

# Identità, formazione e skill inderogabili degli operatori davanti al gioco d'azzardo capillare in Italia



Chiara Pozzolini e Sara Alagna



A cura di  
Daniela Capitanucci

Edizioni And-in-Carta (2015)

ISBN-978-88-89895-12-2

*Identità, formazione e skill inderogabili degli operatori davanti al gioco d'azzardo capillare in Italia* (a cura di Daniela Capitanucci)

Licenza Creative Commons: Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate - 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND)\*

Immagine di copertina: Chiara Pozzolini e Sara Alagna, 3B, Scuola Secondaria di Primo grado «Pozzi», Buguggiate, VA, Elaborato proposto nell'ambito del Concorso "Non chiamatelo gioco!", a.s. 2015-16.

\*il materiale incluso in questo volume può essere usato in tutti i modi fin tanto che:

- vengano citate chiaramente le fonti ovvero la curatrice (Daniela Capitanucci) e l'Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze;
- non ci sia da parte dell'utilizzatore un fine di lucro;
- i contenuti non vengano modificati, ad esempio estrapolando dei pezzi.

## INTRODUZIONE

Nel convegno organizzato in occasione del quindicennale dalla fondazione dall'associazione ALEA "Scenari del gioco d'azzardo industriale di massa. Esperienze verificabili, responsabilità attive, proposte istituzionali" che si è svolto a Milano il 3 dicembre 2015, cui anche AND-Azzardo e Nuove Dipendenze tra gli altri ha collaborato alla realizzazione, mi è stato assegnato un compito piuttosto complesso: affrontare il tema dell'identità, della formazione e degli skill inderogabili degli operatori dei servizi davanti al gioco d'azzardo capillare in Italia.

In premessa è opportuno evidenziare alcuni punti.

Tra il 1995 e il 2015 il processo di industrializzazione del gioco d'azzardo ha generato livelli di consumo mai visti prima. L'aumento esponenziale del consumo è sfociato in aumento delle persone che hanno mostrato segni di patologia da gioco d'azzardo: nel 1995 i casi riferiti si contavano sulle dita di una mano mentre nel 2015 le persone affette da disturbo da gioco d'azzardo sono la 1° popolazione incidente e la 2° in valore assoluto; in un singolo servizio vengono assistiti anche oltre 120/160 giocatori all'anno.

Si apre una questione importante.

Al diffondersi della patologia si è costruita altrettanta competenza clinica?

Nell'affrontare una diagnosi e presa in carico per disturbo da gioco d'azzardo basta dire: «gioca in modo eccessivo» o «risponde ai criteri del DSM-5»?

Ad una elevata complessità diagnostica corrisponde altrettanta complessità terapeutica?

Il trattamento va fatto solo dallo specialista esperto e capace di fare una buona diagnosi e buona cura? Oppure ci si può improvvisare, poggiandosi sulle proprie competenze acquisite in altre aree (dipendenze da sostanze, psichiatria, ...)?

La situazione con cui ci siamo confrontati in questo ventennio è assai sbilanciata: da un lato, diffusione del G.A.P. nel territorio; dall'altro, gap nella formazione degli operatori.

Quindi, quali sono i percorsi formativi necessari per una adeguata presa in carico di questa utenza? E' necessario un lungo percorso di preparazione continua. Vanno acquisite precise skill, che non sono immediatamente disponibili nella formazione degli operatori. Quali sono? Come identificarle?

Nel pensare a come affrontare il tema per provare a rispondere a questi stimoli, ho deciso di consultarmi con alcuni degli operatori che ritengo essere stati in prima linea tra i pionieri nell'affrontare la patologia da gioco d'azzardo, per raccogliere le loro considerazioni derivanti dallo sguardo retrospettivo sulla loro crescita come terapeuti e operatori.

Evidentemente non sono stati coinvolti tutti i colleghi possibili.

La scelta è stata dettata da ragioni di tempi e opportunità.

Ho chiesto infatti uno sforzo non indifferente per rispondere a molti quesiti, non sempre immediati, che hanno a volte richiesto di dedicare del tempo a questo lavoro.

Qualche collega, una volta visto lo schema di inchiesta, ha commentato che chi avrebbe deciso di rispondere come minimo era qualcuno che ... nutre nei miei confronti un sentimento positivo: di stima, di affetto, fate voi. Vero è che anche questo non trascurabile aspetto mi ha guidato nella selezione dei destinatari del questionario. Ho scelto infatti di recapitarlo solo a quei colleghi con i quali mi sono sentita di poter osare.

Sono stata dunque molto grata a coloro che ho coinvolto e che mi hanno risposto, nella consapevolezza che tutti mi hanno dedicato del tempo prezioso per una breve narrazione della loro esperienza nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo.

Loro hanno accettato di condividere la loro storia con me, ed io la condivido con voi lettori: questo patrimonio non va tenuto segreto.

**Rolando De Luca, psicologo psicoterapeuta**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 1996; nella pratica professionale grosso modo ha incontrato di persona oltre mille giocatori e altrettanti familiari. Quando ha iniziato in Regione Friuli Venezia Giulia era solo; afferma "ora tutti si sono attivati e quindi ho avuto una diminuzione di richieste che tuttavia non avrei potuto sostenere con quell'intensità". In merito alla domanda inerente le differenze in termini di complessità delle situazioni nel tempo (stessa complessità, minor complessità, maggior complessità, che tipo di complessità...), De Luca afferma "Ah certo questo è il dato che meriterebbe un convegno a parte. Altro che brevità. La complessità è aumentata. Le famiglie arrivano sempre più "rovinare" e anche con gruppi terapeutici maturi è difficile intervenire in situazioni così degradate".*

**Amelia Fiorin, psicologa, psicoterapeuta, responsabile dell'Ambulatorio del Gioco d'azzardo problematico del Dipartimento delle Dipendenze di Castelfranco Veneto ULSS n°8.**

*Ha visto la prima giocatrice il 27 Gennaio 2001. I giocatori trattati direttamente sono stati 246, mentre i giocatori che sono afferiti alle attività terapeutiche trasversali, organizzate nell'ambulatorio, come il gruppo prevenzione delle ricadute, il counselling economico o interventi specialistici puntuali come la preparazione dell'avvio della pratica di amministratore di sostegno sono stati 446 dal 2002 ad oggi (dicembre 2015).*

*Afferma: "Solitamente non sono io che accolgo i familiari tuttavia questa scelta è stata maturata solamente verso il 2009-2010 mentre prima l'accoglienza dei giocatori e dei familiari era indistinta. Quindi nella storia delle prese in carico io ho visto circa 70/80 familiari. Ci sono state differenze di afflusso di giocatori nel corso degli anni per diversi motivi che ora commento:*

- *L'ambulatorio del gioco d'azzardo problematico di Castelfranco Veneto è stato per alcuni anni (dal 2002 al 2008) uno dei pochi ambulatori rivolti a questo tipo di problematica e si era adottato la politica di accogliere anche pazienti da fuori ULSS o comunque ULSS vicine. Dal 2012 ad oggi, grazie anche alla realizzazione di due progetti regionali (GAP-net e GAP-net 2) si sono attivati altri 4 ambulatori, organizzati sul modello di Castelfranco, nelle ULSS di Treviso, Pieve di Soligo, Bassano e Alta Padovana e quindi numericamente noi abbiamo avuto una riduzione di richieste proprio perché alcuni pazienti hanno trovato risposta nei loro territori di appartenenza.*

- *Negli ultimi 5 anni noi abbiamo avuto una normalizzazione delle richieste circa 50/60 pazienti nuovi all'anno con un aumento di richieste provenienti dal nostro territorio. Vi è stato comunque un graduale aumento delle richieste tanto che nel 2013 erano 99, nel 2014 sono state di 116 nuovi utenti in carico e oggi sono 96 in carico. E' forse opportuno che il dato venga messo a confronto con la popolazione del territorio dell'ULSS 8 che è pari a 251.515 abitanti. Nel 2014 i giocatori sono diventati la prima popolazione che richiede un intervento anche a fronte dei cocainomani e degli eroinomani.*

*Credo sia opportuno fare una premessa di natura storica. Fino ad almeno la metà della prima decade degli anni 2000 l'ipotesi di assimilare il GAP alle dipendenze era ancora oggetto di dibattito, oggi l'approccio multimodale, multi professionale, che è sempre stato utilizzato per la gestione dei casi complessi delle dipendenze da sostanze, è stato acquisito e utilizzato anche per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo patologico, considerando quindi il gioco d'azzardo una dipendenza ma soprattutto, considerando tale fenomeno complesso. Con il trascorrere del tempo, a mio avviso, non mi sento di dire che i casi sono diventati più complessi piuttosto proverei a fare una considerazione "sociologica" anche se non è la mia materia. Brevemente noi stiamo assistendo ad una imponente e capillare distribuzione di una cultura basata sul consumo. "Esito perché consumo, non perché sono e dubito". In questo senso i trattamenti che si rivolgono a queste forme di dipendenza non possono dedicarsi solamente all'oggetto della dipendenza*

*(interventi di evitamento dei luoghi, controllo del craving, lavoro sulle distorsioni, etc.), ma dovrebbero contemplare anche degli interventi che tendono a modificare l'ambiente dove la comunità vive. In questo senso i casi che sono arrivati dal 2000, anno in cui abbiamo aperto ufficiosamente l'ambulatorio, ad oggi non presentano un profilo più complesso ma, il territorio e la ristrettezza economica generale, ha abbassato e reso più faticoso alcuni interventi multimodali. Appare più aggredibile il fenomeno del GAP da un punto di vista clinico e terapeutico quando questo fenomeno, come è inevitabile, si colora di interventi a carattere sociale, di sussistenza, lavorativi e legali. Negli ultimi periodi si sono intensificati i rapporti con i Comuni e con i legali (avvocati, giudici e tribunali vari) proprio perché gli interventi riabilitativi sono stati rivolti anche a quella rete supportava che spesso abita fuori dagli ambulatori clinici. Una buona diplomazia con le reti sociali, le risorse Comunali e le risorse della Comunità rende giustizia all'immagine complessa che si ricava da uno sguardo attento sul GAP. In questo senso siamo ricorsi maggiormente a collaborazioni dirette con i Comuni per la gestione di situazioni di richieste di sussistenza o abitative create da un gioco smodato. Abbiamo aperto anche collaborazioni con il Consultorio Familiare e i Tribunali che chiedono di trattare i genitori per la messa in tutela dei minori.*

*La sfida che a mio avviso ci attende e, sulla quale non potrà essere sufficiente l'esperienza accumulata con il trattamento per le dipendenze da sostanze, è il trattamento del gioco on-line, dove appunto "l'ambiente" è un ambiente virtuale e va compreso con criteri e canoni completamente diversi dall'ambiente concreto, della Comunità, in cui noi operiamo.*

*Un'ultima considerazione la rivolgerei ai trattamenti che sento molto simili come quelli dei giocatori e dei cocainomani puri. Entrambi questi fenomeni non posseggono trattamenti farmacologici con agonista come il metadone o il subutex e quindi il lavoro dello psicologo è particolarmente incisivo. Tuttavia lo psicologo dovrebbe avvalersi un terzo occhio clinico che guida e coordina i molteplici interventi focali riabilitativi.*

*Cioè il ruolo dello psicologo in queste nuove e pure forme di dipendenza non è solo colui che imposta il trattamento psicologico, è colui che compie una valutazione multiassiale e stabilisce una priorità degli interventi, vuoi il gruppo prevenzione delle ricadute, vuoi il counselling finanziario, vuoi la ricostruzione di una rete sociale, etc... .*

*In questo senso il momento della valutazione è prezioso ma anche determinante e non si può evitarlo. Diversamente la popolazione degli eroinomani, che vengono avviati verso il trattamento farmacologico, e regolarmente provano un immediato sollievo che riduce la disponibilità di avviare una valutazione o assessment psicologico in quanto non vedono una immediata utilità. Nel nostro servizio è molto più faticoso concludere un'assessment psicologica con i pazienti eroinomani che con le popolazioni dei cocainomani o giocatori".*

### **Simonetta Conti, Psicologa – Psicoterapeuta- Ser.T Cinisello ASL Milano**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2002. Grosso modo, ha incontrato 320 giocatori e circa 300 familiari. Nel corso degli anni, le richieste sono aumentate, grazie alle maggiori informazioni, alla sensibilizzazione della popolazione, all'attenzione dei media e agli invii fatti dai colleghi degli altri servizi. La complessità è aumentata perché la richiesta di aiuto e di presa in carico dei giocatori non è più solo su base spontanea e volontaria (e quindi con una maggiore motivazione alla cura) ma avviene anche attraverso canali istituzionali (servizi sociali, avvocati, tribunali, CPS...). Per fare un esempio spesso vengono inviati al servizio pazienti in carico da anni ai Centri di Salute Mentale: si tratta di soggetti francamente psichiatrici che hanno sviluppato un disturbo da gioco d'azzardo che è secondario alla loro patologia primaria. Accade anche più frequentemente che si presentino soggetti con abuso di sostanze (cocaina, THC, alcool) associato a comportamenti di gioco eccessivo.*

**Roberta Smaniotto, psicologa psicoterapeuta, AND**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2005; grosso modo, nella pratica professionale ha incontrato un migliaio di giocatori e altrettanti familiari. Nel corso degli anni, ha notato che l'afflusso è in costante crescita, con dei picchi legati a delle pubblicizzazioni di risorse, a degli articoli sui giornali, a degli eventi particolari (suicidi, ...). Le situazioni incontrate sono state contraddistinte da maggiore complessità, per una sottovalutazione del problema in famiglia, per un'espansione dell'identikit del giocatore (M/F, dalla licenza elementare alla laurea, dall'operaio al dirigente d'azienda, passando dal pubblico ufficiale, all'amministratore di condominio, all'insegnante, ...).*

**Silvia Cabrini, Psicologa Psicoterapeuta**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2006. Grosso modo, ha incontrato un centinaio di giocatori e una cinquantina di familiari. Negli ultimi 4-5 anni l'afflusso è cresciuto in modo esponenziale.*

*Afferma alcuni pensieri a spiegazione di ciò:*

*"1) maggiore contagio del gioco,*

*2) maggiore conoscenza delle strutture di cura (inizialmente al Ser.t arrivavano principalmente pazienti con altre dipendenze e gioco, o con diagnosi psichiatrica e gioco inviati dai servizi),*

*3) maggiore velocità nel disastarsi finanziariamente e socialmente;*

*4) la sempre maggiore possibilità di accesso ai giochi e ai finanziamenti (formalizzati e prestati dai gestori) hanno incrementato la frequenza di gioco nei novizi e in quelle persone che avevano un gioco "responsabile" (lo dice ironicamente), comunque in quelle persone che hanno mantenuto per anni un'affiliazione al gioco d'azzardo ma senza conseguenze gravi)".*

*In linea con quanto detto sopra inizialmente arrivavano più casi medio gravi, tuttavia Silvia non crede affatto che questo sia un dato di modificazione delle caratteristiche dei giocatori ma principalmente della conoscenza del servizio sul territorio.*

*Forse le complessità dal punto di vista finanziario sono quelle più in aumento, le cifre e i numeri di finanziarie implicate stanno aumentando.*

*Infine, attualmente esiste un'ampia fascia di persone senza condizioni psicopatologiche significative preesistenti in cui il gioco è il problema principale.*

**Susanna Petri, Psicologa e Psicoterapeuta**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2003; afferma "subito dopo essermi laureata, in occasione della pratica per sostenere l'esame per l'ammissione all'Albo degli Psicologi. L'ambito era il Centro di Campoformido per la terapia di gruppo del Gioco d'Azzardo Patologico. In seguito ho svolto consulenze come Psicologo presso lo stesso centro. Tra il 2007 e il 2010 ho lavorato presso due differenti ospedali in Spagna (provincia di Barcellona) presso Unità specializzate per la terapia del Gambling Patologico ed altre dipendenze non tossiche, e dal 2010, dopo aver preso la specializzazione in Psicoterapia, ho iniziato a seguire giocatori in terapia (prevalentemente individuale e di coppia) di nuovo in Italia, presso il Centro di Campoformido. Tra la pratica, le consulenze, l'esperienza in Spagna e la psicoterapia credo di aver visto più di un centinaio di giocatori, considerando anche le (poche) esperienze di terapia di gruppo in Spagna. Più o meno la stessa quantità di familiari, dal momento che ho quasi sempre visitato i giocatori accompagnati da un familiare e/o dal coniuge. Nel settore pubblico, in Spagna, ho notato una certa costanza della richiesta, sempre piuttosto consistente, ma sfortunatamente ho anche osservato una drastica diminuzione delle risorse, legata alla crisi economica, che in quegli anni raggiungeva in Spagna il suo apice, specialmente per il settore della sanità. Quindi molti professionisti (io compresa) si sono visti ridurre le ore e in pochi si sono trovati a far fronte a un'ingente quantità di lavoro, fino a che l'Unità dove lavoravo è stata data in mano a una sola persona e io sono tornata in Italia. Devo però sottolineare che, sebbene la richiesta fosse sempre*

*molto alta, esisteva una scarsa aderenza alla terapia da parte dei pazienti e frequenti abbandoni alle prime sedute (se non addirittura dopo la prima visita). Pochi hanno seguito il protocollo (8 o 12 sedute) fino alla fine, molto pochi con successo, e quasi tutti quelli di cui ho notizia sono poi ricaduti. Nel privato in Italia, invece, la richiesta di psicoterapia nell'ambito del settore privato è sicuramente diminuita con la crisi, problema a cui personalmente ho cercato di far fronte con un adeguamento delle mie tariffe al target. Ho però osservato con soddisfazione una maggior collaborazione e assiduità da parte dei pazienti e soprattutto delle loro famiglie. In diversi casi ho avuto dei successi terapeutici (anche se onestamente devo ammettere che non sono stati molti). Nel settore pubblico in Spagna esisteva una grande variabilità di situazioni, in termini di gravità del problema, di complessità della situazione generale ed anche di patologia, tenendo conto di una maggiore o minore comorbidità. Sono giunta a trattare casi di GAP associato a schizofrenia e gravi disturbi della personalità, così come a situazioni altamente compromesse a livello psicosociale. In questi casi il problema più difficile da affrontare era la mancanza di risorse sociali e familiari. Il lavoro era svolto sempre in coordinazione con un'equipe multidisciplinare, ma per i casi più complessi, secondo il mio modesto parere, si dava al GAP una priorità che forse non aveva, emergendo come la conseguenza di una situazione clinicamente e/o socio-economicamente compromessa a priori. Nel privato, in Italia, le situazioni che mi sono trovate ad affrontare erano quasi tutte di gravità piuttosto contenuta dal punto di vista del sintomo (molti giocatori arrivavano già in astinenza o in fase di contemplazione in merito al cambiamento e con una rete sociale buona) ed anche relativamente stabilizzati dal punto di vista economico. Non mi sono mai trovata di fronte ad una grave comorbidità clinica. Ho avuto un caso di disturbo antisociale di personalità conclamato, che ho inviato a un collega, e un caso di ritardo mentale di entità moderata per il quale ho avuto la necessità di collaborare con i servizi sociali e con una famiglia peraltro poco cooperativa. Ho la sensazione che le persone che giungono in trattamento in ambito privato abbiano un livello di informazione e di consapevolezza maggiore rispetto al proprio problema, e dimostrino altresì una maggiore motivazione personale ad affrontare la terapia. Nel settore pubblico ho osservato per lo più casi di grande disagio psicologico e sociale per i quali il trattamento del gioco patologico ha risolto solo aspetti molto marginali della complessa situazione generale.*

### **Valeria Locati, psicologa psicoterapeuta**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2006. Ha incontrato almeno 150 giocatori tra tirocini, gruppi, ambulatorio AND, studio privato e ASL e 70/80 familiari. Nel corso degli anni, presso il SerT gli accessi sono aumentati in concomitanza con la disponibilità di una presa in carico, sia attraverso il passaparola tra gli utenti, sia grazie al lavoro di rete con gli altri servizi pubblici. Spesso gli invii sono stati a carico proprio di questi altri servizi, prevalentemente Consultori e CPS, ma anche in seguito alla formazione effettuata con gli Esercenti nell'ambito delle prescrizioni della legge regionale. Negli anni, l'interruzione del rapporto di lavoro della Collega con i servizi ha prodotto più volte l'inevitabile allontanamento degli utenti e la ricerca di altri contesti fino a nuovo contratto, conducendo a una frammentazione dell'attività di cura.*

*Gli accessi al gruppo donne (altro contesto di attività della Collega) invece non pare che siano aumentati considerevolmente nel tempo: ciò ancora una volta testimonia la reticenza del sesso femminile alla cura durante una fase attiva del ciclo di vita per lasciare spazio ad un più difficile orientamento da anziane.*

*Nel contesto privato, invece, Valeria ha registrato un lieve aumento delle richieste specifiche di presa in carico per GAP, motivate da una buona disponibilità e economica e dal rifiuto di una presa in carico presso un servizio altamente connotato quale il SerT. Come è facilmente intuibile, però, il trattamento non è stato continuo e ha comunque richiesto l'intervento di altre figure professionali. La complessità è sicuramente*

aumentata, soprattutto da un punto di vista della compromissione delle relazioni familiari, della situazione finanziaria, della polidipendenza e spesso della doppia diagnosi.

**Graziano Bellio, Medico Psichiatra, Direttore Del Dipartimento Per Le Dipendenze**

Nel 2000 ha visto il primo familiare, forse nel 2001 il primo giocatore. Grosso modo, dai 100 ai 150 giocatori circa, visti direttamente; soli familiari = alcune decine, ma la maggior parte dei giocatori li ha visti anche con i familiari (chiede sempre che il giocatore venga accompagnato dal familiare al primo colloquio, se possibile). Il numero di giocatori che hanno chiesto un trattamento si è progressivamente incrementato sino a diventare il secondo gruppo per patologia del servizio, dopo i tossicodipendenti da eroina, superando i soggetti con dipendenza da cocaina. Da circa tre anni il numero si è stabilizzato intorno ai 120 pazienti visti per anno (dato di prevalenza). Il dato relativo all'aumento progressivo risente del fatto che all'inizio e per circa 8 anni l'ambulatorio si è fatto conoscere e ha accolto giocatori provenienti da diversi territori. Successivamente, mano a mano che venivano attivati spazi di consulenza e trattamento per giocatori nei SERD limitrofi, si è progressivamente ridotto l'accesso da parte dei fuori ULSS. Pur non avendo dati di incidenza e prevalenza nella popolazione generale del suo territorio, la sensazione generale è che la presenza di giocatori patologici si sia espansa negli anni sino a divenire un elemento di comune osservazione tra i cittadini nella loro quotidianità. È comunque possibile che anche nella popolazione generale il fenomeno abbia ormai raggiunto una sua stabilizzazione sul piano quantitativo. L'impressione sommaria è che casi alquanto complessi fossero presenti anche nei primi anni di attività. Forse andrebbe definito il criterio secondo cui si definiscono i casi come complessi. La componente sociale e finanziaria, associata alla perdita dei riferimenti familiari, è un elemento importante. Nel tempo però si è visto che altre forme di complessità si sono aggiunte: ad esempio l'estensione dell'abitudine all'azzardo alla popolazione dei pazienti psichiatrici (psicotici). Con l'incremento della diffusione e della facilità di accesso ai punti gioco questi casi sono diventati più numerosi negli ultimi 7-8 anni, secondo l'esperienza e memoria del Collega.

