori traessero le informazioni in modo limitato dall'approfondimento su riviste professionali (30,2%), dalla formazione specialistica (7,6%) o dal contatto diretto con persone che si sono rivolte loro per il problema (8,7%), in favore di una preponderante influenza dei mass media che questi Autori rilevano essere stata fonte informativa ben nell'85,5% dei casi.

Un'analisi più approfondita dei questionari ci permette di evidenziare che per 26 MMG le uniche fonti di informazione sul tema del gioco d'azzardo sono extra lavorative. Vale a dire che quei MMG sono venuti a conoscenza in modo casuale e non scientifico di una patologia che potrebbe riguardare la loro utenza e che sarebbe opportuno diagnosticare tempestivamente se non proprio trattare. La stessa casualità si potrebbe rilevare nella cittadinanza in generale che, però, non ha mansioni di tutela della salute individuale e pubblica. Per quanto riguarda gli Operatori Ser.T/NOA (indicati nel Grafico 1 come OpDip) in soli 3 casi i mass media risultano essere le uniche fonti di informazione segnalate. Anche per gli Operatori Altri Servizi solo 8 professionisti dichiarano di avere acquisito informazioni unicamente da fonti non professionali.

Grafico 1: Fonti di informazione degli operatori (solo NP=non professionale, o anche PR=professionale)

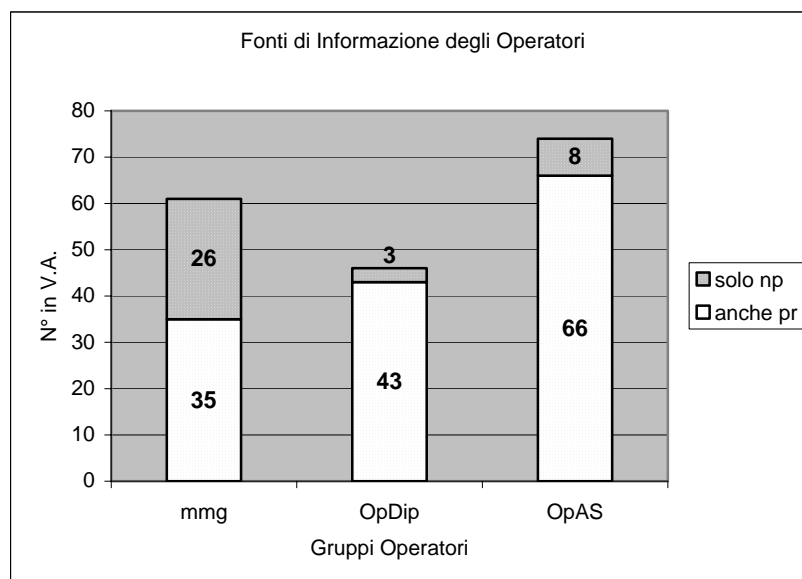


Tabella 6: Domanda n.3: E' mai stato confrontato con persone che presentavano problemi legati al gioco d'azzardo patologico anche se questo non rappresentava l'aspetto principale del problema?

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Si	51	39,5	30	65,2	47	54,0
No	76	58,9	13	28,3	38	43,7
Non saprei	2	1,6	3	6,5	2	2,3
Totale	129	100,0	46	100,0	87	100,0
Non risponde			1	2,1		

In riferimento alla Tabella 6, una percentuale inferiore alla metà dei MMG intervistati ha riscontrato la problematica tra i suoi pazienti (39,5%); tale dato appare cospicuo, anche in considerazione del fatto che non viene sovente svolta una attiva azione di indagine da parte del medico, atta a sollecitare queste richieste di aiuto. Inoltre, il risultato appare interessante se confrontato con quello riscontrato da Coacci et Al. (2003) sull'analoga popolazione dei MMG della provincia di Grosseto. Questi autori rilevavano che solo il 19,5% dei soggetti intervistati avevano ricevuto una richiesta di aiuto da giocatori patologici, mentre il nostro dato dimostra un incremento di MMG che rilevano la patologia. Tale dato potrebbe essere spiegabile sia con differenze territoriali, sia con il fatto che le due indagini sono state condotte a oltre 12 mesi di distanza l'una dall'altra. La variabile "tempo" potrebbe essere particolarmente incidente in considerazione dello scenario italiano già descritto, in cui si assiste all'incremento della diffusione e liberalizzazione di occasioni di gioco, nonché dell'abbassamento della soglia di accesso di tali giochi nell'arco degli ultimi anni (Croce, 2001).

Ben due terzi degli intervistati nei Ser.T/NOA affermano di aver avuto a che fare con giocatori problematici nell'ambito della propria attività clinica. Questo indicherebbe che, nonostante l'ancora incompleta preparazione degli operatori e l'ancora indefinita declinazione operativa delle competenze attribuite in materia, all'interno dei Ser.T si individuano con chiarezza una discreta frequenza di casi di gioco problematico.

E' interessante notare che anche più di metà degli operatori intervistati negli Altri Servizi ha incontrato questi pazienti, segno probabile della presenza reale e diffusa del problema.

Il confronto tra gruppi da luogo ad una differenza significativa (χ^2 : $p < .004$).

Tabella 7: Domanda n.3.1: Indicativamente con quante persone?

	Medici Medicina Generale (N=51)		Operatori Ser.T/NOA (N=30)		Operat. Altri Servizi (N=47)	
	N	%	N	%	N	%
1 o 2 persone	37	75,5	8	40,0	18	40,9
Sino a 10 persone	12	24,5	10	50,0	25	56,8
Oltre 10 persone	0	0,0	2	10,0	1	2,3
Totale	49	100,0	20	100,0	44	100,0
Non risponde	2	3,9	10	33,3	3	6,4

All'interno del sottogruppo dei MMG la maggior parte delle risposte (75,5%) fa riferimento a poche unità (1-2 pazienti), mentre tra gli Operatori di Ser.T/NOA e Altri Servizi è rilevabile una maggiore frequenza di pazienti di questo tipo: circa il 50% di chi ha risposto indica sino a 10 pazienti.

Tabella 8: Domanda n.4: La richiesta arrivava da? (possibili più risposte)

	Medici Medicina Generale (N=47) Risp=55		Operatori Ser.T/NOA (N=30) Risp=52		Operat. Altri Servizi (N=45) Risp=64	
	N	%	N	%	N	%
Da un giocatore	28	50,9	25	50,0	23	35,9
Da un familiare	26	47,3	22	41,7	37	57,8
Altro	1	1,8	5	8,3	4	6,3
Totale	55	100,0	52	100,0	64	100,0
Media risposte per sogg	1,17		1,73		1,42	

Si riscontra una sostanziale uguaglianza (circa il 50%) per quanto riguarda la fonte della richiesta, che parrebbe provenire più o meno in ugual misura da un familiare o dal giocatore stesso, nei campioni relativi a MMG e Operatori Ser.T/NOA. Si riscontra invece un diverso andamento nei dati raccolti tra gli Operatori Altri Servizi, dove parrebbe essere la famiglia (57,8%) prima che il paziente (35,9%) a risentire dei problemi causati dal gioco eccessivo e quindi a chiedere aiuto. Va ricordato che nella nostra ricerca gli Altri Servizi comprendono il Consultorio Familiare e i Servizi Sociali comunali, e tale dato è quindi spiegabile anche alla luce del target di utenza.

Tabella 9: Domanda n.5: Solitamente quando fa l'anamnesi ai suoi pazienti inserisce anche domande dirette ad indagare la problematica del gioco d'azzardo?

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Si	7	5,4	19	42,2	14	18,4
No	122	94,6	26	57,8	62	81,6
Totale	129	100,0	45	100,0	76	100,0
Non risponde			2	4,2	11	12,6

Sia tra i MMG che tra gli Operatori Altri Servizi consultati, è schiacciante la maggioranza di coloro che non indagano direttamente eventuali comportamenti di gioco problematico.

Tra gli operatori Ser.T/NOA, anche se la maggioranza pare non indagare abitualmente e specificatamente l'esistenza di gioco problematico, il dato si avvicina al 50%, cosa che rende effettivamente diverso il comportamento degli operatori su questo punto (χ^2 : $p < .001$). Inoltre, è opportuno notare che, per una valutazione più corretta, vanno scorporati quei soggetti (N=21) che per ruolo professionale (infermieri, educatori, amministrativi) in taluni di questi Servizi non sono normalmente impegnati nella raccolta dei dati anamnestici. Rivalutando i dati in questo modo aumenta tra medici, psicologi e assistenti sociali (coloro che ci è stato indicato in genere essere gli operatori preposti all'accoglienza) la percentuale di coloro che indagano abitualmente anche l'esistenza di un problema di gioco eccessivo (N=14 su 26, 53,8%). In termini generali si può dire comunque che, sebbene con gradienti diversi, la patologia oggetto della ricerca è ad oggi ancora poco indagata dagli operatori psico-socio-sanitari del territorio. Tuttavia, condividiamo con Christensen et Al. (2001) che a riguardo rilevavano un 30%, la difficoltà a considerare e trattare il gioco d'azzardo patologico come un tema di interesse professionale per gli operatori.

Tabella 10: Domanda n.5.1: Con quale frequenza inserisce domande dirette ad indagare la problematica del gioco d'azzardo ?

	Medici Medicina Generale (N=7)		Operatori Ser.T/NOA (N=19)		Operat. Altri Servizi (N=14)	
	N	%	N	%	N	%
Sino al 10% dei casi	1	50,0	1	5,5	1	8,3
Nel 10%-50% dei casi	1	50,0	3	16,7	5	41,7
Nel 51%-80% dei casi	0	0,0	3	16,7	2	16,7
Oltre nell'80% dei casi	0	0,0	11	61,1	4	33,3
Totale	2	100,0	18	100,0	12	100,0
Non risponde	5		1		2	

La Tabella 10 non fa che riconfermare quanto già prima evidenziato, denotando un'indagine più puntuale tra gli operatori dei Servizi specialistici rispetto a quella dei MMG. Il campione esiguo di coloro che hanno risposto a questa domanda in tutte e tre le categorie tuttavia non autorizza a trarre considerazioni conclusive.

Tabella 11: Domanda n.5.2: Perché inserisce / non inserisce domande dirette ad indagare la problematica del gioco d'azzardo?

	MMG (N=129)		Ser.T/NOA (N=47)		Al.Serv. (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Chiedo perché	7	5,4	19	44,7	14	28,7
E' un compito abituale, una prassi	0	0,0	4	21,1	0	0,0
Sono personalmente consapevole della rilevanza	1	14,3	11	57,9	1	7,1
Verifico condizioni specifiche o che fanno insospettare	6	85,7	3	15,8	12	85,8
Non fornisce spiegazione	0	0,0	1	5,2	1	7,1
Subtotale	7	100,0	19	100,0	14	100,0
Non chiedo perché	122	94,6	26	55,3	62	71,3
Non rientra nei compiti abituali	69	56,6	9	34,6	17	27,4
Non rientra nei compiti abituali ma dovrei	8	6,6	2	7,7	1	1,6
Non rientra nei compiti abituali, chiedo solo se...	3	2,5	1	3,8	7	11,3
Non rientra nei compiti abituali e sono contrario	12	9,8	0	0,0	3	4,8
Non rientra nei compiti ab., non voglio/è inutile sollecitare	13	10,6	0	0,0	4	6,4
Non rientra nei compiti ab. e non è il caso che io indaghi	13	10,6	1	3,8	12	19,4
Non mi compete come ruolo professionale	0	0,0	6	23,0	0	0,0
Non fornisce spiegazione	4	3,3	7	26,9	18	29,1
Subtotale	122	100,0	26	100,0	62	100,0
Non risponde			2		11	
Totale	129	100,0	47	100,0	87	100,0

Riguardo ai motivi che inducono/non inducono a indagare vi è una notevole disomogeneità di risposte, sia in termini quantitativi (la già evidenziata diversa distribuzione percentuale tra chi chiede e chi non chiede) che qualitativi: tra i MMG e gli Operatori Altri Servizi, l'indagine sulle abitudini di gioco d'azzardo tra i pazienti viene sollecitata da indizi esterni (quasi 86%). Inoltre, il non chiedere risiede specialmente nel non ritenere tale tema oggetto della propria indagine diagnostica.

Interessante notare che tra le motivazioni fornite dagli operatori Ser.T/NOA vi è la consapevolezza della rilevanza del tema che spinge tali operatori ad indagarlo frequentemente (circa 58%); ben il 21,1% lo ritiene prassi abituale del Servizio.

Tuttavia, anche nell'ambito dei Ser.T/NOA intervistati si rilevano disomogeneità da Servizio a Servizio. In alcuni non è stata ancora fatta una riflessione specifica sul tema e l'attenzione rimane centrata sulle "tradizionali" sostanze stupefacenti, in altri invece l'indagine sulla problematica del gioco è inserita nel protocollo di accoglienza.

In una risposta trasparente anche la preoccupazione di riscontrare/soffrire un problema nuovo a cui, a livello professionale e/o istituzionale, non possono seguire delle risposte adeguate e che quindi sembra meglio non sollecitare.

Interessante confrontare questi risultati con la ricerca condotta da Sullivan et Al. (2000) su MMG. Da essa si evince che il 53% degli intervistati ammette esplicitamente di avere difficoltà a sollecitare il problema del gioco patologico

ponendo domande dirette ai propri pazienti, anche se, diversamente che da noi, ben l'85% di questi medici ritiene che la diagnosi del gioco patologico rientri tra i mandati loro attribuiti, il 72% pensa di dover avere un ruolo nel trattamento e l'80% crede di doversi porre come punto di supporto alla famiglia.

Si è poi voluto indagare su alcune tipologie particolari di pazienti: quelli con problemi stress-correlati o con dipendenze da sostanze che afferiscono agli ambulatori dei MMG e negli Altri Servizi.

Tabella 12: Domanda n.6: Che percentuale sul totale delle persone che si rivolgono a lei vengono per problemi legati allo stress?

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T/NOA		Operat. Altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Sino al 10%	35	28,7	Non somministrata		8	25,8
Dal 11% al 30%	55	45,1			6	19,3
Dal 31% al 60%	25	20,5			9	29,1
Oltre il 60%	7	5,7			8	25,8
Totale	122	100,0			31	100,0
Non risponde	7	5,4			56	64,4

Tabella 13: Domanda n.7: Ha mai domandato a questa tipologia di persone se avessero problemi di gioco d'azzardo?

	Medici Medicina Generale (N=122)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=31)	
	N	%	N	%	N	%
Si	13	10,7	Non somministrata		6	19,3
No	109	89,3			25	80,7
Totale	122	100,0			31	100,0

Tabella 14: Domanda n.8: Che percentuale sul totale delle persone che si rivolgono a lei vengono per problemi legati al consumo/abuso/dipendenza da sostanze?

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Sino al 10%	97	80,2	Non somministrata		29	60,4
Dal 11% al 30%	17	14,0			13	27,2
Dal 31% al 60%	6	5,0			3	6,2
Oltre il 60%	1	0,8			3	6,2
Totale	121	100,0			48	100,0
Non risponde	8	5,4			39	44,8

Tabella 15: Domanda n.9: Ha mai domandato a questa tipologia di persone se avessero problemi di gioco d'azzardo?

	Medici Medicina Generale (N=121)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=48)	
	N	%	N	%	N	%
Si	24	19,8	Non somministrata		20	41,7
No	97	80,2			28	58,3
Totale	121	100,0			48	100,0

Interessante notare da questi risultati, in linea con il fatto già riscontrato che l'indagine viene avviata e condotta sovente solo in presenza di segnali specifici, che in entrambe le categorie (MMG e Operatori Altri Servizi) il consumo, abuso, dipendenza da sostanze (alcool, tabacco, psicofarmaci, droghe illegali), più che i sintomi stress-correlati, è un indicatore che invita ad approfondire anche i comportamenti di gioco d'azzardo. Si può notare infatti che il numero di MMG e di Operatori Altri Servizi che fanno domande sul gioco all'utenza "dipendenti da sostanze" cresce in modo abbastanza rilevante se comparato con quello di coloro che indaga il fenomeno sui pazienti che portano sintomi stress-correlati (MMG: 19,8% vs. 10,7%; Operatori Altri Servizi: 41,7% vs. 19,3%), segno che probabilmente esiste una certa consapevolezza delle correlazioni tra gioco e abuso/dipendenza da sostanze e della matrice che li accomuna. In considerazione però dell'elevata comorbilità riscontrata da Christensen et Al. (2001) tra problemi stress-correlati e gioco d'azzardo, e dell'elevato numero di pazienti che i MMG incontrano per tale disagio (nella nostra indagine è praticamente il 94%), sarebbe decisamente opportuno che vi fosse un approfondimento più puntuale a riguardo.

Tabella 16: Domanda n.10: In quante persone ha individuato dei problemi da gioco d'azzardo?

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T /NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Nessuno / non risponde	76	58,9	22	46,8	42	48,3
Sino a 5	52	40,3	15	31,9	41	47,1
Da 6 a 10	1	0,8	6	12,8	4	4,6
Oltre 10	0	0	4	8,5	0	0
Totale	129	100,0	47	100,0	87	100,0

Un dato che colpisce è che tra i MMG, nonostante non vi sia una ricerca attiva attraverso l'anamnesi, comunque ben il 40,3% di loro ha accolto qualche paziente GAP, presentatosi in modo spontaneo. Ciò sottolinea l'importanza di questa figura di base e il significato che il MMG riveste spesso tra i suoi pazienti che in lui trovano un punto di riferimento non trascurabile (per consigliarsi ed appoggiarsi, piuttosto che andare altrove), e dunque sottolinea l'importanza di svolgere ruoli anche meno prettamente "sanitari" e con un punto di vista più allargato di prevenzione e tutela della salute.

Tutto sommato pochi i casi rilevati presso i Ser.T/NOA, dove ben il 46,8% degli operatori, nonostante una maggiore apertura al problema, non ha incontrato nessun paziente con problemi legati al gioco; questo dato rinforza l'idea che l'arrivo al Servizio specialistico competente sia per una persona bisognosa impresa tutt'altro che facile (magari per vergogna o pregiudizi, oltre che per disinformazione), e nuovamente evidenziano l'importanza del MMG, snodo centrale nella rete terapeutica di tali pazienti, con la sua preziosa funzione di invio.

Tabella 17: Domanda n.11: Ha dato delle indicazioni per il trattamento a quelle persone in cui ha identificato un problema di gioco?

	Medici Medicina Generale (N=53)		Operatori Ser.T/NOA (N=25)		Operat. Altri Servizi (N=45)	
	N	%	N	%	N	%
Si	32	60,4	18	72,0	28	62,2
No	21	39,6	7	28,0	17	37,8
Totale	53	100,0	25	100,0	45	100,0

Laddove i MMG individuano situazioni problematiche, grazie all'anamnesi, alla sensibilità del medico, alla dichiarazione diretta da parte del paziente, circa il 60% di costoro fornisce un'indicazione terapeutica ma per contro circa il 39% dei pazienti pare non aver ricevuto alcuna proposta di intervento, circostanza che esita probabilmente in vissuti di solitudine ed incomprensione. Dati simili (62,2% e 37,8%) si riscontrano negli Operatori Altri Servizi mentre gli operatori Ser.T/NOA forniscono indicazioni in un numero di casi un poco più elevato (72%).

Tabella 18: Domanda n.12: Quali indicazioni ha dato alle persone in cui ha identificato un problema di gioco? (possibili più risposte)

	Medici Medicina Generale (N=32) Risp=45		Operatori Ser.T/NOA (N=18) Risp=40		Operat. Altri Servizi (N=28) Risp=69	
	N	%	N	%	N	%
Suggerimenti/consigli	17	37,8	4	10,0	10	14,5
Prescrizione diretta	0	0	9	22,5	8	11,6
Prescrizione altra probl.	1	2,2	11	27,5	9	13,1
Prescrizione di farmaci	4	8,9	0	0	9	13,1
Invio altro Servizio	19	42,2	8	20,0	23	33,3
Invio specialisti privati	3	6,7	0	0	1	1,4
Invio gruppi auto aiuto	0	0	7	17,5	8	11,6
Altro	1	2,2	1	2,5	1	1,4
Totale	45	100,0	40	100,0	69	100,0
Media risposte per sogg	1,4		2,2		2,4	

I suggerimenti forniti dai MMG fanno riferimento ancora in larga misura a consigli "di buon senso" (37,8%). Le prese in carico sono risultate numericamente molto limitate e solo in riferimento a prescrizione di farmaci (un non trascurabile 8,9%) o in riferimento alla gestione del paziente su altra problematica (2,2%) mentre,

in modo più appropriato, si rilevano nel 42,2% dei casi di invii ai Servizi (Ser.T e Psichiatria) o a specialisti privati (6,7%).

Nel caso dei Ser.T/NOA si assiste a una buona percentuale di situazioni in cui c'è la presa in carico del paziente (50%), sia direttamente sul problema del gioco, sia un po' più spesso centrando l'attenzione su altre problematiche. Da notare la spinta a rimandare all'esterno verso altri Servizi la problematica riscontrata, in certi casi probabilmente in modi e verso sedi appropriate come gruppi di auto-aiuto (20%) e consulenze psichiatriche (17,5%); tuttavia tra i "suggerimenti" forniti si riscontrano anche inviti a rivolgersi a "strutture adeguate" non meglio definite, risposta che evidenzia la concezione che il Ser.T non lo sia, in quanto non può o non deve occuparsi della questione.

La situazione degli Altri Servizi vede risposte più frammentate, dovute probabilmente alla presenza in questa categoria di varie tipologie di Servizi (dal CPS, al Consultorio, al Servizio Sociale comunale) con un condiviso approccio di inviare a Servizi specifici e a gruppi di auto-aiuto.

In linea generale, anche all'estero si assiste ad una bassa conoscenza delle risorse disponibili da parte degli operatori di base. Per Sullivan et Al. (2000) essa è pari infatti al 38%.

Tabella 19: Domanda n.13: Ritieni di disporre di sufficienti risorse per individuare ed intervenire con persone che hanno problemi di gioco?

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Si	23	18,9	9	20,0	9	11,4
No	99	81,1	36	80,0	70	88,6
Totale	122	100,0	45	100,0	79	100,0
Non risponde	7	5,4	2	4,6	8	9,1

Coerentemente con le risposte fornite in precedenza, la maggioranza degli intervistati in tutti e tre i gruppi (sempre più dell'80%) ritiene di non disporre di sufficienti risorse per riconoscere il problema ed intervenire.

Tale dato allarma perché a qualsiasi Servizio un giocatore o un familiare si rivolga, nella maggioranza dei casi si trova di fronte ad un operatore consapevole di non avere sufficienti risorse per affrontare la sua problematica; questo è ancor più vero in riferimento al Ser.T/NOA, dal momento che presso tali Servizi dovrebbero essere accolti questo tipo di pazienti e che anzi, come abbiamo visto, spesso già ivi si rivolgono.

Questi risultati sono assimilabili a quelli raccolti in altri studi analoghi. In Italia, Coacci et Al. (2003) riscontravano un 80,5% di professionisti MMG che non si sentivano sufficientemente preparati per intervenire. All'estero, Sullivan et Al. (2000) riscontravano un 81% di operatori che non riteneva di avere la preparazione sufficiente per poter valutare e trattare pazienti giocatori, contro il 54% (dato fuori dal coro e comunque piuttosto basso) riscontrato da Drebing et Al. (2001).

Tabella 20: Domanda n.13.1: Se no, cosa ritiene possa essere fatto? (possibili più risposte)

	MMG (N=99)		Ser.T/NOA (N=36)		Al.Serv. (N=70)	
	N	%	N	%	N	%
Risposte “attive”	35	34,7	33	89,1	45	70,3
Risposte “passive”	66	65,3	4	10,9	19	29,7
Totale	101	100,0	37	100,0	64	100,0
Non specifica	3	3,1	3	8,1	13	18,6
Dettaglio						
Risposte “attive”						
Formazione, aggiornamento	24	68,6	25	75,8	30	66,7
Promuovere, diffondere informazione e cultura, sensibilizzare	1	2,8	4	12,1	4	8,9
Confrontarsi, capire meglio, parlarne, documentarsi, questionari	7	20	2	6,1	1	2,2
Creare, partecipare a una rete	3	8,6	1	3	7	15,6
Prevenzione / Ricerca	0	0	1	3	1	2,2
Attivazione gruppi auto-mutuo aiuto	0	0	0	0	2	4,4
Subtotale	35	100	33	100	45	100
Risposte “passive”						
Ricevere informazioni, materiale, supporto e consulenze	16	24,2	0	0	10	52,7
Materiale informativo x pz (locandine, opuscoli)	17	25,7	0	0	0	0
Inviare a specialisti, gruppi, ambulatori, centri	12	18,2	2	50	5	26,3
Niente, non sono interessato, non di competenza, no priorità	1	1,5	2	50	2	10,5
Mirare meglio l’anamnesi	5	7,6	0	0	0	0
Non so, mai pensato	13	19,7	0	0	2	10,5
Altro	2	3,1	0	0	0	0
Subtotale	66	100	4	100	19	100

Un'altra domanda del questionario indagava l'opinione degli intervistati su cosa fosse più utile secondo loro per fare fronte alla mancanza di risorse ed intervenire su persone con problemi di gioco.

Le risposte libere fornite dagli intervistati sono state categorizzate in “attive” (che presuppongono un certo livello di coinvolgimento da parte dell’operatore) e “passive” (che richiedono minore investimento). I MMG parrebbero più orientati a questa seconda tipologia (65,3%), mentre gli operatori degli Altri Servizi e dei Ser.T/NOA mostrano una tendenza inversa, prediligendo soluzioni “attive”, rispettivamente in oltre il 70% e in quasi il 90% dei casi.

Più nello specifico, tra le risposte attive dei MMG predomina la richiesta di formazione (68,6%) e pochi (8,6%) ipotizzano anche di partecipare come “nodo” di una rete. Più numerose sono le risposte passive. Tra queste è predominante la richiesta di ricevere materiale e consulenze (24,2%) oltre a esprimere apprezzamento per la divulgazione di materiale informativo per i pazienti (campagne informative, opuscoli, questionari) (25,7%). Altre risposte danno un’idea della tendenza da parte del MMG ad inviare ad altri specialisti quali lo psicologo/psichiatra, una clinica, un centro, eccetera. Rilevante è anche la percentuale (19,7%) di coloro i quali non si esprimono.

Negli altri due gruppi (Ser.T/NOA e Altri Servizi) appare assai più sentita l'esigenza di dotarsi delle cognizioni necessarie per intervenire su una problematica che, volenti o nolenti, è già di attualità presso l'utenza in carico. Infatti i "metodi attivi", come la formazione e il confronto con colleghi esperti, sono i più indicati. Pochi sono i soggetti "non interessati" o che non forniscono una risposta.

Tabella 21: Domanda n.14: A suo parere nella nostra provincia i problemi legati al gioco d'azzardo sono:

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. Altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Inesistenti	1	0,9	0	0	0	0
Appena percettibili	32	29,6	6	14,6	6	8,3
Abbastanza diffusi	62	57,4	26	63,4	49	68,1
Molto diffusi	10	9,3	9	22,0	17	23,6
Non saprei	3	2,8	0	0	0	0
Totale	108	100,0	41	100,0	72	100,0
Non risponde	21	16,3	6	12,8	17	19,5

La maggioranza dei MMG (57,4%) ritiene abbastanza diffusi i problemi legati al gioco nel territorio. E' da sottolineare che il 16,3% dei soggetti non ha risposto a questa domanda. Si può presumere che essi non abbiano nessuna percezione particolare rispetto a un fenomeno vissuto come estraneo, a cui probabilmente non avevano mai pensato. La percentuale di operatori dei Ser.T/NOA e degli Altri Servizi che ritengono il problema "abbastanza diffuso" è solo leggermente maggiore rispetto ai MMG. Tuttavia, coloro tra questi operatori che ritengono il problema "molto diffuso" è più del doppio (circa 22-23%) degli MMG. Rimane ancora piuttosto alta anche in questi gruppi la percentuale di non rispondenti (rispettivamente 12,8% e 19,5%).

Tabella 22: Domanda n.15: Quanto è interessato ad approfondire la sua conoscenza sul gioco d'azzardo?

	Medici Medicina Generale (N=129)		Operatori Ser.T/NOA (N=47)		Operat. altri Servizi (N=87)	
	N	%	N	%	N	%
Poco	30	23,4	11	24,4	19	22,3
Abbastanza	75	58,6	18	40,0	36	42,4
Molto	23	18,0	16	35,6	30	35,3
Totale	128	100,0	45	100,0	85	100,0
Non risponde	1	0,8	2	4,2	2	2,3

Dalla Tabella 22 si nota che in tutte le categorie considerate l'interesse ad approfondire il tema supera il 75%, dato che dovrebbe stimolare alla realizzazione di idonei percorsi informativi e di formazione continua.

2.5.2 Risultati relativi al campione di Medici Pediatri

Oltre ai MMG sono stati intervistati anche 17 Medici Pediatri (su un totale censito di 27).

La scelta di contattare anche questa categoria di operatori a prima vista potrebbe risultare impropria, dal momento che essi non hanno un riscontro diretto nel loro lavoro con pazienti GAP occupandosi di utenza infantile. Quindi possiamo supporre che questi professionisti non abbiano un'attenzione strettamente professionale al fenomeno.

Tuttavia, i pediatri costituiscono un punto di osservazione privilegiato dei bambini e della loro salute psicofisica, incluse le relazioni genitori-figli e le capacità genitoriali.

Nella nostra ipotesi, sarebbe opportuno che tali figure professionali si ponessero nell'ottica di individuare eventuali problemi di gioco patologico in famiglia, che potrebbero riflettersi negativamente sulle capacità di accudimento dei bambini – così come può accadere per altre forme di dipendenza, quali tossicodipendenza ed alcolismo. Per questo motivo si è deciso di coinvolgerli nella ricerca.

Il 41,2% (N=7) si dichiara a conoscenza del fenomeno sia per quanto riferito dai mass media, sia per esperienze personali o scambi con colleghi. La quasi totalità dei Pediatri intervistati (N=14, 82,3%) si dichiara non competente in materia e sottolinea anche la non diretta pertinenza di tali nozioni nel proprio lavoro quotidiano. Tuttavia il 29,4% (N=5) si dichiara molto interessato ad approfondire comunque la conoscenza in quanto ritiene la tematica di “rilevante penetranza sociale” e nuovamente il 41,2% (N=7) ritiene abbastanza diffuso il problema in ambito provinciale.

