

*Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo
in provincia di Pavia*

*Progetto
"Il gioco nel territorio"*

a cura di:

**Angela Biganzoli
Marco Capelli
Daniela Capitanucci
Roberta Smaniotto
Maddalena Alippi**

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per la collaborazione:

i soci dell'Associazione Itaca che hanno attivamente collaborato alla realizzazione del progetto, in particolare Angelo, Valeria, Carmela e Pia; i responsabili e gli operatori dei Ser.D. di Pavia, Vigevano e Voghera; gli utenti dei suddetti servizi; la popolazione generale che ha partecipato all'inchiesta telefonica; Chiara Smaniotto, Luigi Smaniotto, Ida Del Sorbo, Silvano Mentegari e Nenad Lucev senza i quali questo studio non avrebbe potuto essere realizzato.

PER INFORMAZIONI

Angela Biganzoli	cell: 339/5279395	e-mail: angela.biganzoli2@tin.it
Roberta Smaniotto	cell. 339/3674668	e-mail: roberta.smaniotto@tin.it

Cod. ISBN – 88–901530–0–8
Casa Editrice DREAM (Gavirate – Va)
Settembre 2004

GLI ATTORI DEL PROGETTO E DELLA RICERCA

□ ASSOCIAZIONE ITACA

□ MADDALENA ALIPPI

Psicologa e Ricercatrice. Lavora attualmente presso il Centro di Documentazione e di ricerca dell'Organizzazione Socio-Psichiatrica del Canton Ticino (Svizzera). Si occupa di gioco d'azzardo dal 1996. Ha partecipato alla conduzione della ricerca epidemiologica svolta in Ticino nel 2000. Curatrice della parte statistica del Progetto "Il gioco nel territorio"

□ ANGELA BIGANZOLI

Psicologa e Psicoterapeuta in formazione.

Libera Professionista. Si occupa di gioco d'azzardo dal 2000.

Responsabile di Progetto e Ricercatrice per il Progetto "Il gioco nel territorio".

□ DANIELA CAPITANUCCI

Psicologa Psicoterapeuta Dirigente presso l'ASL di Varese.

Presidente Socio Fondatore di Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze, si occupa di dipendenze dal 1992 e di gioco d'azzardo dal 1999.

Supervisore del Progetto "Il gioco nel territorio".

□ ROBERTA SMANIOTTO

Psicologa e Psicoterapeuta in formazione.

Libera Professionista. Si occupa di gioco d'azzardo dal 2001.

Ricercatrice per il Progetto "Il gioco nel territorio".

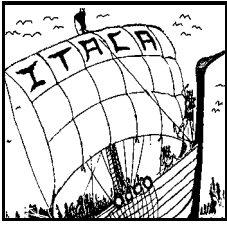
□ ASL DI PAVIA

□ MARCO CAPELLI

Psicologo Psicoterapeuta Dirigente presso l'ASL di Pavia.

Si occupa di dipendenze dal 1996 e di gioco d'azzardo dal 2001.

Responsabile Scientifico del Progetto "Il gioco nel territorio".



PRESENTAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE ITACA ONLUS

ITACA è un'associazione di volontariato nata il 12 febbraio 1996, **iscritta nel Registro Generale Regionale del Volontariato**, che opera prevalentemente nell'ambito dell'alcoldipendenza con un'attenzione ad altri comportamenti di dipendenza correlati, attraverso l'attuazione di gruppi di auto aiuto, nell'ambito dei quali **alcoldipendenti e loro familiari** si riuniscono **una volta alla settimana per circa 2 ore**.

Gli obiettivi terapeutici specifici del gruppo (volti all'acquisizione di determinate capacità da parte dei pazienti) sono:

- * mantenere uno strato protratto di sobrietà;
- * riuscire a mettere in atto comportamenti di autonomia, responsabilità, autoriflessione;
- * imparare ad affrontare e risolvere i propri problemi, conflitti, senza ricorrere all'alcool, alle droghe o ai medicinali;
- * vivere la vita serenamente, amarla in ogni sua fase, negativa o positiva.