**Maurizio Avanzi, medico che lavora in un Ser.T. dal 1992, attualmente Responsabile per la Cura del GAP per l'AUSL di Piacenza.**

Il primo giocatore d'azzardo è stato visto nel 1999. Grosso modo, da allora ne ha incontrati più di 300. Una cinquantina di familiari. Negli ultimi 15 anni c'è stato dapprima un aumento di richieste di aiuto, ma negli ultimi 5 anni l'aumento delle richieste è stato esponenziale. Lo scorso anno è stato raggiunto il numero massimo di pazienti (154) che è per Avanzi e il suo servizio è possibile seguire con le forze attuali e quindi non sarà loro possibile andare oltre. La patologia non è nei LEA e dovendo intervenire senza nuove risorse è stato necessario in qualche modo "nascondersi" e fare pochissima pubblicità alla possibilità di cura per non soccombere alle richieste. Ogni caso è a sé stante. La complessità è elevata e "paradossalmente è maggiore se le competenze crescono, poiché riesci a cogliere aspetti che prima sottovalutavi". Secondo Avanzi la complessità è molto maggiore, perché molto spesso il disturbo da gioco d'azzardo è solo la punta dell'iceberg: gli anni di gioco hanno messo a repentaglio relazioni, economia, lavoro, integrità morale e peggiorato disturbi psichiatrici e comorbidità varie.

**Gianni Savron, medico psicoterapeuta, Spec. Psicologia clinica, libero professionista.**

L'anno in cui ha visto il primo giocatore d'azzardo era nel 1998/2000, ma non ne è sicuro. Grosso modo, nella pratica professionale ha incontrato circa 30/35 giocatori ed una ventina di familiari, ma afferma "veramente non so, perché il mio schedario è in ordine alfabetico e non per patologia, per cui recupero solo i nomi, a meno che non stia facendo una ricerca". Non ravvede differenze in complessità crescente ma piuttosto in somme giocate e nel tipo di gioco. All'inizio erano i video-poker, qualche casinò, ora prevalentemente slot e qualche giocatore di poker, qualche donna.



**Stefano Oliva, Psichiatra e Psicoterapeuta, Clinica Le Betulle Appiano Gentile**

Primo giocatore visto nel 1999; da allora con un controllo piuttosto sommario ne ha seguiti circa 300. "Raramente ho seguito un giocatore senza che sia stato presentato o accompagnato da un familiare... Più spesso mi è capitato di vedere famigliari...non accompagnati dal giocatore... Nei primi anni del 2000 eravamo fra le poche strutture in Italia che se ne occupavano e disponevamo di un sito internet che ci garantiva una certa visibilità. Negli ultimi anni sia il settore pubblico, che il privato hanno moltiplicato l'offerta terapeutica e questo ha generato un calo della domanda di interventi, selezionando maggiormente una fascia di utenti interessati ad un intervento di presa in carico psicoterapeutica (SPT di gruppo, ma anche individuale) a lungo termine, con l'obiettivo di raggiungere un più completo cambiamento che vada al di là della sola gestione della problematica connessa al gambling. Nel settore privato, dove noi lavoriamo, ci troviamo inevitabilmente a fare i conti con i costi della terapia, tematica ancor più vivamente sentita nelle famiglie con giocatori patologici e in particolare in questi ultimi anni di congiuntura economica negativa. Ciò deve essere compensato con una sostenibilità dell'intervento terapeutico (concentrazione rapida sui punti chiave del problema, coinvolgimento della famiglia nel monitoraggio di punti di controllo prognostici, terapia di gruppo) e una più profonda qualificazione dell'intervento terapeutico stesso (psicoterapia volta al cambiamento, disponibilità professionale ed umana nei confronti dei pazienti e dei famigliari). Il nostro spaccato di realtà clinica, come accennato più sopra, non è certamente rappresentativo della complessità sociale che risulterà più evidente in un centro pubblico o convenzionato. Il nostro paziente tipo è un paziente con grado culturale e lavorativo medio-alto (ovviamente con le debite eccezioni...), con una discreta presenza di tessuto familiare valido e una chance di riorganizzare la propria vita (economicamente in primo luogo) usufruendo delle proprie potenzialità lavorative. Un paziente cioè che necessita assolutamente di dover smettere di giocare (spesso sull'orlo del baratro...), ma che ha ancora (con un po' di fortuna?!) la possibilità di risollevarsi lentamente, grazie allo stop del circolo vizioso e all'impegno nella propria attività di lavoro. Pur con i limiti conseguenti al nostro specifico punto di osservazione, posso però dire che negli ultimi anni è sempre più frequente il fenomeno della polidipendenza, con conseguente necessità di agire su più fronti e dell'abbassamento dell'età di insorgenza di fenomeni di abuso. Inoltre si sono resi assai evidenti negli ultimi anni i cambiamenti di natura cultural-educativa presenti nella società: impulsività, insofferenza e disallenamento rispetto alle regole e alle frustrazioni, complessità di organizzazioni caratteriali al limite (nei pazienti e nei famigliari) rendono l'intervento terapeutico e il rapporto curanti/pazienti/famigliari più complesso e incerto rispetto ad un tempo...

**Gianmaria Zita, medico psichiatra**

Il primo giocatore d'azzardo è stato visto nel 2004/2005. Da allora, ha incontrato nella pratica professionale circa 300 giocatori e circa 80 familiari. Nel corso degli anni afferma "Ho notato un aumento lineare della domanda ai servizi per le dipendenze che ha obbligato la nostra equipe a riorganizzare l'offerta trattamentale. Sembra però che l'età media rimanga ancora molto elevata e che manchi una richiesta da parte di una popolazione più giovane. Le richieste di presa in carico sul GAP sono sempre state "più complesse di quanto sembrasse in prima istanza". Sono però aumentate attualmente le richieste dagli altri servizi che ne aumentano la complessità, ad es. casi in doppia diagnosi inviati dai CPS, iniziano a comparire alcune richieste di programma alternativi alla carcerazione.

**Alessandra Bassi, counsellor sistemico-relazionale professionista, formatore**

Non lavora con i giocatori d'azzardo, ma da anni si occupa del problema in contesti non terapeutici: prevenzione, formazione, sensibilizzazione, supporto, pacificazione ...

Il suo lavoro sul gioco d'azzardo fa parte di un incarico relativo alla prevenzione delle dipendenze affidatole nel 2007 dalla cooperativa sociale L'Arco di Piacenza. Si è occupata quindi di prevenzione del gioco

*d'azzardo patologico e di formazione degli operatori dei centri di aggregazione. Ha organizzato e gestito come formatrice un corso per gli operatori sociali della Val Tidone della provincia di Piacenza: l'aula ha chiesto di trasformarsi in un gruppo di lavoro che si incontrerà regolarmente.*

*Come cooperativa L'Arco ha collaborato con l'Associazione La Ricerca: insieme a Fausta Fagnoni della Ricerca ha pensato e realizzato progetti di sostegno ai familiari dei giocatori d'azzardo seguiti dal Ser.T., conducendo percorsi di gruppi di counselling e percorsi di pacificazione familiare.*

*Nel 2013-2015 ha avuto un incarico anche dallo SVEP, Centro servizi per il volontariato, come coordinatrice e formatrice in un progetto di sensibilizzazione sui problemi dei familiari dei giocatori d'azzardo patologici: "Dalla Trappola del gioco d'azzardo alla Rete della solidarietà". Sempre insieme a Fausta ha quindi girato tutta la provincia di Piacenza, facendo formazione e coinvolgendo associazioni e persone in varie iniziative. In esito al progetto sono stati redatti un testo sui temi affrontati nel percorso, costituito un gruppo di persone interessate a coinvolgersi in futuro, aperto uno spazio d'ascolto, lo Spazio Trappola, aperto a chiunque voglia informazioni sul gioco d'azzardo. Un altro esito del progetto è la sua prosecuzione con progetti gestiti dagli studenti delle scuole superiori di Piacenza.*

*Collabora con il corso di laurea magistrale in progettazione del servizio sociale dell'Università di Parma (Giurisprudenza), dove è cultore della materia per una docente di Politiche sociali per la famiglia e di Welfare per le famiglie: i suoi interventi in aula e nei seminari sono spesso centrati sul gioco d'azzardo e sui suoi effetti sulle famiglie e sul lavoro degli assistenti sociali.*

*Ha incontrato prima i familiari (una cinquantina, dal 2012) e in seguito i giocatori d'azzardo (una decina dal 2014). In merito all'ingravescenza delle situazioni, pur tenendo conto del fatto che il Ser.T. è un filtro totale, le situazioni dei familiari dei giocatori d'azzardo le sono sempre sembrate le più complesse che abbia mai incontrato come counsellor. Sono complesse e dense di sofferenza come nessuna altra situazione.*

### **Angelo Battista Castellani, Educatore Professionale**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2007, e da allora ha incontrato nella pratica professionale circa 130 giocatori e grosso modo un centinaio di familiari. A parte il 2014, i numeri dell'affluenza al servizio in cui lavora di questa tipologia di persone è stato in costante crescita. Crede che ciò sia dovuto a più fattori: maggior conoscenza della possibilità di accedere al servizio; più attenzione della popolazione generale, dei servizi e dei media in generale sul tema; maggior diffusione del problema azzardo; più consapevolezza delle persone di essere dentro un problema più grande di loro.*

*Per quel che riguarda la complessità delle situazioni, in termini generali, all'inizio, le richieste che arrivavano erano richieste di consulenza su situazioni apparentemente più semplici da affrontare. Oltre a queste persone arrivavano quelle di persone che avevano una diretta relazione con il servizio tossicodipendenze in cui lavorava o, al massimo, di qualche collega che era venuto a sapere che era stata "aperta" la possibilità di offrire un tipo di offerta per le persone con un problema di azzardo. Rispetto alla complessità quindi il dato è un po' "fuorviato" da questo elemento. In ogni caso negli anni ha notato che, in generale, è più facile che accedano al servizio persone che sono in situazioni piuttosto complesse, non solo dal punto di vista economico ma anche familiare, relazionale, psicologico e psichico. E' vero comunque che non mancano persone che presentano "solo" un problema di azzardo senza particolari altre difficoltà. Anche il dato rispetto alle situazioni complesse da un punto di vista psichico potrebbe essere in parte "falsato" perché, tra i servizi inviati, il CPS sembra sia quello che più ha colto l'opportunità del servizio sull'azzardo. Come ultimo aspetto segnalerebbe, per quanto concerne la sua esperienza, una maggior affluenza, negli ultimi anni, di persone di fascia d'età inferiore alla media di accesso dei primi anni (circa 45 anni).*

**Anna Colombo, Assistente sociale**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2005. Da allora ha incontrato circa 300 giocatori e 600 familiari. Rispetto ai primi anni di lavoro il numero di giocatori d'azzardo che fanno una richiesta di aiuto è notevolmente aumentato così come il numero di familiari. Sicuramente oggi il servizio presso cui lavora è molto più conosciuto sul territorio rispetto agli anni passati. Anche gli sportelli di aiuto sono più conosciuti, sia dalla popolazione che dai diversi servizi che possono intercettare il problema. La sensibilizzazione sul tema del gioco d'azzardo patologico avvenuta negli anni ha reso anche i vari servizi del territorio (sia di base che specialistici) e le varie agenzie più sensibili alla tematica e più informati rispetto al rischio di sviluppo di patologia, pertanto più attenti e pronti all'invio a servizi specialistici e/o sportelli di ascolto. La diffusione e la pubblicizzazione del gioco d'azzardo ha reso la popolazione più vulnerabile e i familiari/parenti/conoscenti più critici rispetto a comportamenti di gioco dei loro congiunti.*

*C'è più informazione e attenzione sul rischio di malattia e si conosce maggiormente dove poter chiedere consulenza/aiuto.*

*Nei primi anni intercettava e prendeva in carico giocatori d'azzardo che arrivavano a chiedere aiuto con situazioni molto compromesse, sia dal punto di vista psicopatologico che socio-familiare-economico. Inoltre le persone che si rivolgevano ai servizi di cura (sia giocatori che familiari) erano assolutamente inconsapevoli rispetto al concetto di patologia e dipendenza. L'accesso al servizio per le dipendenze era infatti un elemento per loro molto stigmatizzante e spesso chiedevano la possibilità di luoghi diversificati per gli appuntamenti. Non si riconoscevano nella patologia della dipendenza.*

*Negli ultimi 4-5 anni, le domande di presa in carico di utenti con ancora molte aree socio-lavorative non compromesse è notevolmente aumentata. Anche la situazione economica in percentuale è spesso meno compromessa rispetto agli accessi dei primi anni (2004-2009). Accede al servizio un maggior numero di utenti con situazioni meno compromesse da un punto di vista socio-economico. Crede che oggi le persone possano permettersi di presentarsi, riescono a chiedere aiuto in tempi più brevi. Non è raro che al servizio arrivino persone con storie di gioco relativamente brevi (3-4 anni). Anche i familiari spesso chiedono aiuto in tempi più brevi.*

*Un'altra differenza importante riguarda il numero di accesso di donne. Per quanto in percentuale sicuramente molto inferiore rispetto agli uomini, negli ultimi anni gli accessi di donne ai servizi in cui lavora sono aumentati rispetto al passato.*

*Nella sua realtà lavorativa anche il numero di familiari è notevolmente aumentato, e spesso sono coinvolti nel programma più familiari per ogni utente.*

*La complessità della problematica, da un lato è sicuramente aumentata in quanto i carichi di lavoro, le risorse accessibili e le tematiche da affrontare sono elementi di grande rilevanza. Tuttavia è aumentata in parallelo la professionalità, la competenza specifica e le tipologie di programmi terapeutici. Tale condizione rende la collega sicuramente più pronta ad affrontare la complessità della patologia rispetto al passato quando si sentiva completamente "alle prime armi".*

**Caterina Forza, Educatrice e Ivana Stimamiglio, Psicologa, Ser.D-Ulss 19 Adria**

*Caterina: "Ho visto il mio primo giocatore d'azzardo nel 2002, durante un corso di aggiornamento che avevamo organizzato con l'Associazione ACAT locale che iniziava (unitamente al Servizio) a ricevere richieste d'aiuto a causa dell'azzardo. Era un giovane uomo che frequentava i G.A. di Padova e che ha portato la sua testimonianza. Ricordo che una conclusione tratta dai partecipanti all'aggiornamento (operatori Ulss, operatori del Ser.T., Servitori-Insegnanti e famiglie dei CAT - Club Alcolici Territoriali-Metodo Hudolin) fu che l'azzardo procurava alle famiglie gli stessi problemi e sofferenze causati dall'alcol e dalle altre droghe, ma un'altra conclusione che il Servizio trasse fu che non avevamo strumenti idonei ad affrontare il*

*problema, per cui si decise di inviare i giocatori ai gruppi G.A. di Padova. Al Servizio, anni dopo, nel 2007, ho intercettato la mia prima richiesta d'aiuto da parte di un familiare (una moglie di un giocatore), separata di fatto dal marito, anche se non ufficialmente; una famiglia un tempo molto facoltosa, ora invece ridotta sul lastrico."*

**Ivana:** *"Le prime famiglie con GAP le ho incontrate nel 2007, quando è partito il primo gruppo A.M.A. azzardo. Erano famiglie che venivano in precedenza seguite individualmente dal Responsabile del Servizio, e ricontattate per far partire il gruppo."*

**Caterina:** *"Dal 2000 al oggi si sono rivolte al Servizio circa 170 famiglie/giocatori/giocatrici, di queste ne ho incontrate per la formazione di base (fase dell'Accoglienza- psicoeducazione) circa un centinaio; di queste ho seguito nei gruppi A.M.A., nel tempo, circa 50 situazioni."*

*Un discorso a parte sono gli alunni, insegnanti e genitori che Ivana ed io abbiamo incontrato a Scuola con alcuni progetti di prevenzione, nonché cittadini, volontari, operatori, amministratori, ecc. che abbiamo incontrato in interventi di promozione della salute nel territorio. Nel corso dell'anno scolastico 2014-2015, si sono raggiunti circa 1.700 alunni, 50 insegnanti, 20 genitori, attraverso 3 progetti specifici e 2 assemblee d'Istituto; 200 volontari di svariate associazioni e circa 150 cittadini in numerosi incontri di sensibilizzazione/promozione della salute nel territorio."*

**Ivana:** *"Mentre Caterina si occupa della fase dell'accoglienza-psicoeducazione, io curo la parte del primo contatto e dei colloqui motivazionali (in genere tre incontri nella fase iniziale), nonché il sostegno psicologico nel tempo. Entrambe siamo facilitatrici di gruppo (attualmente due)."*

*Dal 2007 ad oggi ho incontrato, anche per un solo contatto, 160 utenti."*

**Caterina e Ivana:** *"Il nostro approccio è fondamentalmente sistemico-famigliare, per cui cerchiamo il coinvolgimento del maggior numero dei famigliari, non solo al fine del tutoraggio economico, ma perché la famiglia è parte del problema, ma anche parte della soluzione."*

*Di fatto, i famigliari che si rivolgono al Servizio in prima battuta, senza il giocatore, sono molti. Per la stragrande maggioranza, in seguito, arriva anche il giocatore/giocatrice. Pochi famigliari non riescono a portare il giocatore, all'incirca il 10%. Abbiamo incontrato circa 200 famigliari."*

**Caterina e Ivana:** *"Le richieste sono aumentate nel momento stesso in cui abbiamo fatto partire i gruppi di auto mutuo aiuto e pubblicizzato la loro presenza nel territorio, nonché pubblicizzato l'intervento del Servizio in questo campo. Aumentando l'offerta è aumentata anche la richiesta. Le richieste continuano ad arrivare e al momento si sono stabilizzate intorno alle 20-25 situazioni all'anno. Nel 2014 le famiglie con GAP in carico al Servizio sono state 61, su 789 utenti complessivi in carico al Ser.D.. Le situazioni Gap rappresentano pertanto circa 8% (7,7%) degli utenti in carico (Valutazioni SerT, art.75, alcolisti, tossicodipendenti, fumatori, giocatori d'azzardo)".*

**Caterina e Ivana:** *"Nel tempo abbiamo constatato un aumento della complessità delle situazioni nei termini di:*

- *combinazioni di più comportamenti additivi (multidimensionalità della sofferenza): alcol-azzardo, droga-azzardo, alcol-fumo-azzardo, azzardo-droghe e problemi psichici, azzardo e problemi psichici, ecc.;*
- *giocatori/giocatrici soli/e, o con reti famigliari quasi inesistenti, molto deteriorate;*
- *giocatrici anziane, a volte separate o vedove, o che non vogliono il coinvolgimento dei famigliari; ancora, con i famigliari (in genere i figli, ma anche i mariti) che non vogliono partecipare al percorso;*
- *famigliari di giocatori che partecipano senza riuscire a coinvolgere il giocatore/ice e che per questo motivo lasciano il programma in breve tempo.*

**Marcella Gilli, Assistente Sociale; SerT Aosta**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2007, da allora ne ha incontrati 164; in aggiunta ha visto circa 10 famiglie in consulenza familiare. Dopo il periodo iniziale di apertura dell'equipe gap hanno avuto un afflusso sempre maggiore fino al 2015 (il picco più alto nel 2009). Nel 2015 sul territorio è stata aperta un'associazione che in parte collabora con il SerT (gestita da loro ex pazienti). Hanno però osservato che da quando hanno aperto sono calate le domande al servizio. Questa patologia da loro si è accompagnata spesso con patologie psichiatriche sottostanti, con abuso di alcol (spesso la presa in carico è proprio con l'alcolologia), con comportamenti delittuosi anche gravi, abuso di internet, dipendenza affettiva. Sempre maggiore deve essere il lavoro di equipe integrato ai massimi livelli.*

**Fabio Pellerano, Educatore Professionale**

*Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2009; grosso modo, ha incontrato circa 100 giocatori e 20 familiari nella pratica professionale. In merito alle differenze nell'afflusso di questa tipologia di pazienti in termini di quantità di domande/accessi, le ha viste in aumento dal 2009 e negli ultimi due anni una sorta di assestamento. Si sono presentati al Servizio un numero maggiore di persone comorbili rispetto al passato, alcune certificate dalla presa in carico anche del Centro di salute mentale, altre, la maggioranza, non lo sono, oppure sono in carico a professionisti privati. In alcune circostanze arriva al Servizio prima un familiare, poi il giocatore.*

*In media la complessità è aumentata, all'aumentare delle persone in carico. Per un numero importante di casi non si tratta solo di smettere di giocare, ma anche di ripianare i debiti, di ristabilire delle relazioni decenti in famiglia, di prendersi cura di una depressione o di altri aspetti della propria salute, di cercare un lavoro, di avere un amministratore di sostegno o di usufruire di una psicoterapia. In alcuni casi si è poi consigliata una terapia di coppia con un invio ad un Servizio esterno oppure di una psicoterapia da un professionista privato.*

**Umberto Caroni, Educatore Professionale**

*Nel 1998 per la prima volta ha visto due giocatori d'azzardo in contemporanea: erano due utenti del loro Centro per le tossicodipendenza in fase di rientro sociale e lavorativo, abitavano assieme alla madre di uno di essi per motivi economici non avendo un reddito sufficiente per rendersi autonomi. Entrambi avevano sospeso l'uso di eroina, credibile anche perché la madre era una madre antidroga e la sapeva lunga, ma entrambi erano entrati nel meccanismo degli allora videopoker. Da qui ha compreso i primi distinguo tra sostanza stupefacente (eroina) e gioco d'azzardo (videopoker), così come appariva chiaro che il giocare usava il videopoker come un modo per estraniarsi, in una pseudo-ipnosi tra video e mantra musicale. La storia è nata da lì, poi approfondendo l'argomento azzardo ha scoperto un mondo distante dalla semplice migrazione. Nel 1999, su richiesta dell'allora Presidente del Centro, gli fu chiesto di capirne qualcosa di più e di attivare qualche forma di trattamento vista l'esperienza di gruppo territoriali CAT attivati sul territorio nel corso del precedente lavoro al SerT. Da allora grosso modo, nella sua pratica professionale ha incontrato all'incirca 700 giocatori, compresi tossicodipendenti-giocatori, alcoolisti-giocatori in dipendenza crociata, migranti da una dipendenza all'altra, con un più o meno grave disturbo di personalità concomitante dove l'azzardo può considerarsi una patologia secondaria ... Quanti familiari? Più o meno la metà, mogli, mariti, genitori, figli, fratelli, sorelle ... in specie un dato che emergeva già all'origine e che perdura tuttora è che le pratiche d'azzardo sono diffuse in ogni famiglia, d'origine o acquisita; ovviamente non è patologia ma è normalità nella maggior parte dei casi, se si eccettua qualche giocatore maschio con un padre anch'egli con problemi di gioco. Inoltre nel gioco d'azzardo nessuno è innocente, le prime conferme sulla bontà delle giocate e delle vincite arrivano proprio dal nucleo familiare, per cui c'è da fare un lavoro nel distinguere un gioco adeguato da uno patologico quando emergono aspetti disturbanti in uno dei componenti L'afflusso di*

questa tipologia di pazienti in termini di quantità di domande/accessi è stata in costante aumento negli anni iniziali, l'imbuto dell'AzzardoPoint nel nulla esistente. Solo ultimamente le richieste si sono prima stabilizzate e poi leggermente calate in termini di richieste dirette; permangono invii dai SerT per la buona rete territoriale con risposte diversificate, dai Piani di Zona dei Comuni associati. In pratica il numero complessivo di utenti da ....anni è stabile. Dai giocatori di Casinò e ippodromo a quelli dei videopoker esistono differenze sostanziali. Degrado di persone che ricorrono all'azzardo. In prima battuta il contagio dell'offerta di gioco era generalizzato, molti gap e pochi disturbi di contorno; ora giocano anche i malati seguiti dai vari CSM (l'80% degli utenti dei CSM in fase di borsa lavoro o sostegno economico ha almeno un finanziamento acceso con una finanziaria e ha difficoltà a rientrare) e qui gli esiti di cura, a parte l'andirivieni, sono molto più complicati, tant'è che come servizio si sono dotati di molti più strumenti.