La scelta di indagare o meno il fenomeno in anamnesi mette in luce la contrapposizione tra due modi di intendere il compito di medico pediatra: il primo, maggiormente centrato sul versante clinico diretto, porta a non considerare altri aspetti esterni alla valutazione strettamente clinica del bambino (“non vedo la rilevanza del tema per la salute del bambino”); il secondo denota una maggiore sensibilità al contesto complessivo in cui vive il bambino dal quale captare eventuali segnali d'allarme per approfondire la valutazione (“indago...se i genitori non mi ispirano fiducia”). Questo stesso comportamento di ricercare tracce negli atteggiamenti degli utenti per decidere se compiere anamnesi più dettagliate era già emerso tra i MMG. Tuttavia, recenti ricerche (Wilson et Al., 2004) hanno dimostrato che spesso laddove i medici confidino esclusivamente sulle proprie impressioni piuttosto che fondare i loro giudizi somministrando strumenti diagnostici ad hoc, essi tendono a sottostimare in modo significativo la prevalenza dei disturbi di dipendenza tra i loro pazienti, di fatto non identificando pazienti problematici, abusatori o persino dipendenti.

2.5.3 Risultati relativi al campione di Parroci e Volontari

Quest'ultimo gruppo è composto da 15 soggetti, 14 parroci e un volontario.

Per motivi legati ai tempi di realizzazione ed alle risorse disponibili, non è stato possibile intervistare tutti gli operatori volontari dei Centri di Ascolto della Caritas dei due Distretti; abbiamo quindi deciso di intervistare un operatore tra questi che in virtù del suo ruolo di responsabile di un dormitorio gestito da un'associazione del privato sociale in collaborazione con una parrocchia e con la stessa Caritas ci sembrava essere interlocutore interessante ai fini della ricerca in atto.

Solo il 26,7% (N=4) si dichiara a conoscenza della tematica del gioco patologico, conoscenza mutuata dai mass media e, in un caso, anche da una persona che aveva chiesto direttamente consigli per il problema.

Si rileva che il numero di contatti con persone o familiari coinvolti nella problematica è per lo più nell'ordine delle unità, tranne che per l'ambito legato a Caritas, in cui è valutato che ben 50 persone che utilizzano i servizi offerti da tale ente presentano problemi di gioco patologico.

La valutazione generale delle risposte fornite agli altri item da questo gruppo di intervistati evidenzia ancora una generale limitata conoscenza, consapevolezza ed attenzione al problema. L'interesse ad approfondire l'argomento è elevato solamente in 3 soggetti (20%) tra gli intervistati che, tuttavia, in maggioranza ritengono il fenomeno "abbastanza diffuso" nel territorio provinciale (N=10, 71,4%).

2.6 Conclusioni ed implicazioni

I risultati del presente studio hanno implicazioni sia per i gruppi di operatori intervistati sia più in generale per il sistema socio sanitario, in merito al riconoscimento e al trattamento dei problemi di salute gambling correlati. Di seguito alcune riflessioni.

Molti operatori hanno riferito che una fonte di informazione importante sul gioco patologico sono stati i mezzi di comunicazione di massa. Storie di giocatori e di vite rovinate dal gioco sono state spesso riportate nei quotidiani, sulle riviste e nei programmi televisivi. Tali stimoli sono stati senza ombra di dubbio importanti in relazione alla conoscenza del fenomeno da parte della popolazione generale. I nostri risultati dimostrano ancora una volta il ruolo dei media nell'educazione del pubblico e persino dei professionisti della salute (ed un pubblico più consapevole aiuta anche i professionisti ad occuparsi di specifici argomenti socio-sanitari). Un uso più finalizzato dei media (Tv, radio e giornali) dovrebbe essere più ampiamente stimolato e calendarizzato per informare cittadini e tecnici del problema del gioco patologico, visto il potente influsso esercitato a tutti i livelli. Purtroppo a riguardo del gioco d'azzardo la comunicazione mediatica, specie quella televisiva, è ancora piuttosto confusiva.

Si è pure evidenziato il peso delle riviste scientifiche, anche se con differenze tra le varie categorie; sebbene questo veicolo sia meno rilevante dei media, pare che gli articoli scientifici sul gambling attraggano comunque l'attenzione. Risulta importante dunque proseguire nell'usare tale canale per fornire informazioni di qualità ai professionisti psico-socio-sanitari.

La preoccupazione espressa coralmemente di non avere le competenze necessarie per intervenire con successo nell'identificazione e nel trattamento di tale patologia, può fungere da barriera al coinvolgimento dei professionisti sia nella diagnosi che nella cura del gioco patologico.

Tuttavia, anche a fronte da parte dei professionisti della salute di indagini sul problema quanto meno timide, di una sensazione di incerto mandato oltre alla consapevolezza di non avere una buona conoscenza sulle risorse di aiuto disponibili, diversi pazienti GAP si presentano spontaneamente.

Una chiave di volta per migliorare le chances di riconoscere problemi gambling correlati in contesti di medicina e servizi sociali di base potrebbe essere quella di rendere disponibili materiali e risorse ai professionisti negli ambulatori e nelle sedi dove incontrano i pazienti. Ad esempio, semplici strumenti di screening di facile utilizzo verranno più facilmente compilati piuttosto che elaborati e prolissi test, difficili anche da interpretare. Inoltre, può essere prezioso avere prontamente a disposizione informazioni relative ai Servizi dove inviare i pazienti in caso di necessità. Saranno all'uopo utili volantini dei Ser.T, dei Giocatori Anonimi o di altre realtà di aiuto operanti sul territorio, oltre a materiali affissi nelle sale d'attesa che connotino chiaramente il problema del gioco patologico nella sfera della salute piuttosto che della morale.

Alcuni studi (Christensen et Al., 2001) evidenziano come coloro che più erano interessati ad approfondire il tema con formazione specifica erano coloro che già avevano incontrato nella pratica clinica dei giocatori eccessivi. Questo rinforza la convinzione di questi autori che quanto più i problemi di gioco d'azzardo saranno riconosciuti e trattati dal sistema socio sanitario, tanto più i professionisti saranno sempre più informati sul gioco patologico e sui suoi effetti sullo stato di salute dei pazienti. Questi autori saggiamente evidenziano anche come il sistema sanitario, dalla formazione alla clinica, ad oggi ancora non abbia incluso il gioco patologico tra le diagnosi possibili. L'assenza di domande ad hoc nei protocolli di assessing disponibili riscontrata dagli operatori parrebbe convalidare questa tendenza, e pertanto bisognerebbe prevederne l'inclusione.

La formazione dei professionisti psico-socio-sanitari è un punto cruciale a tutt'oggi dolente. I dati raccolti suggeriscono che coloro che operano a vario titolo nei servizi di base (che siano medici, psicologi, assistenti sociali, educatori...) per loro stessa ammissione sono inadeguatamente formati per identificare, valutare e fornire assistenza o fare invii appropriati per pazienti affetti da un disturbo primario di gioco d'azzardo patologico o in comorbidità con altre patologie. Con queste premesse, è legittimo supporre che un paziente motivato alla cura possa avere difficoltà nel

trovare un interlocutore competente, come pure un paziente con un problema di gioco eccessivo non diagnosticato verosimilmente non verrà intercettato dai Servizi.

Riteniamo che senza specifici sforzi volti a migliorare la formazione di base (sia universitaria prima, che specialistica e continua poi) il divario esistente tra il bisogno di professionisti competenti in materia ed il numero di specialisti disponibili probabilmente resterà invariato.

Drebing et Al. (2001) propongono a riguardo 6 indicazioni che riteniamo applicabili anche in Italia.

- I programmi formativi delle professioni psico-socio-sanitarie dovrebbero includere come minimo skills per identificare il problema oltre ad una conoscenza di base circa i trattamenti e le risorse di aiuto disponibili.
- Domande relative alla diagnosi e al trattamento del gambling dovrebbero essere incluse di routine nei test per gli esami di abilitazione alle professioni psico-socio-sanitarie.
- Dovrebbero essere facilmente disponibili programmi di formazione specialistica.
- I centri clinici dovrebbero utilizzare a tappeto nelle procedure di accoglienza strumenti semplici volti ad identificare pazienti con problemi di gioco patologico. L'uso di strumenti quali il Lie/Bet questionnaire (elaborato da Johnson et Al., versione italiana disponibile in Capitanucci e Carlevaro, 2004) si è rivelato efficace per identificare la maggioranza di persone con tali problemi. Inoltre, l'inclusione regolare di questi items nella prassi dell'anamnesi di accoglienza, avrebbe l'effetto secondario di "elevare la soglia di attenzione" dei professionisti oltre a consentire ad un largo numero di pazienti, che altrimenti rimarrebbero nell'ombra senza diagnosi, di poter accedere ad un trattamento oppure di poter essere inviati ad un Servizio idoneo.
- I centri clinici e di ricerca dovrebbero elaborare programmi integrati di trattamento per coloro che sono affetti simultaneamente da gioco d'azzardo patologico e altro disturbo psichiatrico o di dipendenza da sostanze. Questo perché è frequente che per i giocatori eccessivi sia possibile porre una doppia diagnosi.
- Lo Stato dovrebbe incrementare il finanziamento della ricerca clinica finalizzata al trattamento dei giocatori patologici, in quanto la diffusione di protocolli di cura validati accelererebbe la diffusione della terapia nel ramo.

In estrema sintesi dunque, i dati raccolti dagli interlocutori privilegiati intervistati (MMG, Medici Pediatri, operatori dei Servizi eccetera) permettono di affermare che la problematica in questione non è ancora da tutti riconosciuta come una patologia. Parrebbe ancora prevalere, anche tra gli addetti ai lavori e i personaggi chiave intervistati, l'accezione del fenomeno inteso come "vizio" che, in quanto tale, apparterebbe alla sfera privata della persona. Inoltre, solo una assai limitata percentuale di interlocutori si dichiara in possesso di strumenti di riconoscimento della problematica e/o delle informazioni necessarie per un corretto trattamento o invio ai Servizi; tra l'altro, nella maggior parte dei casi, anche questi ultimi non sono individuati/bili con chiarezza.

Alla luce di queste considerazioni, riteniamo potrebbe essere interessante organizzare momenti di approfondimento nel corso dei quali potersi confrontare (ad esempio tra operatori appartenenti alla stessa categoria professionale, come i MMG, oppure appartenenti agli stessi servizi, come le Assistenti Sociali dei Comuni), evidenziando le difficoltà esistenti ed ipotizzando modalità di attivazione delle risorse possibili (ad esempio, la costruzione di una rete inviante ai Servizi).

E' indubbio infatti che l'intervento professionale precoce attraverso screening programmati o incoraggiando la ricerca di aiuto da parte di chi vive il problema riduce i danni a lungo termine del giocatore ed impatta positivamente sulla qualità della vita della sua famiglia (Sullivan et Al., 2000). Proprio per questo, l'intervento del professionista di base può fornire una via di uscita facilmente accessibile per il giocatore e per la sua famiglia.

Tuttavia è necessario segnalare come qualsiasi buona iniziativa rischi di perdersi in assenza di un contenitore adeguato. Infatti, pur senza entrare nel merito delle specifiche competenze professionali e dei mandati attribuiti a ciascun gruppo-campione analizzato, appare quanto mai evidente come, da un punto di vista di politica socio-sanitaria, urga definire con chiarezza quali debbano essere gli interlocutori deputati alla presa in carico di tali pazienti, nonché le strategie elettive.

E' necessario garantire adeguate risorse per consentire agli operatori una evidenza sul compito e ai pazienti una maggiore chiarezza sul luogo ove indirizzare le richieste di aiuto.

L'attuale situazione di incertezza sul versante della cura e della prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo, non giova né alla categoria degli operatori, né tanto meno a quella dei pazienti. Ciò risulta ancor meno accettabile in considerazione del fatto che proprio i proventi fiscali derivanti dall'incremento e perfezionamento delle offerte sul mercato del gioco pubblico hanno contribuito a risanare almeno in parte il bilancio dello Stato nel 2004 e così pure ci si avvia nella stessa direzione per il 2005, a fronte tuttavia di bilanci privati in profondo rosso.

2.7 Campagna informativa e monitoraggio degli esiti

di Roberta Smaniotto

Una volta terminata la prima fase della Azione 1 (l'indagine della conoscenza e percezione del GAP tra i possibili nodi della rete inviante i cui risultati sono stati appena descritti), è iniziata la seconda fase, costituita da due azioni diverse:

1. Dotare i suddetti nodi dei principali strumenti di identificazione del problema e far conoscere attraverso una campagna informativa l'esistenza e l'ubicazione dei Servizi di cura specialistici cui inviare pazienti e familiari affetti da questo disturbo.
2. Monitorare gli esiti di questa campagna informativa.

Per rispondere agli scopi individuati nel punto 1, è stato appositamente realizzato del materiale cartaceo la cui finalità era quella di evidenziare i segni distintivi del gioco problematico e le risorse disponibili per la presa in carico; esso era rivolto sia agli operatori, che ai potenziali pazienti. Tale materiale è stato poi spedito a tutti i nodi della rete precedentemente intervistati (MMG, Pediatri, Operatori Ser.T/NOA, Operatori Altri Servizi, Parroci, Operatori Volontari Caritas) nei mesi di aprile/giugno 2005, con il suggerimento di renderlo visibile al pubblico.

Tre tipologie di materiali stimolo sono stati messi a punto: un volantino pieghevole, una locandina in formato A3, e tre diverse card, la cui forma e grafica ricorda le carte da gioco (cfr. Allegato 3). Questa somiglianza estetica tra card informativa e carta da gioco ci sembrava potesse creare un collegamento diretto con il tema del gioco d'azzardo, attirando maggiormente l'attenzione dell'utente; inoltre, un formato di dimensione ridotta ci sembrava potesse facilitare una agevole e discreta acquisizione da parte dell'utente (i risultati del monitoraggio verificano positivamente questa ipotesi).

La scelta di differenziare lo stesso contenuto in questi formati così diversi rispondeva allo scopo di sollecitare maggiormente l'attenzione dei fruitori, anche attraverso la costruzione di una ridondanza del messaggio. Infatti, come riferiscono Najavits e Al. (2003), una molteplicità di stimoli diversi ripetuti nel tempo parrebbe essere più efficace ai fini della ritenzione di un messaggio pubblicitario. Inoltre, anche l'utilizzo di uno slogan suggestivo (nel nostro caso: *“Lo sai che cosa ti stai veramente giocando?”*, con esplicito riferimento a ciò che attraverso il gioco patologico si rischia di perdere, e cioè non solo denaro, ma anche affetti e famiglia) si è rivelato essere particolarmente potente.

Dopo il periodo estivo, precisamente nei mesi di ottobre e novembre 2005, è stato somministrato telefonicamente un questionario costruito ad hoc per valutare l'efficacia della campagna informativa (cfr. Allegato 4). Anche in questo caso abbiamo tenuto conto dei bias legati a questa metodologia e li abbiamo ritenuti accettabili. Tutte le interviste sono state realizzate da due psicologhe ricercatrici dell'Associazione AND; sono state scelte anche questa volta fasce d'orario lavorative per facilitare il raggiungimento delle persone occupate sul posto di lavoro.

I soggetti intervistati sono stati reclutati tra i MMG, Pediatri e Assistenti Sociali dei Comuni precedentemente contattati nella ricerca. Sarebbe stato auspicabile ricontattare tutti i soggetti a suo tempo coinvolti. Tuttavia, i tempi e le risorse del progetto non lo hanno reso possibile. Sono stati selezionati 112 operatori (circa un terzo del campione originario di 299). Si è prestato attenzione a scegliere questo campione suddividendolo in due sottogruppi in base a criteri diversi: da una parte, coloro che durante la prima intervista avevano espresso un alto livello di interesse ad approfondire la propria conoscenza sul fenomeno gioco d'azzardo (N=56); dall'altra, un campione random della stessa numerosità tra coloro che non avevano espresso particolare interesse per la problematica. Questo per garantire da un lato una effettiva verifica dell'incisività del materiale inviato, sia tra persone più interessate che tra coloro che lo erano in misura minore. Dall'altro, per testare l'ipotesi che vi fossero

differenze tra i due gruppi nel ricordo e utilizzo del materiale (tale ipotesi non è stata confermata, e anzi i due gruppi sono risultati piuttosto omogenei nei risultati che tra breve verranno esposti).

Sono stati intervistati telefonicamente 102 operatori (sul totale previsto di 112) che costituiscono il campione sul quale è stata condotta l'indagine; 2 soggetti si sono rifiutati di rispondere e non è stato possibile raggiungerne 8. Il tasso di adesione è stato dunque del 91%.

Di seguito i risultati.

Il 90% dei soggetti intervistati ha dichiarato di aver ricevuto il materiale informativo; di questi, l'80% ricorda di aver ricevuto volantini e locandina, mentre ben il 91% ricorda con simpatia le card (questo dato conferma la scelta di non inserire nella campagna promozionale solo materiale da affiggere, tipo locandine).

Circa il 60% degli intervistati ricorda entrambi i messaggi pubblicizzati sul materiale informativo (e cioè che il gioco d'azzardo può essere un problema e che è possibile fare invii al Ser.T di Parabiago).

L'82% del campione ha lasciato il materiale a disposizione dei propri utenti nella sala d'aspetto dello studio, mentre solo il 7% lo ha distribuito personalmente. Alla richiesta del perché non aveva utilizzato direttamente il materiale, le risposte variavano da "non è un problema medico" a "i miei pazienti non giocano" a "ho utenza pediatrica", confermando riflessioni già svolte in precedenza.

Circa il 65% degli intervistati è disponibile a ricevere altro materiale informativo e sarebbe interessato ad ulteriori approfondimenti perché ritiene che anche se il gioco d'azzardo eccessivo è un argomento difficile da affrontare, è consapevole dell'importanza del tema oppure perché nella propria pratica si è già imbattuto in questo tipo di patologia.

In estrema sintesi dunque, anche questi dati confermano quanto già emerso dalla precedente ricerca e ci permettono di affermare con chiarezza il ruolo fondamentale che sta avendo e che ancora per molto dovrà avere la sensibilizzazione su un tema quale il gioco d'azzardo.

3. PRESE IN CARICO CLINICHE: STRUTTURAZIONE E SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO DI INTERVENTO

Di seguito sono riportati i contributi degli operatori che a vario titolo hanno collaborato alla realizzazione della Azione 2 prevista dal Progetto “Reti d’azzardo”, ovvero la strutturazione e sperimentazione di un modello di intervento per prese in carico cliniche di pazienti GAP e loro familiari. L’intento di ogni autore è stato quello di mettere in luce aspetti e sfaccettature diverse del medesimo processo progettuale, con l’obiettivo però di permettere al lettore di ottenere alla fine un quadro d’insieme chiaro e completo.

Il primo contributo, di Manola Unida, approfondisce gli aspetti metodologici scelti per la formazione del gruppo di lavoro clinico; il secondo contributo, di Lorella Vignati e Anna Colombo, offre il punto di vista degli operatori del Ser.T di Parabiago, che sono stati i destinatari degli interventi formativi e che in seguito hanno messo in atto alcuni degli interventi previsti; il terzo contributo, di Daniela Capitanucci, Sara De Micco e Marika Ardizzone, esplora gli aspetti legali e fiscali che sono stati oggetto di formazione specifica per gli operatori e giustifica la ratio soggiacente a questo tipo di intervento formativo in seno al progetto; l’ultimo contributo, infine, di Angela Biganzoli e Nicolas Bonvin, apporta alcune riflessioni legate al percorso di supervisione clinica che ha accompagnato con cadenza mensile lo svolgimento del progetto.

3.1 La metodologia utilizzata

di Manola Unida

La seconda macro-azione prevista dal progetto (definita precedentemente come Azione 2) riguardava l’attivazione delle prese in carico cliniche attraverso la sperimentazione di un modello di intervento che tenesse conto da una parte delle caratteristiche e delle specificità dei Servizi coinvolti e dall’altra delle peculiari caratteristiche dell’utenza GAP.

Per tale ragione l’équipe di progetto, costituita dal Responsabile di Progetto, dagli operatori del Ser.T di Parabiago, della Cooperativa "Il Progetto" e dell’Associazione AND, ha scelto come metodologia di lavoro la *progettazione partecipata* delle attività, avente come principale obiettivo quello di attivare processi di *pianificazione* che promuovessero il protagonismo di tutti gli operatori professionali coinvolti, perseguendo, al contempo, un livello alto di efficacia operativa.

Tale modello di pianificazione ha voluto promuovere, all’interno dell’équipe clinica costituitasi, un sistema di comunicazione il più allargato possibile, basato sul dialogo, sull’ascolto e sull’analisi ed interpretazione dei bisogni sia individuali che collettivi (dell’équipe stessa del Ser.T, della Comunità Terapeutica e della comunità locale intervistata).

Alla base del processo partecipativo c'era l'idea di non calare dall'alto un programma di presa in carico clinica derivato da modelli di altre strutture specialistiche attive sul territorio italiano od estero, ma di progettare insieme ai soggetti coinvolti un modello di intervento che tenesse conto della già presente esperienza e ricchezza professionale di ciascun operatore coinvolto nell'ambito delle dipendenze patologiche, dei reali bisogni e desideri, dell'approfondimento delle possibili situazioni problematiche, passando attraverso una analisi di fattibilità delle diverse ipotesi operative emergenti. Programmazione partecipata quindi come laboratorio creativo nella genesi di un processo il più interattivo e partecipativo possibile.

La metodologia della *progettazione partecipata* utilizzata dal progetto ha permesso agli operatori coinvolti di focalizzare l'attenzione sugli *elementi fondanti* tale processo di pianificazione, che hanno rappresentato la direzione di lavoro dell'équipe clinica nel corso dell'anno di progetto, ovvero:

- *condivisione* del progetto da parte di tutti i soggetti coinvolti;
- *adattabilità nei modi e nei tempi* (ogni progetto ha una propria peculiarità che produce risultati distinti, ed esiste un tempo del progetto ed un tempo degli attori sociali coinvolti che non sempre sono sincronici);
- *valorizzazione di tutte le risorse locali coinvolte* (altri servizi di cura alla persona potenziali partner degli interventi: strutture di igiene mentale, servizi sociali comunali, ..);
- *coinvolgimento di tutti gli attori* facenti parte del processo progettuale.

Tutti gli operatori coinvolti nel progetto si sono incontrati, a partire dal mese di gennaio 2005 a cadenza mensile, in una serie di riunioni clinico-organizzative coordinate dalla scrivente in qualità di *esperto* che ha individuato, assieme ai membri del gruppo di lavoro, una serie di sotto-obiettivi che hanno orientato le sessioni di lavoro nella direzione di strutturare dei percorsi di accoglienza e presa in carico dei giocatori e dei loro famigliari, sia all'interno del Ser.T che nell'iter di inserimento residenziale o semi-residenziale in Comunità Terapeutica.

Il gruppo di lavoro si è così mosso partendo da:

1. un'*analisi delle risorse interne all'équipe clinica del Ser.T di Parabiago* che aveva la finalità di raccogliere la disponibilità e l'interesse di tutte le figure professionali coinvolte nella costituzione di un'équipe clinica multidisciplinare per la presa in carico dei giocatori problematici e/o dei loro famigliari; tale lavoro di ricognizione delle risorse è stato attuato anche per la struttura comunitaria "Il Progetto";
2. l'*individuazione di strumenti diagnostici e clinici* utilizzabili dagli operatori professionali coinvolti nella fase di accoglienza, presa in carico, monitoraggio e verifica dei percorsi proposti ai giocatori e/o ai loro famigliari;
3. l'*individuazione all'interno del Ser.T di una modalità operativa di accoglienza e di presa in carico* dei giocatori problematici e/o loro famigliari che tenesse conto delle specificità cliniche degli operatori coinvolti nella progettazione, delle

specifiche modalità di funzionamento delle strutture istituzionali coinvolte (Ser.T e Comunità Terapeutica) e delle principali caratteristiche dei giocatori problematici;

4. l'individuazione di opportuni *criteri di inserimento in comunità terapeutica residenziale* dei giocatori "puri".

Tali punti sono di seguito approfonditi.

1. Tra la possibilità di individuare operatori specifici che si formassero e si occupassero dell'attività clinica con i giocatori ed i loro familiari e la possibilità invece che tutti gli operatori dell'équipe venissero coinvolti nelle azioni del progetto, l'équipe clinica del Ser.T di Parabiago ha deciso di permettere a tutti gli operatori di partecipare alle attività progettuali previste.

Quindi gli operatori professionali coinvolti sono stati i tre medici, i quattro assistenti sociali, i due educatori professionali, i tre infermieri professionali, i due psicologi e un'amministrativa. In corso d'opera purtroppo è stata rilevata la difficoltà da parte di psicologi e amministrativa a partecipare alle attività previste, dovuta sia a problemi di organico che di carichi di lavoro eccessivi per l'utenza istituzionale. Al fine di superare la carenza oggettiva di operatori psicologi, il gruppo di lavoro ha optato per due soluzioni: usufruire del monte ore degli psicologi della Cooperativa "Il Progetto" partecipanti al gruppo di lavoro per realizzare le attività di sostegno psicologico e/o psicoterapico e aumentare le ore di attività clinica previste per le Assistenti Sociali e per le Educatrici del Ser.T di Parabiago.

2. Ampio spazio è stato dedicato allo studio degli strumenti diagnostici e clinici specifici; il gruppo di lavoro ha preso visione di una serie di strumenti di lavoro contenuti nel cd-rom "Guida ragionata agli strumenti diagnostici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico"⁴ (Capitanucci e Carlevaro, 2004) e dopo un'attenta valutazione ne sono stati selezionati due in particolare.

- Il programma completo di **Psicoeducazione** (elaborato dal Dott. Tazio Carlevaro), strumento che permette, all'interno dei tre incontri previsti, di raggiungere alcuni obiettivi determinanti per una definizione condivisa del problema di gioco e per un'eventuale presa in carico terapeutica successiva. Tale strumento è stato privilegiato dal gruppo di lavoro quale primo tentativo di *aggancio relazionale* del paziente, in grado di verificare in pochi incontri

⁴ Il cd-rom, frutto di un paziente lavoro di ricerca nella letteratura internazionale, raccoglie una panoramica dei principali strumenti diagnostici e terapeutici messi a punto soprattutto all'estero, sovente tradotti per la prima volta in lingua italiana dai curatori. Gli strumenti specifici proposti sono numerosi, immediatamente fruibili ed operativi, e consentono a ciascun professionista di costruire il proprio percorso diagnostico e terapeutico individuale in base all'analisi della situazione di ciascun paziente. Il cd-rom è in formato pdf e può essere richiesto via e-mail: capitand@tin.it o tcarlevaro@bluewin.ch.

anche il grado di alleanza terapeutica e di lavoro del giocatore stesso, indispensabile per attivare un processo di cura e di cambiamento. Inoltre, tale strumento può essere proposto non solo al giocatore ma anche ai familiari, per garantire anche a loro un livello informativo e di sensibilizzazione rispetto alla malattia del familiare, attraverso una serie di indicazioni più operative che li pongono in una posizione fortemente partecipativa nel processo di cura del giocatore.

Gli operatori dell'équipe clinica interessati all'utilizzo di tale strumento sono stati adeguatamente formati, prediligendo come forma di apprendimento l'osservazione diretta della tecnica applicata e somministrata dalla scrivente ai primi giocatori afferenti al Ser.T di Parabiago.

- Uno tra i modelli di *Cartella clinica GAP* proposti, suddiviso in diverse sezioni:
 - una *sezione anagrafica e diario*, nella quale vengono raccolti i principali dati anagrafici della persona;
 - una *sezione anamnestica*, che prevede l'anamnesi medica, sociale, familiare e psicologica;
 - una *cartella specifica*, che permette una dettagliata ricostruzione della storia del gioco ed una prima indagine sui comportamenti di gioco;
 - una *cartella sugli strumenti*, che permettono di fare una diagnosi di GAP (S.O.G.S., Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV, MAC/G)

La cartella clinica in oggetto è stata scelta dai membri dell'équipe come strumento privilegiato di lavoro in quanto rappresenta una guida precisa e dettagliata nella raccolta di dati per una presa in carico multidisciplinare e contiene strumenti in grado di orientare parte del lavoro clinico.

A questa sono stati aggiunti alcuni strumenti ideati dal Prof. Ladouceur (*La passione del gioco, Analisi delle situazioni a rischio, Formulario di auto-osservazione, Motivazione a smettere di giocare, Gli aspetti positivi e negativi del gioco*) tratti dal cd-rom precedentemente citato che indagano l'area motivazionale partendo da una auto ed etero-osservazione, oltre ad una cartella sugli *strumenti di tutoraggio*.

3. Dopo il breve percorso di formazione, l'équipe clinica multidisciplinare ha rivolto tempo ed attenzione all'individuazione di un iter di accoglienza e di presa in carico specie-specifico per pazienti GAP, partendo dall'analisi del normale iter di accoglienza e presa in carico degli utenti istituzionali da parte del Ser.T. Dopo una serie di riflessioni, e tenuto conto sia delle caratteristiche di lavoro degli operatori del Ser.T sia di quelle dei giocatori, il gruppo di lavoro ha individuato

per i pazienti e i loro familiari un iter che prevede, oltre ad interventi socio-sanitari, l'utilizzo della Psicoeducazione⁵, come già detto sopra.

Il programma di presa in carico previsto è qui di seguito descritto:

Fase 1: colloquio di accoglienza.

Il giocatore, o il familiare (se è lui che fa la domanda) viene accolto al Ser.T di Parabiago per un primo colloquio di accoglienza e prima conoscenza, svolto congiuntamente dal medico e da una figura socio-educativa; in questo primo incontro l'obiettivo è raccogliere ed analizzare la domanda portata dalla persona e contrattare, quando possibile, la realizzazione del programma di Psicoeducazione.

Fase 2: tre incontri di Psicoeducazione

Un operatore socio-educativo del Ser.T, inizialmente in affiancamento e successivamente in autonomia, gestisce i tre incontri previsti dallo strumento con il giocatore e con il familiare, se disponibile. Grazie all'utilizzo di questo strumento è resa possibile la valutazione della persona e della sua problematica.

Fase 3: riunione in equipe

Al termine del percorso di Psicoeducazione, il caso viene discusso dall'equipe di lavoro, che elabora il progetto terapeutico individualizzato da proporre alla persona e/o alla famiglia. Gli operatori hanno a disposizione degli spazi mensili di supervisione clinica, prevista dal progetto, nell'ambito della quale è possibile discutere delle singole situazioni (a tale spazio è dedicato un capitolo successivo).

Le ipotesi di intervento possibile previste per i giocatori e/o per i familiari sono:

- percorso di sostegno/intervento psicologico e/o psicoterapeutico, il cui andamento è sottoposto a verifica in equipe e durante la supervisione, realizzato dagli psicologi della Cooperativa "Il Progetto";
- sostegno sociale e/o educativo al giocatore con verifiche periodiche con la famiglia, realizzato dagli operatori del Ser.T;
- sostegno sociale e/o educativo alla famiglia del giocatore qualora lo stesso non volesse aderire al programma terapeutico proposto, realizzato dagli operatori del Ser.T;
- invio al gruppo terapeutico (per la prima annualità gli invii sono stati fatti a gruppi esterni esistenti sul territorio, anche se è in previsione l'apertura di un gruppo locale).