Gli obiettivi terapeutici più generali del gruppo di auto-aiuto sono:

- * realizzare un processo di aiuto volto allo sviluppo delle potenzialità dei membri;
- * ritrovare amore per se stessi e per gli altri, dignità, sincerità, moralità e sicurezza;
- * impostare e gestire il processo di presa di decisione, tenendo presente le dinamiche e la struttura dei gruppi (leadership, ruoli, norme e regole).

I conduttori sono in prevalenza persone che hanno frequentato i gruppi dell'Associazione e finito il loro percorso di gruppo.

Qualora intendano fare qualcosa per aiutare altre persone, vengono inseriti ad un corso di formazione e di supervisione. La supervisione con cadenza mensile è per tutti i conduttori.

Il lavoro di gruppo è di estrema importanza e in seno ad esso ITACA individua tre momenti che meritano grande attenzione:

- * accoglienza;
- * ricaduta;
- * dimissioni.

ACCOGLIENZA

L'inserimento in gruppo è caratterizzato da un clima familiare; le parole chiave dell'intero processo sono: aiuto, abbraccio, ascolto e comprensione, sfogo, condivisione, senso di sicurezza, agio, rilassamento, solidarietà, espressione, perdono, complicità, tolleranza, entusiasmo, amicizia.

RICADUTA

Può accadere che durante il percorso di gruppo una persona ricada nel bere o altro. Il gruppo assieme cerca di individuare le difficoltà, offre solidarietà alla persona tenendo ben presente la necessità di assunzione delle proprie responsabilità.

Il gruppo non è critico, non giudica, ma cerca di portare e seguire l'individuo a fare delle scelte autonome.

DIMISIONI

A conclusione del percorso di gruppo è importante superare sentimenti di ambivalenza e di ansia dovuti alla consapevolezza della necessità del distacco. In questa fase, il ruolo del conduttore è

soprattutto quello di stimolare valutazioni obbiettive, di riflettere sui risultati raggiunti, di favorire l'espressione di sentimenti legati alla fine dell'esperienza, stimolando inoltre le possibilità di coinvolgimento in esperienze esterne al gruppo.

GLI SCOPI DELL'ASSOCIAZIONE SONO:

- * aiutare mediante sostegno psicologico persone con problemi di dipendenza;
- * promuovere lo studio dei fenomeni di dipendenza e le terapie relative;
- * contribuire all'affermazione dei principi della solidarietà popolare nei progetti di sviluppo civile e sociale della collettività;
- * collaborare, anche attraverso l'esperienza gestionale, alla crescita culturale dei singoli e della collettività;
- * favorire e/o collaborare a forme partecipative di intervento socio-sanitario.

L'Associazione realizza i propri scopi con le seguenti attività elencate a titolo esemplificativo:

- * prestando assistenza alle persone affette da patologie nonché ai familiari, mediante gruppi di auto aiuto;
- * promuovendo ed organizzare corsi di formazione, informazione, seminari, convegni ecc...per i propri associati e per la cittadinanza;
- * reperendo personale qualificato ai fini dell'assistenza;
- * costituendo, all'occorrenza, distaccamenti / sezioni / sedi secondarie;
- * curando l'edizione di stampe periodiche e non;
- * svolgendo attività commerciali marginali, secondo le prescrizioni di legge vigenti, nonché effettuare ogni altro servizio idoneo al raggiungimento degli scopi di cui al precedente paragrafo.

Potrà inoltre aderire anche ad altri Organismi, nonché collaborare con Enti pubblici e privati per il conseguimento delle finalità statutarie.