#### **Sara De Micco – Avvocato – AND – Azzardo e Nuove Dipendenze**

Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2002. Da allora, ma in particolare dal 2007 in poi, nella pratica professionale ha incontrato circa 630 giocatori – in media 70 all'anno; prima del 2007 dati scarni ma almeno una media di 30 all'anno – circa la metà di quelli certi dal 2007, dunque almeno altri 150: totale 780 giocatori. Per quel che riguarda l'accesso di familiari, dal 2007 al 2012 circa 480 in quanto vedeva più familiari che giocatori; prima del 2007 circa 250 secondo i dati ritrovati – in media 50 all'anno; dal 2013 il giocatore viene sempre accompagnato da almeno due familiari e nessun familiare viene senza giocatore: per cui in media 120 all'anno, e dunque altri 350 circa – all'ottobre 2015. Totali 1080. I giocatori che chiedono l'assistenza legale per fare fronte ai disordini patrimoniali cui accedono a causa della patologia sono aumentati del doppio dal 2007. A differenza degli anni scorsi, dal 2013 si fanno sempre accompagnare da familiari in quanto non hanno fiducia di se stessi e si rendono conto di essere abili manipolatori; pertanto, preferiscono mettersi sotto il controllo di altri. Rispetto all'inizio della attività, De Micco rileva che l'acquisizione di esperienza rende più agile il lavoro; tuttavia, oltre alle tipologie standard, compaiono sporadicamente casi più complicati, soprattutto laddove il giocatore abbia avuto accesso a grandi quantità di denaro, a credito al pubblico, a fondi pubblici o trattasi di giocatore imprenditore o libero professionista, soprattutto se agente di commercio o mediatore assicurativo o finanziario.

#### **Elisa Del Rio - Avvocato – AND – Azzardo e Nuove Dipendenze**

Ha visto il primo giocatore d'azzardo nel 2013, nell'ambito dello Studio Legale De Micco-Ferrari di AND, incontrando una decina di giocatori e una ventina di familiari. Ritiene che, per quanto riguarda l'afflusso sia senz'altro in aumento. Bisognerebbe, però, tenere in conto dell'influenza che la maggior specializzazione dello Studio nella materia ha rivestito in tale fenomeno. Le complessità riscontrate sono abbastanza costanti, prevalentemente attinenti il sovraindebitamento e la gestione, non sempre facile, del giocatore da parte dei familiari e dei professionisti incaricati, anche mediante lo strumento dell'Amministrazione di Sostegno.

#### **Emanuel Gennaro - Avvocato – AND – Azzardo e Nuove Dipendenze**

Nel 2013 vede il suo primo giocatore. Da allora vede circa 150 giocatori e 250 familiari. La quantità di domande di tutela per G.A.P. e familiari è in continuo crescendo. A suo parere, il fenomeno è sempre più studiato e affrontato; trova positivo il fatto che sempre più persone aprano gli occhi e siano alla ricerca di informazione per meglio affrontare la malattia. Molte situazioni sono simili nell'evoluzione della dipendenza, nascente da insoddisfazioni o traumi pregressi per sfociare nella valvola di sfogo del gioco. Ritiene che i casi maggiormente complessi siano quelli che presentano comorbidità. Differenze tangibili presentano le varie ricostruzioni delle esposizioni debitorie; in particolare le più complesse sono quelle

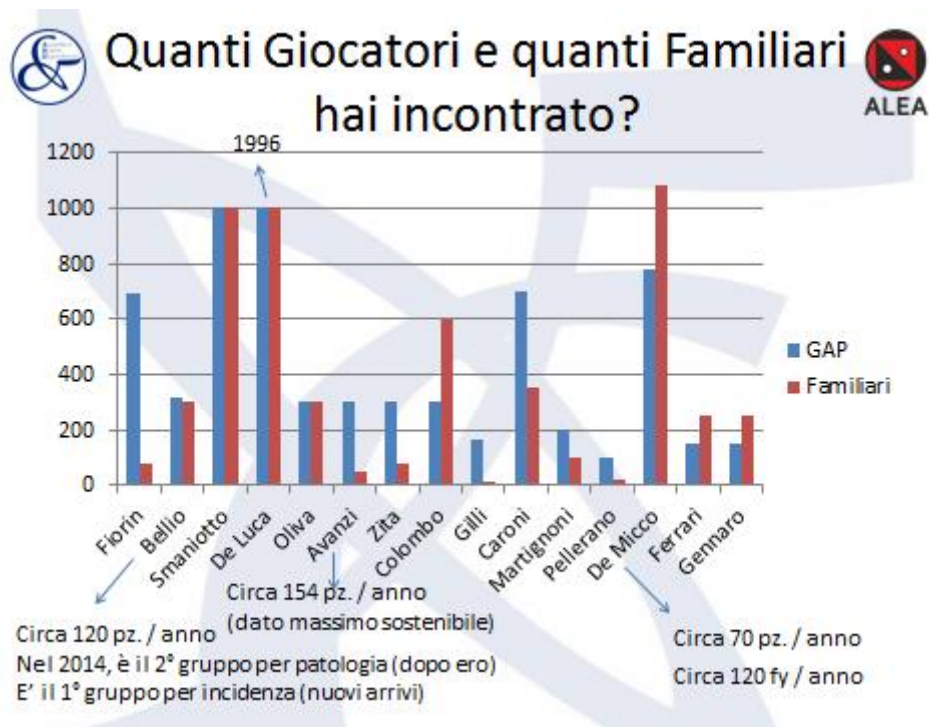
contratte da G.A.P. lavoratori autonomi con esposizioni debitorie nei confronti dello Stato. Di più semplice ricostruzione e conseguente offerta di tutela sono i G.A.P. lavoratori dipendenti e pensionati.

**Giorgio Ferrari - Avvocato – AND – Azzardo e Nuove Dipendenze**

Nel 2012 vede il suo primo giocatore e da allora grosso modo, ne ha incontrati 150, oltre a 250 familiari. L’afflusso è in costante aumento; l’aumento delle possibilità di giocare nonché la crisi economica spingono più persone a giocare per tentare il colpo di fortuna che potrebbe cambiare la vita ma che in realtà svuota il patrimonio. Le situazioni erano complesse all’inizio e lo sono ancora allo stesso modo in quanto coinvolgono diversi aspetti: psicologico, familiare, sociale, lavorativo e patrimoniale.

**In sintesi**, quel che emerge dalla ricognizione delle caratteristiche generali, profila un panorama dove il primo giocatore è stato visto nel 1996 (dagli “antesignani”), tra il 1999 e i primi anni 2000 (dagli “storici”), dal 2005 in poi (dagli altri operatori psico-socio-sanitari) e dal 2007 in poi, ma in particolare dal 2012 (dai legali).

Per quel che riguarda i volumi, di richieste giunte ai servizi/unità di offerta dei colleghi intervistati, il diagramma sotto riportato mostra la consistenza numerica della casistica trattata dai colleghi interpellati.



Relativamente al trend di affluenza, ecco in sintesi quanto rilevato dai Colleghi.

**IN AUMENTO**

La maggioranza evidenzia un aumento (lineare, esponenziale, raddoppio) spesso nonostante «il nascondimento» dell’offerta (non pubblicizzata). Per info generali sui media, invii da colleghi, maggiore conoscenza delle strutture da parte dei pazienti, esplosione del numero delle persone bisognose, eventi critici, maggiore velocità nel disastarsi economicamente e nello slittamento in patologia di giocatori prima «controllati» ...

## IN DIMINUZIONE

Evidenziata laddove sono state aperte altre risorse di aiuto «Prima non c'era nulla. Ora vanno anche altrove»

## STABILIZZATO

Trend recentissimo in qualche realtà: sotto osservazione

Per quel che riguarda la complessità della casistica essa è stata riscontrata essere:

## IN AUMENTO:

Per la maggior parte dei colleghi psico-socio-san nel tempo la complessità è aumentata (più richieste in comorbidità psichiatrica anche cronica – per la facilità di accesso ai giochi?; situazioni con grave indebitamento; situazioni finanziarie e sociali critiche; polidipendenza; categorie specifiche/ampliamento dell'identikit del giocatore – es. giovani/donne/anziani/soli/con professione e istruzione diversa; richieste coatte per questioni di legge – es. per comportamenti delittuosi/Serv. Sociali; situazioni familiari sempre più degradate e sofferenti; sottovalutazione del problema in famiglia).

Anche per gli avvocati: incontro con gravi esposizioni debitorie (in particolare verso lo Stato), clienti con accesso a grandi quantità di denaro e quindi capaci di grandi danni (imprenditori, liberi professionisti, agenti di commercio, liberi professionisti...), clienti /pazienti con un coté (psichico) che li rende di difficile gestione.

## IN DIMINUZIONE:

Per taluni vi è un arrivo più precoce al servizio (situazioni meno disastrose)

Una considerazione che trova tutti concordi è che il miglioramento delle competenze tecniche migliora la presa in carico. Al crescere delle competenze è aumentata la capacità di lettura: «riesci a cogliere aspetti che prima sottovalutavi. L'azzardo è la punta dell'iceberg. Poi c'è la complessità delle conseguenze: messo a repentaglio relazioni, economia, lavoro, integrità morale, peggiorato equilibrio psichico....». «Non solo smettere di giocare...» (M. Avanzi). «Forse c'erano anche prima, solo che non li riconoscevamo?» (G. Bellio). «E' più complesso di quanto appaia» (G. Zita). «Le situazioni delle famiglie sono dense di una sofferenza come nessun'altra situazione mai incontrata» (A. Bassi).

## I QUESITI DI RICERCA SONO STATI DUNQUE I SEGUENTI:

- Quali nodi critici hai incontrato nel rapporto con questi utenti?
- Quali skill ti sono state di aiuto?
- Quali skill ti mancavano all'inizio?
- Quali skill pensi di avere acquisito?
- Di quali strumenti dovrebbe disporre un operatore per trattare questa patologia?

## **RFLESSIONI INERENTI ALLO SPECIFICO PROFILO PROFESSIONALE**

### **1. Quali nodi critici sono stati incontrati nell'affrontare il rapporto con questi utenti?**

**Rolando De Luca:** *“Come sempre, ciò che conta è l'esperienza e la competenza. E questa la costruisci con duri anni di lavoro (vale in tutti i campi). Questo ha portato a mettere in atto metodi di ingaggio terapeutico sempre più “sostanziosi”. Tuttavia il dato (che meriterebbe un altro convegno) per De Luca riguarda l'ottanta*



per cento delle famiglie che viste le loro complessità non potranno mai accedere ad una psicoterapia adeguata.

**Amelia Fiorin:** *“Credo sia opportuno distinguere tre momenti diversi nel corso della mio interesse verso questa patologia:*

- *All’inizio i nodi critici erano rappresentati dall’assenza di esperienza ma anche dalla ridotta presenza di letteratura italiana specialistica. A questo riguardo gli eventi formativi organizzati intorno al primo decennio del 2000, da AND e i convegni a Campofornido, sono stati linfa cognitiva vitale. In questo periodo sul piano professionale era fondamentale per me approfondire e costruire una dettagliata anamnesi della storia del giocatore e attivare i primi suggerimenti psicoeducativi, sul modello di Ladouceur.*
- *In un secondo momento i nodi critici sono stati rappresentati dalla necessità di entrare più in dettaglio degli aspetti economici e della gestione del denaro dei pazienti in carico. Nella prassi dei trattamenti per i pazienti tossicodipendenti non è consuetudine lavorare sugli aspetti di gestione del denaro. Certo la mancanza di denaro è uno dei primi elementi che sollecitano attenzione e dubbi ma non per questo i tossicodipendenti usufruiscono di interventi specifici, focali per il monitoraggio del denaro. Tanto che una volta arrivati in servizio e contenuto il problema del consumo l’aspetto economico passa in secondo o terzo piano. Per il giocatore ciò non vale. Il denaro è la materia prima, la benzina per le accelerate sul gioco e quindi è un aspetto che necessità di essere indagato, contenuto e trattato. Questo nodo critico ci ha permesso di iniziare ad esplorare specifiche tecniche di intervento e con il trascorrere del tempo anche costruire interventi focali dedicati. Attualmente è stato possibile pubblicare una guida pratica sul tema della gestione e counselling finanziario.*
- *Al momento attuale il nodo critico è rappresentato dalle popolazioni speciali dei giocatori e loro interventi. Popolazioni speciali sono le giocatrici, gli adolescenti, gli anziani i pazienti psichiatrici. Per questi stiamo approfondendo alcuni specifici interventi come quello presente sulla guida pratica delle abilità e reti sociali. Molto è il lavoro ancora da fare”.*

**Simonetta Conti:** *La necessità di coinvolgere e lavorare anche con la famiglia: ma non è un vero nodo critico, piuttosto una risorsa.*

*Altre criticità possono risiedere nell’età avanzata di alcuni pazienti e nella difficoltà di attivare o riattivare risorse personali.*

**Roberta Smaniotto:** *Le criticità risiedono nei seguenti punti. L’emergenza e l’urgenza, come pure la non conoscenza di altri argomenti collegati (in primis le questioni legali, ad es.).*

**Silvia Cabrini:** *Tra i nodi critici rileva:*

- 1) *la presenza del familiare*
- 2) *il confronto con la realtà*
- 3) *la gestione della menzogna*

**Susanna Petri:** *Sicuramente lo scoglio più grande può essere costituito dall’assenza di motivazione interna. La terapia, specialmente all’inizio e in fase di creazione della relazione terapeutica, ruota attorno alla necessità costante di stimolare e rinvigorire una motivazione spesso carente e sempre vacillante.*

**Valeria Locati:** *La criticità risiede nella necessità di una presa in carico multidisciplinare e di un percorso distinto per giocatore e familiare in luoghi di cura non attrezzati per farlo.*

**Graziano Bellio:** *Intravede quali criticità la mancanza di una normativa, di indirizzi condivisi e di un mandato sociale chiaro, ed inoltre la mancanza di adeguate risorse, in termini sia di risorse umane che di tipo economico. dico questo pur nella consapevolezza di aver avuto il privilegio di gestire tre progetti regionali con risorse aggiuntive. Da non dimenticare poi il fattore tempo: la congestione delle attività ordinarie non ha consentito di dedicare al GAP il tempo che avrebbe desiderato.*

*Va detto infine che l'intenzione di lavorare con i giocatori in modo molto focalizzato, sul sintomo, con interventi brevi, si è rivelato ben difficile da praticare, soprattutto con i pazienti più gravi.*

**Maurizio Avanzi:** *Questi utenti in qualche modo ti mettono alla prova, sono molto sospettosi e prima di tutto oltre a cercare di farti fesso vogliono essere sicuri che capisci il loro problema e hai qualche competenza per aiutarli seriamente. Da sempre nessuno li capisce e hanno sempre dovuto destreggiarsi da soli in un mondo di illusioni e menzogne, impotenza e vergogna.*

**Gianni Savron:** *Rileva difficoltà ad entrare in relazione a causa delle loro diffidenza e il loro timore di essere giudicati e non compresi.*

**Stefano Oliva:** *Quando ha iniziato ad occuparsi di giocatori patologici la difficoltà maggiore l'ha incontrata nel prendere atto che, diversamente agli altri ambiti del suo lavoro, in questo caso il paziente non era granché consapevole di essere tale e di necessitare di cure. Spesso veniva contro voglia, sospinto più o meno forzatamente da qualche familiare. Sentiva storie incredibili, ma queste non erano accompagnate da pianti e sofferenza, bensì frequentemente da un sorrisetto ironico e minimizzante. Lo sconcerto era inevitabile. Solo dopo molto tempo ha compreso gli atteggiamenti difensivi dei gamblers e ha imparato ad aiutarli a riflettere sulle proprie vicende o a tollerare che, soprattutto all'inizio, proprio non ne erano in grado; tuttavia se aiutati e condotti sapevano ancora valutare i vantaggi e gli svantaggi che il gioco stava loro creando. Con pazienza, alternata ad una rispettosa severità e ad una significativa attenzione al timing degli interventi era possibile cercare di costruire una efficace alleanza terapeutica in tante situazioni...certo non in tutte...anzi la tolleranza alle frustrazioni e agli abbandoni di terapia Oliva pensa sia, in questo ambito clinico, uno specifico atout del terapeuta...*

*Perciò grande pazienza nel lavorare sulla motivazione, nel capire il funzionamento psicologico specifico del soggetto dipendente da gioco, nel coinvolgere adeguatamente i familiari nel processo di cura, nel dare speranze ma non facili illusioni... Questi secondo Oliva sono alcuni dei nodi critici che ci si trova ad affrontare nella terapia con i gamblers.*

**Gianmaria Zita:** *Una criticità risiede nel tasso di dropout ancora molto elevato soprattutto nei primi mesi di trattamento*

**Alessandra Bassi:** *molti sono i nodi critici incontrati nell'affrontare il rapporto con i familiari dei giocatori. La disperazione e lo stupore dei familiari rendono difficile l'accompagnamento alla ricerca di risorse, che è il suo specifico professionale. Non essendo un terapeuta, quindi non prende in carico pazienti: può invece supportare l'attivazione di persone, famiglie e gruppi. Nel caso del gioco d'azzardo le difficoltà vengono secondo lei da:*

- i. *Il trauma di trovarsi coinvolti in una situazione incredibile, non confrontabile con quella dei propri "pari" (amici e familiari che vivono situazioni normali).*
- ii. *Il trauma di capire di aver accettato menzogne per anni e di non saper distinguere fra le bugie e le verità in un rapporto centrale della propria vita.*

- iii. *I problemi economici.*
- iv. *La grande rabbia, trattenuta per paura di non riuscire poi a gestirla.*
- v. *La vergogna, il dolore della solitudine e dell'isolamento.*
- vi. *La preoccupazione per gli altri familiari.*
- vii. *La fatica del controllo economico e la difficoltà a trovare la giusta misura, oltre che a permettere alla situazione di evolvere nel tempo.*
- viii. *La paura della rabbia del giocatore d'azzardo.*
- ix. *Il senso di fallimento e di incapacità.*
- x. *La paura di affrontare la relazione con il giocatore, con il resto della famiglia, con la propria rete, con il resto del mondo. È una paura sostanziale, paralizzante. Tutto è incredibile, tutto è sbagliato, tutto è soverchiante.*

**Angelo Battista Castellani:** *trova critiche le richieste che necessitano di aggancio precoce, l'offerta del servizio limitata alle capacità e formazione degli operatori che erano di una sola categoria professionale. Rispetto al rapporto con i clienti Gap ritiene che l'aspetto più complesso da gestire sia quello riguardante le situazioni di emergenza/urgenza (tipo Tentativi Suicidari) .*

**Anna Colombo:** *rileva criticità diversificate.*

*Rispetto agli utenti : l'aggancio, l'accettare la patologia come cronica e recidivante, la motivazione alla cura per un lungo periodo, la poca disponibilità ad assumere farmaci di supporto, la difficoltà ad affidarsi e la presunzione di essere in grado di decidere da soli, il superamento del senso di colpa e di vergogna, la difficoltà ad accettare la gestione del denaro, la fatica a riconoscere e ad affrontare la parte emotiva, la difficoltà a recarsi ad un servizio SerT (soprattutto per alcune tipologie), la difficoltà a "stare dentro" ad un accordo*

*Rispetto ai familiari: la difficoltà di comprendere che si tratta di una patologia indipendente dalla volontà della persona, la difficoltà ad accettare la malattia come recidivante, la difficoltà di legittimare le proprie emozioni quale la rabbia e la vergogna, la difficoltà ad affidare ad altri la gestione del denaro, la difficoltà nel riconoscere (in alcune situazioni) la co-responsabilità rispetto a episodi accaduti, la difficoltà a farsi coinvolgere nel percorso di cura (solo per alcuni), la presenza di familiari co-dipendenti, la delega totale al terapeuta (solo per alcuni)*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*Le difficoltà maggiori le riscontrano nel coinvolgimento/tenuta della famiglia nel percorso; nel riconoscimento del problema da parte del giocatore/ice, nella difficoltà del familiare a partecipare agli incontri, colpevolizzando il giocatore/ice o banalizzando la fatica del cambiare stile di vita ("basta la buona volontà"), ma soprattutto nel mancato o parziale tutoraggio economico.*

*Un'altra difficoltà è quella legata alla sostituzione del piacere-azzardo con altre attività che diano piacere, come l'attività fisica e/o spazi di tempo libero da trascorrere in coppia o in famiglia".*

**Marcella Gilli:**

*Uno dei nodi critici (che è stata anche una risorsa) è stata quella di dover iper-definire il programma terapeutico dettagliando i diversi ruoli degli operatori. I giocatori, infatti, ci richiedono - come gli altri utenti non fanno – quale sia il ruolo di ogni professionista, quali siano gli obiettivi, a che punto del percorso sono.... Abbiamo quindi dettagliato al massimo i nostri ruoli arricchendoli di nuovi strumenti pensati da noi, dopo l'osservazione sui pazienti.*

**Fabio Pellerano:**

*Un nodo critico è rappresentato quando si incontrano pazienti in comorbilità oppure con un livello cognitivo basso o deficitario. Il rischio di suicidio è un'altra criticità da non sottovalutare. Anche l'uso di alcol o sostanze rappresenta un ulteriore problema nel quadro generale, come tratti antisociali molto marcati. A volte il familiare è troppo arrabbiato o troppo disinteressato, per cui non è una risorsa a volte per un periodo, a volte in maniera definitiva.*

**Umberto Caroni:**

*Il disturbo gambling non è alcolismo e/o tossicodipendenza: il nostro range di utenti varia dai 21 ai 78 anni, sia maschi che femmine, non vi è presenza di una sostanza (+ o – stupefacente), bevanda e farmaco che altera la percezione della coscienza, la crisi d'astinenza non è dimostrata, non esiste overdose, non vi sono patologie organiche indotte (HIV, cirrosi, neuropatie, ecc.), sono presenti somatizzazioni (attacco di panico, paura di una crisi cardiaca, ecc.) e fasi ansiogene o depressive situazionali (accanto a quelle endogene), il 60% degli utenti ha situazioni debitorie da lievi a gravi, usura in rarissimi casi (nella sua esperienza solo due), il disturbo gambling può essere alimentato solo col denaro quindi "il gap gioca per vincere il denaro che gli permetta di continuare a giocare" al di là del Chasing (il ritorno ad una situazione precedente, che non significa vinco e non gioco più).*

*Il giocatore d'azzardo patologico è sottile, banalmente, causa il disturbo e tenta di governare il caso, quindi controlla agevolmente e per lungo tempo tutte le persone di contorno.*

**Sara De Micco:**

*Tra i nodi critici incontrati nell'affrontare il rapporto con questi utenti l'aspetto prettamente psicologico, la cui minima conoscenza è richiesta anche se trattasi di consulenza legale, riveste una certa importanza.*

**Elisa Del Rio:**

*Una delle principali difficoltà, dal punto di vista della professione legale, ritiene sia quella di dover comunque tutelare una persona che, a causa della propria patologia, tende, in alcuni casi, a non percepire come "aiuto" le indicazioni che gli vengono fornite nel suo esclusivo interesse. Il Cliente in questi casi si mostra sfuggente e poco propenso a sottoporsi al controllo da parte dei familiari e comunque di soggetti terzi che agiscono nel suo interesse.*

**Emanuel Gennaro:**

*La diffidenza iniziale di alcuni giocatori d'azzardo patologici o familiari ha ritardato l'applicazione della tutela offerta.*

**Giorgio Ferrari:**

*Il rapporto con il paziente non è sempre facile a causa dell'atteggiamento del giocatore e/o del familiare; alcune volte tendono a voler sottovalutare il problema finendo poi in situazioni ancora peggiori; ci vuole tanta pazienza...*

**In sintesi** quindi i principali nodi critici incontrati nel rapporto con i giocatori possono essere riassunti come segue:

- Mancanza di normative/indirizzi/mandato
- Mancanza di adeguate risorse (umane e BDG)
- Tempo congestionato da altra attività ordinaria

Maturazione di solida esperienza e competenza (costruita nel tempo)  
La non conoscenza di importanti elementi collegati (es. gestione del denaro, questioni legali e finanziarie)  
L'alta soglia della terapia (non è per tutti)  
L'inadeguatezza di interventi brevi focalizzati sul sintomo  
La gestione della menzogna/vergogna/senso di colpa in terapia  
Consapevolezza e motivazione al cambiamento  
Sospettosità del giocatore/ difficoltà di entrare in relazione (sul piano legale può esitare in un ritardo nell'applicare misure di tutela)  
Difficoltà ad accettare la gestione esterna del denaro

I principali nodi critici incontrati nel rapporto con i familiari dei giocatori possono essere riassunti come segue:

«La disperazione e lo stupore: il trauma per vedersi coinvolti in una situazione incredibile, non confrontabile con nessun pari; il trauma quando capisci di avere accettato menzogne per anni, per non saper distinguere tra verità e bugie, i problemi economici, la rabbia, la vergogna, il dolore, la solitudine, l'isolamento, la preoccupazione per altri famigliari, il senso di fallimento...» (A. Bassi)  
«La difficoltà a comprendere che si tratta di una patologia indipendente dalla volontà della persona» (A. Colombo)  
«Alcuni familiari non si lasciano coinvolgere, delegano in modo totale»

La strategia dunque, «Dare speranze, ma non facili illusioni» (S. Oliva).