⁵ Per una descrizione più dettagliata dello strumento, si veda l'Allegato 5. E' possibile fare richiesta del metodo integrale mandando una e-mail al Dott. Tazio Carlevaro: tcarlevaro@bluewin.ch; tazio.carlevaro@ti.ch.

4. L'ultima parte del lavoro dell'équipe è stata incentrata sulla ricerca degli opportuni *criteri di inserimento in comunità terapeutica residenziale* dei giocatori "puri", a partire dalle esperienze esistenti sia in Italia che all'estero. Il Capitolo 4 approfondirà questa parte di lavoro.

3.2 La presa in carico al Ser.T di Parabiago

di Anna Colombo e Lorella Vignati

Dal marzo 2005, periodo in cui si sono registrati i primi arrivi di giocatori patologici al Ser.T, alla fine del mese di dicembre dello stesso anno sono stati presi in carico dal Servizio, nell'ambito del Progetto "Reti d'azzardo", 19 pazienti (14 maschi e 5 femmine).

- L'analisi dei principali indici socio-demografici fa registrare un range di età di 28-67 anni, la presenza della famiglia tranne in un caso, la prevalenza di un livello di istruzione medio-inferiore e di un'occupazione lavorativa (rispettivamente nell'85% e nell'80% dei casi; nel dettaglio 14 lavoratori, 3 pensionati, 1 casalinga ed 1 disoccupato).
- I giochi prediletti rilevati sono stati le "macchinette" per 15 soggetti, le scommesse sportive per 2 soggetti, lotto e bingo per 1 soggetto ciascuno.
- Sono giunti al Ser.T attraverso locandine e/o articoli sui giornali 9 soggetti, 3 soggetti dalla Psichiatria (CPS o SPDC), 5 inviati da altri servizi (A.S., Caritas, CAD, altri), 2 inviati dai medici di base.

Nello stesso periodo sono inoltre giunte al Servizio, ed evase dagli operatori, una ventina di richieste di informazioni e consulenze telefoniche sul gioco.

L'accoglienza dei giocatori e dei loro familiari ha sempre previsto la co-presenza di un medico e di un operatore socioeducativo. Lo svolgimento del colloquio in modo congiunto rappresenta un elemento di novità nell'esperienza degli operatori di questo Servizio rispetto all'attuale modello di presa in carico di pazienti per altre dipendenze.

Tale sperimentazione è ad oggi valutata positivamente dagli operatori coinvolti che evidenziano due aspetti:

1. la presenza di un medico accanto a quella dell'operatore sociale ha consentito al paziente, in alcuni casi, di sentirsi maggiormente accolto nell'espressione del proprio bisogno. Infatti spesso i giocatori arrivano al Servizio inviati da altri servizi sanitari (medici di base, psichiatria) dove si sono rivolti portando prioritariamente una sintomatologia sanitaria. Anche quando si rivolgono al Ser.T spesso descrivono problemi di ansia o depressione ed alcuni hanno già una terapia farmacologica in atto;
2. la co-presenza di figure professionali differenti già in fase di accoglienza permette di formulare in un tempo ridotto una prima ipotesi di intervento utile ad orientare le azioni immediatamente successive, escludendo ad esempio la necessità e l'urgenza di un supporto farmacologico.

Rispetto alla facilità di accesso dei giocatori d'azzardo al Servizio osserviamo che nella realtà del nostro territorio il Ser.T si connota marcatamente come servizio per le tossicodipendenze.

Anche all'interno di tale connotazione è ancora presente un retaggio culturale che identifica il tossicodipendente come consumatore di eroina, rendendo a volte diffidente l'approccio al Servizio per un'utenza diversa, seppur nell'ambito dell'uso di sostanze stupefacenti.

Questa difficoltà è emersa ancora più forte da parte dei giocatori afferiti al Ser.T: molti di loro hanno chiesto agli operatori se considerassero il loro problema analogo a quello del tossicodipendente ed alcuni hanno esplicitato il bisogno di differenziarsi.

Ad oggi il Servizio non prevede momenti di accesso diversificati in base alla diversa tipologia di utenza, pertanto i giocatori condividono all'interno del Ser.T momenti e spazi con l'utenza istituzionale.

Il colloquio d'accoglienza si è sempre concluso con la proposta di tre incontri di psicoeducazione. Solo in tre situazioni, per le quali si è realizzata soltanto una consulenza, il percorso di psicoeducazione non è stato proposto: in due casi le persone arrivate erano spinte dai familiari ma non ammettevano di avere un problema di gioco e quindi non sono state prese in carico; nel terzo caso, essendo predominante un disturbo psichiatrico, è stato offerto un lavoro di supporto sociale in collaborazione con il Servizio di Psichiatria, che è rimasto il referente per il caso.

Alla proposta di un percorso di psicoeducazione hanno aderito 16 giocatori su 19; quattro di tali percorsi erano ancora in atto al momento della stesura dell'articolo. Uno di questi 16 pazienti ha interrotto il percorso di psicoeducazione prima di concluderlo.

I primi incontri di psicoeducazione sono stati condotti da una consulente esperta dell'associazione AND (la Dott.ssa Manola Unida) con la presenza di un operatore sociale. Per gli operatori del Ser.T è stato questo un importante momento di formazione e apprendimento della tecnica attraverso l'osservazione diretta.

Solo una volta formati gli operatori hanno condotto autonomamente gli incontri.

A seconda delle diverse situazioni il contratto di psicoeducazione è stato proposto solo al paziente o al paziente e ai familiari.

Anche quando il familiare, solitamente il coniuge o convivente, non è stato presente agli incontri di psicoeducazione si è comunque sempre ritenuto importante concordare un suo coinvolgimento che, per diversi casi, è avvenuto in tempi e modalità differenti.

Quando i rapporti tra il giocatore e i familiari sono ancora sufficientemente buoni, il coinvolgimento del familiare avviene facilmente, ed in alcuni casi è lui stesso a richiederlo.

Diversa è la situazione in cui sulla famiglia grava una pesante situazione debitoria causata dal giocatore e dove anche le relazioni interpersonali sono logorate da comportamenti non più tollerati (bugie, furti in casa eccetera). In questi ultimi

casi, che rappresentano una piccola minoranza delle situazioni sino ad oggi seguite, i familiari rifiutano di accedere al Servizio oppure, anche quando lo fanno, chiedono di non essere ulteriormente coinvolti.

Rispetto all'utilizzo della psicoeducazione gli operatori osservano che:

- è stato necessario del tempo per formarsi e apprendere la tecnica;
- è uno strumento utilizzabile da figure professionali diverse;
- alcune parti dello stesso sono state utilizzate anche nel trattamento degli utenti tossicodipendenti;
- è stato positivamente accettato dall'équipe in quanto strumento concreto di lavoro che consente omogeneità nella raccolta delle informazioni e nello stesso tempo tutela rispetto alla poca esperienza specifica nel trattamento dei problemi di gioco;
- facilita l'aggancio del paziente;
- è efficace rispetto agli obiettivi definiti e ad un eventuale percorso di trattamento successivo.

I pazienti che hanno concluso gli incontri di psicoeducazione hanno tutti dato dei rimandi positivi che possono essere così sintetizzati:

- la psicoeducazione è facilmente accettata in quanto rappresenta una proposta di lavoro centrata sul problema con obiettivi chiari e che non costringe la persona a mettersi in gioco ad altri livelli;
- fornisce una serie di informazioni chiarificando ed offrendo uno spazio di riflessione rispetto alle dinamiche di gioco;
- si è rivelata un efficace strumento di aggancio in quanto favorisce l'instaurarsi di una relazione di fiducia con l'operatore.

Nel corso degli incontri di psicoeducazione si è notata una modificazione dei comportamenti di gioco degli utenti che dichiarano di essere astinenti dal gioco in 8 casi e di aver ridotto l'intensità di gioco in 5 casi. Solo 2 soggetti non manifestano variazioni nel comportamento di gioco. Non è possibile rilevare il dato rispetto alla persona che ha interrotto la psicoeducazione subito al primo incontro. Al 31 dicembre 2005 erano ancora in corso 4 interventi di psicoeducazione e quindi non è possibile analizzare i dati di questi soggetti come sopra.

Per gli 11 giocatori che hanno terminato il percorso di psicoeducazione sono stati proposti e attivati contratti terapeutici successivi che, a seconda della situazione, hanno previsto:

- percorso di psicoterapia individuale con l'ausilio di psicologi esterni al Ser.T (della Cooperativa "Il Progetto") in 5 casi;
- percorsi in gruppi di autoaiuto esistenti in altri territori limitrofi rivolti a giocatori in 1 caso;
- percorsi di psicoterapia di gruppo in 2 casi;

- percorsi di monitoraggio della situazione al Ser.T senza il coinvolgimento di familiari in 3 casi;
- percorsi di monitoraggio della situazione al Ser.T con il coinvolgimento di familiari in 8 casi;
- piano di risanamento economico e riordino dei debiti.

Il riordino economico ed il controllo finanziario, pur essendo presenti per la maggior parte delle persone prese in carico problemi economici e/o debitori anche importanti, non è mai stato richiesto: sembra quindi che queste siano questioni che si preferisce risolvere in famiglia.

Il rapporto terapeutico tra gli operatori ed i familiari del paziente si è prevalentemente incentrato sulla necessità da loro direttamente espressa di sistematizzare la gestione economica quotidiana e di ristabilire nuovi equilibri attraverso la ricontrattazione delle regole del sistema familiare.

Le riflessioni qui riportate si riferiscono a un'esperienza del Servizio ancora molto giovane nel trattamento dei giocatori problematici e che si sta evolvendo.

3.3 La formazione degli operatori

di Daniela Capitanucci

Sebbene gli operatori del progetto “Reti d’azzardo” potevano vantare a vario titolo significative esperienze nell’ambito del trattamento delle dipendenze da sostanze, la specificità della cura di una patologia complessa - sebbene per alcune caratteristiche affine a quelle già di consueto trattate – come il gioco d’azzardo patologico, rendeva opportuno un percorso di professionalizzazione specialistica che sostenesse gli sforzi del personale coinvolto nel progetto.

Per tale motivo, oltre all’affiancamento di colleghi tutor che come si è visto nel paragrafo precedente hanno trasmesso expertise e strumenti operativi sul versante clinico di base, sono stati garantiti interventi specifici di seguito descritti per fornire sostegno nella gestione degli elementi più esclusivi della patologia oggetto di apprendimento.

Così sono stati previsti momenti di formazione sugli aspetti legali e fiscali del gioco d’azzardo (quattro incontri da marzo a maggio 2005), come pure una supervisione clinica di un esperto esterno, continuativa e costante (un incontro al mese a partire da aprile 2005 fino alla conclusione della prima annualità), per la discussione ed il confronto sui casi clinici e l’impostazione dei piani di trattamento.

3.3.1 La formazione legale: metodologia utilizzata e obiettivi

di Daniela Capitanucci

Il gioco d'azzardo è materia piuttosto complessa da un punto di vista legale (e numerosi sono i risvolti, sia da un punto di vista penale che civile, che possono interessare gli operatori nella presa in carico dei pazienti giocatori eccessivi). L'esperienza maturata in vari contesti clinici ci ha fatto osservare e mettere in evidenza l'esigenza degli operatori sanitari di avere soluzioni immediate anche di natura giuridica da dare agli utenti, laddove informazioni distorte o errate in punto di diritto potrebbero causare conseguenze gravi anche sul piano diagnostico e sulle cure da somministrare.

Gli specialisti psico-socio-sanitari del settore delle dipendenze frequentemente si trovano a far fronte a numerose questioni di natura giuridica (ad esempio inquadramento legale dell'uso di sostanze, sanzioni amministrative e penali derivanti da consumo e/o spaccio di sostanze, programmi alternativi alla detenzione, ruolo del Tribunale di Sorveglianza, del CSSA eccetera) e negli anni hanno acquisito in merito a tali argomenti una competenza di base che consente un adeguato accompagnamento al cliente. Allo stesso modo, quando gli stessi operatori si trovano di fronte al paziente giocatore e alla sua famiglia, devono necessariamente affrontare anche questioni di natura legale – almeno da un punto di vista diagnostico generale – e rischiano di trovarsi sprovvisti di analoghi strumenti e conoscenze opportune se non adeguatamente preparati.

Inoltre, il compenetrarsi dell'aspetto psicologico e medico con l'aspetto giuridico si pone quale elemento di prevenzione per le conseguenze patrimoniali che la patologia arreca al giocatore ed ai suoi familiari, rendendo spesso necessaria una collegata operatività dei diversi professionisti in favore degli stessi.

Per tale ragione nel progetto "Reti d'azzardo" è stato attuato un percorso introduttivo alla materia, costruito proprio a partire dalle specificità che il gioco d'azzardo ed il gioco d'azzardo eccessivo presentano. Negli incontri, animati dall'Avvocato A. Sara De Micco esperta nella problematica in oggetto, sono stati alternati momenti di teoria a occasioni di dibattito sui temi proposti, cercando il più possibile di sottolineare i risvolti operativi che frequentemente si incontrano nella pratica clinica; si è parlato tra l'altro dei confini tra giochi leciti ed illeciti e delle misure di tutela, quali ad esempio l'amministratore di sostegno.

Proprio questa nuova normativa è stata ampiamente discussa: essa infatti impone l'obbligo di proporre ricorso ex art. 407 c.p.c. o di fornirne in altro modo notizia al P.M. da parte dei Responsabili del Servizio Pubblico Sanitario e Sociale che a causa del loro ufficio vengano a conoscenza di soggetti impossibilitati di provvedere a se stessi: questa informazione non solo apre notevoli problematiche e dubbi sui limiti del segreto d'ufficio, ma anche sul contenuto della legge stessa con riguardo ai casi ed alle tipologie che vi rientrano, ed è particolarmente interessante in relazione al giocatore d'azzardo.

Gli operatori sono stati in questo modo sensibilizzati ad assumere una visione più ampia del fenomeno con ricadute concrete e significative nella gestione dei casi, per un migliore aiuto ai propri pazienti. Per il tipo specifico di patologia questi pazienti possono necessitare di sostegno e counselling non solo a livello meramente clinico e di auto aiuto, ma anche di essere orientati nella direzione appropriata, in maniera competente, anche da un punto di vista legale.

3.3.2 La formazione legale: principali contenuti

di A. Sara De Micco

Quanto segue si presenta senza alcun carattere di completezza, con l'unico scopo di riassumere in forma corrente gli obiettivi, i temi e le esigenze trattati negli incontri svolti dalla scrivente nel Progetto "Reti d'Azzardo" presso il Ser.T di Parabiago.

Pertanto, più che un articolo scientifico sugli aspetti giuridici delle problematiche sottotese al Gioco d'Azzardo allorché questo assuma gli aspetti problematici della dipendenza del gioco compulsivo, il presente si pone quale breve riassunto delle tematiche di maggior interesse ivi trattate, senza alcuna illusione di essere esaustivo sulle vastissime sfumature che l'argomento presenta.

Definizione e portata del concetto di Gioco d'Azzardo: il gioco d'azzardo nei codici penale e civile nonché nelle leggi speciali extravaganti

Il concetto sotteso dall'espressione "Gioco d'Azzardo" sotto il profilo giuridico è descritto compiutamente innanzitutto nel codice penale vigente, laddove all'art. 721 c.p. individua i due elementi costitutivi del gioco d'azzardo quali il fine di lucro e l'alea che riveste la vincita o meno di ciascuna giocata, dal momento che la riuscita del gioco dipende quasi interamente dalla fortuna, per nulla o quasi incidendo l'abilità del giocatore sull'esito della puntata.

L'articolo 718 c.p., inoltre, sancisce il principio generale per il quale il gioco d'azzardo è illegale per il nostro Ordinamento, se non autorizzato, con riferimento sia all'esercizio che alla pratica del gioco d'azzardo, prevedendo pene quali l'ammenda o l'arresto fino a tre mesi: l'assunto, che certamente potrebbe sembrare anacronistico, fonda le proprie radici nella concezione che definisce il gioco d'azzardo quale "vizio" che rafforza la cupidigia e l'avversione al lavoro, tanto che l'esigenza ludica diffusa nel sociale deve poter essere esercitata esclusivamente sotto il controllo ed il monopolio Statuale che gestisce in modo esclusivo tutte le specie di Gioco d'Azzardo lecito.

Sotto altro profilo, quello civilistico, il gioco d'azzardo non è ritenuto meritevole di tutela nemmeno se non espressamente dichiarato illecito, come sancisce testualmente l'art. 1933 del codice civile, il quale non riconosce legittimazione ad agire in giudizio il soggetto che sia creditore del pagamento di un debito di gioco, sebbene non consenta la ripetizione al debitore che abbia pagato il debito stesso: in

una parola, l'obbligazione sottesa al rapporto giuridico del gioco d'azzardo, laddove fosse non illecito, è definita quale "obbligazione naturale", per cui non ne è coartabile il pagamento, e tuttavia l'adempimento spontaneo non consente al debitore di riottenere la somma corrisposta al creditore.

Naturalmente, l'Ordinamento Statuale ha disposto le eccezioni necessarie e conseguenti alla legalizzazione del Gioco d'Azzardo autorizzato come svolto dal Monopolio statale, derogando al principio generale al fine di riconoscere legittimità al gioco lecito, tra cui le competizioni sportive, le corse, e le lotterie, onde derivare la piena legittimazione civilistica sia alla riscossione delle puntate da parte dei gestori dei diversi Giochi, sia al pagamento delle vincite in favore dei vincitori, così come previsto dagli artt. 1934 e 1935 del codice civile.

Pertanto, il quadro normativo caratterizzante l'esercizio del Gioco d'Azzardo nel nostro Ordinamento si presenta solo apparentemente uniforme nel codice penale ed in quello civile, che ne vietano in ogni forma l'esercizio; ma nella sostanza cosparsa da una miriade di leggi extravaganti autorizzative dell'apertura di Casa da Gioco, del Gioco del Lotto, delle Lotterie Nazionali, della gestione di videopoker ed altri, la quale ha dato piena legittimazione a taluni dei Giochi d'Azzardo autorizzati, solo in quanto direttamente gestiti dallo Stato attraverso i Monopoli, ovvero indirettamente a mezzo di Gestori licenziati dal Ministero, attività estremamente remunerative per lo Stato che trae da esse un'ampia parte del gettito fiscale annuale.

Le tutele civilistiche del patrimonio del giocatore: gli istituti a difesa

Tuttavia, allorché gli operatori si trovino di fronte ad un giocatore compulsivo, ovvero ad un soggetto avente caratteristiche cliniche tali da comprovare uno stato patologico di compromissione della capacità di autodeterminazione che questi dimostra nell'opporvi fattivamente alla vocazione al gioco, le problematiche non solo giuridiche che la circostanza sottende diventano di più complessa argomentazione.

Fino all'entrata in vigore della legge n.6 del 09.01.2004 istitutiva della figura dell'Amministratore di sostegno, di cui si parlerà nel prosieguo, solo l'applicazione analogica degli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione potevano consentire una qualche tutela civilistica alle ragioni del soggetto giocatore patologico la cui capacità di volere risultasse compromessa dalla dipendenza dal Gioco d'azzardo.

Il richiamo agli articoli 414 e 415 del codice civile, infatti, per l'applicazione degli effetti favorevoli ai soggetti con totale incapacità di intendere o volere, ovvero con scemata capacità naturale, trova difficile applicazione in caso di soggetto patologicamente affetto da dipendenza dal Gioco, laddove suddetta dipendenza venisse comunemente intesa quale vizio non già della volontà, tanto da rendere appunto irresistibile al giocatore la vocazione al gioco, sebbene distruttiva; ma piuttosto della personalità che pure potendo, non avrebbe avuto l'indole di astenersi!

Il costruito preconetto, duro da scalfire soprattutto in un'epoca nella quale la personalità umana viene esaltata, per assurgere alla gravità ed importanza necessarie ad una sentenza di inabilitazione o interdizione, avrebbe dovuto trovare riscontro in

una perizia psicologica, o medica o psichiatrica, che ravvisasse nella connotazione del disturbo, veri e propri sintomi patologici invalidanti la capacità di intendere e volere al pari di quanto accade analogamente per i tossicodipendenti e per gli alcolisti cronici, similmente comparabili con il giocatore patologico.

Se, poi, si fosse reperito un professionista in grado di redigere e rilasciare una perizia di parte attestante lo stato patologico del giocatore, tuttavia si sarebbe dovuto incorrere nelle resistenze dell'interessato il quale, unitamente agli effetti benefici derivanti dall'applicazione degli istituti di inabilitazione ed interdizione, certamente avrebbe perso la possibilità di disporre dei propri interessi ben oltre il limite necessario per una tutela minima del giocatore in cura.

A dare piena risposta alle esigenze di tutela che i più diversi soggetti deboli possono presentare nella moderna società, è intervenuto il Legislatore con una legge recente, la Legge n.6/2004, modificativa del Codice Civile, la quale si propone fin dal primo momento di "...tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente" (art. 1).

Il nuovo istituto, infatti, fondandosi su una ratio legis completamente innovativa rispetto a quella delle altre due fattispecie, non solo snellisce la procedura affidando al Giudice Tutelare la competenza ad assumere i provvedimenti definitivi, ma pone quali presupposti per la concessione del beneficio un generico "stato di bisogno" del beneficiario facilmente declinabile secondo le esigenze del caso concreto anche al giocatore patologico che espone se stesso e la propria famiglia ai disastri economici cui la dipendenza lo conduce.

La tutela civilistica del patrimonio per i famigliari del giocatore: breve excursus di alcuni istituti a difesa

L'ultimo preponderante aspetto giuridico, che le problematiche legate alla dipendenza dal Gioco d'Azzardo patologico mostrano, attiene proprio alle conseguenze dei danni patrimoniali cui la libera disponibilità del reddito e dei beni provoca sull'intera famiglia del giocatore.

Occorre, dapprima soffermarsi sul coinvolgimento che i debiti del giocatore produce sul patrimonio del coniuge, a seconda del regime patrimoniale corrente tra gli stessi, in quanto le diverse ipotesi hanno spesso ingenerato equivoci in punto.

L'art. 189 c.c. dispone che i beni ricadenti nella comunione dei coniugi rispondono dei debiti contratti da ciascuno dei coniugi nei limiti della propria quota, anche con riferimento a debiti contratti da uno dei due coniugi per esigenze personali non legate ai bisogni familiari: la disposizione codicistica, pertanto, sancisce la possibilità per i creditori di un giocatore patologico di trovare soddisfazione sui beni che l'altro coniuge ha in comunione legale con il debitore a causa del gioco: per questa ragione, è ragionevole ritenere che, in linea di principio, la separazione dei beni tra i coniugi sia il modello di regime patrimoniale che meglio tutela il

patrimonio familiare dai debiti dell'individuo dipendente dal Gioco d'Azzardo che ha una famiglia.

Le indicazioni suggerite, tuttavia, sebbene vevoli in linea di principio per la generalità dei casi, devono rapportarsi di volta in volta con il singolo caso specifico, che naturalmente presenta sfaccettature significative, particolarità e peculiarità tali da consigliare sempre attenzione nell'assumere i dettati quali assoluti.

Per ottenere la separazione dei beni di due coniugi sposati, occorre rivolgersi ad un notaio che rediga apposita convenzione, precisando che gli effetti del nuovo regime si esplicano unicamente per il futuro, rimanendo i beni in comunione "comuni" tra i coniugi. Per poter procedere allo scioglimento della comunione, dunque, necessita un vero e proprio atto di divisione dei beni, sia esso volontario e sempre in forma di atto pubblico davanti ad un notaio, sia in forma contenziosa con il ricorso al giudice che provvede nelle forme di legge. Solo dopo lo scioglimento della comunione ciascun coniuge potrà rispondere con il proprio patrimonio dei debiti personali, sebbene anche questa affermazione debba essere letta con le dovute cautele per l'applicazione specifica ad ogni singolo caso!

Se, poi, il giocatore patologico è un familiare convivente ed è maggiorenne, in nessun caso gli altri devono rispondere dei debiti da questi assunti a causa del gioco d'azzardo: tuttavia, per quanto disposto in materia di esecuzione forzata, il domicilio del debitore è il luogo istituzionale ove svolgere il pignoramento mobiliare per il recupero coatto delle somme spettanti ai creditori. Per questo motivo, si assiste spesso al caso di esecuzioni forzate cui sembra rispondano i genitori del figlio giocatore, in quanto è difficile dimostrare che i beni reperiti in casa siano di esclusiva proprietà degli altri familiari conviventi! Anche per il caso in questione, è possibile, sempre con riferimento ad ipotesi generali da meglio attanagliare ai singoli casi, operare preventivamente l'assegnazione di tutti gli arredi presenti nella casa del debitore, o mediante atto pubblico, o a mezzo di scrittura privata autenticata, onde poterne opporre all'ufficiale giudiziario procedente la data certa anteriore al pignoramento, circostanza che sottrae i beni all'esecuzione forzata.

Occorre, in materia familiare, ribadire che in caso di decesso del giocatore indebitato, l'apertura della successione avoca a sé tutti gli eredi, legittimi o testamentari che siano: in tal modo figli, coniugi o genitori e fratelli, secondo le disposizioni in materia di successione mortis causa, potrebbero ereditare i debiti del giocatore.

Pertanto, in una situazione del genere, i chiamati all'eredità possono alternativamente accettare con beneficio di inventario, determinando in tal caso la separazione del patrimonio ereditato dal loro, al fine di sottoporre le attività e passività del de cuius ad un regime specifico; rifiutare l'eredità, facendo sì che passi al soggetto che la legge indica quale chiamato in caso di rifiuto; o accettare l'eredità, determinando la confusione dei patrimoni tra erede e de cuius, e l'obbligo degli eredi di pagare il debito di questi.

Nei primi due casi, l'erede che intenda non assumersi i debiti del parente o coniuge deceduto, dovrà rivolgersi ad un operatore del diritto affinché si curi delle

attività occorrenti perché non si verifichi la confusione dei patrimoni, e perché consigli quale sia la strada migliore nel caso concreto: in via generale, è consigliabile l'accettazione beneficiata, che evita di spostare il problema sugli altri parenti chiamati all'eredità.

Da ultimo, e senza alcuna pretesa di completezza, occorre fare un rapido cenno all'istituto del fondo patrimoniale quale mezzo di sottrazione dei beni della famiglia dalle esecuzioni forzate, in quanto viene costituito appunto un patrimonio autonomo familiare avente ad oggetto tutti i beni della famiglia e destinazione esclusiva il soddisfacimento dei bisogni della famiglia stessa.

Attraverso la costituzione del fondo patrimoniale, che può essere disposta volontariamente attraverso un atto pubblico, è dato di evitare in linea di principio l'aggressione dei creditori personali di uno dei componenti rispetto ai beni del fondo, rimanendo in tal modo separati i debiti di ciascuno per motivi diversi da quelli legali alle esigenze della famiglia.

Brevi Conclusioni

L'esposizione riassunta nelle pagine precedenti raccoglie succintamente l'esperienza maturata negli anni di volontariato nei quali la scrivente ha avuto contatto diretto con giocatori patologici, con famigliari di giocatori e con operatori dei servizi pubblici impegnati nella cura dei giocatori.

Come nelle premesse, nessun impegno di completezza è designato all'intervento riassuntivo del lavoro di seminariato svolto all'interno del Ser.T di Parabiago, che pure è stato condotto attraverso la specifica trattazione degli argomenti sopra esposti, ma anche attraverso l'analisi di casi concreti, alcuni dei quali proposti dagli operatori stessi, e che pertanto non risolve tutte le sfumature che l'esposizione ha avuto.

Tuttavia, nel rassegnare oggi le conclusioni cui unitamente agli operatori si è giunti, occorre ribadire ancora una volta come l'esigenza ludica sia insita nei bisogni umani tanto che diviene forma di manifestazione della personalità umana, e come tale meritevole di essere riconosciuta quale esigenza primaria e tutelata dal Legislatore in quanto tale.

Altra cosa, invero, è affermare un netto diniego all'utilità del Gioco d'Azzardo lecito o sottolineare le incongruenze che l'Ordinamento Statuale dimostra nella materia de quo, rispetto all'obbiettivo specifico posto a fondamento del presente intervento, e di tutto il Progetto, volti come sono all'approfondimento dello studio e dell'impegno nella diffusione della conoscenza delle problematiche sottese al gioco patologico: tutto ciò che è lecito e codificato, per uno studioso del diritto, merita l'atteggiamento scientifico di analisi cui volge, sebbene spesso, proprio lo studio conduce a sottolineare i limiti e le lacune che l'intervento del Legislatore presenta, consentendo le critiche e le proposte di sempre nuovi interventi qualificanti una migliore e seria normativa inerente la materia del Gioco d'Azzardo.

3.3.3 La formazione fiscale: metodologia utilizzata ed obiettivi

di Daniela Capitanucci

Nel progetto “Reti d’azzardo” è stata prevista l’organizzazione di uno specifico percorso di contestualizzazione del fenomeno “gioco d’azzardo” da un punto di vista fiscale. A tal fine sono stati proposti incontri di alfabetizzazione sul tema, rivolti agli operatori del Ser.T di Parabiago.

Tale spazio è stato condotto da Marika Ardizzone, esperta in tematiche fiscali e tributarie, nell’arco dei primi mesi del progetto ed il lavoro in piccolo gruppo ha consentito una elevata interazione che ha garantito una formazione approfondita e personalizzata.

Agli incontri hanno partecipato attivamente tutti gli operatori del Ser.T, oltre ai professionisti appartenenti alla Cooperativa "Il Progetto" e all’Associazione AND. L’obiettivo che si intendeva perseguire fornendo agli operatori anche questi elementi così poco “clinici” era quello di far comprendere la portata del fenomeno “gioco d’azzardo”, non solo da un punto di vista socio-sanitario, ma anche attraverso la presentazione della sua rilevanza economica, che dunque spiega in parte la sua diffusione crescente ed il suo radicamento nella nostra società del giorno d’oggi.

Il caso del gioco d’azzardo è infatti un fenomeno complesso, intriso di profonde ambivalenze: da un lato, esso certamente può rappresentare un problema di salute individuale e pubblica di notevole portata, demonizzato da alcuni e sottostimato da altri; dall’altro lato, tuttavia esso parrebbe rappresentare “la gallina dalle uova d’oro” per gli Stati in crisi, che attraverso di esso cercano disperatamente di rimpinguare le proprie casse. Senza la riconciliazione di questi due versanti a livello politico, sarà purtroppo estremamente difficile garantire continuità alle risorse terapeutiche che sono faticosamente in via di attivazione.