INDICE

1. INTRODUZIONE

1.1 - Come nasce il progetto	9
1.2 - Definizione del problema	11
1.3 - Obiettivi dello studio	13
1.4 - Metodologia	14

2. L'INCHIESTA TRA LA POPOLAZIONE RESIDENTE NELLA PROVINCIA DI PAVIA

2.1 Metodologia	17
2.2 Il campione intervistato: caratteristiche e rappresentatività	18
2.3 Abitudini di gioco tra la popolazione generale della provincia di Pavia	19
2.4 Cifra massima giocata in un giorno	21
2.5 Che cosa viene cercato nel gioco	22
2.6 Percezione e conoscenza del fenomeno gioco	23
2.6.1 Conoscenza di persone che hanno il problema	23
2.6.2 Percezione del problema gioco nel territorio pavese	24
2.6.3 Risorse di aiuto conosciute o ipotizzate	24
2.7 Il profilo del giocatore	
2.7.1 Variabile Sesso	25
2.7.2 Variabile Età	26
2.7.3 Variabile Occupazione	26
2.8 Ma quanti hanno problemi di gioco?	
La prevalenza attuale di giocatori “sociali”, “eccessivi” e “patologici” nel campione rappresentativo della popolazione generale	27
2.9 Conseguenze e comportamenti di gioco	29
2.10 Altri dati della ricerca	
2.10.1 Il profilo di chi ritiene che il gioco sia un problema	29
2.10.2 Il profilo di chi sa dove potrebbe rivolgersi per chiedere aiuto	30

3. L'INCHIESTA TRA GLI UTENTI DEL SERVIZIO TOSSICODIPENDENZE

3.1 Metodologia	31
3.2 Il campione	31
3.3 Prevalenza totale e per singolo Ser.D.	33
3.4 Tipologia di giochi	34
3.5 Comportamenti di gioco e conseguenze	35
3.6 Poliaddiction	35
3.7 Prevalenza per sesso	38
3.8 Familiarità al gioco d'azzardo	38
3.9 Consapevolezza relativamente ai problemi di gioco nel territorio	39
3.10 A chi rivolgerebbero richieste di aiuto	39

4. L'INCHIESTA TRA GLI OPERATORI DEI SERD DELLA PROVINCIA DI PAVIA

4.1 Incontri di presentazione del progetto	41
4.2 Incontri di restituzione della ricerca	44

5. CONCLUSIONI	46
ENGLISH ABSTRACT	49
BIBLIOGRAFIA	53
ALLEGATI	55
Allegato 1 Criteri diagnostici del DSM-IV per il Gioco d'Azzardo Patologico	56
Allegato 2 SOGS telefonico per la popolazione generale	57
Allegato 3 SOGS e Scheda soggetto per gli utenti tossicodipendenti afferenti al Ser.T.	60
Allegato 4 Questionari per gli operatori dei Servizi	65
Allegato 5 GAS - Gruppo Azzardo Sovrazonale Regione Lombardia Una rete di operatori del Servizio Pubblico	67

1. INTRODUZIONE

1.1 Come nasce il progetto

La crescente offerta di giochi d'azzardo legali, a cui si sta assistendo da alcuni anni in Italia come negli altri Paesi industrializzati, accanto alla pratica illegale e storicamente consolidata di altri giochi, ha reso più visibile il fatto che queste attività possono risultare nocive, stimolando dipendenza e perdita di controllo perlomeno in una percentuale non trascurabile di individui vulnerabili.

I mass media negli ultimi tempi spesso si sono occupati del problema, magari traendo spunto da fatti di cronaca tragici, sottolineandone così gli aspetti più acuti ed eclatanti. In altri casi, meno frequenti, sono state condotte delle inchieste mirate alla descrizione generale del fenomeno e a una prima valutazione della portata dello stesso.

Ma come accennato il gioco d'azzardo, in forme più o meno legali, è sempre esistito e la bramosia per il gioco e le conseguenze talvolta estreme che ne derivano sono state descritte anche in modo molto vivido ed ancora attuale, in quanto i meccanismi psichici operanti sono sempre gli stessi, in diverse opere letterarie, alcune delle quali sono state scritte oramai oltre cento anni fa (ad esempio, *Il Giocatore* di Dostoevskij, oppure *Gioco all'alba* di Schnitzler).

Quello che sta cambiando è la dimensione del problema, che è passato da fenomeno limitato a una elite di persone a fenomeno che, se per fortuna non si può considerare proprio "di massa", coinvolge comunque larghe fette della popolazione.