## **2. Quali skill (Competenze tecniche, Attitudini, ecc.) ti sono state di aiuto?**

### **Rolando De Luca:**

*Certamente il lavoro decennale su di se con i gruppi a orientamento analitico del Prof. Resnik e gli oltre venti con i gruppi per alcolisti. Oltre alla scuola di terapia sistemica . In particolare ora sia l'analisi individuale che la supervisione settimanale sono di grande utilità e sostegno.*

### **Amelia Fiorin:**

*La skill più utile è stata quella della continua curiosità/ricerca. La patologia del gioco d'azzardo era per lei sconosciuta nel 2000 e la possibilità di poterci lavorare ed investire ha ampliato e approfondito il suo bagaglio culturale. E' opportuno sottolineare anche il fatto che nel servizio, in cui lavorava, c'era la tradizione di poter sperimentare approcci nuovi, alternativi, innovativi e quindi si respirava anche una discreta libertà professionale finalizzata a proporre tecniche di lavoro o protocolli operativi nuovi.*

### **Simonetta Conti:**

*Utili sono stati la lunga esperienza nel trattamento clinico dei disturbi di dipendenza, le conoscenze cliniche sulle dinamiche familiari, la conoscenza di modelli di trattamento cognitivo-comportamentali, le conoscenze di tecniche di gruppo e di psicoeducazione.*

### **Roberta Smaniotto:**

*Lavorare in equipe con professionalità diverse, concretezza, formazione sistemica, attitudine alla progettazione, alla calendarizzazione.*

**Silvia Cabrini:**

*Skill utili: non giudizio, empatia, conoscenza del modello cognitivo della dipendenza e del concetto di violazione dell'astinenza, conoscenze rispetto alle modalità di apprendimento per condizionamento e rispetto agli errori mentali.*

**Susanna Petri:**

*Crede molto nel momento dell'instaurazione di una buona alleanza terapeutica, in generale con tutti i tipi di pazienti, e in particolare con i giocatori d'azzardo patologici. Lavorare pazientemente sulla costruzione della relazione con il paziente, e stimolare il dialogo di questi con i suoi familiari, è secondo lei la chiave per iniziare con il piede giusto una terapia per questo tipo di problema. La genuinità, l'ascolto attivo e la sincerità, diretta ad una popolazione per definizione "patologicamente bugiarda" e strategica, così come l'accento posto sulla presa di responsabilità e la sospensione incondizionata del giudizio, sono fondamentali per la mediazione tra il giocatore e i componenti della sua famiglia e la costruzione di una rete di supporto necessaria ad intraprendere un percorso terapeutico destinato al successo. Ovviamente ogni caso è a sé, e non esiste una tecnica o una strategia valida per tutti.*

**Valeria Locati:**

*Conoscenza del tema, abilità nell'organizzare interventi esterni e funzionali alla multidisciplinarietà, integrazione della specificità del tema con conoscenze psicologiche trasversali (psicodiagnosi, terapia familiare).*

**Graziano Bellio:**

*innanzi tutto l'esperienza nel campo delle dipendenze e la formazione psichiatrica.*

*Ha trovato molto vantaggioso fare in modo preliminare alle attività cliniche: a) uno studio accurato del fenomeno e di quanto si sapeva sul trattamento, b) una pianificazione del protocollo di intervento da adottare nel servizio; c) discutere il tutto con una collega. Ciò ha consentito di non trovarsi mai disorientato oltre certi limiti. Avevano deciso di traslare le conoscenze e le tecniche terapeutiche dall'ambito delle dipendenze al gioco patologico, di adottare il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower, di organizzare un accurato processo di assessment. Tutto ciò gli ha consentito di inquadrare i casi e di lavorare fin dall'inizio per obiettivi.*

*Ovviamente il trasferimento delle tecniche dal campo della tossicodipendenza a quello del gioco ha richiesto una messa a punto ed un adattamento progressivo. Ma va anche ricordato che, quando fu avviato l'ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico (2002), considerare il gioco patologico come una dipendenza era solo uno dei modelli in discussione allora. Quella scelta metodologica è stata la loro "scommessa".*

**Maurizio Avanzi:**

*Cercare di ascoltarli molto attentamente. Sapere che è una malattia e non un vizio, come tutte le altre dipendenze. Inizialmente pensava che ci fossero sovrapposizioni con le dipendenze da sostanze e in particolare con l'alcolismo, che spesso si presentava nello stesso paziente. Man mano che è "entrato nella malattia" e si è avvicinato al mondo del giocatore d'azzardo, però, gli sono venute idee molto diverse. Le tipologie di Blaszczynski sono esemplificative proprio a proposito della differenza più clamorosa: ciò che fa diventare patologico un giocatore d'azzardo è che viene condizionato e quello che subisce è condizionamento operante del tipo più additivo, cioè a rinforzo intermittente e imprevedibile. Questo aspetto manca nelle altre dipendenze, e la tenacia del condizionamento operante rende molto impegnativa la terapia dei giocatori d'azzardo patologici. Alcune somiglianze possono forse essere individuate con la*

*cocaina: il sistema dopaminergico si attiva negli stessi recettori, su cui la cocaina agisce direttamente e su cui il gioco d'azzardo provoca risposte date dagli errori di previsione, che costituiscono questo apprendimento specifico. Il gioco d'azzardo patologico è quindi paragonabile alla peggiore delle dipendenze da sostanze. Le slot machine, inoltre, e soprattutto le VLT sono come il crack della cocaina. Dal condizionamento nascono direttamente, a cascata, tutte le illusioni cognitive, o meglio ne nascono le potenti interpretazioni che i giocatori d'azzardo ne fanno.*

**Gianni Savron:**

*Aver già trattato patologie complesse come DOC, disturbi alimentari, depressione maggiore e disturbi di personalità.*

**Stefano Oliva:**

*Certamente l'allenamento nella cura di altre dipendenze; la capacità di separare il momento psicoterapeutico interpretativo (è di formazione psicodinamica...) dal momento di lavoro più concreto operativo (costruzione dei sistemi di gestione economica, programmazione della quotidianità del rientro dai debiti...), senza rinunciare né all'uno, né all'altro, ma rispettando il giusto timing, con l'obiettivo di gestire la problematica comportamentale (astinenza), ma nello stesso momento promuovere il cambiamento. Ritiene importante anche la capacità di creare un clima di fiducia e non giudicante, nel quale tuttavia, non ci sia spazio per la collusione, né con il paziente né con il familiare. Un'altra competenza che nel suo caso è stata di enorme utilità è stata quella di avere già sviluppato una competenza come terapeuta di gruppo per le dipendenze, sulla quale ha fondato gran parte del percorso terapeutico offerto.*

**Gianmaria Zita:**

*Background di studio in ambito medico-psicologico, competenze in ambito di cognitivo-comportamentale.*

**Alessandra Bassi:**

- a. *Prima di iniziare aveva già fatto molta formazione specifica sul gioco d'azzardo, come responsabile della prevenzione delle dipendenze e soprattutto come moglie di un medico ossessionato dal tema: dal 2010 studio e frequente convegni senza sosta ...*
- b. *L'approccio sistemico-relazionale le chiede di cercare il buono e il positivo anche nelle situazioni più difficili: questo è quello che la aiuta sempre, cioè l'idea che per le persone anche i loro comportamenti e i loro sentimenti hanno senso, hanno un significato positivo. Loro stesse non lo vedono più, ma sicuramente quello che volevano quando hanno iniziato a comportarsi in un certo modo era star meglio, e questo vale sia per i giocatori d'azzardo sia per i familiari sia per gli operatori.*
- c. *Lavorare con i gruppi permette alle persone di scoprire risorse e di comprendere attraverso il rispecchiamento: quindi sono le persone stesse ad aiutarla ad aiutarle, perché si dicono a vicenda, e le dicono, che cosa le aiuta e che cosa invece le fa star peggio. Nei gruppi di counselling si creano perturbazioni potenzialmente molto utili, delle quali si vedono gli effetti più velocemente che nei percorsi individuali. Sono luoghi dove il training è molto naturale ed efficace, proprio perché è immediatamente relazionale, e quindi concreto.*

**Angelo Battista Castellani:**

*La capacità e disponibilità all'ascolto; counselling, capacità di stare nella relazione; la creatività; l'utilizzo di tecniche cognitive - comportamentali; la capacità di astenersi dal giudizio; l'impostazione "matematica"; la capacità di lavorare in equipe multi professionale; non essere persona propensa al rischio.*

**Anna Colombo:**

*Le sue capacità logiche, matematiche e di revisore di bilanci sono state utili risorse; le tecniche di conduzione di gruppo; le competenze professionali e l'esperienza pratica già acquisite in precedenza; la curiosità e la passione per il gioco d'azzardo; la competitività; le nozioni di diritto; la conoscenza del territorio su cui operavo e il legame professionale con i colleghi dei servizi del territorio; la metodologia di coinvolgimento del nucleo familiare che già utilizzavo; utilizzo di concetti mutuati da approcci cognitivi-comportamentali*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*Nella relazione sono stati d'aiuto l'atteggiamento di ascolto empatico e non giudicante, lo stare-accettazione di sentimenti molto forti spesso a carattere negativo (rabbia, risentimento, delusione, sensi di colpa, sfiducia, ecc.), ma soprattutto l'esperienza maturata con i CAT (Club Alcologici Territoriali) sia sul versante metodologico generale di tale approccio, sia sul versante dell'esperienza umana acquisita con le famiglie: coltivare l'empatia senza rinunciare alla congruenza del loro pensiero, saper aspettare i tempi lunghi del cambiamento, rimandare alla persona la responsabilità del proprio cambiamento, tenere la discussione sul qui e ora senza sostare troppo sul passato, coltivare la dimensione della speranza e la prospettiva in un futuro migliore. In sintesi le skill sono sia di carattere umano che di carattere metodologico: formazione di base (percorso psicoeducazionale) e aggiornamento delle famiglie; favorire il coinvolgimento delle famiglie dell'Associazione AMA Polesine nella sensibilizzazione della comunità locale, la consapevolezza dell'utilità del lavoro di équipe, il confronto-sostegno (sia affettivo che cognitivo) di altri colleghi che si occupano di GAP e di altri facilitatori di gruppo (autosupervisione mensile congiunta con i Servitori-Insegnanti di CAT della zona)."*

**Marcella Gilli:**

*Le è servito molto aver fatto un master in mediazione familiare poiché l'attività principale con il giocatore e le famiglie è proprio quella del saper mediare. Sono serviti gli spunti avuti da altri professionisti del settore rispetto alla gestione economica (riplanamento dei debiti, educazione al 'saper spendere', spesa assistita).*

**Fabio Pellerano:**

*Possedere una gestione personale del denaro sufficientemente ordinata e dotata di senso ha aiutato. Fanno invece parte del bagaglio professionale di tutti gli educatori gestire in maniera buona la relazione educativa e il lavoro in gruppo. Inoltre lo ha aiutato aver già lavorato in passato in un Servizio Pubblico con équipe multiprofessionali, dove ruoli e gerarchie sono molto chiare. Avere una buona dimestichezza con l'attivazione e la gestione delle Reti sociali gli ha permesso di interfacciarsi con le risorse delle fondazioni Antiusura torinesi.*

**Umberto Caroni:**

*Sicuramente lavorare in settori come l'alcolismo prima e la tossicodipendenza poi, gli hanno permesso di apprendere modalità di approccio al tema gambling (e di notarne subito le differenze) in termini di poter considerare forme di aiuto individuali e di gruppo sperimentando modelli di trattamento territoriali inizialmente mediati soprattutto dall'esperienza CAT nei quali ora non si riconoscerebbe più.*

**Sara De Micco:**

*le skill (Competenze tecniche, Attitudini, ecc.) che sono state di aiuto, sono state quelle acquisite in progetti polispecialistici con equipe multidisciplinari.*



**Elisa Del Rio:**

*Competenze tecnico-giuridiche, ascolto e maggiore impegno nella comprensione delle problematiche personali sottese alla patologia del gioco d'azzardo.*

**Emanuel Gennaro:**

*Essendo completamente neofita in materia, oltre aver studiato gli istituti di tutela previsti dal nostro ordinamento, ha avuto la possibilità di fare esperienza diretta sul campo accanto a professionisti del settore.*

**Giorgio Ferrari:**

*Sicuramente le sue competenze legali ma anche una buona dose di immedesimazione nella situazione del paziente e comprensione del suo stato; e poi lo sviluppo di capacità di ascolto e di studio e di analisi dei comportamenti del paziente.*

**In sintesi** quindi le skill che sono state di aiuto ai colleghi sono di seguito riassunte:

Formazione specifica, convegni e corsi senza sosta (studio teorico del GAP e del trattamento)

Ricerca continua

Curiosità / concretezza/ ascolto attento del paziente/ non giudizio / empatia / capacità di creare fiducia (ma non collusione) / genuinità e sincerità/ capacità logico-matematiche e di «revisore di bilanci» / gestione personale del denaro ordinata e dotata di senso

Abitudine al lavoro in equipe multidisciplinare

Supervisione costante/settimanale

Pianificazione accurata del protocollo di assessment ed intervento

Timing (momento interpretativo/momento operativo)

Lavorare per obiettivi sin dall'inizio

Abitudine al lavoro di rete/ attivazione delle reti sociali

Avere trattato già patologie complesse

Avere già esperienza nel trattamento di disturbi da dipendenza (ma ... abbandonando l'idea di somiglianza con altre classi di pz. dipendenti)

Per gli Avvocati: capacità di ascolto e impegno per comprendere le problematiche sottese alla patologia del gioco d'azzardo.

I modelli risultati utili alla presa in carico sono stati i seguenti:

Conoscenza del modello di apprendimento per condizionamento operante e conoscenza degli errori cognitivi (collegamento tra illusioni cognitive, interpretazioni dei giocatori e schemi di condizionamento)

Modello cognitivo-comportamentale

Conoscenza del trattamento clinico nei disturbi di dipendenza (in particolare riferito al concetto di «violazione dell'astinenza»)

Funzionamento neuropsicologico dell'impulsività e dei «rifugi della mente»

Tecniche di gruppo

Formazione sistemica-familiare

Tecniche di psico-educazione

Analisi personale

Formazione in mediazione familiare  
Competenze per la gestione economica  
Lavoro di rete

### **3. Quali skill invece ti mancavano a inizio percorso?**

**Rolando De Luca:**

*“Mi mancava la supervisione. Mi mancava l’esperienza accumulata. Mi mancava non aver capito che era importante il lavoro terapeutico (molto meno quello sociale)”.*

**Amelia Fiorin:**

*Con il protocollo dedicato ai Giocatori patologici all’interno del servizio si è avviato un cambiamento operativo importante. Per la prima volta si è consolidata la possibilità di distinguere precisamente le fasi della presa in carico e si è rispettato una sequenzialità rigorosa che con il tempo ha permesso di raccogliere dati e fare delle riflessioni sulla popolazione pervenuta. Quindi a seguito dei primi colloqui, c’è un assessment preordinata e poi ci sono i vari interventi focali. Seguire questo ordine di fasi ha permesso oggi di avere un database di 370 giocatori sul quale fare tutta una serie di riflessioni. Con la popolazione dei tossicodipendenti invece ancora oggi non sempre si riesce a concludere la fase dell’assessment. In altre parole Fiorin osserva che ciò che mancava era un certo rigore nelle procedure cliniche.*

**Simonetta Conti:**

*Mancavano le conoscenze specifiche sul gioco d’azzardo.*

**Roberta Smaniotto:**

*Mancavano una conoscenza approfondita della tematica e una conoscenza delle dinamiche patologiche a livello di sistema familiare*

**Silvia Cabrini:**

*Mancavano strumenti rispetto alla gestione della menzogna, conoscenze finanziarie, idee e riflessioni sul ruolo del denaro, consapevolezza della potenza condizionante dei dispositivi di gioco e del loro contesto.*

**Susanna Petri:**

*“Credo che all’inizio del mio percorso mi mancasse la cosa fondamentale: l’esperienza. In altre parole, mi mancava tutto. Ho un approccio fenomenologico ed esperienziale sia come formazione che come predisposizione personale, e posso dire senza remore che la teoria e le informazioni “tecniche” mi hanno aiutata ben poco, mentre conoscere ed entrare in relazione con pazienti, che sono prima di tutto PERSONE, di cui ho sentito la necessità di riconoscere le differenze e le peculiarità piuttosto che ricercarne i tratti riconducibili alla “personalità standard del giocatore patologico” è stato per me fondamentale per scoprire da sola e sulla mia pelle la realtà di questo tipo di problema”.*

**Valeria Locati:**

*Mancavano aspetti attinenti al lavoro degli operatori con formazione diversa, soprattutto dell’area legale e sociale.*

**Graziano Bellio:**

*“Personalmente non ho mai compreso fino in fondo il lavoro cognitivo-comportamentale sulle distorsioni cognitive, almeno così come veniva descritto in letteratura. e considerando che era l’unica tecnica evidence-based, ciò era piuttosto frustrante. Con il tempo ho imparato che tutto sommato quello che facevo non era molto distante da quanto veniva riportato in letteratura, anche se forse il mio lavoro era meno sistematico. in ogni caso ho anche imparato che non tutti i giocatori possono avvantaggiarsi di queste tecniche”.*

**Maurizio Avanzi:**

*Mancavano tutte le competenze specifiche del disturbo da gioco d’azzardo. Il gioco d’azzardo è denaro, illusioni e menzogne e bisogna attrezzarsi adeguatamente, che tu sia un medico o uno psicologo o un educatore o...*

**Gianni Savron:**

*Mancavano conoscenze specifiche sul loro modo di pensare e vivere il gioco.*

**Stefano Oliva:**

*“Le skill che non avevo e che è stato utile costruire erano, nel mio caso, quelle attinenti alle metodiche di intervento correlate alle tecniche e ai concetti derivati dalle teorizzazioni cognitivo-comportamentali e sistemiche. Senza snaturare la propria formazione ritengo che una buona integrazione di metodi e di letture cliniche sia fondamentale nel trattamento d una patologia così complessa”.*

**Gianmaria Zita:**

*Mancavano conoscenze di Neuroscienze applicate alle addiction.*

**Alessandra Bassi:**

*Mancava ...*

- a. Come e dove trovare i soldi per finanziare questo enorme lavoro. E mancano ancora.*
- b. Come trasformare idee e competenze teoriche in un lavoro di comunità e di welfare generativo, gli unici paradigmi che possono davvero cambiare la vita dei familiari. Il gioco d’azzardo, con i suoi effetti perversi, non se ne andrà mai dalle loro vite: hanno bisogno di una rete di supporto e di sostegno che funzioni per qualche anno...*

**Angelo Battista Castellani:**

*Mancava una conoscenza generale del problema e del funzionamento di alcuni giochi d’azzardo; conoscenze tecniche specifiche (ad esempio metodi di trattamento e test) validati; flessibilità; mancava (e manca ancora in parte) una preparazione specifica rispetto all’on line non solo in termini di conoscenze specifiche ma di come diversamente si muovono i clienti in questo mondo; capacità di lavorare con i familiari.*

**Anna Colombo:**

*Mancavano competenze tecniche specifiche quali ad esempio l’utilizzo di strumenti e tecniche come la psicoeducazione, le categorie diagnostiche, l’utilizzo di test, l’utilizzo degli strumenti di tutoraggio e di gestione del denaro. Esperienza sulla gestione della tematica specifica e conoscenza del mondo dell’azzardo. L’importanza di focalizzarmi sul sintomo. La metodologia di lavoro per step. L’utilizzo della misura di protezione giuridica dell’amministrazione di sostegno. La capacità di fare formazione.*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio**

*“Ci mancavano i saperi teorici specifici relativi al gioco d’azzardo e al GAP che abbiamo cercato sia sui libri, sia in chi aveva iniziato prima di noi ad occuparsi di GAP, soprattutto rivolgendoci all’Associazione AND e al Gruppo Regionale Veneto-GAP. Ci mancava il senso critico relativo al funzionamento dei giochi d’azzardo, che abbiamo dovuto sviluppare se volevamo accrescerlo negli altri. All’inizio ci mancava la consapevolezza che comunque non partivamo da zero, ma che era necessario, con un atto di creatività possibile, riadattare al GAP saperi e strumenti che sapevamo efficaci nell’affrontare altri problemi additivi”.*

**Marcella Gilli:**

*“Ad inizio percorso ci siamo orientati sull’osservazione dei pazienti, sulle loro richieste e sui loro racconti. All’inizio mancavano tutte le competenze fuorchè la competenza sulle famiglie che avevo ma non usavo”.*

**Fabio Pellerano:**

*Mancavano competenze sui meccanismi matematici del gioco d'azzardo, gli aspetti economici e gli aspetti legati agli errori cognitivi.*

**Umberto Caroni:**

*All’inizio mancava tutto a parte qualche pubblicazione. “Direi che il meccanismo del sapere si è messo in moto con il Convegno fondatore di Alea, basato sullo studio del fenomeno ma non della pratica di trattamento”.*

**Sara De Micco:**

*A inizio percorso mancavano quelle skill acquisite con riferimento specifico agli aspetti psicologici del giocatore e del familiare del giocatore.*

**Elisa Del Rio:**

*A inizio percorso mancavano quelle particolari attitudini che maturano solo con l’esperienza nel settore specifico, ad esempio l’immediatezza e, al tempo stesso, l’accuratezza nell’individuare la soluzione ottimale da adottare nel caso specifico.*

**Emanuel Gennaro:**

*All’inizio, mancavano tutti gli strumenti.*

**Giorgio Ferrari:**

*“Mi mancava la capacità di ascolto, studio e analisi del paziente e la comprensione della problematica del giocatore; la pazienza non è sempre in me... ma ho imparato ad averne parecchia trattando con i giocatori”.*

**In sintesi**, gli operatori hanno rilevato le skill seguenti di cui si sentivano mancanti all’inizio:

- Conoscenze specifiche sul GAP e sulle dinamiche patologiche nelle famiglie
- L’esperienza
- Strumenti specifici
- Alcuni approcci teorici utili
- Rigore nelle procedure cliniche
- La comprensione della necessità di lavorare con altri / supervisione/ intervizione
- I soldi per finanziare un lavoro enorme.