3.3.4 La formazione fiscale: principali contenuti

di Marika Ardizzone

Di seguito, i principali temi toccati nel percorso formativo proposto agli operatori del progetto “Reti d’Azzardo”, integrati con le ultime normative recentemente emanate.

Definizione di macchinette art. 110 comma 6 e 7 TULPS

L’art. 110 del Testo Unico di Pubblica Sicurezza (TULPS), nella sua versione ultima, definisce ai commi 6 e 7 le apparecchiature da gioco lecito.

Al comma 6 definisce apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici da trattenimento o da gioco di abilità, come tali idonei per il gioco lecito, quelli che si attivano solo con l’introduzione di moneta metallica, nei quali gli elementi di abilità o trattenimento sono preponderanti rispetto all’elemento aleatorio, il costo della partita non supera 50 centesimi di euro, la durata di ciascuna partita non è inferiore a dieci secondi e che distribuiscono vincite in denaro, ciascuna comunque

di valore non superiore a venti volte il costo della singola partita, erogate dalla macchina subito dopo la sua conclusione ed esclusivamente in monete metalliche. In tal caso le vincite, computate dall'apparecchio e dal congegno, in modo non predeterminabile, su un ciclo complessivo di 14.000 partite, devono risultare non inferiori al 75% delle somme giocate. In ogni caso tali apparecchi non possono riprodurre il gioco del poker o comunque anche in parte le sue regole fondamentali.

Al comma 7 definisce, altresì apparecchi da gioco leciti quelli:

- a) elettromeccanici privi di monitor attraverso i quali il giocatore esprime la sua abilità fisica, mentale o strategica, attivabili unicamente con l'introduzione di monete metalliche, di valore complessivo non superiore, per ciascuna partita, a un euro, che distribuiscono, direttamente e immediatamente dopo la conclusione della partita, **premi consistenti in prodotti di piccola oggettistica, non convertibili in denaro** o scambiabili con premi di diversa specie. In tal caso il valore complessivo di ogni premio non è superiore a venti volte il costo della partita;
- b) quelli, basati sulla sola abilità fisica, mentale o strategica, che non distribuiscono premi, per i quali la **durata della partita può variare in relazione all'abilità del giocatore** e il costo della singola partita può essere superiore a 50 centesimi di euro.

Ricordo che al comma 5 il TULPS definisce apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici per il **gioco d'azzardo** quelli che hanno insita la scommessa o che consentono vincite puramente aleatorie di un qualsiasi premio in denaro o in natura o vincite di valore superiore ai limiti fissati al comma 6, escluse le macchine vidimatrici per i giochi gestiti dallo Stato

Il comma 8 precisa inoltre che l'utilizzo degli apparecchi e dei congegni di cui al comma 6 è vietato ai minori di anni 18.

Trattamento IVA e imposte da Finanziaria 2005

Prima della Finanziaria per l'anno 2005 la normativa era molto semplice e prevedeva che i proventi derivanti dagli apparecchi da intrattenimento, così come individuati dall'art. 110 del TULPS, fossero assoggettati all'imposta sugli intrattenimenti, determinata su un imponibile forfetario, e all'IVA, la quale poteva essere liquidata in modo forfetario (sullo stesso imponibile rilevante per l'imposta sugli intrattenimenti) ovvero secondo i criteri ordinari. La particolare attività economica, inoltre, contemplava la presenza di due soli soggetti: il noleggiatore e l'esercente, che, in base ad un contratto di locazione di beni mobili, gestivano i rapporti economici derivanti dall'utilizzo dell'apparecchio da intrattenimento.

La rilevanza sociale ed economica assunta dai giochi proponibili attraverso tali apparecchi, tuttavia, ha indotto il legislatore ad introdurre progressivamente una serie di vincoli volti in un primo momento a censire gli operatori del settore, gli apparecchi e gli esercizi presso cui erano installati, mediante l'obbligo di richiesta del nullaosta di cui all'art. 38 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, rilasciato ai gestori da parte dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), e, in un secondo

momento, a controllare l'entità degli incassi mediante il collegamento ad una rete nazionale, gestita dai concessionari scelti dalla predetta Amministrazione in base ad una gara ad evidenza pubblica, equiparando quindi tali attività a quelle dei giochi gestiti direttamente dallo Stato.

Con l'ultimo provvedimento sopra citato è stata quindi introdotta una terza categoria di soggetti: i concessionari di rete i quali sono gli unici titolari dei nullaosta necessari per poter installare un apparecchio, nonché gli obbligati principali per il versamento del prelievo erariale unico previsto dall'art. 39 del D.L. n. 269/2003. Tali soggetti hanno il compito di garantire la corretta gestione della rete telematica, di proprietà dell'AAMS, collegandovi tutti gli apparecchi localizzati presso gli esercizi convenzionati.

I soggetti coinvolti nella gestione degli apparecchi in esame risultano dunque essere:

- **l'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS)**;
- **il Concessionario**, ossia il soggetto obbligato dall'AAMS della conduzione operativa della rete nonché delle attività e funzioni connesse tra cui, come detto, il versamento dell'imposta unica erariale (ad esempio SNAI, Lottomatica eccetera);
- **il Gestore**, ossia il proprietario degli apparecchi e soggetto "incaricato della raccolta" in quanto provvede concretamente alla raccolta del denaro presso gli apparecchi;
- **il Pubblico esercizio** (ad esempio bar), ossia il soggetto presso il quale il gestore ha installato gli apparecchi e che, come unico compito ha quello di collegare l'esercizio commerciale alla rete telematica gestita dal concessionario con l'obbligo di attivare le procedure di blocco degli apparecchi di gioco ritenuti non conformi alle prescrizioni di legge.

Come previsto dall'art. 4 DM 12.03.2004 n. 86 le somme giocate per ciascun apparecchio sono così destinate:

- alle **vincite** in percentuale non inferiore al **75%**, relativamente a ciascun ciclo complessivo di partite;
- al **PREU** (Prelievo Erariale Unico) nella misura del **13,5%** del costo di ogni partita;
- alla **remunerazione** delle attività connesse con la gestione degli apparecchi in percentuale non superiore **all'11,5%** relativamente a ciascun ciclo complessivo di partite.

Va evidenziato che al **Concessionario spetta un compenso non superiore al 3%** delle somme giocate, come desumibile dal contratto stipulato con il gestore degli apparecchi.

Le somme restanti sono da **ripartire tra il pubblico esercizio ed il gestore** sulla base dell'accordo tra gli stessi stipulato.

La base imponibile del PREU è costituita dalle somme giocate su ciascun apparecchio di gioco ed è determinata utilizzando i dati estratti, a cura e responsabilità del concessionario, dagli appositi contatori dell'apparecchio stesso. AAMS si riserva la facoltà di raccogliere autonomamente i dati registrati negli

appositi contatori degli apparecchi di gioco, attraverso il gateway di accesso e di eseguire su tali dati le proprie elaborazioni. In caso di dimostrata difformità dei dati raccolti dal concessionario e quelli raccolti autonomamente da AAMS, quest'ultima comunica al concessionario i nuovi dati da registrare in banca dati, anche ai fini della determinazione della base imponibile.

Il PREU si corrisponde mediante modello F24. I termini di versamento sono:

- entro il giorno 28 di ogni mese con riferimento alle somme giocate tra il 1° ed il 15° giorno del mese;
- entro il 13 di ogni mese per le giocate dal 16° giorno alla fine del mese precedente.

Trattamento ai fini IVA

Ai fini IVA, l'esercizio della raccolta delle giocate rientra nella previsione di cui all'art. 10, n. 6, DPR n. 633/72 e pertanto **nell'esenzione da IVA**.

Infatti, secondo quanto affermato nella citata Circolare n. 21/E, poiché il gioco effettuato tramite gli apparecchi di cui all'art. 110, comma 6, TULPS deve ricondursi tra quelli riservati allo Stato, lo stesso è "*destinatario della norma di esenzione fin dalla sua istituzione*".

Sulla base di quanto stabilito dall'art. 1, comma 497, Legge n. 311/2004 (Finanziaria per l'anno 2005) il citato regime di esenzione è applicabile: "*anche relativamente ai rapporti tra i concessionari della rete per la gestione telematica ed i terzi incaricati della raccolta stessa*".

Tale disposizione ha **esteso espressamente l'esenzione da IVA alle somme spettanti agli "incaricati"** della raccolta delle giocate, in considerazione del fatto che, come già accennato, il Concessionario può avvalersi di terzi nell'esercizio di tale attività.

Secondo quanto precisato dall'AAMS nella citata Nota 18.4.2005, per incaricati della raccolta devono intendersi:

- **il pubblico esercizio;**
- **il possessore degli apparecchi** (cosiddetto gestore).

Il Concessionario instaura con i predetti soggetti rapporti contrattuali distinti, corrispondendo a ciascuno di essi un compenso per il servizio prestato, riconducibile all'attività di raccolta delle giocate.

L'esenzione di cui all'art. 10, n. 6, DPR n. 633/72 riguarda esclusivamente, come precisato dall'Agenzia delle Entrate nella citata Circolare n. 21/E "*i rapporti tra il concessionario e l'esercente e quelli tra il concessionario e il possessore degli apparecchi, cosiddetto gestore, in quanto entrambi i soggetti indicati provvedono per incarico del Concessionario alla raccolta delle giocate*".

Pertanto beneficia dell'esenzione da IVA non solo il compenso spettante al Concessionario, ma anche **la somma che il Concessionario riconosce agli incaricati della raccolta** (gestore e pubblico esercizio).

Per i predetti compensi **non è necessaria l'emissione della fattura** da parte dei soggetti interessati per effetto dell'art. 21, comma 6, DPR n. 633/72. I relativi incassi saranno riportati sul registro dei corrispettivi ex art. 24, DPR n. 633/72 (a tal fine si consiglia di intestare una specifica colonna).

Somme incassate per l'attività di raccolta delle giocate

E' opportuno precisare che l'esenzione IVA riguarda solo le somme incassate per l'attività di raccolta delle giocate con la conseguenza che ogni altro tipo di prestazione accessoria offerta dal concessionario alle altre due parti, o viceversa, non può usufruire del regime di esenzione, ma deve essere assoggettata regolarmente ad IVA, trattandosi di una normale prestazione di servizi anche se connessa all'attività di gestione degli apparecchi da intrattenimento. Assumono, quindi, notevole importanza i contratti che regolano i rapporti tra le parti, poiché è sulla base delle relative pattuizioni che potranno essere individuati con certezza i proventi esenti e quelli imponibili nonché i corretti criteri di contabilizzazione delle operazioni. Nella prassi è usuale che il gestore proceda al recupero delle somme giocate presso gli apparecchi e provveda al riversamento delle stesse al concessionario della rete, previa trattenuta della quota spettante ad esso stesso ed all' esercente in virtù degli accordi che i due soggetti hanno concluso con il concessionario. In particolare, le somme raccolte dal gestore saranno costituite da un ammontare pari, al massimo, al 25% delle giocate registrate dall'apparecchio da intrattenimento (atteso che un minimo del 75% è riservato alle vincite) di cui il 13,5% è destinato all'assolvimento del prelievo erariale, mentre il restante ammontare, non superiore all'11,5%, è suddiviso tra il concessionario, il gestore e l' esercente .

Nonostante la complessa operatività del sistema, si ritiene che l'impostazione corretta sia quella di identificare un unico titolare degli incassi cui gli altri soggetti dovranno emettere fattura per l'incasso dei corrispettivi a ciascuno spettanti. Tale soggetto sembra doversi individuare nel concessionario di rete il quale, in forza della convenzione con l'AAMS, è colui che controlla gli incassi e deve provvedere al versamento del prelievo unico erariale ed assume obblighi contrattuali sia con il gestore che con l' esercente.

Trattamento IVA del gioco d'azzardo

Le prestazioni di gioco d' azzardo rientrano tra le attività ricreative previste dall'articolo 9, comma 2, lettera e) della VI direttiva comunitaria IVA. La norma, ripresa nella legislazione italiana dall'articolo 7, comma 4, lettera b) del Dpr 633/72, prevede che tali prestazioni sono soggette a IVA nello Stato UE dove sono materialmente eseguite, a prescindere dalla sede, residenza o centro di attività stabile del prestatore.

Dati di incassi dello Stato nell'anno 2005

Nel bilancio previsionale dello Stato per l'anno 2005 si leggevano dati molto interessanti circa il gettito derivante dal gioco.

Preciso che non tutti gli introiti del gioco finiscono nello stesso capitolo di bilancio: lo Stato minuziosamente divide ed elenca i vari giochi, verificando di anno in anno il gioco che rende maggior introiti.

In totale, si è previsto 1.412 milioni di euro solo per il Prelievo Erariale Unico, mentre per tutti gli altri giochi (lotto, superenalotto, totip, totocalcio, scommesse, toto6 eccetera) sono stati previsti incassi erariali per 10.000 milioni di euro circa.

Sottolineo, inoltre, che nel primo semestre dell'anno 2005 i dati definitivi si attestavano su queste cifre (dati in milioni di euro):

- Entrate da slot machine	€	5.000
- Entrate da Lotto	€	3.919
- Entrate da superenalotto	€	1.005
- Altri giochi	€	1.852

Si può dunque ben valutare come le stime siano corrette per il lotto, mentre risultano di gran lunga inferiori rispetto agli incassi verificatisi per le slot machine.

A proposito del lotto, i dati definitivi sulle entrate risultano essere 8.858 milioni di euro per il 2002, 6.839 per il 2003 e 14.657 per il 2004.

Finanziaria 2006 (legge 23/12/2005 n. 266 – articoli 525 e seguenti)

Alla luce del gettito erariale derivante dai giochi leciti, la finanziaria per l'anno 2006 si è occupata agli articoli 525 e seguenti dei giochi.

Parliamo di una rivoluzione normativa per il settore del gioco italiano: l'art. 525, infatti, contiene la modifica per i parametri di gioco delle attuali new slot, ecco le novità:

- introduzione del pagamento elettronico (carta di credito, play card, ticket eccetera);
- si riconosce definitivamente che gli elementi di abilità o intrattenimento sono presenti insieme all'elemento aleatorio;
- il costo della partita non supera 1 euro;
- la durata minima della partita può essere di quattro secondi;
- le vincite in denaro, ciascuna non superiore a 100 euro e non inferiori al 75% delle somme giocate, saranno computate su un ciclo complessivo di non più di 140.000 partite.

Per le new slots entro il 1 luglio 2006 il canone di concessione previsto per la conduzione operativa della rete telematica è fissato nella misura dello 0,8% delle somme giocate. L'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato riconosce ai concessionari della rete telematica un compenso, fino ad un importo massimo dello 0,5% delle somme giocate e il prelievo erariale unico, sempre per gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a è fissato nella misura del 12%.

Tutti i nuovi parametri saranno definiti nel dettaglio da AAMS con specifico Decreto e con lo stesso strumento saranno inserite, anche in Italia, le videolotterie (VLT) e le lotterie istantanee (IVT). Questi apparecchi terminali di nuova generazione sono inquadrati al comma 6 lettera b mentre restano alla lettera a le new slots. Il prelievo erariale PREU per le videolotterie verrà fissato con decreto del

Ministero della Economia e delle Finanze con un'aliquota compresa tra l'8% e il 12%.

Questo potrà comportare la sostituzione di tutte le new slots prima dell'estate a patto che le reti di connessione soddisfino totalmente le condizioni richieste.

I termini e le modalità di assolvimento del PREU saranno definiti da AAMS che, ai fini del rilascio dei nulla osta, è obbligata a controllare il possesso delle licenze e quindi la reale identità dell'operatore presente sul territorio.

Un decreto di AAMS stabilirà inoltre i requisiti che devono possedere i terzi eventualmente incaricati della raccolta delle giocate dai concessionari della rete ed entro il 31 marzo 2006, i concessionari presentano all'Amministrazione l'elenco degli ex operatori dell'Automatico contrattualizzati con la loro rete.

Per gli apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici di cui all'articolo 110, commi 6, la licenza è altresì necessaria:

- per l'attività di produzione o di importazione;
- per l'attività di distribuzione e di gestione anche indiretta;
- per l'installazione in esercizi commerciali o pubblici diversi da quelli già in possesso di altre licenze di cui al primo o secondo comma o di cui all'articolo 88 ovvero per l'installazione in altre aree aperte al pubblico od in circoli privati.

Negli articoli della Legge Finanziaria sono contenute norme contro l'offerta di gioco illecito attraverso la rete internet e descrivono provvedimenti da adottare contro quei provider che consentono le connessioni per il gioco illegale.

Contestualmente sarà permesso, attraverso sistemi come tv e telefoni cellulari il gioco telematico controllato e lecito, l'estrazione giornaliera della ruota nazionale del Lotto, l'effettuazione giornaliera del concorso pronostici Enalotto, dei concorsi pronostici su base sportiva, delle scommesse a totalizzatore, e della nuova scommessa ippica. La Legge Finanziaria consentirà inoltre la possibilità di raccolta per i giochi appena citati anche attraverso la rete delle new slots con un'aggio riconosciuto pari all'8%.

L'art. 537 ridefinisce infine le sanzioni per illecite installazioni e prevede forti penalità per chiunque produce od importa apparecchi di cui ai commi 6 non rispondenti alle caratteristiche di legge. Rileviamo, infatti, che il vecchio comma 9 art. 110 prevedeva un'ammenda da 4.000 a 40.000 euro, mentre ora le sanzioni previste vanno da 30.000 a 180.000 euro per ciascuna violazione accertata.

Le norme introdotte nel testo di Finanziaria in materia di interventi operativi per contrastare efficacemente l'offerta di gioco non fiscalizzata garantiranno almeno 50 milioni di introiti in più nel 2006 e circa 75 in quelli successivi. E' quanto ipotizzano i tecnici del Ministero delle Finanze che spiegano anche le modalità di "migrazione" delle giocate illegali nel mercato legale. Applicando un rendimento erariale medio del 10%, si stima un maggior gettito pari a 50 milioni, e quindi una raccolta di almeno 500 milioni solo nel 2006.

L'inasprimento delle sanzioni previste dal TULPS per il gioco illecito, in particolare, arriveranno a garantire un maggior gettito pari a circa 75 milioni visto

che nella maggior parte dei casi le infrazioni di questo genere risultano addirittura quintuplicate.

Tale effetto deterrente, unito alla correlazione tra il fatto illecito ed il numero degli apparecchi al quale si riferisce (moltiplicando la sanzione per ciascun apparecchio coinvolto) può ragionevolmente generare l'effetto di maggior gettito, in primo luogo in termini di maggiore raccolta degli apparecchi legali che, secondariamente, di incremento ulteriore del loro numero.

La Commissione Finanze del Senato, in sede di discussione della Legge Finanziaria e dunque prima della definitiva approvazione, ne ha condiviso complessivamente gli obiettivi ma ha espresso perplessità circa le norme riguardanti le modifiche dei principali parametri di funzionamento degli apparecchi con vincite in denaro, esprimendo altresì la preoccupazione che la perdita del carattere di intrattenimento possa avere conseguenze sul fronte della tutela del giocatore. Sono risultate invece apprezzabili le norme volte a ridurre la percentuale di prelievo erariale sui giochi, le norme di contrasto al gioco illegale e le misure di sostegno per le scommesse sportive e per il gioco di ricevitoria.

La Commissione Finanze del Senato aveva sollecitato la Commissione di merito ad introdurre una specifica disposizione volta a destinare una quota parte del maggior gettito derivante dalle nuove disposizioni a sostegno di iniziative volte a combattere la ludopatia ma di questo suggerimento non si trova traccia nel testo definitivo della Legge.

Controllo Guardia di Finanza e frodi allo Stato

Per una più efficiente ed efficace azione di prevenzione e contrasto dell'uso illegale di apparecchi e congegni da divertimento e intrattenimento nonché per favorire il recupero del fenomeno dell'evasione fiscale, la produzione, l'importazione e la gestione degli apparecchi e congegni da divertimento e intrattenimento, come tali idonei per il gioco lecito, sono soggette a regime di autorizzazione da parte del Ministero dell'economia e delle finanze - Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato.

Il Ministero dell'economia e delle finanze - Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato rilascia nulla osta ai produttori e agli importatori degli apparecchi e congegni di cui all'articolo 110, comma 6 e 7, del TULPS nonché ai loro gestori.

A questo fine, con la richiesta di nulla osta per la distribuzione di un numero predeterminato di apparecchi e congegni, ciascuno identificato con un apposito e proprio numero progressivo, i produttori e gli importatori autocertificano che gli apparecchi e i congegni sono conformi alle prescrizioni stabilite dall'articolo 110, comma 6 e 7, del predetto testo unico, e che gli stessi sono muniti di dispositivi che ne garantiscono la immodificabilità delle caratteristiche tecniche e delle modalità di funzionamento e di distribuzione dei premi, con l'impiego di misure, anche in forma di programmi o schede, che ne bloccano il funzionamento in caso di manomissione o, in alternativa, con l'impiego di dispositivi che impediscono l'accesso alla memoria. I produttori e gli importatori autocertificano altresì che la manomissione dei dispositivi

ovvero dei programmi o delle schede, anche solo tentata, risulta automaticamente indicata sullo schermo video dell'apparecchio o del congegno ovvero che essa è dagli stessi comunque altrimenti segnalata.

Gli ufficiali e gli agenti di pubblica sicurezza, secondo le direttive del Ministero dell'interno-Dipartimento della pubblica sicurezza, nonché il Ministero dell'economia e delle finanze e gli ufficiali ed agenti di polizia tributaria effettuano il controllo degli apparecchi, anche a campione e con accesso alle sedi dei produttori, degli importatori e dei gestori degli apparecchi e dei congegni e di coloro che li detengono anche temporaneamente, verificando altresì che, per ogni apparecchio e congegno, risulti rilasciato il nulla osta, che gli stessi siano contrassegnati dal numero progressivo e dotati della relativa scheda esplicativa. In caso di irregolarità, è revocato il nulla osta al produttore o all'importatore o al gestore, relativamente agli apparecchi e congegni irregolari, e il relativo titolo è ritirato.

Alla luce di quanto contenuto nell'art. 22 della Legge 289 del 2002, l'Amministrazione dei Monopoli di Stato, con un documento pubblicato il 15 febbraio 2005, ha annunciato che verranno attivati controlli e ispezioni sugli apparecchi a vincita per verificare che non ci siano state manomissioni da parte di chi li gestisce. A tale scopo saranno controllati anche i registri di manutenzione degli apparecchi con particolare attenzione agli interventi di sostituzione della scheda. I controlli saranno attivati in collaborazione con la Guardia di Finanza.

Un'importante operazione è stata coordinata dal sostituto procuratore della Repubblica di Trieste, e condotta dal comando provinciale locale della Guardia di Finanza. Dopo sei mesi di indagini, terminate nell'agosto 2005, infatti si sono scoperti videogiochi per bar, pub e paninoteche trasformati in slot machines, senza l'autorizzazione dei Monopoli di Stato e sparsi per tutto il Nordest. La frode è venuta a galla nel corso di un'inchiesta che ha permesso di individuare una ramificata organizzazione, attiva soprattutto nel nord Italia. L'operazione, denominata **Game Over**, ha portato alla denuncia di 54 persone, fra esercenti, clienti e responsabili delle due società lombarde che hanno commercializzato più di cento apparecchi taroccati. Elevato il volume d'affari, favorito da una taratura delle macchine tale da generare una probabilità di vincita sempre inferiore al 50%. Solamente per gli apparecchi sequestrati nel territorio triestino gli investigatori hanno stimato che da settembre dello scorso anno l'ammontare delle giocate è stato di 3 milioni di euro. Il dato è stato ricostruito attraverso i contatori installati nelle macchine e con i quali l'organizzazione poteva monitorare gli introiti. I videogiochi diventavano slot machines grazie alla sostituzione o alla riprogrammazione delle schede software. Il cliente-giocatore riceveva dall'esercente un euro ogni 20 punti totalizzati. Ai Monopoli di Stato le macchine erano state denunciate come videogiochi.

In questo quadro, la completa informatizzazione del controllo del gioco effettuato sugli apparecchi con vincite in danaro (rete telematica di AAMS, avviata dal mese di novembre 2004), rende più efficace il monitoraggio di qualsiasi tentativo di alterazione dei parametri di gioco tale da eludere le tutele a favore del giocatore che la norma di legge ha individuato e definito. Risulta invece ad AAMS la

diffusione, in un numero elevatissimo di casi, di apparecchi senza vincite in danaro le cui effettive modalità di gioco (e non quelle autodichiarate al momento della richiesta di autorizzazione) erano finalizzate all'offerta di vincite in danaro mediante la contraffazione delle schede di gioco e l'erogazione "sottobanco" delle eventuali vincite, al di fuori di qualsiasi tutela per il giocatore ed in condizioni di concorrenza assolutamente sleale nei confronti degli operatori corretti. Tale situazione ha comportato una crescita anomala, non in linea con la reale domanda di mercato nello specifico settore: in particolare, è stato riscontrato l'aumento, in soli 7 mesi (da maggio a dicembre 2004), del numero di apparecchi senza vincite in danaro da circa 180.000 ad oltre 240.000: vale a dire un incremento di ben il 33%. Tale incremento ha riguardato apparecchi per i quali era stata richiesta l'autorizzazione a produrre, distribuire ed installare, mediante autocertificazione di conformità da parte dei produttori, importatori e gestori apparecchi senza vincite in danaro. In moltissimi casi, a seguito di successivi controlli, l'autocertificazione si è rivelata falsa, determinando la revoca delle autorizzazioni rilasciate per oltre 30.000 apparecchi. In tale quadro è maturata la decisione di estendere, a partire dal 2005, le procedure autorizzatorie già previste per gli apparecchi con vincite in danaro (verifica tecnica e certificazione dei prototipi di modelli) anche a quelli senza vincite in danaro. Questa decisione è maturata proprio per contrastare, attraverso il controllo preventivo, la diffusione di apparecchi illegali che, surrettiziamente dichiarati di abilità, in realtà nascondono software di gioco con prevalenza di elementi di alea tali da favorire comportamenti illeciti di operatori ed esercenti nonché, purtroppo, patologie compulsive a danno dei giocatori e, quindi, del tessuto sociale nel suo complesso.

Accenni sul trattamento fiscale dei casinò

- Sono esenti da IVA le operazioni relative all'esercizio delle attività di gioco nelle case da gioco autorizzate.
- Tassa di concessione governativa per il rilascio e per ogni anno di validità dell'autorizzazione all'esercizio di case da gioco pari a 539.200,00 euro.
- Pagamento di un'imposta sugli intrattenimenti pari al 60% del biglietto di ingresso nelle sale da gioco.
- Sulla differenza attiva giornaliera tra le somme incassate per i giochi e quelle pagate ai giocatori per le vincite, si paga un'imposta sugli intrattenimenti pari al 10%.
- Quota parte degli introiti erariali vengono elargiti alle province di competenza. Varese prende parte degli introiti del casinò di Campione e nel bilancio previsionale dell'anno 2005 la Provincia ha previsto un incasso di più di 2 milioni di euro.

3.4 La supervisione degli operatori: la metodologia utilizzata

di Angela Biganzoli

Nell'ambito del progetto "Reti d'azzardo" è stata prevista la strutturazione di uno specifico spazio di supervisione clinica rivolto agli operatori del Ser.T di Parabiago che hanno preso in carico giocatori d'azzardo patologici e loro familiari.

Tale spazio, condotto dal Dott. Nicolas Bonvin, esperto in tematiche relative alla dipendenza, ha avuto una cadenza mensile a partire dal mese di aprile 2005.

Agli incontri hanno partecipato in modo attivo non solo gli operatori coinvolti direttamente nella presa in carico dei giocatori, ma anche gli altri membri dell'equipe del Ser.T e i professionisti appartenenti alla Cooperativa "Il Progetto" e all'Associazione AND, favorendo il consolidamento di un gruppo di lavoro multidisciplinare e dalle multiappartenenze.

3.4.1 Obiettivi della supervisione e situazioni problematiche "tipo"

di Nicolas Bonvin

I momenti di supervisione hanno avuto come scopo principale l'integrazione di tecniche specifiche per il trattamento del gioco d'azzardo nella cura del paziente come persona, cioè nella sua complessità olistica.

Il fenomeno del gioco d'azzardo può rappresentare un problema di differenti livelli di gravità. Infatti possiamo ipotizzare che una certa percentuale di giocatori si auto regoli spontaneamente una volta raggiunta una certa soglia di disagio: costoro probabilmente non entreranno mai in contatto con i nostri Servizi.

Un'altra parte presenta più problemi ad auto regolarli: arriva nei nostri Servizi, ma ha abbastanza risorse psicologiche e sociali per riprendere il controllo della situazione dopo un intervento breve (come ad esempio attraverso l'approccio psico-pedagogico della psicoeducazione proposta dal Dott. Carlevaro).

Infine c'è un'altra percentuale che non è ancora pronta a rinunciare ai pensieri magici o ai "fantasmi di soccorso" (che gli fanno credere che il giorno della grande vincita "dovuta" è vicina e che così potrà rimborsare tutti i debiti e riparare "i danni affettivi" inferti ai cari); per quest'ultima parte di giocatori la strada del cambiamento è più lunga e più tortuosa e richiede molte energie: spesso si rende necessaria una presa in carico di tutto il "sistema" famiglia e la messa in moto di una rete costituita da diverse risorse.

Imparare a riconoscere con che livello del problema abbiamo a che fare permette di strutturare un approccio strategico più appropriato ed efficace, sia che si tratti di un intervento breve che a più lungo termine.

Qui di seguito si vogliono approfondire gli aspetti particolarmente critici che sono stati motivo di discussione e approfondimento nello spazio di supervisione clinica.