Questo allargamento del numero di potenziali giocatori è stato determinato da più fattori, come la notevole differenziazione dei giochi esistenti, in grado quindi di stimolare l'interesse di molti, la diffusione capillare dei luoghi ove giocare e una maggiore accessibilità degli stessi, sia in termini di modalità per l'ingresso sia in relazione alle cifre necessarie da impegnare.

Si riscontra quindi una evoluzione nell'offerta e nella pratica del gioco d'azzardo che ricorda quanto è avvenuto nel caso delle sostanze stupefacenti che, perlomeno nel mondo occidentale, si sono trasformate da occasioni per esperienze particolari intraprese da personaggi particolari, a oggetto di consumo di massa. Si è arrivati al "supermarket" della droga, dove è possibile trovare tanti prodotti per tutti i gusti e tutte le tasche, con le conseguenze devastanti per i singoli assuntori e per il tessuto sociale che ben conosciamo.

Allo stesso modo, i drammi che si consumavano attorno ai tavoli della roulette, nei saloni dei casinò di cento anni fa, si possono ritrovare ora, ad esempio, attorno ad assai meno "romantiche" macchinette mangiasoldi, nelle salette un poco appartate dei bar sotto casa.

Questa non è certo l'unica similitudine tra l'uso/abuso di sostanze e l'uso/abuso del gioco d'azzardo; ve ne sono altre molto importanti a livello teorico che sono state indagate dalla letteratura specializzata e che saranno in questo volume solamente ricordate in modo sintetico.

Nonostante queste considerazioni appena accennate, ma già cariche di risvolti allarmanti, si assiste a una fioritura di iniziative e proposte, che poi dovranno trovare la loro composizione in testi di legge, tesi ad ampliare l'offerta del mercato con l'apertura di nuovi stabilimenti di gioco o con l'offerta sempre più articolata di concorsi e lotterie.

In questo snodo si rivela tutta l'ambivalenza del ruolo dello Stato (questo vale per l'Italia ma anche per la grande maggioranza dei Paesi occidentali) che da un lato deve mettere in atto misure per tutelare la salute psico-fisica dei cittadini e dall'altro deve garantirsi delle robuste entrate. Da questo aspetto il gioco d'azzardo costituisce un affare imperdibile: milioni di persone si sottopongono volontariamente e di buon grado a prelievi fiscali supplementari.

Rimanendo centrati sull'aspetto preventivo e terapeutico del problema si può sottolineare come, a circa un ventennio dalla acquisizione ufficiale da parte del mondo scientifico del gioco d'azzardo patologico inteso come sindrome psichiatrica e sé stante, comincino ad esserci da parte delle autorità sanitarie nazionali dei flebili segnali di attenzione specifica sul problema e di attribuzione più precisa di compiti e responsabilità nei necessari interventi, che però non hanno di fatto avuto sinora concreta attuazione. Ad esempio, nel documento preparatorio alla III Conferenza governativa

triennale di lotta alla droga tenutasi a Genova nel 2000, redatto dalla Consulta Nazionale degli Esperti e degli Operatori delle Dipendenze, si affermava: “...*La comparsa di nuove forme di comportamento ascrivibili genericamente a modalità compulsive e a forme originali di dipendenza da comportamenti, anziché da sostanze, sembra complicare ulteriormente il variegato e mutevole mondo del divertimento giovanile. Si allude ai giochi d’azzardo, alle scommesse, ai comportamenti a rischio volontariamente scelti, all’abuso di Internet ed alle sue estese possibilità di utilizzo. Questi nuovi fenomeni impongono di sviluppare anche in questo senso l’osservazione attenta e partecipata, al fine di trarre le informazioni del caso e suggerire le iniziative più acconce per affrontare il fenomeno*”.