«Il gioco d'azzardo è denaro, illusioni e menzogne. E bisogna attrezzarsi adeguatamente, che tu sia un medico, uno psicologo, un educatore o un assistente sociale» (M. Avanzi).

#### **4. Quali skill specifiche pensi di avere acquisito negli anni? E come le hai acquisite?**

**Rolando De Luca:**

*“Le difficoltà gli insuccessi mi hanno portato a sviluppare un metodo che ha portato gli abbandoni dal 50% al 3%, i disoccupati all'1 % e a non aver mai avuto un suicidio. La formazione continua, l'analisi e la supervisione sono state ripeto determinanti”.*

**Amelia Fiorin:**

*“Per quanto riguarda l'acquisizione di skill, credo di aver approfondito e gestito con sempre maggior scioltezza tutte le abilità riguardanti la programmazione e pianificazione degli interventi di gruppo con il modello delle prevenzioni delle ricadute. Inoltre a me è stato concesso anche tutta una serie di azioni riguardanti l'organizzazione dell'ambulatorio e quindi mi sono esercitata nel condurre dei progetti e nella gestione delle varie iniziative formative come pure nei rapporti con i colleghi degli altri ambulatori. Sul piano squisitamente clinico ho maturato un certo grado di esperienza rispetto ai rapporti con i legali per l'attivazione dell'amministratore di sostegno e anche con i rappresentanti politici dei Comuni che spesso richiedono urgenti interventi”.*

**Simonetta Conti:**

*Ha acquisito tecniche specifiche per trattare i giocatori, tecniche legate alla psicoeducazione, maggior conoscenza delle dinamiche nelle famiglie dei giocatori.*

**Roberta Smaniotto:**

*Principalmente ha acquisito skill specifiche legate al tema (diagnostica, abbinamenti di trattamenti, cognitive sui pensieri erronei). Sul campo, attraverso la supervisione e l'intervisione, lo studio continuo e approfondito.*

**Silvia Cabrini:**

*Skill acquisite sono state: uso dell'analisi funzionale per comprendere le funzioni del gioco, conoscenze di comprensione sull'ambito economico e legale e sul mondo attorno al giocatore, approfondimento delle motivazioni legate al gioco.*

**Susanna Petri:**

*“Ho imparato a riconoscere le menzogne a prima vista, a parlare chiaramente e senza giri di parole, evitando (quasi sempre) le manipolazioni e le seduzioni di chi mi stava davanti con la richiesta paradossale di essere “curato”, e al tempo stesso gratificato nella propria “malata passione”; ho imparato a non prendermi responsabilità non mie (come terapeuta è necessario sapersi difendere da questo tipo di proiezioni) e a non creare troppe attribuzioni esterne. Ho inoltre DOVUTO abituarci (cosa non facile per me) a non cedere alle richieste di famiglie che in virtù della propria sofferenza non collaboravano e tendevano a non implicarsi nel lavoro terapeutico. Questo è stato importante per me anche per riconoscere le mie personali dinamiche di aiuto (ed in parte le mie dinamiche relazionali all'interno della mia propria famiglia)”.*

**Valeria Locati:**

*Le skill acquisite sono state le seguenti:*

*Conoscenza specifica del tema: formazione, studio personale, osservazione, pratica professionale*

*Abilità nel lavoro in rete/di equipe: formazione, osservazione, pratica professionale, confronto con operatori impiegati in altri contesti, ma sempre sul tema*

*Metodo: formazione, pratica professionale all'interno del sert*

*Gestione dello stress portato dagli utenti e dei conflitti agiti in terapia: supervisione e pratica professionale*

*Abilità formative e didattiche: pratica professionale con i pazienti ed esperienze di formazione con operatori della stessa professione e non.*

**Graziano Bellio:**

*“Ho sicuramente preso dimestichezza con l'utilizzo di questionari e interviste semistrutturate. e anche una migliore capacità di comprendere i meccanismi intrinseci nei giochi d'azzardo”.*

**Maurizio Avanzi:**

*“Mi piace spiegare ai pazienti perché non sono stupidi e perché gli è potuto accadere di diventare giocatori d'azzardo così accaniti. Ho approfondito l'importanza del condizionamento classico ed operante, le motivazioni che portano a giocare, la necessità di affrontare l'indebitamento, i problemi legali, le menzogne. Conosco l'importanza dei familiari come supporto alla cura, ma soprattutto so che essi stessi sono pazienti a loro volta sofferenti e delusi e arrabbiati e...”*

**Gianni Savron:**

*Maggiore abilità nel condurre il giocatore verso la comprensione del suo problema in funzione del suo atteggiamento e di quanto emerge dal colloquio, forzandolo meno possibile. Acquisite ascoltando clinici più esperti, workshop, meeting, corsi, letture, confronto con colleghi, esperienza sul campo.*

**Stefano Oliva:**

*“Come in tutti gli ambiti della vita, personale e clinica, ritengo insostituibile il ruolo dell'esperienza a contatto con la specifica problematica presentata dal giocatore e dal suo famigliaire, soprattutto per una più corretta gestione del timing degli interventi (sono convinto che tanti drop out avvenuti nei primi anni della mia esperienza fossero dovuti soprattutto ad un errore nel calibrare l'offerta terapeutica rispetto al momento motivazionale del paziente...ho dovuto studiare bene Prochaska e Di Clemente...)”.*

**Gianmaria Zita:**

*Conoscenze della rete di cura e aiuto per il paziente, acquisizione sul campo.*

**Alessandra Bassi:**

*“Le skill acquisite sono state:*

a. *Una serie impressionante di conoscenze tecniche sulle probabilità, i meccanismi del gioco d'azzardo, le conseguenze sulle famiglie, la comunicazione, la media education, la sensibilizzazione dei comuni cittadini e quella degli operatori, dei familiari e delle istituzioni. Mi mancano quelle sulle scommesse sportive (che credo manchino in generale e non solo a me): sono importanti soprattutto per chi lavora con i giovani, ma credo possano servire a tutti.*

b. *Le idee sulla pacificazione che ho incontrato studiando la negoziazione e la mediazione penale mi sono sembrate importanti per le famiglie: ritengo che nelle famiglie la devastazione delle relazioni sia importante tanto quella economica. Riuscire a perdonare, a pensare di perdonare,*

*riuscire a chiedere perdono, semplicemente riuscire a parlare del male che le persone si sono fatte a vicenda è molto importante perché le famiglie tornino a vivere e non solo a sopravvivere.*

*c. Partecipando a infinite formazioni, studiando, raccogliendo feedback dalle persone con cui ho fatto formazione oppure collaborato, e, soprattutto, confrontandomi (leggi "litigando") con mio marito".*

**Angelo Battista Castellani:**

*La capacità di farsi domande aperte (e se...); gestione dello stress di fronte a situazioni complesse; capacità di condivisione; capacità di comunicare in modo chiaro e la capacità di interagire con le famiglie e il territorio (gli interventi diventano più efficaci se c'è un collegamento con il tessuto sociale). In parte queste capacità sono cresciute con l'esperienza, in parte con le attività formative a cui ha partecipato.*

**Anna Colombo:**

*Le skill specifiche sono quelle già descritte in precedenza. "Credo di averle acquisite sia attraverso il mio lavoro quotidiano con i giocatori d'azzardo patologici e con i loro familiari, sia con la formazione che svolgo continuamente. Anche il confronto con professionisti diversi impegnati sul campo è sicuramente un setting di apprendimento così come lo è stata la supervisione ricevuta in alcuni momenti specifici rispetto alla gestione dei casi. Sicuramente l'appartenenza ad AND come luogo di stimolo, di crescita e di confronto continuo".*

**Marcella Gilli:**

*"Premetto che tutta la mia/nostra formazione si basa sull'offerta formativa di AND che oltre a dare un alto livello formativo è anche gratuita. Nel tempo ho arricchito le mie competenze con strumenti costruiti via via (scheda di riepilogo debiti, scheda evolutiva, taglio delle carte di credito - che ha un significato simbolico molto forte - contratto di gestione economica - a cui il giocatore dà lo stesso significato di un vero contratto)".*

**Fabio Pellerano:**

*"Padroneggio ormai bene tutti i principali aspetti di questa patologia, sia dal punto di vista delle conoscenze legate alla dimensione economica, alla dimensione degli errori cognitivi, alle probabilità e alla gestione del denaro. Le ho acquisite in autoformazione oppure partecipando a dei momenti specifici di formazione".*

**Umberto Caroni:**

*"Seminari e Convegni di De Luca, Croce, Lavanco, Ladouceur, Capitanucci, Zerbetto, Guerreschi, et al. si sono rivelati ottimi divulgatori in termini di comprendere il fenomeno gap dal punto di vista clinico, la bibliografia all'origine, dal DSM III a Imbucci, Custer, Dickerson et al. come la successiva e progressiva bibliografia di Croce, Zerbetto, Ladouceur, Blasczynsky, Lavanco, Capitanucci (i soliti insomma) hanno permesso acquisizioni ulteriori. Anche il punto di vista dei produttori di slot (non dei concessionari gestori) è apparso con la pubblicazione di Gatti.*

*Le stesse esperienze di Lucignolo e di Orthos sono state visitate prima di dar vita al nostro modello residenziale Pluto".*

**Sara De Micco:**

*Entrambe le competenze su giocatori e familiari sono state acquisite attraverso l'attenzione agli aspetti diversi del fenomeno che non siano quelli prettamente giuridici e grazie alle colleghe psicologhe, assistenti sociali, medici.*

**Emanuel Gennaro:**

*“Dal punto di vista umano, ho sviluppato doti di pazienza e comprensione per capire quale offerta migliore proporre al G.A.P. o al familiare; dal punto di vista professionale ho avuto la possibilità di riprendere e studiare molti istituti di diritto civile come le tutele, le obbligazioni, le successioni, il diritto di famiglia. Ho potuto imparare le molte prassi diversificate e adottate dai singoli Tribunali per la richiesta di amministrazione di sostegno. Ho ancora molti skill da acquisire”.*

**Giorgio Ferrari:**

*“Ho acquisito competenze specifiche nella protezione del giocatore, della sua persona e del suo patrimonio; acquisite direttamente sul campo a stretto contatto con il giocatore”.*

**In sintesi,** gli operatori pensano di avere acquisito le seguenti competenze:

Tecniche specifiche di diagnosi e intervento

Metodo (attraverso l'analisi degli insuccessi e degli abbandoni)

Conoscenze in ambito indebitamento, problemi legali e finanziari e la necessità di affrontare quest'area

Approfondimento sulle motivazioni legate al gioco e sulle menzogne

Migliore comprensione dei meccanismi dei giochi con le loro funzioni di aggancio e trattenimento, come pure aspetti di probabilità e casualità

Conoscenza delle dinamiche specifiche nelle famiglie dei giocatori e l'importanza del lavoro con i familiari (sapendo che sono essi stessi pazienti sofferenti)

Maggiore abilità nel lavoro condiviso con avvocati, AdS, rappresentanti politici...

Idem per i legali: acquisite competenze multidisciplinari grazie al lavoro in equipe con professionisti psicosociosanitari; ma anche acquisite competenze specifiche nella protezione del giocatore, della sua persona, del patrimonio (rinforzate le competenze in materia di tutele, obbligazioni, successioni, diritto di famiglia, AdS, le varie prassi in uso in diversi tribunali).

Significativi di rilievi della coppia Avanzi-Bassi:

«Mi piace spiegare ai pazienti perché non sono stupidi e perché gli è potuto accadere di diventare giocatori d'azzardo così accaniti» (M. Avanzi).

«Ho acquisito idee sulla pacificazione, per aiutare le famiglie a ricostruire la devastazione delle relazioni, importante tanto quanto quella economica» (A. Bassi).

Modificano l'ottica dell'operatore in chiave umanistica: gettando una premessa fondamentale per l'accoglienza di questi pazienti, offrendo due spunti necessari per cambiare prospettiva sul fenomeno, mostrando le due facce determinanti della stessa medaglia.



**5. Di quali strumenti dovrebbe disporre un operatore del tuo profilo professionale per trattare adeguatamente questa patologia, secondo la tua esperienza?**

**Rolando De Luca:**

*“Credo che dovrebbe star chiuso in una stanza con me (o con chi ha avuto esperienze simili) per una settimana ventiquattro ore al giorno a parlare di tutto questo. Sai che mi piace esagerare....”.*



**Amelia Fiorin:**

*“A mio avviso, per la nostra professione esercitata nell’ambito delle dipendenze, lo strumento maggiormente utile è la capacità di integrare conoscenze e approcci diversi tra loro. Nella mia storia professionale esiste una specializzazione in psicoterapia di gruppo ad orientamento dinamico. Tuttavia dal momento in cui mi sono occupata di GAP è stato utile abbracciare altri approcci come quello cognitivo-comportamentale. Un secondo strumento utile è quello di seguire, abbastanza, rigorosamente, un protocollo di lavoro per quello che è già stato detto sopra. Capitalizzare un’esperienza clinica è di fondamentale necessità se si vuole proseguire nella pratica stessa”.*

**Simonetta Conti:**

*Strumenti necessari sono la conoscenza approfondita dei disturbi di dipendenza, degli strumenti diagnostici e delle tecniche di trattamento per tali patologie.*

**Roberta Smaniotto:**

*Sono indispensabili strumenti specifici: manuali diagnostici per il tema, conoscenze cognitive sugli errori cognitivi.*

**Silvia Cabrini:**

*La curiosità, principalmente. La conoscenza approfondita dei meccanismi di gioco e di come questi influenzano il comportamento del paziente. Anche nel caso in cui l’intervento psicologico verta su problemi altri, e un altro operatore si occupi del trattamento del GAP, conoscere le caratteristiche dell’influenza del gioco può essere fondamentale.*

**Susanna Petri:**

*“E’ indispensabile dal mio punto di vista una buona conoscenza (il più possibile esperienziale) della complessità della personalità del giocatore ed anche, ovviamente, dei criteri diagnostici della patologia di cui si parla. E’ importante una buona abilità di assessment e una conoscenza approfondita delle possibili comorbidità in atto nel paziente. A livello di strumenti terapeutici, a me è stato molto utile il training in abilità sociali, specialmente per certi tipi di giocatori, in alcuni casi il role playing e l’analisi del discorso soprattutto per il tema di presa della responsabilità. Nei casi di traumi pregressi, ho utilizzato recentemente con successo l’EMDR”.*

**Valeria Locati:**

*Sono necessari strumenti specifici: ottima conoscenza del tema, conoscenza di test per la diagnosi e il trattamento, conoscenza degli aspetti psicologici legati al mondo delle dipendenze.*

*Poi anche strumenti trasversali: possibilità di confronto con altri operatori, abilità di gestione dei conflitti, predisposizione all’osservazione del lavoro dei colleghi dell’equipe, capacità di pensiero critico verso il contesto sociale, curiosità.*

**Graziano Bellio:**

*Il trattamento farmacologico ha finora dato risultati deludenti e comunque imprevedibili. Il medico che si approccia alle dipendenze e all’azzardo deve per certi versi lasciare da parte la farmacologia e rinunciare a vani sperimentalismi. La farmacologia è invece molto importante nel trattare la comorbidità psichiatrica. Ciò probabilmente avvantaggia lo psichiatra delle dipendenze rispetto ad altre specializzazioni mediche.*

*in generale il medico non psichiatra (e anche taluni psichiatri) che si occupa di dipendenze e di gioco d’azzardo dovrebbe entrare in territori solitamente poco conosciuti per sua formazione professionale: la*

*psicoterapia e la gestione della relazione, la collaborazione con i colleghi non medici e il lavoro di equipe, l'attenzione alle problematiche familiari e sociali...*

**Maurizio Avanzi:**

*Prima di iniziare a prendere in carico un paziente si dovrebbe avere idee chiare su tutto il percorso di cura dall'accoglienza alla dimissione: una sorta di flow chart operativa. Il controllo sul denaro e provare ad astenersi dall'azzardo non sono "la cura", ma permettono di fare la cura.*

**Gianni Savron:**

*Almeno una esperienza clinica di base, conoscere le problematiche del giocatore in genere, sapere quale impatto esso abbia in famiglia e nelle relazioni intrafamiliari e extrafamiliari, conoscenze relative gli aspetti della gestione economica e legale. Conoscenza almeno dei giochi più frequenti e dei principi che li regolano.*

**Stefano Oliva:**

*Buona competenza tecnico-teorica sulle Dipendenze; comprensione del significato psicopatologico e del funzionamento neuropsicologico dell'impulsività e dei rifugi della mente...; capacità di lavorare con i pazienti e con i famigliari. Capacità di lavorare in equipe (psicoterapeuti, legali, assistenti sociali, educatori, ecc).*

**Gianmaria Zita:**

*Utile un profilo di conoscenze che peschi in ambito psicofarmacologico e di TCC (Terapia Cognitivo Comportamentale), interesse e curiosità per la ricerca scientifica.*

**Angelo Battista Castellani:**

*"La "cassetta degli attrezzi" è variegata ma credo si impossibile pensare di avere persone già formate adeguatamente che si avvicinano al lavoro con chi ha un problema di gioco d'azzardo. Personalmente sono stato facilitato dal fatto di avere fatto formazione attiva sul metodo della psicoeducazione e di aver condiviso alcune riflessioni in più occasioni con colleghi che avevano già esperienza nel trattamento. Inoltre penso che, per la mia professione, sia utile disporre di alcuni strumenti specifici (Schede rilevazione/osservazione situazione economica, test tipo "La passione del gioco" o "Scheda interessi" ) e conoscenze sulle distorsioni cognitive e sui pensieri magici. Qualche buona lettura non farebbe male. Utile la capacità di gestione di gruppo e la capacità di interagire con il territorio".*

**Anna Colombo:**

*Lo "zaino degli strumenti" dovrebbe essere ricco di molteplici strumenti:*

- *Formazione di base sulla tematica, approfondita e diversificata*
- *Formazione generica sulle tematiche del diritto privato, penale, di famiglia e amministrativo*
- *Formazione specifica sulla tecnica della psicoeducazione*
- *Formazione specifica sulla tematica della gestione economica e formazione sull'utilizzo degli strumenti propri di questa area*
- *Formazione sulla conduzione di gruppo e tecniche di conduzione di gruppo*
- *Conoscenza delle tecniche del lavoro di rete*
- *Conoscenza delle risorse del territorio*
- *Collegi/equipe competente sul tema*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*“Una formazione sul funzionamento dei vari giochi d’azzardo; avere a disposizione e saper applicare test valutativi specifici sul GAP e altre dipendenze (vecchie e nuove); una formazione sul counselling finanziario o tutoraggio economico; una formazione specifica in ambito preventivo e/o di promozione della salute nel territorio (moduli formativi o di sensibilizzazione). Se poi decidesse di approntare un percorso gruppale (che a noi sembra ovviamente auspicabile) gli consiglieremmo di partecipare ad un Corso di sensibilizzazione all’Approccio Ecologico-Sociale ai problemi alcol correlati e complessi-Metodo Hudolin, oppure ad un corso specifico di formazione all’Auto Mutuo Aiuto e problemi azzardocorrelati. Da qualche tempo e in alcune zone, durante i Corsi all’AES-metodo Hudolin, si dà spazio ad un intervento specifico sul GAP, questo alla luce della presenza sempre più numerosa di famiglie con problematiche legate all’azzardo nei CAT. Rispetto a corsi specifici sul GAP anche noi, quest’anno ci siamo sperimentate nell’organizzazione di un corso specifico all’auto mutuo aiuto e problemi azzardocorrelati, in quanto riteniamo che vi siano situazioni in cui è opportuno offrire alle famiglie un gruppo più centrato sul problema”.*

**Marcella Gilli:**

*“Formazione sistemica, mi pare l’elemento centrale di cui mi avvalgo in ogni intervento”.*

**Fabio Pellerano:**

*Capacità di conduzione nei gruppi, conoscenze approfondite su errori cognitivi, dimensione economica del fenomeno, probabilità e casualità, gestione del denaro, amministratore di sostegno e tutoraggio economico.*

**Umberto Caroni:**

*“Di tutto, anche perché non si può parlare solo di patologia”.*

**Sara De Micco:**

*Per trattare adeguatamente questa patologia, oltre ad una variegata competenza giuridica, un avvocato che voglia occuparsi di questi clienti dovrebbe sempre avere una minima competenza in termini socio – sanitari del fenomeno.*

**Elisa Del Rio:**

*Sono necessarie competenze tecnico-giuridiche in vari settori del diritto, in modo da saper individuare le soluzioni più adeguate alla singola fattispecie e, se non proprio rudimenti di psicologia (che sarebbe l’ideale), quanto meno una particolare attitudine naturale a cogliere aspetti introspettivi del giocatore e dei familiari, rilevanti nell’interazione col Cliente e nella sua gestione pratica.*

**Emanuel Gennaro:**

*Formazione continua e aggiornamento sulla materia, oltre un maggior confronto con tutti gli operatori del settore (psicologi, medici, assistenti sociali, avvocati....).*

**Giorgio Ferrari:**

*Oltre alle competenze legali (generali e specifiche su alcune specifiche materie) anche strumenti di carattere psicologico-sociale-medico.*

**In sintesi**, di quali strumenti dovrebbe disporre un operatore per trattare questa patologia? Gli operatori interpellati hanno elencato almeno quanto segue:

Formazione teorica solida (di base + approfondita e diversificata)  
Capacità di integrare conoscenze e approcci diversi tra loro  
Seguire rigorosamente un protocollo / «Avere le idee chiare del percorso dall'accoglienza alla dimissione» / Flow-chart operativa.  
Capitalizzare l'esperienza clinica  
Usare strumenti specifici  
Affiancamento a lungo con un terapeuta esperto

Anche per i legali: necessaria una variegata competenza giuridica, ma anche una minima competenza in termini socio-sanitari del fenomeno (per la gestione della relazione con il cliente).