- Utenti giocatori di elevata età anagrafica (oltre i 50 anni) che presentano storie di vita accompagnate in modo significativo e pregnante da eventi traumatici. Il comportamento di gioco d'azzardo patologico sembra essere l'esito e/o il compagno di un percorso di vita difficile e faticoso, in cui la famiglia, se presente, è già stata duramente messa alla prova e fatica a proporsi nel percorso terapeutico come risorsa di aiuto. Anche le richieste che il giocatore fa all'operatore si collocano allora in un'area di necessaria ridefinizione e contrattazione: “mia moglie vuole separarsi da me. Dovete impedirle di chiamare l'avvocato” è una domanda che va rivalutata e trasformata in modo da raggiungere obiettivi più a breve termine e soprattutto possibili, in modo che l'operatore non si senta in balia né di vissuti di onnipotenza né all'estremo opposto di impotenza.
- Un elemento che aggiunge difficoltà alla condizione di giocatore è la compresenza di patologie psichiatriche importanti; in questo caso si rende necessaria una stretta collaborazione con il Servizio di Psichiatria territoriale (CPS), per alcune situazioni facilmente realizzabile, per altre interamente da costruire (in base ai contatti pre-esistenti).
- Si presentano situazioni di utenti giocatori che sembra non abbiano più nulla da perdere, sia dal punto di vista materiale che relazionale: hanno già perso casa, famiglia, denaro, amici e lavoro. In questi casi la difficoltà più grande nasce da una domanda: da dove iniziare un percorso di presa in carico e trattamento se sembra mancare una motivazione di base al cambiamento? In tali situazioni più che in altre è essenziale che la risposta arrivi dall'utente e non dall'operatore, che può solo proporsi come facilitatore e supporto nel processo di motivazione al cambiamento.
- Spesso gli operatori hanno posto al supervisore la seguente domanda: qual è il significato del gioco? Si è ipotizzato, alla luce delle storie narrate, che alcuni utenti giocano per vendicarsi (con la famiglia, con la vita, con la società); altri per trovare un senso alla loro vita e sfuggire alla noia; altri per dare spazio all'irrazionale e al magico che è dentro ciascuno di noi; altri ancora per sfuggire al desiderio di morire, per cui il gioco alimenta la fantasia salvifica che una grande vincita possa risolvere tutti i conflitti. Oltre alla domanda sul significato del comportamento di gioco, spesso ci si è interrogati anche sulle emozioni che si nascondono dietro questa forma di dipendenza: c'è tristezza, oppure vergogna, oppure rabbia? Senso di colpa? Paura? Non sempre è stato facile rispondere a quesiti così complessi; nella maggior parte dei casi sono state fatte ipotesi che hanno orientato il lavoro successivo degli operatori.
- Per tutte le situazioni giunte al Servizio ci si è chiesti qual era la “vera” domanda del giocatore e/o del familiare, ovvero: cosa cerca l'utente nel Servizio? E qual è il suo livello di motivazione? Un percorso terapeutico non può prescindere dal rispondere a queste domande, pena il fallimento del trattamento.
- Infine, gli operatori hanno osservato quanto sia complesso e delicato l'approfondimento della situazione debitoria del giocatore: a volte risulta veramente difficile se non impossibile tracciare una situazione chiara e precisa dei

debiti contratti con l'attività di gioco. Spesso ci si accorge nel tempo che i primi racconti fatti dai giocatori tendono a minimizzare o rendere meno grave la situazione debitoria, per poi scoprire in seguito che molti "buchi" e scoperti sono stati tenuti nascosti anche ai familiari. Gli operatori allora si sono chiesti come affrontare e gestire questa delicata questione e quali strategie mettere in atto per aiutare i giocatori ed i familiari a risanare i debiti.

3.4.2 Valutazione della supervisione da parte degli operatori

di Angela Biganzoli

Di seguito vengono proposti i commenti rielaborati espressi direttamente dagli operatori in una fase finale del percorso di supervisione (raccolti alla fine della prima annualità del progetto).

- Lo spazio è stato vissuto dagli operatori con serenità ed è stato percepito come un luogo in cui si possono portare liberamente pensieri, idee, immagini, difficoltà. E' stato vissuto anche come luogo di "sperimentazione", in cui il clima "non giudicante" ha favorito la possibilità per ciascuno esprimersi e "misurarsi" con pazienti "nuovi".
- Alcuni operatori hanno sentito lo spazio di supervisione come risorsa di cui è possibile parlare agli utenti, con l'obiettivo di rafforzare il significato di lavorare in un'equipe che prende decisioni condivise. Si è osservato inoltre come un lavoro di questo tipo sia utile non solo con pazienti giocatori, ma anche con le altre tipologie di utenti afferenti al Ser.T; in alcuni casi infatti gli operatori si sono sentiti sicuri e sostenuti nell'estendere in modo autonomo alcune riflessioni fatte per utenti giocatori ad altri utenti dipendenti da sostanze.
- L'aumentare dei casi in arrivo predispone alcuni operatori ad immaginare che i prossimi spazi di supervisione possano essere organizzati seguendo nuovi criteri (ad esempio scegliendo alcune priorità o situazioni tipo particolarmente significative o complesse).
- Lo spazio di supervisione ha garantito agli operatori la possibilità di apprendere attraverso l'apporto degli altri, in una metodologia di scambio e confronto. Inoltre è stato apprezzato da parte del supervisore l'utilizzo di un linguaggio semplice ma non semplicistico, che ha permesso a tutte le professionalità rappresentate di comprendere i processi di cui si stava discutendo, senza che termini appartenenti ad un linguaggio tecnico piuttosto che ad un altro restassero incomprensibili per molti.
- E' stata apprezzato anche il taglio prevalentemente pratico dato al lavoro. Molti operatori si sono sentiti accompagnati nel trovare strategie e ipotesi concrete di trattamento con una tipologia di utenti che spesso sollecita l'urgenza a intervenire. Ogni situazione problematica portata è stata affrontata dal supervisore con una metodologia che aveva l'obiettivo di stimolare la riflessione sul significato del

comportamento messo in atto e sulla forza della motivazione ad intraprendere un percorso di cura e di cambiamento.

- Anche chi per ruolo professionale non ha avuto contatti diretti con gli utenti (ad esempio gli infermieri) si è mostrato interessato alla supervisione e ha dichiarato di avere trovato utilità negli spunti di riflessioni offerti. I medici, che nel modello di presa in carico prevista dal Ser.T vedono il giocatore prevalentemente nel primo colloquio di accoglienza, hanno evidenziato l'utilità di rimanere al corrente dell'evoluzione del percorso seguito da altri professionisti dell'équipe.
- E' stata apprezzata la metodologia di gestione dei processi di gruppo di tipo "partecipata", che ha aiutato gli operatori a riflettere sull'importanza di restituire la responsabilità delle scelte agli utenti. Spesso infatti, come già sottolineato sopra, questa tipologia di pazienti, soprattutto per l'urgenza e la gravità di alcune situazioni, tende ad elicitare negli operatori risposte immediate e "salvifiche" non adeguate; la supervisione permette all'operatore di riprendere il proprio ruolo e di restituire al giocatore la possibilità e il dovere di decidere per sé; l'operatore può individuare delle ipotesi di trattamento e di cura, ma è l'utente che decide quali siano raggiungibili per lui.
- Gli operatori hanno rilevato come risultato positivo del lavoro di supervisione anche la creazione di un gruppo di lavoro stabile, costituito da professionisti che lavorano in Servizi diversi (in particolare Ser.T di Parabiago, Cooperativa "Il Progetto" e Associazione AND). L'appartenenza a contesti di lavoro differenti che si sono incontrati per esigenze progettuali è diventata una risorsa anziché un limite.

4. L'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE DEI GIOCATORI PATOLOGICI

4.1 Considerazioni generali sugli interventi residenziali e sui possibili criteri di inserimento

di Daniela Capitanucci

La questione dell'inserimento comunitario è assai spinosa e tocca due aspetti generali essenziali (questione economica a parte): da un lato è legittimo chiedersi se sussiste la necessità per pazienti giocatori d'azzardo patologici di interventi residenziali, oltre che ambulatoriali, e dall'altro è opportuno dare uno sguardo allo stato dell'arte dei centri di accoglienza, verificando l'esistenza o meno di strutture residenziali idonee, dotate di efficaci programmi mirati.

Le prime domande cui rispondere sono dunque le seguenti: “vi è proprio necessità per pazienti giocatori patologici di interventi residenziali, oltre che ambulatoriali? E se sì, in quali casi, e secondo quali criteri di valutazione?”.

Non vi è una sola risposta alla prima domanda. Crediamo infatti che vi siano casi in cui la residenzialità è necessaria; altri in cui è opportuna; altri ancora in cui davvero è superflua.

Tre sono i *criteri* che ci farebbero optare *per una soluzione residenziale*, graduata in termini di gravità e dunque di tipologia di intervento comunitario richiesto, anche in termini di durata del trattamento:

1) Una *grossa difficoltà del paziente a controllare l'impulso a giocare* che si risolve, nonostante la sincera motivazione a smettere, effettivamente con un ricorso al gioco nocivo e sistematico con il peggioramento radicale delle situazioni debitorie già in corso con il rischio di ulteriore grave deterioramento della situazione.

2) Situazioni in cui le *risorse sia materiali che emotive, personali e familiari* (nonché sociali e lavorative) sono state *già così compromesse da non consentire un valido sostegno alla cura* (impossibile dunque realizzarla ambulatorialmente). A nostro avviso *queste condizioni farebbero ritenere opportuno un periodo di recupero di una certa durata*, e tale situazione parrebbe molto simile alla maggior parte degli inserimenti residenziali dei soggetti tossicodipendenti.

3) Situazioni in cui le *condizioni sopra delineate* si verificano, ma sono *ancora allo stadio iniziale* (discontrollo sul gioco del paziente, logoramento ed incapacità di gestire il congiunto da parte dei familiari ma situazione non ancora "disastrosa") e vi è *necessità di un supporto breve e temporaneo, senza che vengano perse alcune delle risorse rimaste* (ad esempio il lavoro e le relazioni familiari), allo scopo di *arrestare in modo drastico il declino innescato* che altrimenti parrebbe proseguire. Riteniamo che questa sia la situazione in cui la residenzialità risulta più efficace anche dopo *un breve periodo, circa 20 giorni / 1 mese*. L'intervento, *centrato sull'obiettivo del veloce recupero del controllo* da

parte di tutte le parti coinvolte e sul superamento "dell'emergenza" della crisi prevede il rapido rinvio ad un programma ambulatoriale.

Nel valutare *l'opportunità di un inserimento residenziale* aggiungerei *altre due questioni che possono orientare verso tale soluzione.*

E' sempre necessario *valutare la comorbilità GAP con disturbo da sostanze* (alcol e cocaina tipicamente), che sappiamo essere assai frequente in questi pazienti, e che sovente rende difficile la loro tenuta ad un trattamento ambulatoriale (entrambe le sostanze facilitano la perdita di controllo e l'abuso/recidiva del comportamento di gioco),

Inoltre è importante la *valutazione della reale sussistenza di rischi suicidari o depressioni gravi*, che possono richiedere un contenimento più strutturato, preliminare al trattamento ambulatoriale successivo.

Per quel che riguarda la situazione italiana di strutture residenziali accreditate disponibili, le note sono ancora piuttosto dolenti. Va notato che nessuna struttura residenziale probabilmente elaborerà programmi ad hoc se non adeguatamente stimolata a farlo e se non si intravede un futuro in tal senso, specialmente dal punto di vista di chiarezza di inquadramento di questa patologia nelle politiche sanitarie del nostro Paese.

Le esperienze attuali hanno visto sorgere programmi ad hoc in alcune comunità terapeutiche pubbliche o accreditate per le dipendenze da sostanze. Tra queste, citiamo doverosamente la CT Papa Giovanni XXIII di Reggio Emilia, tra le prime ad attuare una sperimentazione specifica tempo fa. Crediamo però che essa abbia cessato gli inserimenti, almeno in forma così strutturata, al terminare del finanziamento che aveva supportato la realizzazione del progetto.

Ci risulta pure che nel tempo recente altre strutture accreditate (Saman e il CeAS, ad esempio) hanno accolto questa tipologia di utenti, pur senza aprire "moduli" ad hoc e con pazienti comorbili al disturbo di uso di sostanze. Anche la Cooperativa Sociale A77 fa programmi, non di tipo residenziale, con questi utenti.

La Regione Toscana ha recentemente stanziato un finanziamento per la realizzazione nell'anno 2006 di una struttura residenziale per giocatori che verrà allocata a Siena, sotto la responsabilità scientifica di Riccardo Zerbetto e la collaborazione operativa del gruppo che già gestisce il progetto GAP in seno all'AGCI di Pistoia. Si evidenzia dunque una realtà in continua e costante evoluzione: ogni giorno c'è una novità, e dunque anche questo tentativo di grossolana mappatura non pretende di essere affatto esaustivo.

Altre strutture esistenti sono private e a pagamento. Celebre è quella di Bolzano di Cesare Guerreschi, certamente la prima a nascere in Italia. Anche la Clinica Le Betulle di Appiano Gentile ha una sezione per giocatori.

Per concludere, riteniamo che una buona struttura che si occupa di dipendenze formulando veri progetti individualizzati, che fonda il suo lavoro sulla risoluzione dei problemi di dipendenza delle persone (intesi più come relazione tra soggetto e

oggetto, piuttosto che come risoluzione di una caratteristica di personalità di un soggetto o peggio una proprietà di un oggetto, sia esso sostanza o comportamento) possa bene affrontare il tema ed aiutare chi si trova nel problema.

Certo, ci sono specificità del trattamento, così come ve ne sono allo stesso modo però nella cura degli eroinomani piuttosto che dei cocainomani o degli alcolisti, solo per citarne alcuni, di cui sarebbe utile tenere in conto nella formulazione del programma individualizzato residenziale. E per questo gli operatori dovrebbero essere adeguatamente formati.

Tuttavia il patrimonio acquisito nel trattamento delle altre dipendenze prima, e quello che si acquisirebbe trattando il giocatore ed i suoi familiari adesso, è di valore inestimabile alla riformulazione di un più idoneo paradigma di inquadramento dei fenomeni di dipendenza che gioverebbe alla crescita culturale di tutti gli specialisti di questo affascinante settore.

Con questo spirito, non senza difficoltà, e per riflettere proprio su questo tema la Cooperativa "Il Progetto" di Castellanza ha partecipato a questo progetto.

4.2 Riflessioni introduttive al percorso residenziale avviato con il progetto

di Manola Unida

Come si è visto, non vi sono attualmente in Lombardia risorse di aiuto esclusivamente preposte ad accogliere con programmi residenziali specifici questa tipologia di utenza, ma si ritiene, in base all'esperienza di alcune strutture terapeutiche presenti sul territorio nazionale, che tale modalità di trattamento possa essere estremamente efficace e significativa per questo tipo di problematica.

Accanto agli interventi terapeutici posti in essere al Ser.T di Parabiago, nel progetto è stata dunque prevista la sperimentazione anche di inserimenti residenziali o semi-residenziali in comunità terapeutica.

Alcuni membri del gruppo di lavoro hanno dedicato tempo alla ricerca ed analisi di modelli operativi strutturanti interventi residenziali in comunità terapeutiche sia in Italia che all'estero con i giocatori problematici, che poi sono stati condivisi col resto dell'equipe.

Successivamente, si è proceduto all'analisi approfondita delle attività che la struttura comunitaria "Il Progetto" di Castellanza svolge di consueto con l'utenza tossico e alcolodipendente inserita, ipotizzando che il giocatore potesse fruire non solo delle attività educative e tipicamente "comunitarie", ma anche di altri due interventi possibili: la partecipazione ai gruppi terapeutici già attivi per gli altri ospiti della comunità e quella a momenti terapeutici specifici (ad esempio, gruppi terapeutici di soli giocatori, colloqui individuali psicologici, colloqui motivazionali eccetera). Ciò allo scopo di garantire una peculiarità patologia-specifica nel trattamento, piuttosto che correre il rischio di appiattire ogni paziente inserito su un modello standard di cura.

Dal momento che i primi inserimenti residenziali e semi-residenziali sono avvenuti solo al termine della prima annualità, è evidente che la sperimentazione sia tutt'ora in corso e assolutamente aperta. Quelli che seguono sono dunque soltanto i primi sintetici spunti di riflessione che certamente muteranno e si arricchiranno nel corso della seconda annualità del progetto.

4.3 Metodologia di presa in carico residenziale e criteri di selezione dei giocatori patologici

di Antonella Quaglia

La metodologia di cui ci si avvale è basata sul confronto di gruppo e singolo sulle problematiche legate alla dipendenza.

Le responsabilità che una vita comunitaria residenziale richiede aiutano il soggetto giornalmente a confrontarsi sui dati di realtà, nello specifico a confrontarsi rispetto al modo e al tempo usati per raggiungere un obiettivo.

Durante la giornata vengono proposti tre momenti di tipo educativo (uno la mattina, uno il pomeriggio e uno alla sera) che mirano ad una riflessione costante sul modo di affrontare le problematiche inserite nella vita relazionale e sociale.

Inoltre la proposta di un colloquio di psicoterapia individuale alla settimana mira ad approfondire le problematiche soggettive e a valutare le risorse e la parte “sana” del soggetto che è stata soffocata dalla coazione a ripetere. La disponibilità di proseguire il percorso psicoterapeutico continua anche dopo la conclusione della fase residenziale.

I soggetti che riteniamo idonei al nostro progetto devono avere mantenuto il lavoro e avere una rete familiare disposta a collaborare al percorso terapeutico del proprio familiare, sia durante la permanenza nella struttura comunitaria sia in seguito alla sua dimissione.

Di seguito vengono indicati i *criteri di inserimento* su cui ha ragionato l'équipe di progetto.

Possono essere accolti in struttura:

- giocatori puri, escludendo persone affette da patologie psichiatriche comorbili
- giocatori residenti fuori dalla zona di competenza del Ser.T di Parabiago (e cioè provenienti da altri distretti territoriali della ASL Milano 1)
- giocatori di qualsiasi età purché maggiorenni
- giocatori che preferibilmente hanno mantenuto un'attività lavorativa
- giocatori per i quali la famiglia è ancora una risorsa, che tuttavia non è più in grado di gestire la situazione critica, e che pertanto in via transitoria necessita di un sollievo
- verranno di volta in volta valutate le situazioni personali di giocatori caratterizzate da “urgenza” (ad esempio, nei casi in cui vi siano condizioni debitorie significative, strozzinaggio; nessuna risorsa familiare presente; problemi di indigenza che però non siano troppo rilevanti allo scopo di non ridurre la

permanenza in struttura come una soluzione tampone utilizzata prevalentemente per far fronte ad un “caso sociale” troppo problematico).

Essendo prevista la permanenza in comunità per un periodo breve, massimo un mese, è necessario che il soggetto mantenga, e al termine ritrovi, tutto ciò che aveva prima con la differenza per sé di aver lavorato sulla strutturazione della parte “sana”.

4.4 Il modulo residenziale per giocatori patologici

di Antonella Quaglia

Il modulo “Giocatori d’azzardo patologici” prevede alcuni punti fondamentali:

- mantenere l’attività lavorativa;
- gruppo di incontro settimanale;
- colloqui di psicoterapia individuale;
- gestione del denaro da parte della struttura;
- gruppi di confronto per le responsabilità comunitarie;
- serate di approfondimento legate ad interessi personali (internet, cineforum, serate culturali);
- organizzazione del proprio tempo libero (confrontata con un operatore di riferimento);
- gruppi per i familiari.

4.5 Il programma terapeutico per giocatori patologici

di Antonella Quaglia

Il soggetto che chiede la terapia individuale intuisce che dietro il gioco d’azzardo sottostanno problematiche importanti, non elaborate, e che oggi necessitano di essere guardate con attenzione cosicché senza il gioco (spesso attività sostitutiva) il soggetto possa con soddisfazione vivere quello che ha (relazioni, lavoro, famiglia eccetera). Sono persone che alle spalle hanno sofferenze grandi e accantonate per paura, poca stima o impossibilità a fermarsi.

Fare memoria del proprio passato è il minimo per lavorare su un presente che ha al suo interno delle contraddizioni, conflitti che lasciano spesso la persona insoddisfatta e che creano elementi di dipendenza rispetto ad esperienze che possono apparire esclusivamente piacevoli: risolutive (“quando sono davanti alla macchinetta, i colori e i suoni mi fanno dimenticare tutto il resto”).

POSTFAZIONE

Giocatori d'azzardo, familiari e caregivers: quali interventi⁶

di Gioacchino Lavanco e Loredana Varveri

1. Gioco d'azzardo: vizio o dipendenza?

Immaginando di avere un pubblico esperto o immaginando di avere dei neofiti sul gioco d'azzardo, comunque sia, si sente il bisogno di mettersi d'accordo sulle parole chiave: immaginiamo che chi ascolta e legge concordi con l'idea che il gioco d'azzardo sia un vizio.

Abbiamo nel tempo classificato in termini antropologici e sociologici i vizi, come delle libere scelte degli individui non coerenti con modelli etici: vorremmo ricordare che abbiamo chiamato per lungo periodo vizio il fumo delle sigarette. Lungo periodo durato quasi sessant'anni prima di arrivare a concordare che la definizione della libera scelta all'interno di una non approvazione etica era assai lontana dal rapporto col fumo e che vizio è stato per lungo tempo etichettato il rapporto con l'alcool. Come se il soggetto avesse la possibilità di scelta e nell'avere la possibilità di scelta aderisse a un modello culturale, etico e morale non di approvazione. A tale proposito il caso oggi più etichettato in termini di vizi, il transessualismo, non conosce attualmente alcun dibattito relativo agli aspetti anaffettivi, Alessitimici o addirittura psichiatrici del fenomeno.

Ecco, noi abbiamo vissuto un lungo periodo in cui il gioco d'azzardo è stato un vizio, cioè una libera scelta non piacente perché tra l'altro si associava ad ambiti e a contesti come ovviamente capita in quasi tutte le forme di dipendenza che erano illegali, associate a comportamenti sfrenati, non controllati.

Arrivare alla conclusione che il gioco d'azzardo non è un vizio, non è una conclusione leggera perché fin quando lo si considera un vizio, almeno in parte ci sentiamo liberi da questo problema, consentendoci il ruolo di maternage sociale. Tutte le volte che noi diciamo al bambino "dai, non comportarti così" etichettiamo il suo comportamento da un punto di vista etico e morale, ci ripristiniamo totalmente il ruolo di maternage. Di certo il maternage è cosa buona e sacra all'interno della famiglia, meno se pensiamo alla scuola, ancora meno se pensiamo a tutte le volte che nei rapporti sociali noi ci prendiamo il ruolo di maternage. Il maternage è un modello ortopedico: io so cosa è giusto e cosa è sbagliato e se sei sulla strada sbagliata, ti rimetto sulla strada giusta. L'accudimento, è anche una posizione up/down: tutte le volte che noi etichettiamo vizio assumiamo le funzioni del maternage, arrogandoci una posizione up.

Per tanto tempo l'intervento sul gioco d'azzardo è stato di questo tipo: un richiamo moralistico, un ricatto affettivo, sono stati per lungo tempo strategie di

⁶ La relazione è stata presentata dall'Autore G. Lavanco nel corso della giornata formativa rivolta agli operatori a conclusione della prima annualità del progetto a Legnano, il 13 gennaio 2006.

intervento. Pensiamo a tutta la cultura del maternage sul fumo, “non fumare perché fai male agli altri... magari fatti male da solo”. Pensiamo a tutta la cultura che in questo modo si faceva appassionare da fatti sociali spregevoli come “collocare i fumatori in un angolo isolato” – strategia evidentemente di riduzione del danno collettivo – e pensiamo quale passo indietro sull’idea di farci carico collettivamente del problema del fumo. Spesso, insomma, ragioniamo ahimè erroneamente sul modello del maternage: “tu che hai un comportamento disdicevole cambialo, io che ho un comportamento buono lo dico anche a te di avere quel comportamento”.

Liberarci del modello del maternage significa, però, essere caduti in una pesante trappola: se non è un vizio (e non diremo ancora che è una dipendenza) cambiano le nostre responsabilità individuali, familiari, collettive, sociali, sociosanitarie dei servizi e dei professionisti. Se non è un vizio c’è un problema collettivo che ci riguarda, c’è un problema di prevenzione, e di intervento che non è più isolabile nel campo del maternage.

Se non è un vizio dobbiamo allora metterci d’accordo su che cosa è, perché è vero che ci liberiamo da un lato del maternage, ma dall’altro lato dobbiamo dirci qualche cosa di più preciso per capire quali sono i nostri compiti. È una dipendenza? È una dipendenza senza sostanza? Qui si apre un dibattito di almeno 30 anni; è una dipendenza non classificata come dipendenza, ma dalla letteratura diagnostica (DSM-IV⁷, 1994; ma addirittura anche la bozza del DSM-V) il gioco d’azzardo patologico è ancora classificato come un disturbo del controllo degli impulsi, insieme alla cleptomania, alla piromania, alla tricotillomania.

Il dibattito sul GAP come forma di dipendenza ancora continua. Le dipendenze alle quali noi siamo abituati, per esempio, hanno l’escalation: il tossicodipendente, l’eroinomane o non è tossicodipendente o lo è; non c’è un uso moderato. Il periodo di latenza, la breve capacità di non utilizzare sostanze, dura pochissimo tempo: la famosa *illusione del controllo* dell’eroinomane dura l’arco di tre mesi. Un giocatore d’azzardo, invece, può astenersi dai tre ai tredici anni, come racconta Tazio Carlevaro, cioè i giocatori possono per anni continuare ad avere una capacità di controllo. Quindi noi abbiamo un problema sulla dipendenza che non è un problema semplice: la chiamiamo dipendenza, ma non è una dipendenza senza sostanza, non è una dipendenza con una escalation lineare. È una dipendenza da “zona grigia”, dove l’azzardo tra le dipendenze è tra le più sconvolgenti, in quanto difficilmente intercettabile, incastrata com’è tra la tombola dei nipotini e l’approvazione sociale del gioco.

1.1. La zona grigia dell’azzardo

C’è una legge finanziaria che dice che giocare fa bene soprattutto all’economia dello stato, che è piacevole, che è divertente e c’è un microcosmo di indebitati, di

⁷ American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (trad. it. DSM-IV, Milano: Masson, 1996).

suicidi, di alcolisti, di famiglie distrutte. Potremmo ragionare cinicamente, come qualcuno fa, circa il basso numero di coloro che vengono distrutti dall'azzardo. Un po' come si ragiona su certi farmaci che non vengono prodotti perché non c'è un numero tale di malati, da giustificare la produzione. Potremmo ragionevolmente dire che persino i costi di questa giornata sul Progetto Reti d'azzardo sono sproporzionati rispetto alla statistica patologica grave e distruttiva.

In realtà, non possiamo far finta che un comportamento socialmente incentivato possa essere intercettato solo quando si manifesta nella sua fase distruttiva e patologica: se la dipendenza da gioco si annida nel processo stesso del rapporto fra attività ludica e fuga dalla realtà, abbiamo un problema di prevenzione che inizia con i bambini.

Tutte le volte che noi siamo incastrati tra un comportamento sociale approvato e la dipendenza patologica, c'è un'enorme zona grigia, una zona di ambiguità, anche professionale.

Quindi il lavoro che noi dobbiamo fare è un lavoro dentro la zona grigia oltre che ovviamente nella nicchia terminale ma, *azzardiamo*, anche durante la tombola con i nipotini.

E la zona grigia di cui parliamo, raramente è abitata da professionisti: prima di arrivare ai servizi, ai professionisti, alle comunità terapeutiche, ai centri di ascolto – un microcosmo che individua già l'escalation del percorso – noi abbiamo in questa zona grigia degli altri interlocutori che come professionisti, come operatori del settore dobbiamo imparare non solo a mettere al centro dei nostri progetti, ma anche a capire con quali tipi di strategie e di risorse vanno coinvolte: i familiari o, più in generale, i caregivers del giocatore d'azzardo.

Se noi ragioniamo sulla zona grigia stiamo discutendo non solo dei soggetti a rischio, ma anche di grosse collusioni, nel senso che in un modo o nell'altro alla pari di come noi abbiamo incentivato la tombola fra bambini, le collusioni con chi azzarda giungono con forza e da più parti.

Abbiamo costruito un sistema sociale collusivo; pensate alla possibilità di trovare una macchinetta di videopoker in ogni bar, e solo dopo averle diffuse nel territorio ci dicono "Attenzione che è pericolosa"; pensate alle sale bingo: prima costruisco le sale bingo poi si rivela necessario cominciare a intercettare centinaia di migliaia di persone per dir loro "Attenzione che il bingo non è una tombola".

Ecco perché, fondamentalmente, bisogna ragionare sul fatto che prima ancora dei professionisti, le categorie sulle quali intervenire sono quelle in grado di monitorare e prestare sostegno e aiuto immediato. La famiglia, insomma, è destinata a diventare nel futuro prossimo destinataria di interventi di prevenzione e di cura. Mentre il lavoro sui caregivers è, almeno a prima vista più semplice, perché maggiore è la distanza "affettiva" tra questi e il giocatore, sulla famiglia del giocatore stesso l'intervento diventa più complicato, a causa di una serie di circostanze innegabili. La famiglia, infatti, è il luogo complice. In letteratura, molti hanno affermato che la dipendenza nasce proprio nel nucleo familiare, e se c'è una forma di dipendenza diviene difficile, quindi, immaginare che la famiglia possa essere

contemporaneamente una delle cause della dipendenza e contemporaneamente una risorsa.

Pensiamo all'eroina: la soluzione migliore per un eroinomane è che la famiglia lo metta fuori dalla porta, piuttosto che essere complice, procurandogli del denaro. La famiglia spesso è anche complice nel negare il problema e, ancora, la famiglia è quel nucleo che, più degli altri, collude ed alimenta la cosiddetta *illusione di controllo*. L'illusione di controllo (Langer⁸, 1975), insieme alla *fallacia di Montecarlo*, rappresenta uno dei nodi patologici del gioco d'azzardo: la fantasia dello "smetto quando voglio, in qualsiasi momento sono io che decido". L'illusione di controllo, quindi, è una distorsione cognitiva che si presenta nel momento in cui le persone trattano gli eventi di tipo aleatorio come se fossero sotto il loro controllo.

La seconda distorsione cognitiva cui si accennava è la fallacia di Montecarlo, detta anche fallacia del giocatore (Cohen, 1972; cit. in Dickerson⁹, 1984). Si verifica quando il giocatore tende a sopravvalutare la propria probabilità di successo in seguito ad una sequenza di previsioni inesatte o di scommesse perse. Il giocatore, insomma, stima bassa la propria probabilità di vincere in seguito ad una scommessa vinta.

L'illusione del controllo e la fallacia di Montecarlo sono gli elementi più devastanti del giocatore d'azzardo perché sono dei veri e propri pregiudizi cognitivi.

Il giocatore d'azzardo vive per lungo tempo uno stato di onnipotenza: posso fare, decido io, trovo un sistema, lo rifaccio. La famiglia in questo è molto complice: non vede, ma continua a stare dentro la fantasia e a scatenarla ritenendo che prima o poi si debba vincere.

Dall'altro lato la famiglia è spesso protagonista della rottura: cioè, piuttosto che offrire uno spazio di intervento e di mediazione, agisce ritirandosi, espellendo. Pensiamo al *doppio mobbing*, quei casi in cui i soggetti sono mobbizzati sia sul luogo di lavoro che in ambito familiare; la famiglia ti mobbizza perché nega il fatto che tu possa essere mobbizzato nel lavoro.

Abbiamo trovato molti casi di persone che giocano con il bisogno di perdere, proprio per espiare la colpa all'interno della famiglia, per essere trasformati in capro espiatorio. La ricerca disperata e affannosa di qualcosa, il cosiddetto ciclo della post vincita: "Io vinco all'inizio e poi gioco solo per perdere". Si tratta di una delle forme più complesse di dipendenza patologica perché la ricerca del fallimento sembra l'unica molla che spinge il giocatore a scommettere.