Il Decreto del 14/06/02 “Disposizioni di principio sull’organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze nelle ASL”, pone in evidenza come i Ser.T debbano occuparsi espressamente di “*trattamento, reinserimento e prevenzione dei problemi correlati all’uso di sostanze psicotrope legali ed illegali, e per i comportamenti assimilabili e correlati (disturbi dell’alimentazione, gioco d’azzardo, videodipendenze ecc.) ...*”. Tale decreto è stato in seguito impugnato da alcune Regioni e non è stato quindi applicato. In aggiunta, la successiva revisione del D.D.L. 309/90 (D.D.L. Fini) è centrata quasi esclusivamente sulle dipendenze da sostanze illegali. All’etilismo non sono dedicati che alcuni accenni, e alle dipendenze senza sostanze (tra cui il gioco d’azzardo) si fa menzione esclusivamente quando si parla di prevenzione.

Risulta chiaro che a fronte dell’incremento dell’offerta di gioco e della necessità di tenere parallelamente sotto controllo anche lo sviluppo di possibili situazioni patologiche, programmando idonee iniziative preventive e di cura, vi sia a tutt’oggi un atteggiamento ambiguo.

Un passaggio imprescindibile per stimolare politici e amministratori in merito per la programmazione e l’attuazione di opportuni interventi, a livello informativo, formativo e di strutturazione di risposte adeguate, è chiaramente quello di avere il quadro più esatto possibile delle dimensioni della problematica e del contesto in cui si colloca. Peraltro questo tema in Italia è stato affrontato dal mondo scientifico sinora solo marginalmente o in modo non organico e, in particolare, in Provincia di Pavia non è mai stato indagato.

A partire da queste premesse l’Associazione Itaca di Varese, che da anni si occupa di temi inerenti le dipendenze, e il Ser.T. della ASL di Pavia, sulla scorta del mandato istituzionale, hanno presentato, in occasione del Bando per il “Fondo Nazionale per la lotta alla droga” Legge 45/99 per il biennio economico 2003-04, un progetto di ricerca finalizzato alla rilevazione della prevalenza del fenomeno sia tra le persone già utenti dei Ser.D. provinciali, sia nella popolazione generale.

I risultati della ricerca finanziata sono raccolti in questo volume.

Questo studio svolto in provincia di Pavia è tra i pochi in Italia ad indagare la prevalenza del fenomeno del gioco d’azzardo patologico nella popolazione ed è, per quanto ci risulta, quello condotto con la metodologia statistica più rigorosa, essendo basato su un campionamento casuale per quote stratificate. Abbiamo voluto inoltre occuparci dei pazienti Ser.T. partendo da quelli “storici”, gli eroinomani, per verificare, con lo stesso rigore metodologico, in che misura si dimostrava una loro vulnerabilità, con la consapevolezza clinica che tra l’utenza già in carico il problema del gioco d’azzardo eccessivo è presente. Sovente le diatribe inerenti l’indicazione che siano i Ser.T. ad occuparsi di pazienti affetti da gioco d’azzardo eccessivo si sono limitate a considerare i pazienti “puri”, giocatori non comorbili al consumo di sostanze psicotrope, e per questi criteri di “esclusività”, non di loro “competenza terapeutica” (anche se rimane aperta ed insoluta la domanda su *quale* sia il luogo di trattamento previsto per questo tipo di pazienti...).

In realtà, tale distinzione appare arbitraria, oltre che miope, in quanto non è necessario occuparsi di giocatori puri per doversi confrontare con giocatori d’azzardo eccessivi: sembra infatti sufficiente approfondire l’anamnesi per scoprire che il gambling non è un disturbo raro nella utenza che afferisce ai Ser.T..

1.2 Definizione del problema

Il gioco d'azzardo ha occupato una parte importante in tutte le culture, le società e le classi sociali e al giorno d'oggi questa attività è una comune forma di svago. Molte persone adulte giocano d'azzardo con regolarità e per la maggior parte di costoro il gioco è un'attività rilassante, senza conseguenze negative. Per alcuni invece diventa eccessivo, un problema, una dipendenza che si manifesta con un incontenibile impulso a puntare denaro. Il gioco d'azzardo domina le vite dei giocatori eccessivi con conseguenze nefaste. Tra queste, la passione ossessionante che conduce a giocare somme di denaro sempre più ingenti.