E ancora due nodi centrali:

«All'inizio credevo che la volontà di smettere del paziente battesse i meccanismi interni che sostengono la dipendenza. Consideravo estreme le restrizioni economiche o di allontanamento dal gioco. Ora le considero imprescindibili, specie a inizio terapia» (S. Cabrini).

«Il controllo sul denaro e provare ad astenersi dal giocare non sono la cura, ma permettono la cura» (M. Avanzi).

## **6. Di che tipo di formazione ti sei avvalso?**

### **Rolando De Luca:**

*“Una formazione generale di cui ti ho scritto. Poi per quanto riguarda l'azzardo il confronto a livello nazionale con le altre esperienze è stato fondamentale”.*

### **Amelia Fiorin:**

*La formazione coltivata nel tempo ha visto incontri formativi rivolti agli interventi focali dedicati ai giocatori come gli interventi terapeutici sulle distorsioni cognitive, interventi a favore delle famiglie dei giocatori. Sul piano legale ha maturato una formazione sia sul piano degli interventi per la promozione dell'amministratore di sostegno ma anche sulla necessità di altri interventi per la tutela del patrimonio etc. Recentemente è stata co-autrice di alcune Guide Pratiche che riguardano specifiche aree legate al fenomeno del GAP e per le quali, assieme al gruppo di colleghi dell'ambulatorio, sono stati formalizzati e manualizzati degli interventi dopo aver raccolto una serie di conoscenze .*

### **Simonetta Conti:**

*Formazione clinica sul gioco d'azzardo, convegni, seminari specifici, lettura di manuali clinici sul gioco, equipe clinica specifica sul gioco d'azzardo.*

### **Roberta Smaniotto:**

*Principalmente formazione con AND e ALEA, interventi di colleghi esteri, intervizione con colleghi svizzeri.*

### **Silvia Cabrini:**

*Le formazioni di AND, le formazioni in ambito DBT per l'approfondimento degli aspetti comportamentali e dell'introdurre l'idea di un cambiamento con accettazione, soprattutto in pazienti più gravi.*

**Susanna Petri:**

*“La mia formazione è umanistica (Gestalt), ma riconosco che per le mie esperienze in Spagna e presso il Centro di Campoformido tendo a mettere in pratica un approccio terapeutico integrato, utilizzando strumenti diversi a seconda dei casi. Specialmente all’inizio del trattamento trovo molto utile iniziare con un approccio cognitivo e comportamentale, per iniziare a lavorare sulla presa di coscienza del sintomo e il suo contenimento, ma in seguito ritengo importantissimo andare in profondità e lavorare sulla comunicazione del paziente con il suo contesto prossimo, specialmente familiare e di coppia, ed esplorare le sue competenze comunicative e la sua gestione emozionale. Per questo considero molto utile l’approccio sistemico e molte tecniche gestaltiche”.*

**Valeria Locati:**

*“Tirocinio post lauream e di specialità presso i SerT dell’ASL Milano, eventi di formazione e pratica terapeutica di AND, specializzazione in psicoterapia sistemico relazionale e master in psicodiagnosi clinica e forense con approccio psicodinamico integrato (frequenza dell’ultimo anno). Ad oggi la pratica presso l’ASL e il contesto privato continuano ad essere luoghi di formazione empirica anche grazie al confronto con l’equipe e la supervisione personale”.*

**Graziano Bellio:**

*“Sono psicoterapeuta ad indirizzo psicodinamico. Utilizzo la psicoterapia supportiva. non ho seguito formazioni specifiche per il gioco d’azzardo. Ho imparato facendo, leggendo e confrontandomi con i colleghi. Ho imparato molto da molti di loro, ma non in modo sistematico”.*

**Maurizio Avanzi:**

*“Per anni sono andato a caso a tutte le formazioni sul gioco d’azzardo. Poi finalmente nel 2010 ad Arezzo ho visto la luce: ho conosciuto Ladouceur, AND e poi a cascata il gruppo di Castel Franco Veneto e il GAT-P. Tutti quanti con idee chiare ed esperienza e voglia di condividerla. Ladouceur mi ha fatto capire le illusioni di controllo, il fatto che nessuno comprende in realtà l’indipendenza delle puntate e che queste illusioni sono connesse al ruolo che il gioco d’azzardo assume nelle menti dei giocatori. Il confronto con i colleghi, con i pazienti e con i loro familiari è una fonte continua di idee e di piste di lavoro”.*

**Gianni Savron:**

*“Il mio indirizzo è cognitivo-comportamentale ma applico tutte le strategie che ho acquisito nel corso degli anni per portare il paziente alla consapevolezza e alla possibilità di agire su se stesso”.*

**Stefano Oliva:**

*Psicodinamica, Psicoanalitica; Esperienziale...sul campo..*

**Gianmaria Zita:**

*Psichiatria, diploma in TCC (Terapia Cognitivo Comportamentale).*

**Alessandra Bassi:**

- a. *Convegni e seminari; ho ascoltato molte persone esperte e ho avuto il privilegio di conversare con loro*
- b. *Studio teorico e pratico (per progettare e realizzare progetti); molto importante il sito di AND*

**Angelo Battista Castellani:**

*Tutto ciò che è stato possibile: dai corsi di formazione già citati sulla psicoeducazione, ai corsi di formazione sul campo (counselling motivazionale, counselling telefonico e telematico); , ai convegni tematici (gioco e donne; gioco e giovani buone prassi cliniche e terapeutiche), alle letture di riviste specialistiche non solo in termini di trattamento ma anche di gioco; inoltre partecipazione a gruppi di lavoro sull'azzardo (ad es. sulla valutazione situazione debitoria e tutoraggio economico) e il confronto anche con i cosiddetti "operatori della filiera".*

**Anna Colombo:**

*"Ho seguito numerosi corsi/ convegni/ seminari di formazione specificatamente pensati per il gioco d'azzardo patologico. Ho iniziato con una formazione di base nel 2004 e ho proseguito con formazioni sempre più specialistiche nel corso degli anni. Ancora attualmente continuo a formarmi seguendo le iniziative specialistiche che mi consentono non solo di rimanere aggiornata sulla tematica, ma anche di confrontarmi con operatori che come me sono costantemente attivi sul campo. Ritengo fondamentale in tale tematica che la formazione venga fatta costantemente con l'incontro di operatori di diverse professionalità in quanto è indispensabile nel trattamento del gap attrezzarsi a lavorare con professionalità differenti che hanno una specifica "lente di ingrandimento" sui differenti aspetti del problema".*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*"Ci siamo avvalse di una formazione ad ampio spettro: sul GAP in generale (distorsioni cognitive, costi personali, famigliari e sociali), sull'auto mutuo aiuto e azzardo; di una formazione sistemico-relazionale, di quella centrata sulla persona e ovviamente di una formazione sull'approccio ecologico-sociale."*

**Marcella Gilli:**

*Formazione sistemica, master mediazione familiare, tutta la formazione AND.*

**Fabio Pellerano:**

*Autoformazione e formazione in aula.*

**Umberto Caroni:**

*Di quello che veniva proposto sul territorio.*

**Sara De Micco:**

*"Di quella derivante dalla elaborazione diretta dei progetti cui ho partecipato e quella fornita da AND, oltre alla bibliografia in materia".*

**Elisa Del Rio:**

*Studio delle normative vigenti in materia, della Giurisprudenza e corsi di formazione.*

**Emanuel Gennaro:**

*Esperienza diretta a contatto coi G.A.P. e i familiari, affiancando professionisti della materia.*

**Giorgio Ferrari:**

*"Oltre alla mia formazione professionale nel campo legale mi sono avvalso della formazione di AND".*

**In sintesi**, gli operatori si sono avvalsi della seguente formazione (intesa come un processo costante di formazione continua):

- Lettura di manuali clinici sul GAP, articoli, siti web
- Convegni, seminari specifici su tutte le aree
- Confronto con altre esperienze a livello nazionale
- Confronto multidisciplinare costante con colleghi
- Formazione sul campo (apprendimento dai pazienti e dai familiari)

### **7. Cosa diresti / consiglieresti ad un operatore neofita e "all'inizio" con questo tipo di pazienti?**

**Rolando De Luca:**

*La formazione generale terapeutica è imprescindibile. Poi suggerirebbe di formarsi anche nello specifico dell'azzardo con un terapeuta che ne abbia sufficiente esperienza.*

**Simonetta Conti:**

*Suggerisce di fare formazione ad hoc, avere competenze di psicoeducazione e di clinica con un approccio sistemico.*

**Roberta Smaniotto:**

*Consiglia di non sottovalutare la gravità, di essere disposto a stare continuamente in formazione, ma nel vero senso della parola.*

**Silvia Cabrini:**

*Suggerisce di non dare per scontato che la conoscenza delle dipendenze sia già una buona base, ma approfondire nelle formazioni in modo da poter accedere a una comprensione profonda di cosa avvenga nel paziente e di cosa sia una dipendenza così forte ma che non implica sostanze: "ritengo che sia un concetto che anche nella mente degli operatori debba essere tenuto ben presente".*

**Susanna Petri:**

*"Consiglierei di cercare di dare più spazio possibile al proprio intuito, coltivare la relazione con la persona che ha davanti e sospendere il giudizio, qualsiasi sia la situazione in cui si trova e qualsiasi cosa abbia fatto. Inoltre, cercherei di metterlo in guardia sulle molte maschere che un giocatore può decidere di mettersi per proteggere se stesso e la propria dipendenza.. e di cercare di non prendere nulla sul personale, né le provocazioni né le menzogne, cercando di interpretare questo comportamento come una resistenza da trattare con interesse e non con ostilità nel del lavoro terapeutico".*

**Valeria Locati:**

*Mantenere i nervi saldi, studiare molto, osservare colleghi esperti, mantenere un canale sempre vivo con la stampa e l'informazione per comprendere il contesto più ampio, ma anche per cogliere gli aspetti specifici descritti dai pazienti durante il trattamento.*

**Graziano Bellio:**

*E' un campo che non si può non conoscere, al pari di altre dipendenze chimiche e non chimiche. E' un campo ancora pieno di vuoti, di cose da scoprire: il lavoro va affrontato con curiosità e voglia di scoprire. Pensare, pensare e pensare: questo tiene vivo il cervello e la persona. Come nelle altre dipendenze è necessario rivedere il proprio concetto di guarigione e di obiettivo terapeutico.*

**Maurizio Avanzi:**

*“Non pensare di essere esperto perché hai competenze nelle altre dipendenze”.*

**Gianni Savron:**

*Ascoltare qualche clinico più esperto, o partecipare a qualche seduta come uditore, leggere qualche buon manuale per familiarizzare con il problema, parlare con qualche ex-giocatore, documentarsi sulle modalità induttive e di marketing dei giochi.*

**Stefano Oliva:**

*Consiglia ... di ricercare e saper descrivere dove si cela la sofferenza in questi pazienti, che è spesso, paradossalmente e tragicamente, la grande assente. Di cercare però di non farsi manipolare e di darsi obiettivi chiari e semplici.. raggiungibili a tappe progressive.*

*Prima gestire il problema compulsivo, poi, a mente più libera, ricercare insieme al paziente il cambiamento. Insomma fare quello che si chiede al paziente: darsi delle priorità...non tutto e subito...mantenere alta l'attenzione e il monitoraggio...essere scaltri nel riconoscere la manipolazione (soprattutto quella involontaria..); imparare a riconoscere cosa significa incamminarsi per la via della ricaduta...cioè i segnali precoci di ciò che potrà far ricomparire il circolo vizioso...*

*“Tutto ciò è molto appassionante, mentre le storie dei gambler e i circoli viziosi in sé sono sempre uguali e perciò dannatamente noiosi...”*

**Gianmaria Zita:**

*Di studiare approfonditamente la patologia da addiction in tutte le sue forme senza fermarsi solo ad alcune “sotto-tipologie”.*

**Alessandra Bassi:**

*“ Ricordati che meno ne sai, e più credi di saperne...”*

**Angelo Battista Castellani:**

*“Tre parole credo possano essere suggerite, che sono in linea con il lavoro su questi argomenti e che hanno “ambiguità” di fondo: passione, rischio, conoscenza”.*

**Anna Colombo:**

*“Prima di tutto di non banalizzare la tematica specifica pensando che sia analoga alle dipendenze da sostanze. Cercherei di spiegare che una esperienza nel campo del trattamento delle dipendenze potrebbe essere un aiuto da un lato, ma un ostacolo dall'altro. Credo che per occuparsi di gioco d'azzardo patologico sia indispensabile essere disposti a stravolgere la propria modalità lavorativa. Gli direi che un altro elemento indispensabile è quello di acquisire una iniziale formazione di base sufficientemente dettagliata sui principi del gioco d'azzardo, sulla specificità dei giocatori e dei loro familiari e su alcuni aspetti basilari di diritto e di gestione economica. Suggestirei la necessità di non essere solo ad occuparsi della tematica ma di avere almeno dei colleghi con cui confrontarsi sulle prime prese in carico; aggiungerei di dotarsi di strumenti operativi da utilizzare con giocatori e familiari. Potrebbe essere molto utile una formazione e un'esperienza nel lavoro in gruppo”.*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*“E' fondamentale il coinvolgimento della famiglia nel percorso di cambiamento e se la famiglia non c'è di individuare una o più persone (anche volontari di Associazioni territoriali) che svolgano un'azione di*



supporto e di controllo economico; è fondamentale dare indicazioni sul come mettere in sicurezza i risparmi eventuali e sostenere il processo di rientro dai debiti, magari indirizzando ad una consulenza di un esperto (es. commercialista, avvocato, e/o amministratore di sostegno). Sarebbe oltremodo importante appoggiarsi a chi già svolge questa attività (mettersi in contatto con ALEA, AND, o con servizi pubblici già attivi in questo campo). Consigliremmo inoltre di potersi avvalere del supporto e confronto di più operatori, quali il Medico, lo Psicologo, l'Assistente Sociale, l'Educatore ecc. in quanto il disturbo da gioco d'azzardo è un problema multidimensionale.”

**Marcella Gilli:**

Curare l'osservazione sul paziente, seguire la formazione e gli eventi AND, curare la creatività (molti strumenti professionali li ha creati quando ha iniziato a trattare con questa utenza: prima i suoi interventi erano 'classici' da servizio sociale Ser.D.).

**Fabio Pellerano:**

Gli direi che le competenze specifiche si acquisiscono con il tempo, la lettura e il confronto. Sono però imprescindibili quelle caratteristiche dell'educatore come la relazione, l'osservazione, l'ascolto, l'empatia e la capacità progettuale.

**Umberto Caroni:**

“Non c'è più niente da inventare, ma sicuramente ci sono molte cose da ripensare, ascolta chi ha già pagato il prezzo all'esperienza, apprendi in modo critico costruttivo, i giocatori hanno bisogno di giocare (ma non d'azzardo) quindi, se non sai divertirti, sarai anche un bravo tecnico ma i gap ti sfiancheranno.

Non diventare ideologico né proibizionista ma di quello che pensi, esistono i politici e i legislatori per queste cose, i quali vanno “imparati” come si dice in gergo.

Educare, dare informazioni corrette, la patologia appartiene ad una soglia ristretta rispetto ai milioni di persone che giocano d'azzardo, bisogna informare e allertare, in modo chiaro e corretto, poi le persone fanno ciò che vogliono ma con più coscienza rispetto alle proprie scelte. Poi è anche vero che siamo tutti polli d'allevamento”.

**Sara De Micco:**

“Consiglierei tanta pazienza, attenzione alla formazione, e apertura mentale”.

**Elisa Del Rio:**

“Suggerirei di valutare con attenzione la soluzione pratica da adottare, differenziandola caso per caso, in quanto, per la peculiarità della materia e della tipologia di persone con le quali ci si rapporta, non sempre la soluzione normalmente adottabile si rivela essere quella più adeguata alla fattispecie”.

**Emanuel Gennaro:**

“Anzitutto una maggior conoscenza dei singoli istituti di diritto civile offerti dal nostro ordinamento, per la parte teorica; per la parte pratica consiglio di affiancare un professionista della materia con esperienza di lungo corso; quindi nessuna improvvisazione, ma lavoro settimanale costante al fianco di un professionista valido e motivato”.

**Giorgio Ferrari:**

*“Consiglierei di seguire un corso specifico di formazione e poi imparare sul campo trattando direttamente con il paziente e i suoi familiari; nel campo legale occorre spaziare in vari ambiti e si deve utilizzare un metodo inquisitorio per acquisire il maggior numero di informazioni utili”.*

**In sintesi** quindi, di quale «sapere» di minima un operatore dovrebbe disporre prima di trattare questa utenza?

Ecco i suggerimenti!

Studiati una bibliografia specifica

Fai formazione ad hoc

Affianca un terapeuta esperto e fai pratica con questi pazienti per entrare nell’ottica del problema prima di iniziare ad applicare le competenze teoriche apprese o i protocolli standard

Acquisisci alcune competenze specifiche: gli errori cognitivi tipici, l’orizzonte in cui il disturbo si colloca anche dal punto di vista sociale, competenze di tipo psichiatrico per riconoscere comorbidità, competenze sull’area economica e legale, competenze di base per gestire colloqui, gruppi,....

Conosci i sintomi in modo da riconoscere i comportamenti d’azzardo

Conosci i meccanismi che regolano la dipendenza da gioco (meccanismi di rinforzo, craving, ...)

Conosci le dinamiche mentali dei giocatori e dei loro familiari.

Per i legali: valuta con attenzione caso per caso la soluzione da adottare; non sempre la soluzione normalmente adottabile è la più adeguata alla fattispecie.

**8. Cosa suggeriresti che di minima un operatore sapesse/potesse disporre, prima di accingersi a trattare questa utenza?**

**Rolando De Luca:**

*“Non si può (ripeto) non avere una formazione generale e non si può iniziare senza tenere conto delle esperienze significative, proprio per evitare i tracolli a cui altri sono già andati incontro”.*

**Amelia Fiorin:**

*All’inizio era difficile immaginare che l’area della gestione del denaro potesse essere un’area clinica di indubbio interesse. Inoltre è un’area che in tutte le istituzioni pubbliche rivolte all’istruzione, compresa l’Università, non viene contemplata nell’ambito degli insegnamenti psicoterapici e quindi è naturale che l’operatore all’inizio possa sentire un po’ di pudore nell’affrontare questo argomento. Certo che dopo il terzo colloquio, quando cioè abbiamo raccolto, più e più volte, il danno economico, che il gioco comporta, risulta più agevole chiedere e legittimare una dettagliata anamnesi finanziaria. “Quindi suggerirei di perlustrare con tatto ma gradualità questa area vitale dei giocatori. Tuttavia il suggerimento che darei, più generale, è sempre quello legato alla presenza di un atteggiamento esplorativo, non giudicante, che permetta all’operatore, come al giocatore, di avviare una relazione che è conoscitiva, ricca di informazioni e professionalizzante per l’operatore stesso. In fondo i pazienti ci permettono di aumentare la nostra esperienza ci portano i loro problemi e difficoltà e su questo noi lavoriamo. Mantenere la relazione è sempre una buona regola”.*

**Simonetta Conti:**

*Conoscenza dei meccanismi che regolano la dipendenza dal gioco patologico, conoscenza dei sintomi per riconoscere i giocatori patologici*

**Roberta Smaniotto:**

*Di minima: una formazione sulle dipendenze, una formazione di base sul tema gap.*

**Silvia Cabrini:**

*Necessarie conoscenze rispetto al modello della dipendenza, conoscenze specifiche sul gioco (minime conoscenze tecniche e effetti sulla nostra mente).*

**Susanna Petri:**

*“Sicuramente sarebbe molto utile, come lo è stato per me, affiancare un terapeuta esperto e poter fare pratica con questo tipo di pazienti (ed anche se possibile con altri tipi di dipendenze) per entrare nell’ottica del problema, prima di iniziare ad applicare semplicemente le competenze teoriche apprese o i protocolli standard (in Spagna per esempio questa è una consuetudine molto diffusa)”.*

**Valeria Locati:**

*Conoscenze specifiche sul tema del gioco, soprattutto in termini di differenza rispetto alle altre dipendenze e capacità di lettura del contesto relazionale più ampio.*

**Graziano Bellio:**

*“Consiglierei di leggere il mio manuale! Ahahah beh, dovrebbe anche conoscere il mondo delle dipendenze, ma questo lo diamo per scontato”.*

**Maurizio Avanzi:**

*Impara da qualcuno esperto nel campo specifico.*

**Gianni Savron:**

*Conosci le dinamiche mentali e comportamentali del giocatore d'azzardo e quelle familiari nei suoi riguardi, fattori di rischio, strategie pubblicitarie e meccanismi dei giochi più frequenti (slot, gratta e vinci, ecc.). Sappi che è possibile trattare il disturbo.*

**Stefano Oliva:**

*“Direi che un bel tirocinio con AND, a Campoformido, da Guerreschi, a Reggio Emilia e, al limite, in Betulle, non sarebbe male per apprendere come è complicato e faticoso approntare un progetto terapeutico per il gambler e la sua famiglia...”*

*Aldilà della qualità minima della propria formazione, chiederei l'umiltà nell'approfondire la specificità del gioco patologico, senza replicare pedissequamente nella cura dello stesso ricette valide per altre problematiche, ma spesso inefficaci e talora controproducenti nella cura della dipendenza da gioco”.*

**Gianmaria Zita:**

*Conoscenze scientifiche approfondite sui meccanismi di rinforzo e su tecniche comportamentali adeguate*

**Alessandra Bassi:**

- a. *Studiarsi una bibliografia indirizzata al suo campo (il nostro manuale va bene per tutti), e lavorare intensamente sul sito di AND*
- b. *Partecipare a qualcosa di concreto e ripetuto nel tempo (un gruppo di familiari, o di pazienti, o di operatori).*

**Angelo Battista Castellani:**

*Conoscenza di sé, di come reagisce di fronte a situazioni complesse e di qual è la propria posizione di fronte all'azzardo; disponibilità all'ascolto e conoscenze non superficiali della tematica generale e specifiche sui giocatori e sulle dipendenze e sui loro meccanismi di funzionamento; conoscenze sul tutoraggio economico.*

**Anna Colombo:**

*"Credo di aver già risposto in parte nella domanda precedente. Aggiungerei che sarebbe utile (e fantastico) poter disporre di una equipe integrata con ogni figura professionale (psichiatra e avvocato compresi) tutti adeguatamente formati e appassionati al tema. Sarebbe anche fantastico poter fare RICERCA".*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*"Ci sembra di ripeterci, ma almeno dovrebbe avere una conoscenza del funzionamento dei g. d'a., delle distorsioni cognitive, degli strumenti per il tutoraggio economico, di alcuni test valutativi (almeno il SOGS, DSM5), una formazione sull'auto mutuo aiuto. Non dovrebbe mancare una formazione sull'approccio familiare-sistemico. Oltre alle conoscenze prima elencate, in un momento successivo, sarebbe importante avere una formazione sul funzionamento dei circuiti cerebrali nei disturbi da dipendenza."*

**Fabio Pellerano:**

*Conoscere l'orizzonte significa conoscere quali giochi ci sono, che giro d'affari movimentano, quali "effetti" fanno, avere competenze di gestione di un colloquio o di un gruppo, avere un minimo di competenze di tipo psichiatrico per i pazienti comorbili. Avere una buona conoscenza degli errori cognitivi e di una corretta gestione economica. Sapere come si imposta un tutoraggio economico.*

**Umberto Caroni:**

*L'azzardo come sensation seeking e come investimento finanziario, il denaro come merce, nozioni sul sistema economico, il gioco d'azzardo (con le sue tipologie) come industria.*

**Sara De Micco:**

*"Oltre alla conoscenza del problema, suggerirei una generale preparazione nei diversi settori del campo del diritto civile, amministrativi e penale".*

**Elisa Del Rio:**

*Di seguire un corso di formazione di taglio pratico.*

**Emanuel Gennaro:**

*Affrontare la problematica senza pregiudizi, con pazienza e apertura mentale, oltre una minima conoscenza di alcuni istituti di diritto civile (nel caso in cui l'operatore neofita sia un legale).*

**Giorgio Ferrari:**

*“Per il mio settore specifico (legale) avere una conoscenza generale del diritto e specifico sugli aspetti di tutela personale, patrimoniale e familiare”.*

Anche qui, **due snodi centrali:**

«Cerca dove si cela la sofferenza di questi pazienti e descrivila, perché spesso è tragicamente e paradossalmente assente» (S. Oliva)

«Affronta la problematica senza pregiudizi, con pazienza e apertura mentale» (G. Ferrari).