Perché la famiglia possa allora diventare una risorsa, occorre riflettere su due aree: quella della prevenzione e della diagnosi, centrando il focus proprio sui familiari del giocatore.

⁸ Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of personality and social Psychology*, 32, 311-321.

⁹ Dickerson, M.G. (1984). *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere* (trad. it. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1993).

1.2. Per una cultura della consapevolezza in famiglia

Aumento improvviso delle spese e la tendenza a ridurre le attenzioni ad altre aree della propria vita: il lavoro, i rapporti personali, l'attività sessuale, la relazione con i figli. Sintomi, questi, che via via solo chi sta a casa con il giocatore può notare: è difficile che vengano notati all'esterno.

Chiunque non viva nella quotidianità della vita del giocatore non può monitorare: è una moglie che può vedere se il marito dedica sempre meno tempo ai figli e sempre meno tempo al lavoro perché sta più tempo al bar davanti alla macchinetta. Questo ci invita a promuovere una cultura della consapevolezza in ambito familiare: significa promuovere una cultura dell'attenzione, un'attenzione e un recupero dei problemi relazionali all'interno della famiglia. L'intervento relazionale è un intervento preventivo, ma è anche un intervento, come dicevamo, nel monitoraggio sia pre-fase critica sia post-fase critica. Il reinserimento del giocatore d'azzardo nella famiglia e nel suo habitat necessita di una struttura di monitoraggio che non può essere solo la struttura esterna; in qualche caso non lo può neanche diventare (pensiamo al monitoraggio dell'azzardo online). Nella maggior parte dei casi, del resto, è la rete familiare che aiuta i professionisti del settore: figli, mogli, mariti, genitori che ci hanno accompagnato nel monitorare sia il processo di dipendenza sia il processo di intervento nella dipendenza.

2. Gli effetti del GAP su familiari e caregivers

È utile ragionare insieme su cosa capita alle persone a stretto contatto con coloro che presentano un comportamento patologico o problematico di gioco d'azzardo: il caregiver e il familiare.

Ci chiediamo, insomma, quali siano gli effetti dello stare accanto a quanti si trovano intrappolati nella spirale della scommessa. Alcuni dei familiari vivono degli effetti ormai consolidati nella letteratura per tutte le forme di sostegno e di aiuto:

- la *confusione* (ce la farò, non ce la farò, sono proprio io, ma che sta accadendo, che cosa è successo, ma è così cambiato, non ti riconosco più – queste frasi ritornano: c'è un “bellissimo” dialogo in una campagna canadese sul gioco d'azzardo: c'è lei che incontra il marito a casa; al marito escono fiches e soldi dalle tasche e la moglie gli dice “caro, tu sei cambiato”, e lui la guarda e le dice “ci conosciamo?”. Una frase di grande sintesi per descrivere ciò che accade ai processi relazionali);
- l'*autocolpevolizzazione*: la si era notata soltanto nei caregivers dei malati terminali, che indiscutibilmente vivono una tragedia umana: vedono morire la persona cui hanno dedicato tutte le proprie energie mentali e la propria professionalità. Oggi, il vissuto di autocolpevolizzazione lo si riscontra negli operatori d'aiuto e tra i familiari che vivono con un giocatore d'azzardo. Tra l'altro, nell'intreccio familiare, i vissuti sono complessi ed imbriglianti: cioè, “ti prego, amore mio, smetti se mi ami; smetti per amore; smetti se mi vuoi bene; non

mi vuoi più bene; in che cosa io ho sbagliato; perché non mi ami più come prima”. Immediatamente il livello dell’aiuto e dell’autocolpevolizzazione si fondono fino a confondersi;

- *l’isolamento sociale*: al contrario del caregiver puro, cioè l’esterno, il familiare viene travolto nella dimensione di isolamento che sta subendo il giocatore d’azzardo; intorno al giocatore d’azzardo si fa terra bruciata: i parenti non lo invitano più, lui comincia ad evitare i luoghi dove ha contratto debiti, al lavoro spesso comincia a non andare. Questo isolamento del giocatore, che noi abbiamo utilizzato spesso come indicatore problematico, viene vissuto anche dal familiare o dal congiunto che sta aiutando. È intrappolato in questa stessa dimensione di isolamento; la rete sociale si sfalda, come pure la percezione del sostegno.
- E ancora: *l’incapacità a reagire*. Di fronte alla scoperta del baratro economico costruito dal giocatore d’azzardo, i congiunti spesso cadono in forme depressive. Noi abbiamo dovuto lavorare spesso con forme depressive, con rischi di conflittualità, ma anche con momenti disperati, e con atti disperati di congiunti che si sono trovati di fronte al cambiamento totale di stile di vita, all’improvvisa scoperta che a ridiventare “poveraccio” non è solo il giocatore d’azzardo, ma l’intero gruppo familiare. La famiglia all’improvviso scopre che deve abbassare il proprio tenore di vita, o addirittura che pagherà per anni i debiti. Pensiamo all’aumento dei casi di dipendenze patologiche anche tra i figli adolescenti dei giocatori d’azzardo che improvvisamente sono emarginati dal gruppo di appartenenza, che improvvisamente non hanno più la liquidità per poter affrontare economicamente il tipo di vita che gestivano prima.

I familiari del giocatore d’azzardo problematico e, ancor più, patologico, accusano sintomi ben precisi ed eloquenti; alcuni sono assolutamente evidenti: insonnia, tachicardia, ansia diffusa, perdita di interessi, isolamento relazionale, disturbi psicosomatici. A questi se ne aggiungono altri: i familiari cominciano ad essere assenteisti, corrono dietro i congiunti, li pedinano, stanno a veder cosa gli succede. Cominciano ad avere loro stessi bisogno di aiuto.

3. Intervenire per e con le famiglie del giocatore

Formare i familiari, formare le persone all’aiuto e al sostegno dei giocatori patologici è un costo elevato che molti ancora non accettano di dover sostenere.

Ai costi economici si aggiungono anche i costi sociali: per esempio, tutte le spese sanitarie, ma anche i pre-pensionamenti di congiunti, di caregivers che non riescono a reggere l’approccio, e che quindi abbandonano il mondo del lavoro.

Questo panorama ci spinge a pensare non solo ad una seconda, ma anche ad una terza fase del Progetto Reti d’azzardo.

Concludiamo soffermandoci sulla Legge 328 e sui cambiamenti da essa apportati.

La 328, smantellando i sistemi nazionali, ha nei fatti delegato, aprendo la strada alla sperimentazione (il Progetto Reti d’azzardo, in questo panorama, è una

sperimentazione eccezionale). Stiamo lavorando con dei modelli sperimentali dagli esiti incerti, ma quando avremo dei risultati convincenti, quando diremo “Ma guarda che idea carina quella con i medici generici: mandiamo materiale ai medici generici, apriamo uno sportello per i medici generici, diamo un numero verde per i pediatri in modo da poterli coinvolgere nella diagnosi problematica”, la risposta che giunge dagli Uffici dei Piani di Zona è “Noi non abbiamo i fondi per fare il servizio conseguente”.

Questo è un problema molto serio del lavoro di aiuto perché significa che noi abbiamo individuato nel servizio sanitario di base, nei SerT per ciò che compete, nelle Comunità Terapeutiche, nei *drop in* del gioco d’azzardo che dovremmo via via costruire, nella famiglia, nelle parrocchie, nella Caritas e in quanti “incontrano” il gioco d’azzardo, gli interlocutori centrali; e dopo aver fatto questa mappa non avremo le risorse per costruire il sistema integrato che permetta di fare due cose fondamentali.

La prima. Il gioco d’azzardo va intercettato a livello sociale e non può essere immediatamente trasformato in problema sanitario; se il nostro modello fosse la medicalizzazione dell’intervento, al nostro intervento sfuggirebbe il novanta per cento dell’area a rischio. La medicalizzazione o il trattamento medico del giocatore d’azzardo è fallimentare; fa allentare il giocatore d’azzardo, lo fa spaventare e lo si “aggancia” solo nei casi gravi o in presenza doppia diagnosi. Infatti il giocatore puro d’azzardo è difficilissimo da trovare nelle strutture sanitarie. Per questo dobbiamo provare a costruire i profili, gli spazi sociali, collettivi, dentro la scuola, nelle parrocchie, nei contesti collettivi dove incontrare i giocatori problematici.

Se non abbiamo la possibilità di intercettare i giocatori nei bar con la collaborazione della Confesercenti o della Confcommercio, noi rischiamo di attenderli esclusivamente dentro i SerT, sapendo che ne arriverà una drammatica minoranza. Ma anche: se dopo averli intercettati non abbiamo i percorsi di breve durata - il gioco d’azzardo è una dipendenza dove la terapia di lunga durata spesso spaventa – il rischio è di perderli in breve tempo.

Tutto questo ha bisogno di un servizio integrato, ha bisogno che le Comunità Terapeutiche che guardano al gioco d’azzardo sentano la sicurezza di dover investire come operatori. Le ASL devono operare per specializzare delle task force interne, come lo si è fatto in anni passati con alcune droghe, con l’alcol.

La seconda. Il titolo “Reti d’azzardo” non ci rimanda ad un gioco che, come una rete, intrappola fino a soffocare; al contrario, ci evidenzia come una rete può rispondere all’azzardo. E la rete è tra pubblico e privato, tra famiglie, privato sociale e istituzioni, tra gruppi informali e formali. È l’unico modo realmente efficace che abbiamo di supportare il percorso di diagnosi e di intervento. Questo vuol dire che il lavoro di monitoraggio, di accompagnamento, di intervento, di riconsiderazione (per es. i gruppi di discussione a tempo con possibilità di rivedersi periodicamente) hanno dei costi sociali. Questo progetto ci ha aiutato a mandare segnali per costruire questo sistema di rete. Dobbiamo operare ancora perché il lavoro di rete venga considerato una strategia di intervento e non un problema organizzativo.

In conclusione narreremo un fatto personale, la storia di un amico e di un barista.

Abbiamo un conoscente con il quale ci capita spesso di transitare sulle autostrade siciliane per cose di lavoro e fermarci in qualche stazione di servizio. Costui, giocatore d'azzardo ad alto rischio, ha elaborato una sua teoria. È certo che il gestore di un normale negozio di gratta e vinci sappia qual è il biglietto da 500mila euro. Se n'è convinto in anni e anni di pratica, dimostrando *scientificamente* che lui sta antipatico al gestore, ed è per questo che non vince. Un giorno ha persino insistito per farci assistere a tale dimostrazione! Così siamo entrati in un'area di servizio, lui ha salutato cortesemente dicendo "buongiorno, come va?" e il gestore, arrabbiato nero per la giornata di lavoro, pur non mandandolo a quel paese c'è andato molto vicino; allora il nostro amico dice, "vedete, gli sto antipatico!" poi rivolgendosi al gestore chiede: "mi dà un gratta e vinci?". Il gestore gli porge il gratta e vinci, lui gratta e conclude "ecco, ho perso!". Così si rinforza in lui la sua personale fondazione scientifica, non determinata dalla psicomelia. Negli ultimi tempi sta iniziando a costruire una relazione empatica con uno di questi esercenti, un benzinaio. Ebbene, secondo lui adesso è più vicino alla meta perché gli ha consegnato nei mesi 50 euro, 10 euro, 5 euro di vincite e lui sente che si sta avvicinando il momento della grande vincita. Così, con una certa insistenza, ha cominciato a volersi fermare sempre nella stessa stazione di servizio, vicino Palermo, e ha iniziato a mandare al gestore messaggi sempre più chiari; dice, però, "io non posso essere sfrontato, se no mi denunciano"; così nel chiedere un biglietto adesso il nostro amico aggiunge rivolto al benzinaio "...se vinco, metà sono suoi...", lasciando anche trapelare una notizia ulteriore "se vinco molto ...questo lo compro e glielo regalo...". Diciamo che adesso ha cominciato un po' ad esagerare, ma è perché davanti a 500 mila euro si può anche essere generosi. Come finisce questa storia? Il nostro amico ha individuato un nuovo problema ed una possibile soluzione: deve evitare l'unico vero pericolo che rischia di "travolgerlo" nella vita. Che mentre lui entra nel bar della stazione di servizio, il biglietto che "tocca a lui" vada venduto ad un altro. Recentemente ha immaginato una tattica: entra, si chiude la porta alle spalle, si poggia su di essa, e dalla porta urla al barista "stacchi il biglietto che vuole lei". Quello, ormai totalmente colluso e forse convinto della fortuna che lo attende, stacca e urla dalla cassa: "faccia tranquillamente, consumi quello che vuole consumare; il suo biglietto, anzi il nostro biglietto, è qui".

Cominciamo ad avere il sospetto che il barista si sia convinto che il cliente sappia qual è il biglietto giusto, perché l'altra volta gli ha anche offerto il caffè e che alla fine la collusione stia cominciando a funzionare bene e, piuttosto che aiutarsi l'uno a ridurre il pensiero magico dell'altro, abbiano trovato una formula per rinforzarsi.

Se noi non accettiamo che il gioco d'azzardo è una rete di rinforzi e che i servizi hanno bisogno di reti altrettanto forti di rinforzi positivi, faremo degli ottimi progetti sicuramente, ma con poche prospettive d'intervento.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1998), *DSM IV - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 674-677 American Psychiatric Association (1998), *DSM IV - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 674-677.
- AAVV (1992), *ICD-10 – Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Ed. italiana a cura di D. Kemali et al., Milano, Masson.
- Biganzoli A., Capelli M., Capitanucci D., Smaniotto R., Alippi M. (2004). *Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo in provincia di Pavia. Progetto "Il gioco nel territorio"*, 2004, Ed. Dream, Gavirate (Va).
- Capitanucci D., Carlevaro T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*. Hans Dubois. Bellinzona (CH).
- Christensen M.H., Patsdaughter C.A., Babington L.M. (2001). Health care providers' experiences with problem gamblers. *Journal of gambling studies*, 17, 1, 71-79.
- Christensen M.H., Patsdaughter C.A., St.Germain M. (2000). Mother – Bingo Bonding: screening for gambling addiction in neonatal Intensive care unit. *Neonatal network*. 19, 7, oct., 7-11.
- Coacci A., Masini L., Petri C., Garramone L., Messina G., Nante N. (2003). *Il gambling compulsivo. Rilevanza epidemiologica*. Poster.
- Crocamo R., Fraccaroli M., Gariboldi A., Gismondi C., La Moglie A., Miraglia G., Serrentino M. (2004). *Report progetto "Gambling, gioco d'azzardo eccessivo"*. Dispensa non pubblicata.
- Croce M. (2001). "Per una nuova teoria e funzione sociale del gioco d'azzardo". In Lavanco G., *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano, 149-163.
- Drebing C.E., Mello A., Penk W., Krebs C., Van Omer E.A., Peterson R.L., Federman E.J. (2001). Clinical care of gambling disorders. Training, experience, and competence among VHA psychologists. *Journal of gambling studies*. 17, 2, 117-136.
- Eurispes – Istituto di Studi Politici Economici e Sociali (2000). *Giochi, scommesse e lotterie: "italiani d'azzardo"*, Roma.
- Federman E.J., Krebs, C., Drebing, C.E., Colburn N., Beaman A., Borgen E., Marshall J., Penk W.E. (1998). *Problem gambling: a costly and underdiagnosed disorder*. Paper presented at the NIDA Town meeting, Boston, MA.
- Korn D.A., Shaffer H.J. (1999). *Gambling and the health of the public. Adopting a public health perspective*. Boston. Division on Addictions. Harvard Medical School.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000). *Le jeu excessif : comprendre et vaincre le gambling*, Les Editions de l'Homme, edizione italiana a cura di

- Carlevaro T., Capitanucci D. (2003). *Il gioco d'azzardo eccessivo*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Ladouceur R., Pepen M. et Al. (1994). Social cost of pathological gambling. *Journal of gambling studies*, 10, 399-409.
- Najavits L.M., Grymala L.D., Gorge B. (2003). Can Advertising Increase Awareness of Problem Gambling? A statewide survey of impact., *Psychology of Addictive Behaviors*, 2003, Vol. 17, N. 4: 324 - 327.
- Rosenthal R.J., Lorenz V.C. (1992). The pathological gambler as criminal offender. *Psychological Clinics of north America*, 15, 3, 647-660.
- Setness P. (1997). Pathological gambling. *Postgard med*, 102, 13-18.
- Sullivan S., Arroll B., Coster G., Abbott M., Adams P. (2000). Problem gamblers: do general Practitioners want to intervene? *New Zeland Medical Journal*, 113, 204-207.
- Wilson C.R., Sherritt L., Gates E., Knight J.R. (2004). Are clinical impressions of adolescent substance use accurate? *Pediatrics*, 114 (5), 536-540.

ALLEGATI

Allegato 1: Questionario Nodi della Rete

Allegato 2: Scheda Soggetto

Allegato 3: La campagna informativa (volantino, card, locandina)

Allegato 4: Questionario di efficacia della campagna informativa

Allegato 5: La Psicoeducazione nel campo del gioco eccessivo

Allegato 1 – Questionario Nodi della Rete

Elaborato da Alippi M., Biganzoli A., Capitanucci D., Smaniotto R.

(AREA DI INDAGINE 1: HA SENTITO PARLARE DI GAP E DA CHE FONTI)

1: Ha mai letto o sentito parlare del gioco problematico? Sì No

2: Se SÌ, da che fonte ha ricevuto queste informazioni? (più risposte possibili)

- mass media
- riviste professionali/specialistiche
- formazione
- formazione continua
- direttamente da persone che si sono rivolte a Lei
- altro (specificare) _____

(AREA DI INDAGINE 2: LE SONO GIUNTE RICHIESTE SPONTANEE?)

3: È mai stato confrontato con persone che presentavano problemi legati al gioco d'azzardo patologico, anche se questo non rappresentava l'aspetto principale del problema?

Sì No Non saprei

Se sì, Quante (indicativamente)? _____

4: La richiesta arrivava (più risposte possibili):

- da un giocatore
- da un familiare
- altro

(AREA DI INDAGINE 3: INDAGA IL PROBLEMA ATTIVAMENTE?)

5a (per i medici): Solitamente quando fa l'anamnesi ai suoi pazienti inserisce anche domande dirette ad indagare la problematica di gioco d'azzardo?

Sì No

Se sì, con quale frequenza? _____ (%)

Perché? _____

5b (per i parroci): Ha mai domandato alle persone che si sono rivolte a lei se avessero problemi di gioco d'azzardo?

Sì No

Se sì, con quale frequenza? _____ (%)

Perché? _____

(AREA DI INDAGINE 4: PATOLOGIE CORRELATE)

6: Che percentuale sul totale delle persone che si rivolgono a lei vengono per problemi legati allo stress? _____ %

7: Ha mai domandato a questa tipologia di persone se avessero problemi di gioco d'azzardo?

Sì No

Perché? _____

8: Che percentuale sul totale delle persone che si rivolgono a lei vengono per problemi legati al consumo, abuso, dipendenza da sostanze (alcol, tabacco, psicofarmaci, droghe illegali)? ____ %

9: Ha mai domandato a questa tipologia di persone se avessero problemi di gioco d'azzardo?

Sì No

Perché? _____

(AREA DI INDAGINE 5: HA INDIVIDUATO SITUAZIONI PROBLEMATICHE?)

10: In quante persone ha individuato dei problemi da gioco d'azzardo? N° _____

(AREA DI INDAGINE 6: COSA HA FATTO/INDICAZIONI FORNITE?)

Se si è mai trovato di fronte a questo problema,

11: Che cosa ha fatto per quelle persone in cui ha identificato un problema di gioco?

Ha dato delle indicazioni per il trattamento delle problematiche da gioco? Sì No

12: Se SÌ, quali? (più risposte possibili)

Suggerimenti/consigli (specificare _____)

presa in carico diretta rivolta al gioco *(non citare per parroci)*

presa in carico diretta centrata su un'altra problematica *(non citare per parroci)*

prescrizione di farmaci *(non citare per parroci)*

Invio a un Servizio:

Ser.T

Psichiatria

Servizio Sociale

Ricovero (specificare _____)

invio ad uno specialista privato

invio a gruppi di autoaiuto attivi nel settore

altro (specificare _____)

(AREA DI INDAGINE 7: DISPONE DI RISORSE/PREPARAZIONE?)

13: Ritiene di disporre di sufficienti risorse per individuare ed intervenire con persone che hanno problemi di gioco?

Sì No

Se ha risposto NO, che cosa pensa possa essere fatto?

(AREA DI INDAGINE 8: PERCEZIONE SOGGETTIVA DEL PROBLEMA)

14: A suo parere nella nostra provincia i problemi legati al gioco d'azzardo sono:

- inesistenti
- appena percepibili
- abbastanza diffusi
- molto diffusi
- non saprei

(AREA DI INDAGINE 9: INTERESSE AD APPROFONDIRE IL TEMA)

15: Quanto è interessato ad approfondire la sua conoscenza sul gioco problematico?

Per niente interessato

molto interessato

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Perché? _____

Allegato 2 – Scheda Soggetto

- ETA' _____
- ANNI DI PRATICA (CLINICA E NON, CIOE': DA QUANTI ANNI OPERA IN QUESTO SETTORE IN CUI OPERA ATTUALMENTE)

- SESSO M F
- PROFESSIONE
 - MMG
 - A.S.
 - PSICOLOGO
 - PSICHIATRA
 - ALTRO MEDICO (specificare)
 - ED.PROF.
 - PARROCO/RELIGIOSO
 - VOLONTARIO
 - ALTRO (SPECIF.)
- SETTING
 - AMBULATORIO MMG
 - COMUNE SERV. SOC.
 - CARITAS
 - PARROCCHIA
 - SERV A.O. (SPECIFICARE)
 - SERV. ASL (SPECIFICARE)
 - ALTRO (SPECIFICARE)

Allegato 3 – La campagna informativa

Realizzazione grafica a cura di Paolo Delgrosso

Il volantino – pieghevole (esterno)

SEGNALI DI ALLARME

Questi segnali potrebbero indicare che il gioco d'azzardo è diventato o sta diventando un problema per te.

- Pensi al gioco d'azzardo tutti i giorni?
- Cerchi di rifarti quando perdi?
- Ti senti depresso per colpa del gioco?
- Nascondi mai il tuo comportamento di gioco a chi ti sta vicino?
- Chiedi mai in prestito soldi per giocare?
- Litighi mai con i tuoi familiari per colpa dei soldi e del gioco d'azzardo?
- Ti capita di giocare più a lungo di quanto ti fossi proposto?
- Ti capita di giocare finché rimani praticamente all'asciutto?
- Ti capita di non dormire pensando al gioco d'azzardo?
- Succede che non paghi le bollette perché i soldi ti servono per giocare?
- Ti capita di desiderare di smettere e di non riuscirci?
- Ti accorgi di non essere sincero quando parli con qualcuno della frequenza o delle cifre che spendi per giocare?

Se hai risposto affermativamente ad alcune di queste domande, potresti avere un problema con il gioco d'azzardo.

A CHI PUOI RIVOLGERTI PER CHIEDERE AIUTO

Se pensi di avere un problema con il gioco d'azzardo o che un tuo familiare ce l'abbia, chiama il Servizio Dipendenze ASL del Tuo territorio.

Ti risponderanno professionisti preparati e qualificati con i quali potrai discutere delle tue preoccupazioni in un ambiente sicuro, riservato e comprensivo.

Ser.T. di Parabiago

tel.: 0331.49.84.93

**LO SAI
CHE COSA
TI STAI
VERAMENTE
GIOCANDO?**



**PROGETTO
RETI D'AZZARDO**

ASL
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI MILANO I

IL PROGETTO
Cooperativa Sociale a r.l.



Il volantino – pieghevole (interno)

Il gioco d'azzardo legalizzato negli ultimi dieci anni si è diffuso sempre di più e sta diventando parte della nostra vita quotidiana (non più solo Casinò, ma anche Lotto, Superenalotto, Scommesse sportive, Schedine, Bingo, Macchinette nei bar e quant'altro).

Questa attività allorché si *oltrepassano i limiti*, può diventare una vera e propria dipendenza, generando considerevoli problemi.

La maggior parte delle persone pratica il gioco d'azzardo per rilassarsi e divertirsi.

Qualche volta vince, più spesso perde.

Tuttavia, per alcuni di noi il gioco d'azzardo può svolgere un ruolo di eccessiva rilevanza nella vita, finendo con il nuocere ai nostri familiari, ai nostri amici e a noi stessi.

Pertanto, vale la pena chiedersi:

Ci stiamo giocando i sentimenti delle persone a noi più care?

Ci stiamo giocando la sicurezza e la felicità dei nostri familiari?

Ci stiamo giocando il benessere dei nostri figli?

Ci stiamo giocando la fiducia che i nostri genitori hanno riposto in noi?

Ci stiamo giocando il rispetto dei nostri amici?

Ci stiamo giocando le nostre potenzialità?

Ci stiamo giocando beni personali che ci sono costati tanta fatica?

Ci stiamo giocando soldi che non possiamo permetterci di perdere?

PROGETTO RETI D'AZZARDO

Finanziamento Legge 45/99

Il progetto:

Il Progetto "Reti d'azzardo" nasce con l'intenzione di creare una rete di operatori e servizi che possano lavorare insieme con l'obiettivo di prendere in cura e trattare pazienti giocatori e loro familiari.

I partner:

Cooperativa Sociale Il Progetto

Ente titolare del progetto "Reti d'azzardo"
Via Gabrio Piola 5 21053 Castellanza
Tel./Fax. 0331/504770
E-mail: il.progetto@libero.it
Cooperativa Sociale che dal 1987 gestisce un centro di prima accoglienza residenziale per persone con problemi di dipendenza.

ASL della Provincia di Milano 1 Ser.T. di Parabiago

Ente cofinanziatore del progetto
Via Spagliardi 19 20015 Parabiago
Tel. 0331/498493
Servizio pubblico dell'ASL che si occupa del trattamento di problematiche legate alla dipendenza.

Associazione AND - Azzardo e Nuove Dipendenze

Via Leonardo da Vinci 7 21013 Gallarate
Tel. 338/1342138
E-mail: azzardo.nuovedipendenze@virgilio.it
Ente non commerciale di tipo associativo che si occupa di sensibilizzazione, formazione e prevenzione nell'ambito delle nuove dipendenze senza sostanze, tra cui il gioco d'azzardo patologico.

Le attività:

Il Progetto "Reti d'azzardo" prevede la possibilità di usufruire gratuitamente dei seguenti servizi all'interno di un piano di trattamento individualizzato:

Colloqui individuali

Puoi parlare con un operatore della tua situazione e cercare con lui delle soluzioni alle tue difficoltà.

Colloqui per i familiari

Anche se chi gioca non è intenzionato a chiedere aiuto, tu puoi chiederlo per te stesso o per la tua famiglia, per trovare il modo di tutelarti.

Consulenza legale e fiscale

Nella maggior parte dei casi il gioco porta con sé, oltre a gravi problemi economici, anche serie conseguenze legali e fiscali. Professionisti preparati ti aiuteranno a trovare possibili strade di uscita.

Gruppi di sostegno

A volte può essere utile parlare dei propri problemi con persone che li hanno vissuti direttamente.

Colloqui di tutoraggio

Per saldare i debiti contratti con il gioco d'azzardo, è molto importante impostare un preciso piano di rientro. Professionisti esperti ti aiuteranno a farlo.

Psicoeducazione

Se non vuoi fare un percorso lungo, datti la possibilità di imparare alcune cose che forse non sai del gioco d'azzardo patologico.

Inserimento in Comunità Terapeutica

Se sei solo o non ce la fai più a limitare il tuo gioco nell'ambiente in cui vivi, puoi utilizzare uno spazio in comunità residenziale.

Tali attività verranno realizzate presso il Ser.T. di Parabiago, oppure presso la Cooperativa "Il Progetto" di Castellanza.

Card Esemplificativa



LO SAI **VERAMENTE** CHE COSA TI STAI **GIOCANDO?**

Pensi di avere un problema con il gioco d'azzardo?
Pensi che un tuo familiare possa averlo?
Il prossimo passo è più semplice di quanto credi.
Chiama e fissa un appuntamento.

Ser.T. Di Parabiago

0331.49.84.93



AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI MILANO 1

PROGETTO RETI D'AZZARDO

IL PROGETTO
Cooperativa Sociale a r.l.



LO SAI CHE COSA TI STAI **VERAMENTE** GIOCANDO?



**Pensi di avere un problema con il gioco d'azzardo?
Pensi che un tuo familiare possa averlo?**

**Forse hai giocato più denaro o più a lungo o più
spesso di quanto volevi?
Pensi che un tuo familiare possa averlo fatto?**

Il prossimo passo è più semplice di quanto credi.

Chiama e fissa un appuntamento.

Ser.T. di Parabiago
Via Spagliardi, 19
20015 Parabiago (MI)

0331.49.84.93

PROGETTO RETI D'AZZARDO



IL PROGETTO
Cooperativa Sociale a r.l.



Allegato 4 – Questionario di efficacia della campagna informativa

Elaborato da Alippi M., Biganzoli A., Capitanucci D., Smaniotto R.

SOMMINISTRATO DA: _____ IL: _____

A: _____

Istruzioni di somministrazione: Prima leggere domanda aperta numerata; solo dopo avere ricevuto le risposte aperte, formulare se non sono già state citate le domande specifiche (indicate dal trattino). Se risposta spontanea, segnare RS.

Domanda	SI	NO	Altra risposta (specificare) Annotare qui se "RS"
1. Qualche tempo fa le è stato inviato del materiale informativo sul gioco d'azzardo. Lo ha ricevuto?			
2. Ricorda più o meno in che periodo lo ha ricevuto?			
<i>(annotare se il periodo coincide con l'effettiva spedizione)</i>			
3. Che tipo di materiale le è stato recapitato?			
- Volantini?			
- Card (formato carte da gioco)?			
- Piccoli Poster (formato A3)?			
4. Se ha avuto tempo per consultarlo, qual è il messaggio principale che ne ha tratto?			
- riferimento a gioco/problema			
- riferimento a Ser.T per invii e prese in cura			
- altro (specificare)			
5. Le è capitato di utilizzare questo materiale?			
- Lo ha lasciato a disposizione del pubblico in studio/sala d'attesa... ?			
- Lo ha distribuito direttamente al paziente se pareva ne avesse bisogno?			
6. Ha suggerimenti o annotazioni riguardo il materiale ricevuto?			
7. Vuole altro materiale?			
8. E' interessato a ulteriori approfondimenti?			

ANNOTAZIONI DELL'INTERVISTATORE : _____

Allegato 5 – La Psicoeducazione nel campo del gioco eccessivo

di Manola Unida e Tazio Carlevaro

Quanto segue è tratto integralmente da “Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d’azzardo patologico”, Capitanucci D., Carlevaro T., 2004, per gentile concessione degli Autori.