Il gioco d'azzardo è contraddistinto da tre criteri:

1. i giocatori puntano denaro o un oggetto di valore;
2. la posta, una volta piazzata, non può essere ritirata;
3. il risultato del gioco è basato prevalentemente o esclusivamente sul caso.

Questo ultimo criterio è centrale in questo tipo di giochi. Il caso evidenzia ed impone il concetto che è impossibile controllare il risultato dell'evento. L'imprevedibilità del risultato è la chiave di lettura di eventi determinati dal caso (Capitanucci e Ladouceur, 2003).

Il processo di definizione psicodiagnostica del gioco d'azzardo come disturbo è stato assai tortuoso, dalla sua etichettatura linguistica fino ad arrivare al suo inquadramento teorico, e si può certamente ancora considerare in via di evoluzione.

Per lungo tempo il gioco d'azzardo è stato considerato una manifestazione di più generali tendenze antisociali, come un "vizio". Al giorno d'oggi è considerato soprattutto come una fonte economica: quando parliamo di fonte economica lo facciamo su due versanti. Da un lato, il gioco è fonte economica per chi lo gestisce (Casinò, Stato, ecc.); dall'altro, il gioco è illusione di arricchimento/ricerca di vincita per il giocatore patologico ed è un sogno non solo per lui: chi non ha mai sperato in un bel 6 al superenalotto? (Capitanucci, 2004; Capitanucci e Ladouceur, 2003).

Da un punto di vista prettamente clinico, solo nel 1980, con la stesura del DSM-III, esso è stato definitivamente riconosciuto come sindrome distinta, a sé stante e collocato nei "Disordini del controllo degli impulsi non altrimenti classificati".

Tutti gli studiosi che si sono occupati a vario titolo del problema sottolineano la sua essenza di disordine pervasivo e debilitante, ma anche subdolo, in quanto la compromissione che da esso deriva non sempre è così evidente come invece capita per altre patologie additive, quali l'alcolismo e la tossicodipendenza, che manifestano sintomi fisici e comportamentali evidenti.

Il DSM IV, pur mantenendo il gioco d'azzardo patologico nei "Disturbi del controllo degli impulsi", ha reso specifici i criteri diagnostici di questo disturbo.

Viene sottolineato che la caratteristica fondamentale del gioco d'azzardo patologico è un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco d'azzardo, che compromette le attività personali, familiari o lavorative del soggetto coinvolto.

Sono stati identificati segnali "tipici" della patologia, descritti di seguito:

"I soggetti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) possono essere totalmente assorbiti dal gioco; per la maggior parte affermano di ricercare l'avventura (uno stato di eccitazione e di euforia) ancora più dei soldi. Possono essere necessarie scommesse e puntate progressivamente più ingenti o rischi maggiori per continuare a produrre il livello di eccitazione desiderato. I soggetti con Gioco d'Azzardo Patologico spesso continuano a giocare nonostante i ripetuti sforzi per controllare, ridurre o interrompere l'attività di gioco. Vi può essere irrequietezza o irritabilità quando si tenta di ridurre o di interrompere il gioco d'azzardo. Il soggetto può giocare per risolvere i propri problemi o per alleviare un umore disforico. Può svilupparsi una modalità di rincorsa al ripristino delle proprie perdite, con un bisogno impellente di restare sempre nel gioco (spesso con puntate più forti o assumendo rischi maggiori) per annullare una perdita. Il soggetto può abbandonare la propria strategia di gioco d'azzardo e cercare di riguadagnare le proprie perdite tutte in una volta. Sebbene tutti i giocatori d'azzardo abbiano la tendenza a rincorrere la perdita per brevi periodi, è la ricerca spasmodica di recupero a lungo termine che è più

caratteristica dei soggetti con Gioco d'Azzardo Patologico. Il soggetto può mentire ai familiari e agli altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo. Quando le possibilità di ottenere prestiti sono esaurite, il soggetto può ricorrere a comportamenti antisociali per ottenere denaro. Il soggetto può avere messo a repentaglio o aver perso una relazione significativa oppure opportunità scolastiche o lavorative a causa del gioco. Il soggetto può anche cercare di svignarsela, scaricando sulla famiglia o su altri una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo" (da DSM IV-TR).