**9. Che percorsi formativi sarebbe necessario attivare per preparare al minimo di competenze un tuo giovane collega che voglia dedicarsi a questa utenza?**

**Rolando De Luca:**

*Certamente una formazione specifica (potrebbe essere anche un percorso di qualche giorno intensivo) con una struttura che abbia l'esperienza (non quindi una formazione solo teorica).*

**Amelia Fiorin:**

*“I percorsi formativi che mi sentirei di proporre si organizzano su tre livelli distinti:*

- *I° livello formativo contenuti di base come la parte diagnostica, l'assessment, le consulenze familiari e i primi colloqui, gli interventi psicoeducativi, sociali e di controllo economico.*
- *II° livello formativo contenuti-interventi focali come gli interventi sul counselling finanziario anche con il rientro dei debiti etc., gli interventi sul piano delle reti sociali, gli interventi terapeutici rispetto alla prevenzione delle ricadute così come quello sulle distorsioni cognitive ed infine tutti gli interventi di gruppo (gruppi GA, gruppi di autoaiuto, gruppi multifamiliare etc.). Gli interventi sul piano familiare. Interventi focali sulle popolazioni speciali come gli anziani, le donne e gli adolescenti, i parkinsoniani etc.*
- *III° livello più specialistico con contenuti sui programmi speciali o dedicati come i programmi residenziali, che cosa può offrire un programma residenziale? Il contenimento alla crisi, l'adozione di progetti speciali come l'applicazione della mindfulness, l'elaborazione del trauma ed altro ancora. Sempre in questo III livello io ci collocherei tutti gli interventi legati al gioco on-line e alla dipendenza da internet che in molti casi richiede una prima fase di residenzialità per poi coordinarsi con i vari ambulatori pubblici per la continuità della terapia”*

**Simonetta Conti:**

*Percorsi specifici organizzati da formatori esperti sul gioco, tirocinio clinico con operatori esperti, formazione sul campo.*

**Roberta Smaniotto:**

*Percorso sulla diagnosi, sulla questione economica, sulla ricaduta sui familiari. SUPERVISIONE.*

**Silvia Cabrini:**

*Corsi tematici su vari aspetti del problema.*

**Susanna Petri:**

*“Insisto sull'importanza della pratica sul campo e dell'affiancamento di professionisti; inoltre credo sia importante aiutare i giovani professionisti a creare reti interdisciplinari per affrontare questo tipo di realtà,*

*in modo da poter lavorare in collaborazione con altri professionisti, come avvocati, psichiatri e servizi sociali. E' importante poi una formazione e in-formazione continua sulla realtà socio-politica ed economica che fa da sfondo al gioco, non solo a livello del singolo paziente ma anche in merito a politiche sociali e normative; si tratta di un contesto dinamico in continuo cambiamento e un buon professionista non può prescindere dal conoscerlo. Per quanto riguarda l'approccio terapeutico, sono sostenitrice di un approccio integrato ed anche della creatività del singolo professionista (come un tempo mi disse la mia collega, insegnante ed amica Angels González Ibáñez.... sorprendendomi dalla sua prospettiva di cognitivista convinta.. "se funziona, si usa")".*

**Valeria Locati:**

*Formazione circa diagnosi, classificazioni della patologia, aspetti sociali, aspetti psicoeducativi, percorsi di intervento.*

**Graziano Bellio:**

*Un corso ampio, annuale, con contenuti soprattutto clinici (comprese le psicoterapie e l'approccio alla famiglia), ma con la presenza indispensabile di nozioni sui giochi e la matematica sottostante, gli aspetti economici e normativi, gli aspetti sociali.*

**Maurizio Avanzi:**

*Corsi specifici teorico-pratici. Supervisione su casi.*

**Gianni Savron:**

*Lezioni, workshop, simulate, film cinematografici, filmati di interviste*

**Stefano Oliva:**

*Convegni ristretti, Role-playing, tirocini, discussione casi, con supervisione o intervizione di gruppo.*

**Gianmaria Zita:**

*Simulazione di casi e di possibili interventi terapeutici.*

**Alessandra Bassi:**

- a. *Oltre a partecipare a convegni, seminari, potrebbero servire gruppi di approfondimento e discussione*
- b. *Lavorare sui feedback.*

**Angelo Battista Castellani:**

*"Penso che sarebbe utile non partire allo sbaraglio anche per evitare errori (che comunque tutti abbiamo fatto, credo). Quindi un buon corso di formazione di base che faccia conoscere sia la situazione generale di contesto, le diverse tipologie di giocatori d'azzardo e di intervento terapeutico possibile (con formazione sull'utilizzo di alcuni questionari/test oltre che di alcune tecniche specifiche). Credo sia importante fornire una visione multi professionale del problema".*

**Anna Colombo:**

*"Per preparare al minimo un assistente sociale che intenda occuparsi della tematica è necessario un percorso formativo che comprenda ALMENO i primi 4 punti della domanda n.5. Quindi una formazione di base che comprenda i temi principali legati al gioco d'azzardo patologico, una formazione sui concetti*

*fondamentali di diritto privato, penale di famiglia e amministrativo, una formazione specifica sulla tecnica della psicoeducazione e una formazione specifica sull'area della gestione economica (tutoraggio, ricostruzione della situazione debitoria, amministrazione di sostegno)".*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*"Sarebbe importante attivare percorsi formativi che utilizzino una metodologia attiva che accanto ai saperi teorici sapesse conciliare momenti di lavoro di gruppo, partecipazione ai vari gruppi di auto mutuo aiuto (se esistenti in un territorio) con la consapevolezza che è un lavoro che si apprende facendo (learning by doing). Riteniamo che sia indispensabile attivare percorsi formativi che tendano a modificare i costrutti e le convinzioni comunemente trasmesse o apprese, diffuse anche da fonti autorevoli; inoltre, attivare percorsi con un intreccio di contenuti cognitivo-emozionali che stimolino la disponibilità umana ad stare accanto ad una famiglia che soffre, a considerarla (e connotarla) positivamente, come un sistema umano in grado di dare delle risposte ai propri problemi. Sarebbe altresì importante che la formazione mettesse l'accento sulla collaborazione che in ogni territorio si dovrebbe ricercare tra strutture pubbliche ed energie/risorse private, in funzione di un programma semplice e sinergico per affrontare i problemi azzardocorrelati della comunità locale."*

**Marcella Gilli:**

*"I miei tirocinanti hanno partecipato agli eventi AND che sono capitati nel periodo di tirocinio, per loro sono stati estremamente stimolanti. A loro insegno l'utilizzo di tutti gli strumenti e il loro significato".*

**Fabio Pellerano:**

*Che informino in maniera esperienziale sui giochi, sulle probabilità e sul caso, sulla dimensione economica del fenomeno, il tutoraggio economico, sugli errori cognitivi.*

**Umberto Caroni:**

*I giochi più coinvolgenti/pericolosi, il percorso verso la patologia, Diagnosi gap, tecniche di primo colloquio, tecniche di gruppo (e tipologie di gruppo), come interfacciarsi con altri servizi...*

**Sara De Micco:**

*"Prevedrei almeno due anni di esperienza e almeno due corsi annuali in materia".*

**Elisa Del Rio:**

*"Ritengo che l'ideale potrebbe essere un corso di formazione che fornisca sia le basi teoriche tecnico-giuridiche specifiche della materia, sia strumenti concreti per la soluzione pratica delle problematiche connesse ai singoli casi, meglio se accompagnati dall'analisi e risoluzione di situazioni concrete".*

**Emanuel Gennaro:**

*Percorsi formativi che affrontino i principali strumenti giuridici offerti dall'ordinamento per tutelare al meglio sia il G.A.P. che i propri familiari (quindi seminari su A.D.S., su successioni, obbligazioni, regimi patrimoniali, separazioni, filiazioni naturali e legittime...).*

**Giorgio Ferrari:**

*Un corso specifico di preparazione per affrontare il rapporto con il giocatore.*

**In sintesi**, si evidenziano due percorsi formativi paralleli: uno teorico e l'altro pratico.

Formazione TEORICA (lezioni, workshop, simulate, film...)

- Percorsi specifici con formatori esperti sul gioco (ripresi integralmente gli spunti forniti da Fiorin):
  - 1° livello: un corso ampio, di durata annuale - diagnosi/assessment, counselling familiare, primi colloqui, interventi psicoeducativi, interventi sociali/legali, controllo economico, meccanismi condizionanti, matematica dei giochi
  - 2° livello: counselling finanziario con rientro debiti, interventi sulle reti sociali, interventi terapeutici di prevenzione delle ricadute e sulle distorsioni cognitive, interventi di gruppo (GA-autoaiuto-multifamiliari), interventi su popolazioni speciali (donne, anziani, parkinson, adolescenti, giocatori online), psicoterapie
  - 3° livello: programmi residenziali- incluso pre e post res., contenimento della crisi, mindfulness, elaborazione del trauma.

Formazione PRATICA

- Tirocinio clinico (anche intensivo) con affiancamento a operatori esperti in strutture con esperienza (2 anni per avvocati)
- Formazione sul campo, gruppi di approfondimento e discussione, intervizione/supervisione
- Confronto multidisciplinare (avvocati, Serv. Soc., psichiatri)
- Formazione continua sulla realtà socio-politica ed economica che fa da sfondo al gioco d'azzardo.

«Non c'è più niente da inventare. Caso mai ci sono molte cose da ripensare» (U. Caroni).

Quindi, è necessario che chi si affaccia oggi al tema prenda in seria considerazione tutta l'expertise maturata dai pionieri, per non trovarsi a ripercorrere la stessa strada, commettendo gli stessi errori. All'epoca non vi era possibilità di fare diversamente in Italia.

Oggi invece, ciò sarebbe un grave atto colpevole di incuria e trascuratezza verso questi pazienti.

**10. Se avevi esperienza nel trattamento di persone dipendenti da sostanze, pensi che vi sia qualche competenza differente che è necessaria all'operatore del tuo profilo professionale per trattare nello specifico i pazienti GAP? In caso affermativo, quale?**

**Rolando De Luca:**

*“Ma certamente esistono sempre le diversità. Ma c'è una complessità familiare e individuale che è la stessa...”*

**Amelia Fiorin:**

*Come già ricordato sopra alcune competenze legate all'esperienza con le tossicodipendenze sono state facilmente trasferibili nel gioco d'azzardo mentre è stato necessario perfezionare alcune competenze relativamente all'indagine economica e alla gestione dei debiti e del denaro.*

**Simonetta Conti:**

*Conoscenza dei giochi d'azzardo, dei test specifici, degli aspetti legati alle modalità della gestione economica e della necessità di coinvolgere i familiari.*

**Roberta Smaniotto:**

*Competenze sulla gestione economica, competenze diagnostiche (visto che non ci sono le urine!).*



**Silvia Cabrini:**

*Ambito finanziario, diverso utilizzo delle menzogne, diverso e maggiore coinvolgimento diretto della famiglia, conoscenze specifiche sulle caratteristiche dei giochi, sui bias cognitivi.*

**Susanna Petri:**

*“Non ho trattato molti casi di persone dipendenti da sostanze, ma credo ci sia una certa differenza tra i giocatori e questo tipo di pazienti. Non sono sicura di saper chiarire quale sia questa differenza, è una sensazione personale e relazionale che non riesco a definire in termini operativi... forse il giocatore ha un margine di consapevolezza più ampio e probabilmente ha più risorse cognitive e personali. Il gioco patologico, come le altre dipendenze (e anche qui si potrebbe aprire una discussione inerente al fatto che il gioco sia o meno una dipendenza), crea una compromissione psicologica e fisica molto profonda nella persona, ma per l’esperienza che ho avuto io (con tossicodipendenti) il giocatore tende ad avere un’intraprendenza e una capacità di riflessione superiore rispetto al dipendente da sostanze. Inoltre in genere può contare su una rete sociale e una situazione socio-economica (almeno di partenza) in genere meno compromessa. Certamente però non posso generalizzare e non credo sia possibile basarsi su poche osservazioni per stabilire dei criteri universalmente validi. Inoltre io preferisco di gran lunga lavorare con i giocatori e li trovo estremamente stimolanti, potrei peccare di parzialità. Forse chi lavora con i giocatori deve stare più attento proprio alla seduttività e alla “simpatia”, a volte persino la “fiducia” che sembrano ispirare. Mi è capitato spesso di essere convinta di trovarmi di fronte a una presa di coscienza e ad un impegno autentici per poi ricadere in un fallimento terapeutico in piena regola”.*

**Valeria Locati:**

*Focus non più sul tema del controllo (urine, esami in genere), ma dell’alleanza terapeutica; attenzione soprattutto al tono dell’umore e al significato del sintomo nel sistema familiare o significativo del soggetto. Capacità di conduzione di gruppi terapeutici o psicoeducativi, consapevolezza dell’importanza del tema del denaro e della ricaduta sull’altro che ciò comporta.*

**Graziano Bellio:**

*Le dipendenze possono essere piuttosto differenti tra loro su alcuni piani. Le tossicodipendenze e l’alcolismo presentano quadri molto condizionati dagli aspetti specifici dell’intossicazione cronica. Il quadro del GAP di base è la dipendenza nella sua forma pura. Nel campo delle dipendenze un buon operatore deve avere uno strabismo operativo che lo porta da un lato a vedere ed intervenire anche oltre i confini della propria mansione specifica; dall’altro non deve dimenticare le proprie specificità professionali per non rischiare di fare confusione o di arrivare “all’operatore unico”.*

**Maurizio Avanzi:**

*Sì: prima di tutto metter subito in sicurezza il paziente insieme al suo patrimonio, escludere o affrontare comorbidità di tossicodipendenza, doppie diagnosi, ideazioni suicidarie. Lavorare in rete con tanti altri che abbiano competenze utili. Sono tra i pazienti più difficili con famiglie stremate, sofferenti e incasinatissime: meglio essere in tanti ad occuparsene, ognuno per il suo pezzettino (Psichiatra, Assistente Sociale, Avvocato, Amministratore di Sostegno, ...).*

**Gianni Savron:**

*No, penso che altre dipendenze strutturino contesti simili, la differenza sta nell’azione biologica della sostanza.*

**Stefano Oliva:**

*“Direi che non è male avere una buona idea su come funziona l'azzardo e sulla specifica stimolazione che esso fornisce al cervello-psiche dell'individuo. Inoltre è utile avere qualche competenza circa l'istituto dell'Amministratore di Sostegno e una buona capacità pratica nel fornire indicazioni e prescrizioni circa le migliori modalità nel gestire in sicurezza la propria economia e i problemi economici inevitabilmente correlati a questa patologia”.*

**Gianmaria Zita:**

*“Al contrario penso che le conoscenze che stanno emergendo e le modalità di presa in carico e trattamento sul GAP possano essere applicate ai disturbi da uso di sostanze per ridare un senso e un obiettivo all'intervento terapeutico”.*

**Alessandra Bassi:**

*L'umiltà: il GAP è una dipendenza diversa sotto tanti punti di vista.*

**Angelo Battista Castellani:**

*“In termini di competenza, aldilà delle conoscenze specifiche di cui avevo già parlato, non saprei dire. Penso sia necessario tener conto dell'aspetto non marginale che ha la famiglia e il contesto.*

*Una cosa che differenzia rispetto alle sostanze è il gioco d'azzardo. Penso che, in termini generali, sia molto facile incontrare un operatore che partecipa a qualche forma di gioco d'azzardo piuttosto che usi sostanze (non che non ce ne siano ma magari usano sostanze che non mettono in discussione con i clienti es. fumo di sigarette o alcol con i tossicodipendenti da cocaina o eroina...)”.*

**Anna Colombo:**

*“Lavoro dal 1990 nel campo delle dipendenze patologiche; iniziare ad occuparmi di GAP ha stravolto la mia modalità lavorativa. A parte aver dovuto svolgere molta formazione specifica e approfondita, mi sono attrezzata di tecniche e strumenti nuovi. Penso per esempio alla psicoeducazione, ma anche a tutti gli strumenti necessari per il tutoring economico. Lavorare con il Gap ha sicuramente significato mettere concretamente mano nella gestione economica delle famiglie in carico. Parlare di denaro con le famiglie significa parlare delle scelte più intime e personali che le persone fanno, dei loro valori e delle loro priorità. Si tratta spesso anche di attivare tecniche di mediazione del conflitto familiare e trovare compromessi. Nel mio ruolo sicuramente l'utente è il giocatore, ma è utente fondamentale anche il nucleo familiare ed è estremamente necessario pensare ad interventi di tutela sia per il giocatore che per tutto il nucleo familiare. La gestione del denaro pertanto assume molta rilevanza ed è necessario procedere in questa area specifica con estrema delicatezza, con un atteggiamento non giudicante pur con determinazione e metodologia professionale”.*

**Marcella Gilli:**

*Maggiore conoscenza di alcuni dispositivi legali*

**Fabio Pellerano:**

*“Direi di no. Ogni sostanza ha le sue caratteristiche, ma il lavoro educativo è sempre lo stesso, usando però altre informazioni”.*

**Umberto Caroni:**

*La crisi d'astinenza non è dimostrata, non c'è overdose, non c'è cura farmacologica con sostitutivi, il gioco patologico segue un continuum temporale non è mai un atto fine a se stesso, l'indebitamento è un fattore prognostico negativo ...*

**Sara De Micco:**

*Sebbene il protocollo dettato e sperimentato in questi anni in materia di trattamento GAP nel Pronto Soccorso legale possa essere utile e di spunto anche in altre dipendenze, per i casi trattati di dipendenza da sostanza il protocollo non è applicabile così come è, mancando la spontanea adesione del paziente alla gestione altrui del proprio patrimonio: credo che manchi al legale l'esperienza sugli aspetti psicologici di un soggetto patologicamente dipendente da sostanze, rispetto al GAP.*

**Elisa Del Rio:**

*In alcuni casi la gestione/assistenza del GAP richiede l'impiego di misure da adottare in via d'urgenza a protezione del patrimonio, per via della potenziale gravità e rapidità del dissesto economico derivante dal gioco compulsivo.*

**Emanuel Gennaro:**

*“Non ho esperienze precedenti”.*

**Giorgio Ferrari:**

*“Non ho competenze per altre dipendenze”.*

**In sintesi**, le competenze diverse utili per trattare GAP vs. Dipendenze da Sostanze possono essere sintetizzate come segue:

- Abilità nell'indagine economica, gestione debiti e denaro, e nel mettere IN SICUREZZA il paziente e il suo patrimonio
- Valutare ideazioni suicidarie e comorbilità
- Competenze diagnostiche specifiche
- Peso del coinvolgimento della famiglia nel trattamento - «l'utente non è solo il giocatore, ma anche il familiare» (A. Colombo)
- Necessità di lavorare in rete con tanti altri che hanno competenze utili (psichiatri, AS, Avvocato, AdS...)  
«L'umiltà. Il disturbo da gioco d'azzardo è una dipendenza diversa sotto tanti punti di vista» (A. Bassi)

I pensieri “portanti” da evidenziare:

«Sono tra i pazienti più difficili, con famiglie stremate, sofferenti, incasinatissime...» (M. Avanzi)

«Parlare di denaro con le famiglie significa parlare delle loro scelte più intime e personali, dei loro valori, delle loro priorità. E' necessario procedere con estrema delicatezza, con atteggiamento non giudicante, pur con determinazione e metodologia professionale» (A. Colombo)

«Non pensare di essere esperto, solo perché hai competenze nelle altre dipendenze» (M. Avanzi)

**11. Se avevi esperienza nella presa in carico di persone indebitate o con problemi economici, pensi che vi sia qualche competenza differente che è necessaria all'operatore per trattare nello specifico i pazienti GAP? In caso affermativo, quale?**

**Rolando De Luca:**

*“Sai in queste famiglie il vero problema non è mai l'azzardo o l'indebitamento. Se non vai a fondo nell'analisi delle dinamiche personali, familiari non arrivi da nessuna parte. E a questo che bisogna puntare e per questo la terapia è lunga. Io punto (e credo di esserci arrivato) ai gruppi benessere dove le patologie espresse sono inferiori alla popolazione normale esterna). Se lavori coi matti diventi matto anche tu...per questo devi trasformare i gruppi di patologia non in gruppi di cronici ma di ...benessere”.*

**Amelia Fiorin:**

*“Non avevo esperienza con persone indebitate”*

**Simonetta Conti:**

*Competenze cliniche legate ai disturbi di dipendenza, al craving e a tutti i meccanismi patologici legati agli aspetti compulsivi.*

**Roberta Smaniotto:**

*“Non avevo questo tipo di esperienza”.*

**Susanna Petri:**

*Il lavoro d'èquipe, con consulenti fiscali e avvocati, può essere molto utile in questi casi.*

**Valeria Locati:**

*Non aveva esperienze a riguardo.*

**Graziano Bellio:**

*“Questo è un esempio per la risposta precedente: non so se il concetto di “counselling finanziario” sia una invenzione del mio gruppo di lavoro, visto che l'abbiamo studiato a fondo. So però che l'operatore deve avere un minimo di dimestichezza con gli aspetti di gestione economica e degli strumenti finanziari a disposizione. Sono cose che non vanno molto oltre al mero buon senso, ma vanno proposte correttamente. Va ricordato infatti che il lavoro sulla gestione finanziaria è da considerarsi parte del trattamento, non uno scimmiettamento di professionalità altrui: lo scopo non è solo di far quadrare i conti, ma di dare al paziente gli strumenti perché arrivi a farlo da sé medesimo”.*

**Maurizio Avanzi:**

*“Non avevo esperienza specifica, ma mi incuriosisce tuttora la reazione dei cosiddetti esperti finanziari incapaci di tenere nel dovuto conto l'eccezionale abilità dei pazienti GAP di mentire”.*

**Gianni Savron:**

*Valutare il contesto familiare, le loro risorse, economiche e psicologiche. Sapere che esiste l'amministratore di sostegno e che possono essere necessarie azioni legali o amministrative per tutelare i minori e un eventuale bene di famiglia rimasto.*

**Gianmaria Zita:**

*Conoscenza delle modalità di tutela economica della persona; conoscenza della rete di intervento a sostegno del paziente.*