Ci siamo decisi a elaborare un progetto di psicoeducazione al gioco per giocatori e per familiari di giocatori, della durata di tre ore, perché l'esame catamnestico dei casi seguiti dai collaboratori del GIGP¹⁰ ha dimostrato che sono relativamente pochi i giocatori problematici che si decidono per una terapia.

a) La maggior parte dei giocatori problematici riesce a smettere senza far ricorso a nessuno strumento terapeutico di sorta.

b) In Svizzera, una parte di coloro che intendono interrompere il loro comportamento di gioco ricorre al *colloquio motivazionale* offerto dal Casinò; per lo più accetta di richiedere l'autoesclusione dalla sala da gioco, valida per tutta la Svizzera, e chiude lì con il gioco d'azzardo. Ha risorse sufficienti (personali, familiari, sociali) per affrontare le difficoltà dell'arresto del gioco.

c) *Grosso modo*, sono 600 le persone escluse o auto-esclusesi dalle sale da gioco svizzere, da parte del Casinò di Locarno, e poi da quello di Lugano, dal 1993 in avanti.

- Di queste 600 persone, non più di 80 sono state segnalate ai collaboratori del GIGP. Cinquecentoventi, dunque, non ne hanno avuto apparentemente bisogno, o hanno desiderato *che non si facesse una segnalazione*.

- Di queste 80 persone segnalate, 24 non andranno oltre il primo colloquio. Di solito, accettano un secondo appuntamento, per poi non presentarsi, spesso adducendo ragioni generiche. Di solito non accettano neppure il colloquio di follow up.

- Delle 46 persone che restano, solo 27 seguiranno una psicoterapia. 19 avranno al massimo 2-3 consultazioni. Poi manifesteranno, il loro desiderio di smettere, perché hanno capito la loro situazione, e “hanno chiuso” con il gioco.

- Dunque, solo una piccola parte viene vista da specialisti di terapia del gioco d'azzardo problematico, per un tempo relativamente prolungato. Non è detto che chi smette subito di consultare siano le persone "meno malate". Spesso sono le persone che hanno un grave conflitto familiare, che non intendono affrontare, illudendosi di ridurre così l'intensità. Chi consulta per qualche seduta in più di quella iniziale, spesso ha gravi conflitti familiari non legati al gioco, è in fase depressiva, o ha problemi collegati all'alcol. Una cura farmacologica, e tre consultazioni bastano a "risolvere" il problema. A volte è necessaria o utile la presenza del coniuge. Raramente il soggetto chiede un aiuto per il riordino dei debiti, almeno in Svizzera. Di solito, sono questioni che si risolvono in famiglia. Praticamente mai chiede una

¹⁰ Gruppo di Interesse sul Gioco Problematico. È un gruppo pluridisciplinare di specialisti sul gioco patologico, che opera nella Svizzera Italiana, segnatamente nel Cantone del Ticino

curatela. Sono dati di fatto che distinguono la nostra clientela, rispetto ad altri centri e ad altre realtà. Per quanto il GIGP operi in una realtà concreta e popolare, di certo non in un ceto sociale d'élite. Abbiamo dunque pensato di offrire, a chi non se la sente di seguire una psicoterapia, la possibilità d'informarsi sul gioco d'azzardo patologico: sulla sua origine, sulle situazioni che lo intrattengono, e sulla sua terapia. Questo programma di psicoeducazione (Carlevaro, 2003) è offerto anche all'intera famiglia, se lo desidera, ed è utilizzabile anche nel caso in cui ci fosse solo un familiare del giocatore, e non il giocatore stesso.

La psicoeducazione fa parte delle tecniche del campo *dell'educazione degli adulti*, che, grazie alla strutturazione del contenuto, alla personalizzazione del materiale, alle ripetizioni secondo diverse modalità di presentazione, permette di spiegare ad un adulto come funzionino alcuni aspetti del comportamento umano. La psicoeducazione motiva, di solito, alla riflessione su di sé, e, nei casi più favorevoli, alla terapia.

È una modalità d'intervento facilmente standardizzabile, perché viene preparata "a blocchi", su conoscenze note e già standardizzate loro medesime, ed è facilmente insegnabile.

La psicoeducazione nel campo del gioco eccessivo

Alla luce dei dati sopra presentati, è dunque evidente che gli specialisti di gioco eccessivo e patologico non hanno grandi *chances* di proporre le loro modalità terapeutiche classiche. Anche perché bisogna pure ammettere che, in Svizzera, il giocatore d'azzardo problematico, una volta che si sia autoescluso dal gioco, è praticamente "blindato", fintantoché non decida di richiedere una riammissione al gioco - e non la ottenga. La legge stessa e i regolamenti dei casinò stabiliscono l'impossibilità di accedere a possibilità di gioco legali. Inoltre, il controllo sociale funziona ancora abbastanza bene, almeno da noi, e il 50% dei giocatori d'azzardo patologici, comunque, guariscono da soli. È quindi importante poter proporre ai giocatori non tanto un intervento che solo pochi richiedono, quanto piuttosto una modalità più sbrigativa che non una terapia, che però abbia un senso terapeutico in senso lato, e una funzione preventiva in senso stretto. Il programma psicoeducativo descritto in queste pagine si compone di materiale per tre ore, ognuna di 4 quarti d'ora. In 12 quarti d'ora abbiamo riassunto il minimo di conoscenze necessarie per sapere e capire di che cosa il giocatore problematico soffre. È osservazione generale che conoscere le circostanze rende attenti, perché aumenta la capacità di discriminare. Utilizziamo testi, esercizi a casa, questionari clinici e valutativi, sia per comprendere la gravità della situazione, sia poi per valutarne l'esito (follow-up).

Il programma è stato pensato sostanzialmente per il giocatore, per i suoi familiari, o per ambedue.

Com'è costruito questo programma

Il nostro programma di psicoeducazione, pur essendo sostanzialmente di tipo psico-educativo, nella sua concezione di “disturbo”, si rifà al modello psicoterapeutico, non a quello medico.

Si compone di tre "lezioni", ognuna di 4 quarti d'ora, e d'un certo numero di "esercizi", che richiedono del tempo da dedicare al lavoro da fare a casa. C'è un aspetto particolare che riguarda il linguaggio da noi utilizzato. Troverete molte affermazioni apodittiche ossia affermazioni di tipo *ex cathedra*. Le abbiamo scritte in questo stile, per semplificare il testo. In realtà usiamo una tecnica *dialogica, maieutica*: Poniamo domande spesso "a cascata", e caso mai ci limitiamo a guidare il paziente verso la risposta attesa, che però deve in linea di massima raggiungere lui.

Abbiamo calcolato che il materiale che presentiamo qui è piuttosto completo. Ma è solo una proposta.

Non è necessario presentarlo sempre nella stessa maniera. Di certo, a seconda delle varie circostanze, alcuni argomenti vanno appena accennati, specialmente quando *non* riguardano il paziente. Ognuno presenterà i vari temi secondo la sua maniera di essere e di fare. C'è dunque spazio per una discussione dei temi specifici del paziente, e per un approfondimento individuale delle tematiche centrali per lui. Ognuno poi farà secondo le sue particolarità, i suoi modi di fare. Gli *esercizi a casa* misurano la *motivazione*, ma l'esecuzione dei compiti dipende anche dalla cultura del paziente. Sono facili da ottenere nella Svizzera tedesca e in quella francese, dove l'ethos della popolazione motiva i singoli ad attivarsi per risolvere personalmente i propri problemi.

Da noi, si sente spesso l'espressione “Sei tu il medico!”, oppure, più gentilmente, “Mah, non ho avuto tempo”, oppure “Vedrò, sa, ci sono cose più importanti”. D'altro canto, gli esercizi a casa risparmiano del tempo: facilitano la ripetizione del materiale presentato durante la psicoeducazione, e permettono di acquisire altri dati sull'attività di gioco del paziente.

L'esecuzione dei "compiti" dev'essere verificata all'inizio dell'incontro successivo (ossia al secondo e al terzo incontro).

Il questionario clinico ci permette di accumulare dati a fini conoscitivi (scientifici). I questionari di valutazione (che riguardano il programma di psicoeducazione) ci permettono di valutarne l'efficacia, e di migliorare il nostro prodotto.

Programma di psicoeducazione

Riassunto preparato da Manola Unida

Psicoeducazione – prima ora

1. Quale è la **posizione del richiedente** quando arriva ? Che tipo di richiesta porta?

2. Chiedere **quali conseguenze** sono derivate dal comportamento di gioco:

- Conseguenze sulla famiglia (perdita di fiducia, situazione di crisi,...)
- Conseguenze sul lavoro
- Conseguenze sulle relazioni sociali
- Conseguenze sulla situazione economica (il giocatore utilizza denaro che deve essere usato per altri scopi oppure usa denaro che non è suo – prestiti, sottrazione da conti altrui?)
- Conseguenze sul tono dell'umore (irritato, depresso, ansioso,..)
- Conseguenze sullo stato di salute (sonno disturbato, fumo, alcol,..)

3. **Area motivazionale:** se il comportamento di gioco ha prodotto delle conseguenze, dovrebbe nascere la possibilità nel giocatore di fare qualcosa. Indagare quali possono essere le motivazioni sottostanti la richiesta di aiuto:

4. Gioco prediletto (elencare in ordine di preferenza se ci sono più giochi):

5. “Gioca ancora oppure ha smesso?”

6. **Ricostruzione della storia di gioco:**

• Inizio assoluto:

• Inizio attività con i giochi attuali:

• Vincita iniziale: (“Ha avuto una vincita iniziale oppure ne ha vista una, di un amico, che le ha dimostrato che davvero si può vincere?”)

- Fase della rincorsa: (“Ora devo smettere di giocare perché non ho più soldi, ma devo tornare al più presto per “rifarmi”, ossia per recuperare il denaro perso o almeno una parte..con un po’ di fortuna dovrei farcela.. non si può solo perdere. Vado domattina, per trovare proprio quella macchinetta, che sarà piena.”).
-
-
-
-

- Intensità del gioco:
 - Quanto spesso ci va / andava alla settimana?
-

- Quanto a lungo ci resta / restava ogni volta?
-

- Quanto spende / spendeva alla settimana?
-

- Dove gioca / giocava?
-

- Ha mai pensato di smettere?
-

- Come?
-

- Ha debiti di gioco?
-

- Stima dei debiti:
-
-

7. Rilevazione del problema di gioco:

“In qualche modo c’è un problema di gioco. Abbiamo chiarito alcuni aspetti, ma altri richiedono tempo per essere chiariti meglio”

“Si dice che il gioco eccessivo sia una malattia; se anche fosse, ognuno è libero di curarsi oppure no. Chiaramente ci sono delle *conseguenze* sia per l’una che per l’altra decisione. Se una persona decide di non farsi aiutare, deve però tener presente che questa decisione si ripercuoterà su altre persone (famigliari soprattutto) proprio per le conseguenze viste all’inizio”.

“Lei cosa ne pensa di ciò?”

Se la persona si mostra reticente o poco convinta, è importante restituire questo aspetto:

“Non ha perso la speranza di poter vincere in qualche modo”. È importante riportare il tema sulle conseguenze e sulle proprie responsabilità (“Ognuno è il costruttore non solo della propria fortuna ma anche della propria sventura. Ne discuteremo, ma ci vorrà del tempo”).

8. Contratto:

- Durata degli incontri
- Compiti a casa
- Follow-up (dopo 6-12 mesi)

9. Restituzione e chiusura:

“Oggi abbiamo parlato e imparato a conoscere qualcosa rispetto al suo comportamento di gioco. Abbiamo visto:

- cosa è successo con il gioco
- quali sono state le conseguenze
- quali gli obiettivi e le aspettative per il futuro
- quali i giochi preferiti

- come è iniziato il problema e come si è stabilizzato

“Come si sente ora?”

Psicoeducazione – seconda ora

1. **Controllo dei compiti:**

- Se li ha fatti: rinforzare la persona e riprendere il concetto di responsabilità nei confronti di se stesso e degli altri.
- Se non li ha fatti: valutare assieme alla persona le motivazioni e riproporre gli esercizi per la volta seguente.

2. **Che cos'è l'azzardo?**

Chiedere alla persona una definizione del termine “caso”:

Spesso la persona fa riferimento al concetto di “fortuna”; evidenziare al giocatore che a volte il caso non è sempre fortunato (tegola che cade in testa).

Accordarsi sulla seguente definizione:

“Il caso è un avvenimento che deriva da un numero così alto di cause, tra di loro in mille modi diverse, da essere imprevedibile”.

Focalizzarsi sui seguenti concetti:

- **un avvenimento** è imprevedibile
- **un avvenimento** non è influenzabile

“**Si possono riconoscere, o scoprire, le regole del caso giocando?**” (anche se di solito il giocatore è d'accordo che i vari giochi siano imprevedibili e non influenzabili, è dell'idea che il suo gioco abbia delle regole anche se non sempre sono valide, oppure anche se la sua teoria rispetto al suo gioco non è ancora bene a punto).

“**E quindi il gioco d'azzardo si può guidare o prevedere?**”

Di solito queste regole, secondo il giocatore, hanno a che fare con qualcuno che può barare. La bravura del giocatore sta nel capire dove uno bari, perché una volta che lo si è capito, gli si può giocare contro e vincere.

Bisogna distinguere con il giocatore le seguenti **illusioni**:

- vi è una *disonestà* (il barista tara le macchinette)
- vi è un *principio intrinseco allo strumento del gioco* (le macchinette danno un flebile segnale e bisogna imparare a riconoscerlo, così si può prevedere quando pagherà)
- vi è un *principio intrinseco al soggetto* (c'è gente che vince effettivamente)
- vi è un *fattore intrinseco al gioco stesso* (un numero che manca da tempo diventa sempre più probabile che appaia)

Se la persona non condivide queste riflessioni, è inutile insistere. Conviene dire: “Siamo di due opinioni diverse. È normale che sia così. Sappia però che la sua opinione non è ammessa dagli specialisti e dagli ex giocatori eccessivi, che si sono resi conto dell’errore che stavano facendo”.

3. *Le particolarità del gioco d’azzardo*

Riflettere sui seguenti dati di realtà:

- *Ogni lancio (ogni giocata) termina con una rimessa a zero: ogni giocata è dunque indipendente da quelle precedenti”*
- *Ne consegue che il gioco d’azzardo è l’unica attività umana in cui l’esperienza non serve; una volta imparate le regole, non c’è altro da fare che seguirle”*
- *Nel casinò o nelle sale da giochi per ogni giocata si paga una percentuale obbligatoria all’organizzazione o allo Stato. Nel caso delle macchinette il 3-4%; nel caso della roulette il 2%; nel caso delle lotterie il 50% circa.*

4. *Ma se è così, allora, perché uno gioca?*

Alcuni giocatori, constatata l’illusione che li ha rovinati, temono di essere stati “stupidi”. Ma non è così; vale la pena di discuterne.

“Non ci può essere una sola ragione che spinge delle persone a giocare d’azzardo. Di solito si gioca per il piacere di farlo. Queste sono le ragioni emotive; altri giocano anche per ragioni razionali. Quelle emotive sono individuali e quindi non criticabili; le ragioni razionali sono perlopiù sbagliate”.

• **Ragioni emotive:**

“Si può giocare d’azzardo semplicemente perché piace”.

Per il piacere della **tensione** che il gioco provoca, per il gusto della **sfida**, per il piacere di **non pensare** per un po’ di tempo.

Il gioco d’azzardo quindi può essere uno strumento che permette alla persona di divertirsi, di sentirsi bene e di guadagnare qualcosa.

• **Ragioni razionali:**

“Prima si è evidenziato che il risultato del gioco d’azzardo non è conoscibile prima (non è prevedibile razionalmente). Anzi, una percentuale passa regolarmente e costantemente dalle proprie tasche a quelle dello Stato o all’organizzatore del gioco. Quindi NON È RAZIONALE GIOCARE D’AZZARDO e sperare di vincere o pensare di rifarsi sul lungo periodo”. “Il problema è che tutto ciò non è per niente evidente al giocatore, non è evidente per le seguenti ragioni:

- per una tendenza ereditaria il mondo per gli uomini deve essere prevedibile
- nella misura in cui ci sono delle regole, magari anche complesse, si tende a giudicare che quel gioco debba essere prevedibile
- la conoscenza di un gioco lo rende alla persona più vicino, prossimo, familiare, amico (poco minaccioso).

5. *Si gioca solo per denaro o c’è dell’altro?*

“Non credo che si giochi solo per denaro. Ci sono mezzi più veloci e più sicuri per guadagnare. Ma la possibilità di vincere del denaro conta”.

Non si gioca per puro divertimento (se non ci fosse la possibilità di vincere dei soldi forse non si giocherebbe!).

Vi è il gusto di affrontare una sfida: alcuni pensano che possa esistere un sistema per “vincere il caso”.

Il giocatore d’azzardo ha quindi delle qualità:

- ha molta tenacia (bisogna saper tenere duro!)
- ha molta attenzione (forse la regola è ben nascosta e bisogna osservare, stare attenti)
- ha una buona intelligenza (combina le osservazioni fatte ed elabora delle ipotesi che potrebbero portare a scoprire i segreti del gioco)
- deve avere molto tempo e denaro da investire

6. *Caderci è facile!*

“Caderci è facile: il gioco stesso stimola il giocatore a porsi la domanda se esistano dei sistemi o delle regole nascoste che permettono di prevedere il risultato del gioco. Se il giocatore inizia a sospettare che esistono, è facile che si metta a ricercar quei sistemi o quelle regole”.

“Se si crede che esiste un sistema o delle regole, è logico pensare che, sul lungo periodo si possano scoprire e quindi si possa vincere. Il bisogno determinato dalle prime perdite di denaro acuisce questo meccanismo che spinge la persona a rifarsi delle perdite subite, in nome delle vincite future”.

“Impegnarsi nel gioco eccessivo non è un problema di intelligenza: è piuttosto un **problema di conoscenza: si esagera se non si conoscono le particolarità del gioco d'azzardo o se le si valutano in modo diverso dalla realtà**”.

(Riprendere i concetti di imprevedibilità e di non influenzabilità dei risultati).

Regola d'oro: “se oggi per caso dovesse vincere una grossa somma, la ritiri subito e non investa neanche un centesimo in altri giochi e torni a casa. Eviti di tornare di nuovo e di rigiocare”.

7. Il gioco eccessivo è una malattia?

“La volta precedente si è parlato di come si è sviluppato il problema del gioco eccessivo. Oggi ci chiediamo se il gioco eccessivo sia una malattia. Gli specialisti lo ritengono una specie di malattia che si caratterizza di alcuni elementi importanti:

- Una **perdita di controllo sui pensieri e sulle azioni** che riguardano l'attività di gioco, una specie di dipendenza che riguarda un comportamento che prima era sotto controllo. Diventa quindi difficile fermarsi
- Una **valutazione errata del concetto di caso, ossia di “azzardo”**, che ha facilitato la perdita di controllo
- Il **bisogno nato da spese eccessive**, che spinge a giocare sempre di più per recuperare il denaro perso
- Forse esiste anche un **aspetto ereditario** ed uno basato su **abitudini famigliari**
- Quello che era un divertimento diventa una specie di **ossessione**: diventa un tema centrale del pensiero, del desiderio, delle preoccupazioni del giocatore.

8. I differenti giochi d'azzardo

“Ogni gioco ha le sue regole, ma le regole servono solo a nascondere il meccanismo di base del gioco d'azzardo, che è uguale per tutti i giochi. Le regole sono solo una varietà di possibilità che attira l'attenzione del pubblico”.

“Tutti i giochi sono in fondo uguali. Le differenze fra i vari giochi sono solo superficiali e servono ad attirare i clienti”

“Pensa che qualcuno dei suoi giochi preferiti possa permettere in realtà una conoscenza e quindi una previsione del risultato?”

La roulette:

• I giocatori di roulette sono appassionati dalle combinazioni. Di solito girano con tabelle per il calcolo delle probabilità che in certi casi hanno dato origine a vere e proprie teorie del caso • Se una simile teoria esistesse e fosse efficace, da tempo i Casinò non esisterebbero più • Il giocatore che vi crede non si rende conto che ogni volta che la pallina si mette a girare ricomincia un nuovo gioco che *non ha nessuna relazione con quello precedente*. C'è sempre una rimessa a zero perché la pallina non ha memoria.

C'è un solo modo per vincere con sicurezza: puntare su di un qualunque numero o combinazione di numeri (anche cambiando di volta in volta) e ad ogni puntata (ad ogni giocata) raddoppiare la posta.

Le slot machine (videopoker e fruit machine):

- Il giocatore crede di giocare una partita. In realtà ogni volta che preme il pulsante che mette in moto la macchina, c'è una rimessa a zero del gioco. Ogni volta quindi è un gioco nuovo che dura pochi secondi
- Né la macchina né la pallina né il programma si ricordano quale sia stata la combinazione precedente
- Non c'entra il tempo passato dall'ultimo rilascio di una vincita
- *La macchina non sa quanto denaro ha incassato: anche se è “piena” non lo sa, e la concessione della vincita non dipende in nessun modo da quanto la macchina è carica*

Il blackjack

• Sembra un gioco, una sfida tra croupier e giocatore, mentre invece il giocatore gioca da solo contro il caso. Anche il croupier gioca contro il caso, ma in una posizione “blindata”. Non c’è nessun agonismo se non all’apparenza

Ci sarebbe un solo modo per (forse) vincere: se il gioco si svolgesse con un solo mazzo di carte, si potrebbero ricordare tutte le carte uscite per poter prevedere con una certa approssimazione le carte rimanenti e migliorare così i risultati della previsione. In realtà i gestori del casinò sanno questa cosa; per questa ragione tale gioco si gioca con parecchi mazzi di carte.

9. I pensieri che accompagnano il gioco

Una serie di pensieri, riflessioni, credenze, idee precedono, accompagnano e seguono l’attività di gioco. I pensieri più comuni sono i seguenti:

• **Prima del gioco** (sono pensieri che a volte precedono la voglia di giocare e che a volte la possono addirittura causare):

“Giocare è una specie di investimento: bisogna imparare piano piano, a proprie spese, come funziona”.

“Oggi è un giornata fortunata, lo sento!”.

“Mi pare che questa possa essere una macchina fortunata/generosa/carica.”.

“quel croupier ha le mani che portano fortuna!”.

• **Durante il gioco:**

“Sento che sto per vincere!”.

“Se non vinco, è perché hanno truccato la macchina”.

“Prima o poi la macchina dovrà pagare. Se non paga adesso, quando pagherà?”.

“Sto perdendo, ma non si può solo perdere: c’è la cosiddetta legge della media” (in una estrazione, dopo una serie di numeri estratti è probabile che esca la serie di numeri non ancora estratta; questo è vero ma solo in un’ estrazione senza rimessa a zero: nel gioco d’azzardo c’è sempre una rimessa a zero perché ogni puntata è un nuovo gioco).

• **Dopo il gioco:**

“Non ho vinto ma devo tenere duro”.

“Domani devo venire in questo bar e giocare con questa macchinetta già la mattina presto perché è carica di soldi e manca poco a che me li restituisca”.

“Sono molto vicino a capire come funzionano le regole delle macchinette (suoni, colori, resistenza,..)”.

10. Problemi di comorbilità

Chi soffre di GAP ha un problema nel controllo degli impulsi. È un problema psichico simile alle dipendenze, anche se non è presente la sostanza di abuso che innesca il meccanismo della dipendenza. Spesso però i due problemi coesistono.

Molti giocatori patologici hanno nella loro anamnesi una comorbilità con un abuso di alcol, un uso di sostanze psicoattive (in particolare cocaina, anfetamine, eroina,..) e un abuso di tabacco.

“Il gioco eccessivo assomiglia alla dipendenza, anche se non c’è nessuna sostanza di mezzo”.

Sigarette fumate al giorno:

Utilizzo attuale o passato di oppiacei (morfina, eroina):

Utilizzo attuale o passato di cocaina:

Utilizzo di altre sostanze:

Cage test:

a) Avete pensato recentemente alla necessità di diminuire il vostro bere?

b) Vi siete sentiti infastiditi dalle osservazioni che vi sono state fatte nel vostro ambiente di vita riguardo al bere e dai consigli di diminuire o di smettere di bere?

c) Vi sentite in colpa per quanto riguarda il vostro bere?

d) Avete bevuto bevande alcoliche di mattino presto per farvi coraggio e iniziare il lavoro quotidiano?

12. *Che fare?*

“Cosa pensa che sia utile fare?”

“La prima parte della cura si basa su tre fondamenti: *l’astinenza*, il *controllo finanziario* e il *riordino dei debiti*”.

• **Astinenza dal gioco**: evitare di frequentare quei luoghi in cui si può giocare (bar, sala bingo, casinò – auto-esclusione).

• **Controllo finanziario**: niente carta di credito o libretto degli assegni; firma a due sul conto corrente bancario; niente denaro liquido se non il minimo indispensabile per la giornata.

• **Riordino dei debiti**: fare una lista dei debiti contratti. È indispensabile fare questo registro perché è utile tener presente che i debiti di gioco vanno sempre pagati (i giocatori spesso si dimenticano di alcuni debiti contratti).

Riassunto dell’ora:

“Oggi abbiamo imparato qualcosa in merito a:

- che cosa siano il caso, la fortuna, l’azzardo
- quali siano le particolarità dei giochi che si fondano sul caso, ossia l’azzardo
- perché la gente gioca d’azzardo: le ragioni emotive e le ragioni razionali
- il ruolo del denaro
- come ha inizio il meccanismo del gioco “non più libero” (malattia)
- differenze apparenti dei vari giochi d’azzardo
- quali pensieri precedono, accompagnano e seguono il gioco
- problemi di dipendenza e le somiglianze con le dipendenze da sostanze
- le prime misure da prendere: astinenza (auto-esclusione), controllo del denaro (denaro contato, ritiro del libretto degli assegni e della carta di credito, firma a due sul conto corrente bancario), riordino dei debiti.

“Come si sente ora?”

Psicoeducazione – terza ora

1. **Controllo dei compiti:**

• *se li ha fatti*: rinforzare la persona e riprendere il concetto di responsabilità nei confronti di se stesso e degli altri.

• *se non li ha fatti*: valutare assieme alla persona le motivazioni e riproporre gli esercizi per la volta seguente. Si discute in merito ai compiti eseguiti soffermandosi su alcuni punti:

- cosa vuole dire “toccare il fondo”
- quali erano gli interessi prima di toccare il fondo con il gioco
- se viene la voglia di giocare cosa si può fare
- necessità di ricompensarsi ogni tanto
- “Se lo decidi, vai a giocare”

2. **Riassunto della seconda ora:**

“Abbiamo visto assieme che cosa sia il gioco d’azzardo eccessivo: in sostanza è un errore di valutazione assai complesso. Si crede che sul lungo periodo si possa vincere attraverso delle regole o delle strategie. Il

bisogno poi determinato dalle perdite ha dato vita ad un circolo vizioso caratterizzato da pensieri del tipo ‘non posso sempre perdere, quindi, se tengo duro, prima o poi vincerò e recupererò quello che ho perso’.

La volta precedente si è parlato di:

- che cosa è il caso, la fortuna, l’azzardo
- quali sono le particolarità dei giochi che si fondano su caso
- perché la gente gioca d’azzardo: le ragioni emotive e le ragioni razionali
- il ruolo del denaro
- come ha inizio il meccanismo del gioco “non più libero” (malattia)
- differenze apparenti dei vari giochi d’azzardo
- quali pensieri precedono, accompagnano e seguono il gioco
- problemi di dipendenza e le somiglianze con le dipendenze da sostanze
- le prime misure da prendere: astinenza (auto-esclusione), controllo del denaro (denaro contante, ritiro del libretto degli assegni e della carta di credito, firma a due sul conto corrente bancario), riordino dei debiti.

3. *Ricominciare a vivere*

“Queste indicazioni sono importanti, però non bastano. È altrettanto importante riuscire a recuperare una serie di aspetti dimenticati con l’attività di gioco: sé stessi, una parte della propria vita, alcune persone che ci sono state vicine”.

- La propria famiglia: dedicare ai propri famigliari il tempo che si era messo a disposizione per l’attività di gioco; ricreare la fiducia persa; dare loro delle scuse.
- Ritrovare le amicizie spesso perdute: gli amici veri, quelli che si sono allontanati per diverse ragioni; anche a loro vanno date delle scuse.
- Ritrovare le antiche attività extraprofessionali, gli interessi, gli hobbies...quelle attività che permettono di riempire la giornata di momenti gradevoli, che creano benessere.

“Per diverso tempo questi aspetti della propria esistenza sono stati accantonati; vanno però recuperati. I progressi ci saranno, ma lenti e gradualmente” (Si può proporre al pz di fare un diario che tenga conto di questi progressi).

“È anche un modo per evitare la ricaduta: se ha deciso di non giocare più, a volte le giornate potranno sembrare vuote e noiose. Potranno comparire molti pensieri del tipo ‘non è meglio andare a giocare?’ oppure ‘..è passato già un mese, ora va meglio, sento che riuscirò a controllarmi’..”.

4. *Come curare il giocatore eccessivo*

La farmacoterapia

Esistono dei farmaci che possono aiutare la persona a stare meglio se si sente nervosa, irritabile, triste, disperata.. (ansiolitici, antidepressivi, farmaci anticraving).

La psicoterapia

“Giocare è il sintomo, ossia il segno di una specie di disagio interiore.”

- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia in gruppo
- Gruppi G.A.
- Altri Gruppi con conduzione di un terapeuta

5. *Il problema della ricaduta*

La ricaduta è un problema serio, spaventa molto i giocatori d’azzardo che vogliono smettere, le loro famiglie, il terapeuta.

Tutti i giocatori ‘pentiti’ affermano con certezza che non ricadranno, che ‘hanno imparato’. E sono sinceri, perché questa è la loro volontà. Poi magari non ce la fanno, ma non perché sono deboli o perché sono poco convinti. Non è una questione né di carattere, né di personalità, né di forza psichica. La natura umana si caratterizza per una certa contraddittorietà: spesso l’uomo è in conflitto con sé stesso e non è sempre attento a quello che capita dentro lui o attorno a lui.

5.1. *Che cosa è una ricaduta*

“Molti credono che basti mettere 1euro nella slot machine perché avvenga una ricaduta. Gli specialisti invece ritengono che questo sia un inizio di una ricaduta. Si parlerà di ricaduta solo nel momento in cui la persona

condurrà la vita di prima. L'inizio di una ricaduta è facile da fermare; meno facile da arrestare invece è la ricaduta vera e propria."

5.2. *Quando avviene una ricaduta*

"Ci sono mille circostanze per cui un ex giocatore può ritornar a giocare e così dare inizio ad una ricaduta. Spesso accade quando il giocatore non gioca da diverso tempo e 'abbassa la guardia'.