Nonostante questa classificazione, dal punto di vista legislativo e giuridico nell'ordinamento italiano sussistono aspetti problematici, "in quanto presenta una normativa frammentaria con una disciplina codicistica per le fattispecie generali, cui fa eccezione una lunga serie di casi specifici disseminati in leggi speciali" (De Micco, 2002). Inoltre, di fronte a crimini legati al gioco d'azzardo, non esistono attenuanti: "Nulla del genere di quello accennato per le tossicodipendenze e per l'abuso da alcool è previsto nel nostro Ordinamento a tutela del giocatore d'azzardo, nemmeno il riconoscimento che lo stato di dipendenza del giocatore sia da configurarsi giuridicamente patologico, che elimina la capacità di intendere e volere; ogni tutela del patrimonio e dei superiori diritti della personalità del giocatore patologico è affidata alla forza del singolo, alla capacità di intervento dei familiari nel caso specifico, all'abilità del legale di collegare il caso concreto alla fattispecie giuridica generale e astratta cui fare riferimento per evitare l'aggravamento dei danni per il giocatore, o per tutelare quelli della sua famiglia".

Esistono però altre esperienze, in particolare quella svolta dalla vicina Svizzera: in Ticino il gioco d'azzardo patologico viene riconosciuto come attenuante nel caso in cui un individuo commetta un atto illecito per ottenere denaro allo scopo di giocare.

Secondo Lesieur (Lesieur, 1979) infatti, la propensione ad usare metodi illegali per ottenere denaro da giocare aumenta vertiginosamente tra questi soggetti. Si calcola che il tasso di prevalenza di atti illegali tra giocatori patologici vada dal 52 al 65%.

Ciò porta a ritenere che in realtà il giocatore patologico sappia distinguere tra ciò che è lecito e ciò che non lo è. Non è in effetti la sua capacità di giudizio ad essere messa in discussione dallo sviluppo psicopatologico, ma il suo potere di controllare i propri atti. Per stabilire uno scemare dalla colpevolezza è necessario dimostrare fino a che punto il giocatore patologico mostra i sintomi di una seria compromissione della personalità dovuto al disturbo di gioco d'azzardo patologico (Meyer e Fabian, 1996).

I criteri che definiscono questa compromissione sono diversi:

- la riduzione o la perdita delle possibilità di uno sviluppo personale in riferimento agli obiettivi centrali della vita dell'individuo (distruzione dei piani per il futuro, perdita delle prospettive a lungo termine, abbandono dei propri scopi, dequalificazione professionale);

- distruzione della "persona sociale" in riferimento alle relazioni con l'ambiente e ai legami sociali (riduzione generale delle relazioni sociali, disturbi nelle relazioni primarie, perdita della capacità di impegno nelle interazioni sociali);

- stato emozionale in riferimento alla perdita crescente di individualità personale nel corso della carriera di giocatore (perdita di rispetto in sé, di intensità emozionale e di volontà).

Una volta che sia stata riconosciuta una diagnosi di gioco patologico con le compromissioni sopracitate si può parlare di un legame causale tra la patologia psichiatrica e l'atto illegale che porta ad una scemata responsabilità, la cui importanza deve essere chiaramente valutata caso per caso.

E' possibile comunque affermare che il potere di controllo è completamente sospeso solo in pochi casi. Evidentemente per stabilire un legame causale tra l'atto illegale e il gioco d'azzardo patologico è necessario che l'esordio della patologia abbia preceduto temporalmente il primo atto illegale commesso. Più precisamente, deve averlo preceduto di un periodo maggiore ai cinque anni (periodo medio che viene considerato probabile tra l'esordio di disturbo di gioco d'azzardo patologico e lo sviluppo di gravi difficoltà finanziarie).