**Angelo Battista Castellani:**

*“Non avevo esperienza”.*

**Anna Colombo:**

*“Prima di occuparmi di giocatori patologici e loro familiari, la sfera dell’indebitamento non era un’area specifica del mio lavoro. Poteva in qualche modo rientrare in quest’area il considerare azioni illegali che gli utenti mettevano in atto al fine di procurarsi la sostanza stupefacente, ma non sempre erano azioni strettamente collegate all’uso del denaro (penso per esempio allo spaccio o alla prostituzione). Anche rispetto al patrimonio familiare la situazione era differente in quanto non veniva eroso con le stesse modalità che osservo e ho imparato a riconoscere per ciò che riguarda la problematica del gioco d’azzardo. Inoltre l’uso di sostanze stupefacenti è da sempre connotata come una patologia ed inoltre la persona tossicodipendente è spesso connotata come persona che delinque pertanto da curare e da “punire” per i reati commessi. Molto diverso per il giocatore d’azzardo considerato, fino a poco tempo fa (ma per molti ancora oggi) come un vizioso che sperpera denaro per il proprio divertimento. Con questa connotazione il giocatore d’azzardo consuma progressivamente il patrimonio familiare impoverendo e indebitando la famiglia, ma utilizzando canali leciti, legali; chiede finanziamenti, i familiari fanno da garanti, chiede prestiti a banche ipotecando casa con il consenso del partner, ecc. Accede pertanto ad un mercato legale del denaro. E’ molto più raro incontrare un tossicodipendente con 3 o più finanziamenti aperti con diverse finanziarie. Chiaro è che in questo caso anche il lavoro di ricostruzione del debito è molto differente. Un conto è dover risanare dei debiti certi e certificati, altro è dover pensare di restituire un debito verso lo spacciatore. E’ pur vero che anche una percentuale di giocatori d’azzardo patologici commette azioni illegali, ma il tipo di reati è molto differente.*

*Una osservazione ulteriore è quella che riguarda la tipologia di utenza. Nel gioco d’azzardo patologico spesso sono coinvolte persone anziane indebitate, cosa che non succede nell’area delle dipendenze.*

*Concluderei pertanto sostenendo che sono differenti le tipologie di debiti contratti, le tipologie di impoverimento del nucleo familiare, le tipologie di reati commessi e sono differenti le strategie da adottare in questa area”.*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*“L’operatore può consegnare alcune schede per il tutoraggio economico e affiancare la famiglia, ma non pensiamo che sia lui/lei a farsene carico completamente. L’indicazione è anche quella di rivolgersi a chi ha competenza in campo economico.”*

**Marcella Gilli:**

*“Prima di vedere pazienti GAP non avevo esperienza con persone indebitate. Sicuramente buona conoscenza di tutta la parte legale”.*

**Fabio Pellerano:**

*“Direi di no. L’accompagnamento ad un uso migliore del denaro è lo stesso”.*

**Umberto Caroni:**

*Esistono similitudini ed errori cognitivi sia nel giocare d'azzardo che nel ristrutturare situazioni debitorie, quindi è necessario avere un minimo di competenze finanziarie.*

**Sara De Micco:**

*“Credo proprio che il GAP non sia un cliente come tutti gli altri, anche se l'indebitamento potrebbe essere denominatore comune. Occorre al legale, oltre alla generale competenza sull'indebitamento e tutte le competenze in materia di esecuzione, successione e diritto di famiglia, anche una specifica competenza “psicologica” di chi sia il GAP e di chi siano i familiari del GAP”.*

**Emanuel Gennaro:**

*“Non ho esperienze precedenti”.*

**Giorgio Ferrari:**

*È opportuno avere un po' di conoscenze in campo psicologico e medico e/o la collaborazione con psicologo, medico, psichiatra, assistente sociale competenti per la malattia specifica.*

**In sintesi, il quesito ha suscitato ulteriori riflessioni. Tuttavia:**

Quasi nessun operatore psico-socio-sanitario aveva precedente esperienza con persone indebitate (neppure nell'ambito delle tossico e alcol dipendenze).

Diversamente i legali:

«Anche se l'indebitamento potrebbe essere un denominatore comune, il giocatore non è un cliente come tutti gli altri. Occorre avere una specifica competenza psicologica su chi sia il giocatore e chi siano i suoi familiari» (S. De Micco).

**12. La presa in carico di questi pazienti ha cambiato in qualche modo la tua identità professionale o le tue premesse? E se sì, come?**

**Rolando De Luca:**

*“Ma certamente. E' stata un'esperienza esaltante. Mi ha dato modo di confrontarmi di attivarmi, insomma senza i giocatori d'azzardo e i loro familiari non sarei quello che sono (questo vale ad esempio anche per i chirurghi...cosa sarebbero se le sale operatorie fossero vuote ?)”.*

**Amelia Fiorin:**

*“Personalmente non mi sento di aver cambiato identità professionale occupandomi di giocatori patologici, forse attraverso questo interesse e per come si è sviluppato nella cultura italiana, sicuramente è stato possibile avere una visibilità che nelle tossicodipendenze non sempre è stata così frequente e importante. Si pensi solo a quante pubblicazioni ed eventi formativi ci sono stati negli anni trascorsi”.*

**Simonetta Conti:**

*“Ha rafforzato la mia identità professionale e ha aumentato la gratificazione nel successo dei trattamenti rispetto agli altri pazienti dipendenti da sostanze”.*

**Roberta Smaniotto:**

*Nessuno è immune, non essere compulsivi nella risposta, necessità per lo psicologo di non avere competenze solo psicologiche.*

**Silvia Cabrini:**

*“Ahimè, all’inizio credevo più ingenuamente nella volontà del paziente di smettere, e meno fortemente di oggi ai meccanismi interni che sostengono la dipendenza. Quindi consideravo estreme modalità di allontanamento dal gioco (non frequentare locali, non pensare, non guardare) o di restrizione economica che ora considero imprescindibili in particolare nella prima parte del trattamento”.*

**Susanna Petri:**

*“Non credo di poter rispondere adeguatamente a questa domanda in quanto ho cominciato la mia esperienza professionale con i giocatori e solo in seguito l’ho estesa ad altre patologie, e quasi sempre partendo dalla comorbilità con il gioco, quindi direi che il gioco patologico è stata la mia premessa e che forse lavorare in altri campi mi ha aiutato ad approfondire le diverse sfumature e la complessità del problema del gioco”.*

**Valeria Locati:**

*“Non parlerei di cambiamento, bensì di perfetto incontro tra la dimensione relazionale della mia formazione e la richiesta di analisi ampia e articolata portata da chi sta male e gioca. Pensando alle donne in cura e alla loro età avanzata non posso negare di aver dovuto più volte sforzare me stessa a considerare la loro giovinezza e a cogliere come in tutti i casi il congelamento di eventi traumatici o negativi e il loro riproporsi con il gioco le abbia incastrate. Ciò conduce ad agire in termini preventivi in modo massiccio e a procedere con la ricerca per seguire il trattamento più adeguato”.*

**Graziano Bellio:**

*“Quindici anni fa ho “scommesso” sul gioco d’azzardo, investendo tempo e fatica nella convinzione che ne avrei beneficiato in termini di professionalità e riconoscimento di competenze. Dopo 10 anni ho scoperto di aver vinto, che avevo ragione nel ritenere che diventare esperto di un settore allora ignorato da moltissimi colleghi, prima o poi mi avrebbe ripagato.*

*Indubbiamente ne ho beneficiato in termini di visibilità e riconoscimento professionale. Inoltre il lavoro con i giocatori mi ha consentito di riflettere anche sulle altre dipendenze, sugli approcci diagnostici e terapeutici. Al di là di questo ho avuto una grande soddisfazione professionale nello sviluppo di una professionalità nuova e che era tutta da inventare, anche se in fin dei conti le basi le avevo già acquisite nel lavoro con i tossicodipendenti”.*

**Maurizio Avanzi:**

*“Sono diventato il referente per la mia AUSL per la cura di questi pazienti. In realtà non c’è stato bisogno di lottare molto per avere il privilegio di curare una malattia senza farmaci, senza marcatori tossicologici e senza sovvenzioni...”*

**Gianni Savron:**

*Ha ampliato la visione clinica aggiungendo dimensioni di pensiero e realtà differenti dai contesti clinici usuali.*

**Stefano Oliva:**

*Uno degli aspetti più importanti è stata la comprensione di come sia necessario agire su più livelli per consentire alle persone di ottenere un cambiamento solido e significativo. Eliminare solamente i sintomi non è sufficiente, se non si riesce a rifornire l'individuo con qualche cosa di nuovo, che riempia i vuoti interiori o le necessità di fuga... Ricostruire il contenitore e poi aiutare ad immetterci i contenuti più qualitativi è l'obiettivo più profondo tanto con i gamblers che in tutte le psicoterapie...ai vari livelli di profondità...*

**Angelo Battista Castellani:**

*“In termini generali direi che il lavoro con le persone che hanno un problema di azzardo ha migliorato la mia identità professionale in quanto mi ha dato la possibilità di ritagliarmi un pezzo di lavoro molto specifico che, con le altre dipendenze, non sempre è di facile identificazione. Rispetto alle premesse non so se ho inteso bene comunque penso di no. Ho sempre fatto riferimento al mettere al centro del lavoro la persona, le sue fatiche e, soprattutto, i suoi punti di forza senza i quali non riuscirei a fare nessun tipo di lavoro con esse”.*

**Anna Colombo:**

*“Mi ha permesso di acquisire nel campo delle dipendenze, competenze specifiche e una identità professionale con fasce di specializzazione. Mi ha inoltre consentito di lavorare come formatore in molti e differenti contesti italiani. L'esperienza di formatore, in particolare, è stata per la mia professione molto riconosciuta dai colleghi abituati a docenti prevalentemente psicologi o medici o psichiatri. L'aver acquisito strumenti e tecniche specifiche ha permesso a me, nel ruolo di assistente sociale, di rendere il mio operato maggiormente documentabile e trasmissibile. La mia attività con i giocatori d'azzardo e i loro familiari mi ha inoltre permesso di partecipare a lavori di pubblicazione. Credo che il gap sia un ambito molto interessante di specializzazione per il mio ruolo professionale in quanto ha delle aree di specificità che ben si sposano con le funzioni proprie della mia figura professionale (per esempio l'area della gestione economica, quella dell'attivazione delle risorse di rete familiare/sociale/territoriale, i diversi aspetti legali e l'interfaccia con gli avvocati, l'area dell'amministrazione di sostegno ecc.)”.*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio:**

*“Abbiamo imparato nel tempo che non ci sono differenze profonde tra il GAP e gli altri disturbi additivi, in primis con le problematiche alcolcorrelate di cui ci siamo a lungo occupate (e di cui ancora ci occupiamo). Pensiamo che anche per gli operatori ci possano essere dei pregiudizi o resistenze ad occuparsi di problemi azzardocorrelati, ma possono essere ampiamente superate (se uno vuole, ovviamente!).*

*Incontrare e lavorare con le famiglie con problemi azzardocorrelati, ci ha permesso di riconoscere le difficoltà al cambiamento presenti in tutte le famiglie; a riconoscere le stesse difficoltà di comunicazione e di alessitimia; ad accettare le ricadute come eventi frequenti, ma non così drammatici. In sintesi abbiamo visto riconfermati i fondamenti dell'approccio ecologico sociale ai problemi additivi.*

*Per ultimo, lavorare con queste famiglie, riteniamo ci abbia migliorate umanamente e professionalmente”.*

**Marcella Gilli:**

*“Questo tipo di pazienti ha modificato molto la mia professione. Sia perché mi ha obbligato a dotarmi di nuovi strumenti necessari e prima impensabili, sia perché l'approccio con tutti i pazienti parte dalle competenze gap. Ho iniziato a fare i contratti di gestione economica con i tossicodipendenti (molto più difficili e non rispettati), dai colloqui con i tossicodipendenti faccio domande specifiche e talvolta emerge il problema del gioco. Alcuni strumenti li utilizzo anche per lo shopping compulsivo”.*



**Fabio Pellerano:**

*“L'ha resa più completa e per certi versi più soddisfacenti, perché nella mia esperienza sono pochi i giocatori che si cronicizzano e molti quelli che smettono. Rispetto ai pazienti eroinomani, per esempio, le “remissioni” sono maggiori”.*

**Umberto Caroni:**

*“Sì, adesso sono scisso, non so più se sono uno pseudo-clinico, un consulente, un OLP, un operatore, un conduttore di gruppo, ...un piccione ...un fagiano”.*

**Sara De Micco:**

*“Cambiato non credo; accresciuto certamente. L'esperienza di incontrare un soggetto patologicamente affetto da dipendenza, poterlo aiutare, e vederlo poi ricostruire gradatamente la propria vita e quella dei propri parenti ha destato una sorta di aspetto “vocatorio” che per un libero professionista si concretizza normalmente nel diritto minorile per la particolare chiamata alla tutela di soggetti particolari”.*

**Elisa Del Rio:**

*“Ha arricchito il mio bagaglio di conoscenze e migliorato l'approccio con il Cliente GAP e i suoi familiari”.*

**Emanuel Gennaro:**

*“Sì. Mi ha insegnato a essere più aperto mentalmente, comprensivo e paziente nella trattazione della singola pratica”.*

**Giorgio Ferrari:**

*“Mi ha permesso di acquisire una competenza specifica nel trattamento del paziente per la presa in carico degli aspetti legali/patrimoniali/economici”.*

**In sintesi,** le ricadute sull'identità professionale conseguenti all'aver potuto trattare questa utenza sono cos' sintetizzabili:

Buona parte degli intervistati ha «scelto» di occuparsi di GAP

Tutti riportano una esperienza positiva

- Ha ampliato la visione clinica, aggiungendo dimensioni di realtà e pensiero diverse
- Ha rafforzato l'identità professionale, più completa e soddisfacente
- Interesse clinico che ha consentito di avere rilievo e visibilità scientifica
- E' stato esaltante, ha consentito di confrontarsi ed attivarsi
- Ha rinforzato la comprensione di dover agire su più livelli per consentire al pz. un cambiamento solido e significativo: non è sufficiente eliminare i sintomi, va ricostruito il contenitore per immettere contenuti
- Ha dato nuovi spunti anche per il trattamento delle altre dipendenze
- Ha obbligato a dotarsi di nuovi strumenti

### **13. C'è qualcosa che non ti ho chiesto che reputi importante segnalare?**

**Rolando De Luca:**

*Si, che con la terapia puoi arrivare al benessere; evacuare la cronicità. Evitare guai enormi ai figli e ai nipoti. Ma non a trovare l'Amore e la Felicità.*

**Amelia Fiorin:**

*"Credo che sia importante completare il coinvolgimento di tutti gli attori clinici, sociali, economici ma soprattutto politici verso questo fenomeno. Ancora oggi, a fronte dei danni che noi vediamo manca una azione di coinvolgimento della governance e mancano direttive legislative di buon senso. Ci sono solo timidi tentativi a risorse zero".*

**Roberta Smaniotto:**

*Questo disturbo mette in discussione il tuo rapporto con il denaro.*

**Maurizio Avanzi:**

*" Ti picchio!"*

**Alessandra Bassi:**

- a. *La famiglia è un tema più importante di quello che appare: la "tenuta" della terapia e dell'astinenza post terapia spesso dipendono da come si vive in famiglia, da come sono stati affrontati la vergogna, le menzogne, le ferite e le cicatrici.*
- b. *Il tema del numero dei familiari coinvolti potrebbe destare l'interesse degli operatori, dei politici e dei cittadini.*
- c. *Infine vorrei ricordare che quelli messi peggio sono sempre i figli dei giocatori d'azzardo patologici: la loro sofferenza, la loro rabbia, la loro vergogna sono inascoltate nella loro famiglia, inesprese e inesprimibili nel loro contesto di amici e compagni, sacrosante e sempre tradite da noi adulti. Da noi adulti, che non riusciamo mai a salvare i bambini e i ragazzi dalle follie che creiamo o permettiamo solo perché il denaro e il potere ci sembrano più importanti delle persone.*

**Angelo Battista Castellani:**

*"Penso sia importante che l'operatore abbia chiara la propria posizione nei confronti del gioco d'azzardo e come questa possa condizionare il proprio intervento. Altro aspetto che segnalerei è quello relativo alle competenze in termini di prevenzione. Per un educatore è uno dei campi di lavoro ed è importante che abbia in mente cosa funziona e cosa no secondo evidenze scientifiche. Nel campo dell'azzardo poi, essendoci poco di specifico, sarebbe interessante poter lavorare per sperimentare anche metodi e tecniche da validare".*

**Anna Colombo:**

*"Non mi hai chiesto se mi piace lavorare in questo settore. La risposta è che mi piace molto e credo che questo sia un aspetto indispensabile in questo tipo di problematica. L'occuparmi di gioco d'azzardo mi ha rimotivato nel mio lavoro, stimolato ad un percorso di formazione specifica, arricchito in termini professionali ed umani e offerto spazi nuovi di professionalità.*

*Grazie ancora per avermi interpellato e spero di esserti stata di aiuto. Credo che in alcune risposte sono stata anche ripetitiva, ma alcune tematiche a mio avviso, sono veramente rilevanti".*

**Caterina Forza e Ivana Stimamiglio**

*La visione dell'approccio ecologico sociale dei CAT che puntualizza come ogni consumo di alcol sia un comportamento a rischio per la salute, è stata ampiamente confermata nell'ambito dell'azzardo. E' fondamentale l'accento non sulla malattia, ma sul comportamento a rischio per la salute, che riguarda tutte le persone. Parafrasando un'affermazione di V. Hudolin "L'azzardo non è importante, importante è l'uomo". Grazie a te cara Daniela. Speriamo di prendere la sufficienza!!*

**Marcella Gilli:**

*"C'è un intervento gap mancante nel tuo serd? Sì, ci manca molto una competenza specifica sul trattamento delle famiglie in gruppo. Ci spaventa molto l'impegno che questo intervento ci creerebbe sia in termini di tempo, sia in termini di impegno intellettuale (difficoltà nel trattare più famiglie insieme, che taglio dare al gruppo...)"*

**Fabio Pellerano:**

*L'approccio integrato, educativo\psicologico\medico\ rappresenta un buon viatico alle tante difficoltà che i giocatori ti propongono. Il lavoro di équipe e quello di rete possono fare la differenza.*

**Umberto Caroni:**

*"Il gioco d'azzardo patologico unito a forme di sovraindebitamento conduce sempre dritto verso la povertà sia l'individuo che la sua famiglia d'origine o acquisita. Io sono bravissimo ad accompagnare persone sovraindebitate verso la povertà, l'importante è salvarle da pensieri suicidari prospettando loro sempre visioni accettabili di futuro".*

**Sara De Micco:**

*"Insisto nel sostenere che non qualsiasi avvocato potrebbe occuparsi di GAP e di Familiari GAP, mancando una cultura specialistica di presa in carico da parte dell'operatore giuridico sulla complessa realtà della dipendenza da gioco. Inoltre, manca nel normale operatore giuridico l'attitudine al lavoro di équipe multidisciplinare, criticità nei legali che spesso è causa di aggravamento delle condizioni di disastro economico cui il gioco patologico conduce".*

**Elisa Del Rio:**

*L'importanza dell'approccio multidisciplinare nella risoluzione delle problematiche connesse al gioco d'azzardo patologico, che sicuramente esorbitano dal settore prettamente giuridico.*

**Giorgio Ferrari:**

*Sarebbe opportuno un incontro tra varie professionalità che collaborano per il bene del paziente; il giocatore d'Azzardo patologico necessita di un intervento di più professionisti (psicologo, psichiatra, assistente sociale, avvocato/consulente legale, medico); sul modello dell'ambulatorio di AND.*

**In conclusione, qualche consiglio “in pillole” per un collega all’inizio (ripresi dai contributi già esposti).**

- «Non sottovalutare la gravità» (R. Smaniotto)
- «Non dare per scontato che la conoscenza delle altre dipendenze sia una base sufficiente e non banalizzare la tematica» (S. Cabrini)
- «Fatti una formazione generale e specifica» (S. Conti -R. De Luca), «Studia, perlustra approfonditamente la patologia in tutte le sue forme» (A. Fiorin)
- «Sii disposto a stare continuamente in formazione (ma per davvero!)» (R. Smaniotto)
- «Tieni conto delle esperienze già consolidate, per evitare tracolli cui altri sono già andati incontro» (R. De Luca)
- «Stai in guardia verso le maschere che il giocatore può indossare per proteggere se stesso e la propria dipendenza» (S. Petri)
- «Non prendere nulla sul personale (né provocazioni né menzogne: sono resistenze da trattare con interesse e non con ostilità)» (S. Petri)
- «Dotati di buoni strumenti operativi da usare con giocatori e familiari» ; «Non lavorare da solo» (A. Colombo)
- «L’approccio integrato educativo/psicologico/medico è un buon viatico alle tante difficoltà proposte dai giocatori. Lavoro d’equipe e di rete possono fare la differenza» (F. Pellerano)
- «Documentati sulle modalità induttive e di MKT dei giochi»; «Parla con qualche ex giocatore» (G. Savron)
- «Mantieni un atteggiamento esplorativo, non giudicante» (A. Fiorin)
- «Il coinvolgimento della famiglia è fondamentale» (C. Forza e I. Stimamiglio)
- «Fai un tirocinio: con AND, a Campoformido, da Guerreschi, a Reggio Emilia, in Betulle, altrove... per apprendere come è complicato e faticoso approntare un progetto terapeutico per il giocatore e per la sua famiglia» (S. Oliva)
- «Sii disposto a stravolgere la tua modalità lavorativa» (A. Colombo)
- «Mantieni i nervi saldi» (V. Locati)

E, per i legali,

«Non qualsiasi avvocato potrebbe occuparsi di GAP e di famiglie di GAP, Mancando una cultura specialistica di presa in carico da parte dell’operatore giuridico sulla complessa realtà della dipendenza da gioco» (S. De Micco)

«Manca nel normale operatore giuridico l’attitudine al lavoro di equipe multidisciplinare. Tale criticità è spesso causa di aggravamento delle condizioni di disastro economico cui il gioco patologico conduce» (E. Del Rio)

«Sarebbe opportuno il lavoro in equipe tra le varie professionalità che collaborano per il bene del paziente. Il giocatore necessita dell’intervento di più professionisti (psicologo, psichiatra, AS, Avv./Cons. Leg., medico) sul modello dell’ambulatorio di AND» (G. Ferrari)

In conclusione:

«Se non sai ‘stare al gioco’, sarai anche un bravo tecnico, ma i giocatori ti sfiancheranno!» (U. Caroni)

«Sii umile, al di là della qualità minima della tua formazione: non replicare ricette valide per altre problematiche, approfondisci la specificità del gioco patologico» (S. Oliva)

**«Se vedendo un giocatore pensi che trattare il suo disturbo sarà una passeggiata, allora stai certo che non hai capito nulla!» (M. Avanzi)**

**GRAZIE AI COLLEGHI CHE HANNO PARTECIPATO!**

**RIFERIMENTI ULTERIORI:**

LINK al Convegno ALEA del 3 dicembre (troverete il mio intervento integrale):

<https://www.youtube.com/watch?v=0k5WEJNyuUA> (da 4:35:00)

Oppure, ne trovate una sintesi in Medicina delle Dipendenze. Anno VI. Numero 21, Marzo. Capitanucci D. (2016). "Induzione del disturbo da gioco d'azzardo nella società italiana e ritardo nella risposta professionale e d'aiuto".