- *Problemi familiari* (riconquistare la fiducia come processo lungo e graduale);
- *pensieri e tentazioni* (frequentazione di bar o sale da gioco);
- eventuali *problemi di tipo economico* (gioco come strumento per sanare debiti);
- desiderio di *mettere alla prova se stessi* ('non sono un debole') ed il proprio *controllo* dopo un periodo significativo di astinenza (possibili tentativi per mettere alla prova la propria forza di volontà e la propria bravura nel controllarsi);
- *utilizzo di alcol* (diminuzione dell'autocritica, della capacità di controllo degli impulsi).

6. *Che cosa fare se capita una ricaduta?*

"Ci sono alcune indicazioni e suggerimenti che ora vedremo assieme che possono essere utili nel momento in cui si verificasse una ricaduta. Queste frasi le serviranno per ricordarle quello che vuole dalla vita, quello che ha imparato dai suoi sforzi, quello che ha deciso di fare e mantenuto per un po' di tempo" (*dare al pz una copia della pag. 51 del manuale*).

- **"Resti calmo"** (non serve agitarsi, sono cose che capitano e alle quali si può porre rimedio; riflettere sul "Chi sei tu? Cosa vuoi dalla vita?")
- **"Si ricordi che ce l'ha già fatta una volta"** ("Ha dimostrato che ce la può fare; è chiaro, siamo esseri umani, e quindi a volte è difficile. Ma non bisogna arrendersi o avere un'idea di se stessi negativa").
- **"Si ricordi che il gioco non paga"** ("Il gioco prima o poi impoverisce, distrugge la vita. Si diventa infelici e rende infelice chi ci vuole bene. Alla lunga il gioco d'azzardo non premia i giocatori").
- **"Rifletta sulle proprie ragioni per smettere di giocare"** ("Perché ha voluto smettere di giocare? Non solo per ragioni economiche. Di ragioni ce n'erano altre: familiari, professionali, personali...la sua vita insomma, il suo presente e il suo futuro").
- **"Chieda aiuto"** (per capire assieme agli specialisti il perché della ricaduta).

7. *Ricontrattazione*

• *Terapia supportiva/psicoterapia*

"Le sono state date le principali informazioni ed indicazioni inerenti il gioco problematico. Ma sono solo alcune; non potevamo affrontare tutto in tre ore ed in particolare comprendere ed approfondire dettagliatamente la sua storia di giocatore. Abbiamo visto assieme alcune cose, ma ci sono di certo in lei delle domande che sono già sorte o che si presenteranno in futuro". "Qualora insorgesse in lei il desiderio di avere delle risposte, potremmo stabilire una serie di incontri successivi per poter meglio comprendere la natura di un disagio interiore che ha preso espressione attraverso il sintomo del gioco".

"Se ha bisogno di tempo per riflettere, mi ricontatti più avanti. Mi troverà e vedremo assieme che cosa varrà la pena di fare".

• *Follow up*

"Gli incontri fatti avevano l'obiettivo di fornirle alcuni strumenti che permettessero di farla stare un po' meglio, di farla stare lontano dal gioco e di aiutarla a recuperare la sua vita di un tempo. Se questi obiettivi sono stati raggiunti o parzialmente raggiunti significa che anche l'intervento proposto è stato adeguato alla situazione. Solo lei col tempo ce lo potrà dire."

"Quindi, tra sei mesi la ricontatteremo per sapere come sta. Basterà anche una telefonata se non potrà venire di persona. Gli elementi che verranno raccolti ci permetteranno di valutare anche il programma di intervento proposto".

"Nel frattempo, qualsiasi cosa accada o se ne sente il bisogno, può telefonarmi. Per me e per i miei colleghi è importante che lei stia bene".

Riassunto della terza ora

"Oggi abbiamo imparato qualcosa

- sul fatto che lei si chieda che cosa vuole dalla vita

- sul fatto che ora può riprendere una vita soddisfacente
- sulla necessità e l'importanza di ritrovare il suo posto nella sua famiglia, che per troppo tempo ha trascurato
- sulla necessità di coltivare gli interessi di un tempo
- sulla necessità e sulla difficoltà di recuperare la fiducia dei propri famigliari e degli amici
- sulla necessità di chiedere scusa a chi ha ingannato e offeso, e di riparare i danni fatti, in particolare a pagare i debiti contratti
- sull'utilità di una psicoterapia e magari di una terapia con farmaci quando vi è l'indicazione
- sull'importanza della ricaduta e sulle misure da prendere in caso di una ricaduta

“Come si sente ora?”

Consegnare il riassunto della terza ora, il questionario di valutazione e il questionario di valutazione del programma (da compilare entrambi in loco).

Psicoeducazione: “esercizi a casa”

ESERCIZI PER LA PRIMA ORA

Al termine della prima ora di Psicoeducazione vengono consegnati al paziente una serie di “compiti” da fare a casa che hanno la principale finalità di indurlo a riflettere su alcuni **temi centrali** inerenti ai problemi connessi al gioco eccessivo.

Il materiale è suddiviso in:

- Una scheda costituita da una serie di domande centrali che portano la persona ad una riflessione su se stessa, sulla propria famiglia, sul proprio impegno sociale e professionale, sul proprio futuro.
- Una serie di domande che portano ad una riflessione rispetto alle argomentazioni sottostanti al cambiamento (“motivazioni per smettere di giocare” e “motivazioni per continuare a giocare”);
- Un questionario clinico costituito da quattro domande volto alla comprensione sia della modalità di invio sia della situazione attuale finanziaria della persona per verificare anche un’eventuale ammontare dei debiti di gioco;
- Un questionario finalizzato alla valutazione da parte della persona della prima ora del programma di sensibilizzazione al gioco d’azzardo eccessivo;
- Per ogni incontro di psicoeducazione, viene fornito al soggetto anche un testo che segue l’andamento del colloquio, e che tiene conto delle riflessioni cui il soggetto stesso è stato motivato a fare. Questo testo, di oltre 50 pagine, rimane al soggetto come *aide-mémoire*.

Questi “compiti a casa” sono affidati in occasione del primo incontro. Saranno discussi in occasione del secondo incontro. Si tratta di riflettere su alcuni temi centrali dei problemi.

Le domande centrali

Ogni domenica mattina, per cinque settimane, per un periodo di cinque minuti, assieme a tua moglie, a tuo marito, o al tuo partner, *poniti alcune delle domande centrali dell'esistenza*, che riguardano te stesso, la tua famiglia, il tuo impegno sociale e professionale, il tuo futuro, la tua dignità.

Che cosa ti aspetti dalla vita?

Chi sei?

Quali sono i tuoi valori?

Ti va bene così?

Che cosa cambieresti?

Che cosa vorresti fare di più?

Che cosa ti ci vuole?

Come lo vorresti fare?

Perché cambiare?

Perché smettere? Perché continuare? Se vuoi smettere, hai delle ragioni per farlo, ma anche per evitare di farlo. Infatti, è difficile smettere. Vuol dire che ci sono ragioni anche per continuare a giocare. Altrimenti sarebbe facilissimo smettere.

Non si tratta solo d'elencare le ragioni, ma anche di **determinarne il "peso"**, ossia l'importanza, **su di una scala da uno a dieci**. Dieci è il peso massimo, mentre uno è un peso di scarsa importanza. Alla fine, per ogni colonna, fate la somma. La **somma dei valori della prima colonna** ti dà il "peso" che tu attribuisce a smettere. La somma dei valori della **seconda colonna** ti dà il "peso" che tu attribuisce a *non* smettere, ossia a continuare.

Perché smettere?

Argomenti <i>per</i>	Peso - <i>Prima colonna</i>	Argomenti <i>contro</i>	Peso – <i>Seconda colonna</i>

Per esempio:

Argomento per smettere

Mia madre ne soffre (peso: 5, ossia medio)

Non ho più soldi (peso 9: ossia molto)

Argomento per non smettere

Potrei perdere un'occasione di vincere (peso: 2, ossia poco)

Mi diverto (peso: 10, ossia molto)

Ogni mattina

Trascrivi queste frasi su di un cartoncino, e mettilo nel bagno, sullo specchio, così che tu possa leggerlo almeno tutte le mattine, quando ti fai la barba, ti lavi il volto, ti spazzoli i capelli, ti fai il trucco. Leggilo ogni mattina... per vivere meglio.

- So resistere alle tensioni e alle tentazioni.
- So dire di no, e so mettere dei limiti
- So spiegarmi, e so anche ascoltare
- Ho voglia di migliorarmi
- Accetto i miei limiti
- So coltivare la mia fantasia, e ritrovare un pizzico di follia
- So rinunciare
- Provo piacere per le piccole cose
- So esprimere i miei sentimenti belli, e quelli brutti
- So rilassarmi e lasciarmi andare
- So chiedere aiuto

ESERCIZI PER LA SECONDA ORA

Il materiale da consegnare al paziente al termine della seconda ora prevede:

Una serie di schede finalizzate:

- ad una riflessione sull'esperienza che spesso la persona nomina con la frase "toccare il fondo";
- all'individuazione di quali erano gli interessi della persona prima dell'inizio dell'attività di gioco eccessivo al fine di aiutarla a meglio comprendere quali saranno le condotte future che permetteranno di attivarla e stimolarla a recuperare quegli stessi interessi ed attività della vita quotidiana spesso promotrici di un benessere psico-fisico;
- a stimolare la persona a mettere in atto dei comportamenti gratificanti che possano dare delle ricompense e che fungano da rinforzi positivi, al fine di far recuperare alla persona l'esperienza della gratificazione e del piacere nella quotidianità della vita;
- a dare alla persona sia una serie di indicazioni per poter gestire la voglia e il desiderio di andare a giocare, sia delle indicazioni da seguire nel momento in cui la persona decidesse di andare a giocare.
- Un questionario clinico volto alla rilevazione degli antecedenti famigliari rispetto all'attività di gioco ed eventuali precedenti prese in carico di natura psichiatrica o psicologica.
- Un questionario finalizzato alla valutazione da parte della persona della seconda ora del programma di sensibilizzazione al gioco d'azzardo eccessivo.

Che cosa vuol dire per te "toccare il fondo"?

Mettiti tranquillo, prendi una penna, rifletti. La parola "toccare il fondo" è una parola importante, che riguarda anche la vita della nostra anima. Per quanto riguarda le tue emozioni, i tuoi pensieri, e le tue sensazioni, che cosa vuole dire "toccare il fondo"? Ci sono emozioni, pensieri, sensazioni, dovute a quanto capita di definitivo, che trasformano la vita, in meglio o in peggio. A volte è solo quando uno tocca il fondo, che può prendere la rincorsa, e con un colpo di reni tornare in su. Più in basso del fondo, non si può andare.

Quali erano i tuoi interessi prima di metterti a giocare?

Nessuno vive solo per la famiglia, per il lavoro, per la società. Tutti hanno dei momenti di piacere, in cui si godono la loro famiglia, dei loro amici, della loro attività, dei momenti di riposo e di rilassamento. C'è chi ama le attività fisiche, chi ama le attività intellettive, chi ama ambedue, e riesce persino a combinarle. È uguale. Tutto va bene, perché permettono di trovare una nuova spinta nella vita quotidiana, e ristorano sia il corpo sia l'anima.

Il gioco d'azzardo eccessivo occupa moltissimo tempo e moltissima attenzione, da parte di chi gioca. E quindi questi piaceri vengono piano piano trascurati. Quali erano i tuoi interessi, prima che il gioco si prendesse tutto lo spazio a disposizione?

È importante che tu lo sappia, perché bisogna piano piano recuperare la vita quotidiana, com'era un tempo. Ed è più facile ricominciare con quello che già si conosce.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Trova il modo di ricompensarti

Ogni giorno, facciamo qualcosa di buono. O lo facciamo bene. Due o tre cose, ma sono davvero buone.

Per tre giorni, tieni nota (sotto "attività da premiare") delle cose buone che fai. Attribuisce loro un "peso", ossia un valore, da 1 (il meno) a 6 (il massimo).

Attribuisci ogni giorno un "premio" che sia proporzionato al "peso" dell'azione buona. Come? Osserva che cosa davvero ti piace. Devono essere ricompense che ti piacciono alla vista, che ti piacciono all'udito, che ti piacciono quando le tocchi, che ti piacciono quando le metti in bocca, e così via. Sono ricercate le ricompense che funzionano su parecchi registri.

Discutine con il tuo partner!

Attività da premiare	"Peso"	Premio: vista gustativo, visivo, olfattivo, ecc

Per esempio:

Attività

Oggi ho pulito a fondo l'automobile. Peso: 8. Mi concedo un bel film.

Oggi ho aiutato mio figlio a fare i compiti. Peso: 10. Mi concedo un'ora di sonno in più la mattina.

Se ti viene la voglia...

Trascrivi queste massime nel tuo diario, oppure trascrivile su di un cartoncino, da tenere nel portamonete o nel portafoglio.

La voglia, se non è ancora venuta, di certo verrà. La tentazione è dietro la porta. La compagnia può aiutare ad evitarla, ma può contribuire ad incontrarla prima. E non riusciremo mai a mettere fuorilegge il gioco

d'azzardo. L'unica possibilità aperta di fronte a noi è di diventare più capaci di scegliere quello che davvero va bene per noi.

- Aspetta, prima di gettarti a pesce. Ritarda un pochino, anche di soli dieci minuti per volta.
- Ricordati che hai fatto un calcolo, per sapere se ti conveniva smettere, oppure no. Vai a rivederti il risultato dei tuoi calcoli.
- Va' a cercare qualcuno con cui parlare. Non lasciare che ti convincano gli amici, che non conoscono bene i tuoi problemi.
- Concentra la tua attenzione su altre cose (pulizie, ginnastica, TV, musica).
- Pensa a se stesso, al tuo presente ed al tuo futuro.
- Perché lasciare una vita sana, per qualcosa che ti fa male sul piano fisico, ti riduce a pezzi sul piano morale, e ti toglie ogni libertà di disporre di te e del tuo denaro?
- Offriti una ricompensa, qualcosa che ti faccia piacere.
- Immaginati il tuo futuro, come se per magia tu ti trovassi libero dal gioco d'azzardo.

Se vuoi andare, va'

Nessuno ti obbliga a lasciar perdere il gioco. Se vuoi andare, va'. Ma prima trascrivi queste frasi, e mettile nel portamonete. Non si sa mai: sono una goccia di saggezza che può darti un aiuto, una volta che hai cominciato a giocare.

E quando stai giocando, sforzati di rileggerle almeno una volta ogni ora.

Se decidi di andare, e se trovi di aver delle giustificazioni per farlo, va' pure, ma allunga il tragitto per arrivarci.

Pensa all'esercizio, in cui hai calcolato se ti conviene giocare d'azzardo, oppure no.

Pensa ai tuoi famigliari, ai tuoi piani per il futuro, all'irrazionalità del gioco.

Prima di partire, metti gli euro o i franchi nella tasca sinistra.

Nella tasca destra tieni il denaro per il caffè o per la benzina.

Lascia a casa la carta di credito.

Non toccare la tasca destra.

Se la tasca sinistra si trova vuota, vattene immediatamente.

ESERCIZI PER LA TERZA ORA

Al termine della terza ora si consegnano al paziente il questionario di valutazione della terza ora e il questionario di valutazione dell'intero programma di sensibilizzazione al gioco d'azzardo eccessivo, dando l'indicazione di compilarli prima del congedo dal terapeuta.

GLI ATTORI DEL PROGETTO

COMUNITA' IL PROGETTO – CASTELLANZA

La Casa di Accoglienza "Il Progetto", si trova a Castellanza (Va), in via Salvo D'Acquisto n°27, ed è gestita dalla Cooperativa Sociale "Il Progetto" costituita nel 1987. Si propone a partire da una attenzione totale all'uomo (in quanto persona unica, irripetibile e portatrice di un patrimonio di ricchezza interiore da scoprire e valorizzare), di svolgere in modo organizzato e senza fine di lucro, un'attività finalizzata all'accoglienza di persone in particolari situazioni di bisogno, favorendo e curandone, per quanto possibile, il loro inserimento nel tessuto sociale dal punto di vista morale, umano, culturale e professionale, con particolare attenzione alla loro libertà, autonomia e globalità (art.4 dello statuto della cooperativa).

Il mandato principale della Casa di Accoglienza, vuole essere quello di un luogo di accoglienza e di condivisione del bisogno, in un clima di rispetto dell'individuo e della propria libertà, valorizzandone il processo di autonomia e responsabilità.

In una fase iniziale sono state accolte persone in situazioni di emarginazione senza una precisa scelta di campo: extracomunitari, etilisti, ragazze madri, tossicodipendenti, ecc..

Successivamente, in considerazione della preponderante richiesta di accoglienza per tossicodipendenti e prendendo atto della necessità di un intervento calibrato sulle esigenze di questa utenza, l'accoglienza è stata rivolta principalmente a persone con problemi di dipendenza da sostanze.

L'accoglienza viene svolta attraverso la gestione di un servizio terapeutico riabilitativo, con le seguenti aree di prestazione:

- *Primo contatto*, in cui vengono verificate con il soggetto le caratteristiche della richiesta di aiuto da lui espressa e si illustrano le offerte del servizio e il loro iter processuale;
- *Valutazione diagnostica multidisciplinare*, la quale permette di formulare un programma riabilitativo personalizzato che affronti il recupero della salute fisica, psichica e sociale;
- *Supporto psicologico individuale e /o di gruppo e attività psicoterapeutica individuale e /o di gruppo*: utilizzando strumenti appropriati per raggiungere gli obiettivi riabilitativi.

Gli operatori che hanno preso parte al progetto sono: Antonella Quaglia, Andrea Locarno e Patrizia Provasi in qualità di tirocinante psicologa.

Nel progetto "Reti d'azzardo" la Coop. Soc. è Ente Titolare del finanziamento.

ASSOCIAZIONE AND - AZZARDO E NUOVE DIPENDENZE

AND ha sede presso lo Studio Legale Tributario De Micco e Ardizzone, in C.so L. da Vinci 7, 21013 a Gallarate (Va); Ccp n° 48007710; tel. 338-1342318; e-mail: azzardo.nuovedipendenze@virgilio.it; sito: www.andinrete.it.

E' una realtà associativa senza fini di lucro costituitasi in data 09/07/2003.

Divenuta Membro CESVOV – Centro di Servizi per il Volontariato di Varese dal gennaio 2004, si è iscritta al Registro dell'Associazionismo ex L.R. 28/99 nella Sezione Provinciale con provvedimento n° 382 del 31/01/2005 (n° iscrizione VA-69) e al Registro Regionale delle Associazioni di Solidarietà Familiare ex L.R. 23/99 con decreto n° 1481 del 04/02/2005 (n° iscrizione 578). E' Membro Co.Na.G.G.A. – Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo, dal 13/05/05.

Ha come scopo esclusivo il fine di solidarietà e promozione sociale, perseguito attraverso lo studio dei fenomeni di dipendenza e delle terapie relative (nelle varie componenti psicologiche - familiari - socio - sanitarie - legali - educative), la stimolazione di una cultura della prevenzione, la facilitazione di forme partecipative di sviluppo delle reti sociali, la promozione di attività di formazione, informazione e sensibilizzazione.

AND, inoltre, si propone di riunire in forma volontaria uomini e donne impegnati negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di persone con problematiche di dipendenza da gioco d'azzardo, shopping, sesso, internet, videogiochi, telefoni cellulari e lavoro, con la finalità di promuovere una corretta cultura degli stili di consumo di tali "oggetti" orientata al benessere psicofisico dell'individuo coinvolto e della sua rete socio-familiare.

L'Associazione avvalendosi dei propri aderenti ha realizzato numerose iniziative di sensibilizzazione e formazione oltre che più articolati progetti di intervento sulle nuove forme di dipendenza e nello specifico sul gioco d'azzardo eccessivo, sia in proprio che in collaborazione con Enti Pubblici e Privati.

Gli operatori che hanno preso parte al progetto sono: Marika Ardizzone, Angela Biganzoli, Daniela Capitanucci, Paolo Delgrosso, Sara De Micco, Michaela Fantoni, Francesca Ravera, Emilia Rizzi, Roberta Smaniotto, Manola Unida.

Nel progetto "Reti d'azzardo" AND è Consulente Scientifico.

ASL MILANO 1 - DISTRETTO DI CASTANO E LEGNANO

Gli operatori che hanno preso parte al progetto sono: Cesare Adler Aliprandi (responsabile del Ser.T. di Parabiago), Maruska Belingheri, Giovanna Bielli, Cinzia Bortoluzzi, Stefania Bruletti, Caterina Caldararo, Eleonora Rancan, Anna Colombo, Susanna Fedele, Daniela Parpanesi, Cinzia Pezzoni, Renza Rimoldi, Massimo Turconi e Lorella Vignati.

Nel progetto "Reti d'azzardo" il Ser.T di Parabiago – ASL Milano 1 è Ente Partner.

GLI AUTORI DEI CONTRIBUTI E GLI INTERVISTATORI

- **Alippi Maddalena** – Psicologa e Ricercatrice. Lavora attualmente presso il Centro di Documentazione e Ricerca dell'Organizzazione Socio-Psichiatrica del Canton Ticino (Svizzera). Si occupa di gioco d'azzardo dal 1996. Ha partecipato alla conduzione della ricerca epidemiologica svolta in Ticino nel 2000. Ha curato la parte statistica del Progetto L. 45/99 dell'ASL di Pavia "Il gioco nel territorio". Nel progetto "Reti d'azzardo" ha supervisionato la parte statistica della ricerca.
- **Ardizzone Marika** - Ragioniera Tributarista, associata all'Avv. De Micco, presta consulenza di natura prevalentemente economica, finanziaria e fiscale alle imprese ed alle famiglie. Ha svolto formazione in materia di aspetti fiscali ed economici del gioco d'azzardo agli operatori psicosociosanitari del progetto "Reti d'Azzardo" presso l'ASL della Provincia di Milano 1, in provincia di Como, ed ha animato la parte fiscale del seminario "Aspetti giuridici e fiscali del gioco d'azzardo" organizzato a Ottobre 2005 dall'Associazione AND, di cui è Socia.
- **Biganzoli Angela** - Psicologa e Psicoterapeuta in formazione. Libera professionista. Si occupa di gioco d'azzardo dal 2000. Responsabile di Progetto e Ricercatrice per il Progetto L. 45/99 "Il gioco nel territorio" dell'ASL di Pavia. E' coordinatrice del progetto "Reti d'azzardo" e si è occupata della mappatura e di parte delle interviste agli operatori nodi della rete. E' Socio Fondatore e Tesoriere dell'Associazione AND.
- **Bonvin Nicolas** - Psicologo Psicoterapeuta. Lavora presso l'Organizzazione Socio Psichiatrica del Cantone Ticino (CH). Partecipa al GIGP (Gruppo di Interesse per il Gioco Patologico), collabora saltuariamente con l'IRGA (Istituto di Ricerca sul Gioco d'azzardo) e conduce, con altri collaboratori, il Gruppo per giocatori d'azzardo di Chiasso. E' Supervisore clinico del progetto "Reti d'azzardo".
- **Capelli Marco** - Psicologo e Psicoterapeuta dirigente presso l'ASL di Pavia. Si occupa di dipendenze dal 1996 e di gioco d'azzardo dal 2001. E' stato Responsabile Scientifico del Progetto "Il gioco nel territorio" dell'ASL di Pavia. Nel progetto "Reti d'azzardo" ha contribuito all'analisi dei dati della ricerca e si è occupato dell'editing dell'opuscolo finale.
- **Capitanucci Daniela** – Psicologa e Psicoterapeuta, dirigente presso l'ASL di Varese ha lavorato 13 anni in un Servizio per le Dipendenze. Si occupa di gioco d'azzardo dal 1999. E' stata supervisore del Progetto L. 45/99 "Il gioco nel territorio" dell'ASL di Pavia. Nel progetto "Reti d'azzardo" è Responsabile Scientifico: inoltre, si è occupata della progettazione della ricerca sugli interlocutori della rete territoriale e della redazione di significative parti del testo dell'opuscolo finale oltre all'editing complessivo dello stesso. E' Socio Fondatore e Presidente dell'Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze.

- **Carlevaro Tazio** – Medico Psichiatra, ha diretto per molti anni il Settore Psichiatrico del Sopraceneri (CH). Si occupa di gioco d'azzardo patologico dal 1996. Coordina il GIGP ed è responsabile dell'Istituto di Ricerca sul Gioco Problematico. Si occupa di formazione alla prevenzione e di supervisione dei responsabili della prevenzione del gioco eccessivo nei casinò nel Cantone Ticino. Ha contribuito alla formazione del concetto sociale (ossia all'insieme di strumenti preventivi contro il gioco eccessivo) del Casinò di Lugano. Dal 2005 è membro del Comitato scientifico della Federazione Svizzera dei Casinò, e collabora con il Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT), per la costruzione di una rete di presa in carico di giocatori patologici. E' Socio Onorario dell'Associazione AND, e ha concesso l'uso del metodo della Psicoeducazione nel progetto "Reti d'azzardo".
- **Colombo Anna** – Assistente Sociale presso il Ser.T. di Parabiago. Lavora nel settore delle dipendenze dal 1991 e si occupa di gioco d'azzardo dal 2004.
- **Delgrosso Paolo** – Geometra. Socio AND. Ha curato la realizzazione grafica del materiale informativo.
- **De Micco A. Sara** – Avvocato. Gestisce attività di consulenza e assistenza legale, occupandosi prevalentemente di diritto civile nelle materie privatistiche con particolare attenzione, tra l'altro, al diritto di famiglia. Dal 2001 ha trattato problematiche giuridiche connesse alla tutela del patrimonio della famiglia sollecitate da varie richieste provenienti da familiari di persone affette da dipendenza dal gioco d'azzardo. Ai vari interventi di formazione specifica condotti nell'arco degli ultimi anni, si è aggiunto quello svolto in seno al progetto "Reti d'Azzardo". E' Socio Fondatore dell'Associazione AND e referente per le relazioni con gli Enti.
- **D'Urso Mons. Alberto** – Segretario della Consulta Nazionale delle Fondazioni Antiusura.
- **Fantoni Michaela** – Psicologa e Psicoterapeuta in formazione, Specialista in Psicologia dello Sport, Libera Professionista, Socia AND, si occupa di gioco d'azzardo dal 2001. Nel Progetto "Reti d'azzardo" ha svolto parte delle interviste agli operatori "nodi" della rete.
- **Gola Dott. Ernestino** - Responsabile U.O.C. Dipartimento Dipendenze ASL Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 1
- **Lavanco Prof. Gioacchino** – Professore Straordinario di Psicologia di Comunità, Università degli Studi di Palermo, membro del direttivo nazionale della Società Italiana di Psicologia di Comunità. Socio Onorario AND, nel progetto "Reti d'azzardo" ha tenuto la relazione magistrale nel Convegno conclusivo della prima annualità del progetto il 13.01.06.
- **Quaglia Antonella** - Psicologa e Psicoterapeuta presso la Comunità Terapeutica "Il Progetto" di Castellanza. Responsabile del Progetto "Reti d'azzardo".

- **Ravera Francesca** – Psicologa e Psicoterapeuta in formazione, Libera professionista, Socia AND, si occupa di gioco d'azzardo dal 2003. Nel Progetto “Reti d'azzardo” ha svolto parte delle interviste agli operatori nodi della rete.
- **Rizzi Emilia** – Psicologa e Psicoterapeuta in formazione, Libera professionista, Socia AND, si occupa di gioco d'azzardo dal 2001. Nel Progetto “Reti d'azzardo” ha svolto parte delle interviste agli operatori nodi della rete e ha trascritto parte della relazione del prof. Lavanco.
- **Smaniotto Roberta** - Psicologa e Psicoterapeuta. Dirigente presso l'ASL di Como, dove opera presso il Servizio Dipendenze. Si occupa di gioco d'azzardo dal 2001. Ricercatrice per il Progetto L. 45/99 “Il gioco nel territorio” dell'ASL di Pavia. Nel progetto “Reti d'azzardo” si è occupata di parte delle interviste agli operatori nodi della rete, del monitoraggio della campagna informativa, oltre all'editing complessivo dell'opuscolo finale ed alla trascrizione di parte della relazione del prof. Lavanco. E' Socia dell'Associazione AND, dove riveste il ruolo di Referente per i Soci.
- **Unida Manola** – Psicologa e Psicoterapeuta in formazione, Libera professionista e Socia AND, si occupa di gioco d'azzardo dal 2001. Nel progetto “Reti d'azzardo” ha svolto il ruolo di operatore senior esperto, accompagnando gli operatori nello sviluppo di un modello clinico e nell'acquisizione della metodologia della psicoeducazione.
- **Varveri Loredana** - Dottore di ricerca in Psicologia di Comunità e Modelli Formativi e cultore della materia in Psicologia di Comunità presso l'Università degli Studi di Catania.
- **Vignati Lorella** – Assistente Sociale presso il Ser.T di Parabiago. Lavora nel settore delle dipendenze dal 1992 e si occupa di gioco d'azzardo dal 2004.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per la collaborazione tutti gli Operatori che hanno partecipato al progetto e alla realizzazione della ricerca, coloro che si sono resi disponibili alle interviste, i Responsabili dei Servizi ASL e dei Centri Psico-Sociali delle Aziende Ospedaliere, le Assistenti Sociali referenti degli Uffici di Piano e dei Servizi Sociali del territorio, gli Operatori della Caritas, e quanti che a vario titolo hanno facilitato lo svolgimento del progetto.

Si ringraziano inoltre Mons. Alberto D'Urso per l'autorizzazione a pubblicare le sue note relative al tema del "Gioco d'azzardo e usura" da lui trattato a dicembre 2005 a Campofornido, ed il Prof. Gioacchino Lavanco per la sua pregnante relazione sul tema "Aiutare chi aiuta: gioco d'azzardo, caregivers e famiglia", che ha interpretato magnificamente il filo conduttore del progetto "Reti d'azzardo".

Si ringrazia infine il Dott. Tazio Carlevaro che con la sua consueta generosità ha concesso la riproduzione integrale dell'elaborato sulla psicoeducazione presente nel cd-rom "*Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*", a cura di Capitanucci D., Carlevaro T. (2004).

PER INFORMAZIONI

Associazione AND – Azzardo e Nuove Dipendenze
presso lo Studio Legale Tributario De Micco e Ardizzone, in C.so L. da Vinci 7, a
Gallarate (Va); Ccp n° 48007710; tel. 338-1342318;
e-mail: azzardo.nuovedipendenze@virgilio.it ; sito: www.andinrete.it.

ISBN: 88-89895-01-2

Edizioni AND-IN-CARTA - 2006

© Tutti i diritti sono degli autori

Riproducibile esclusivamente su richiesta e a seguito di consenso scritto dell'editore.