Per quanto concerne la diffusione del problema nel territorio (ovvero la prevalenza), il fenomeno del gioco d'azzardo e delle sue implicazioni per i giocatori, di cui alcuni presentano comportamenti che tendono a diventare patologici, è stato oggetto recentemente di studi approfonditi nei paesi esteri (Volberg, 1996; Ladouceur, 1996; Abbot et al., 1996; Dickerson et al., 1996; Becona, 1996; Bettelini et al., 2000).

Sulla base di quanto indicato dal DSM-IV e sulla base delle recenti indagini di cui sopra si può ritenere che tra l'1 ed il 3% della popolazione adulta sia colpita da questa problematica.

E' un dato di fatto inoltre che da alcuni anni a questa parte si è cominciato a vedere comparire sempre più palesemente situazioni problematiche rispetto al gioco d'azzardo anche nell'ambito degli ambulatori clinici, nonché sulle pagine dei giornali per fatti di cronaca. Ciò è dovuto probabilmente a fattori vari, tra i quali la maggior diffusione di giochi legali, nonché la differenziazione nelle loro tipologie e caratteristiche che stimolano atteggiamenti di dipendenza e compulsione - abbassamento della soglia di accesso, velocizzazione dei giochi, ecc.- (Croce in Lavanco, 2001). Ma come stanno davvero le cose? Che impatto ha tale situazione nel territorio? In altre parole, è una sensazione soggettiva che ci siano parecchi giocatori patologici o ci sono per davvero? E quanto i dati epidemiologici provenienti dall'estero si possono applicare alla realtà italiana? Non esistono ad oggi in letteratura dati precisi relativi a ricerche epidemiologiche condotte nel nostro Paese. La presente ricerca, condotta nel 2003/2004, è stata realizzata proprio con lo scopo di colmare, almeno parzialmente, questa lacuna indagando i comportamenti generali riguardo al gioco della popolazione residente e degli utenti dipendenti da eroina nella Provincia di Pavia nonché la rispettiva prevalenza di giocatori eccessivi, le loro caratteristiche e i fattori di rischio. Tali dati epidemiologici possono contribuire a determinare una adeguata conoscenza della realtà esistente a livello nazionale.

1.3 Obiettivi dello studio

Gli obiettivi della ricerca erano molteplici e rivolti a differenti target. Nel dettaglio la ricerca si proponeva

- rispetto alla popolazione generale di:
 - misurare la prevalenza del fenomeno gioco d'azzardo nella popolazione generale, attraverso la somministrazione di un questionario specifico, il South Oaks Gambling Score (SOGS), per la rilevazione del comportamento di gioco nell'ultimo anno, che descriveremo in seguito e che è allegato;
 - restituire questi dati in una giornata pubblica, aperta alla popolazione generale;
- rispetto agli utenti tossicodipendenti afferenti al Servizi Pubblico di:
 - misurare la prevalenza del fenomeno gioco d'azzardo negli utenti tossicodipendenti eroinomani afferenti ai tre Ser.D. della provincia di Pavia (Pavia, Vigevano, Voghera) attraverso lo stesso questionario utilizzato con la popolazione generale (SOGS) riferito però in questo caso all'intero arco di vita, per valutare l'ipotesi della presenza di più comportamenti di dipendenza contemporanei o sostitutivi (poliaddiction);
 - restituire questi dati agli utenti dei servizi mediante affissione dei risultati in luoghi di facile accesso;
- rispetto agli operatori dei Servizi di:
 - informare gli operatori dei tre Servizi coinvolti, attraverso una riunione iniziale di presentazione del progetto ed una finale di restituzione, dei risultati della ricerca sui soggetti tossicodipendenti e sui questionari somministrati agli operatori stessi, per aumentare la consapevolezza della presenza del fenomeno sensibilizzando gli operatori sia sull'entità del problema sia sugli strumenti posseduti e necessari per affrontare la problematica.

1.4 Metodologia

Per rispondere agli scopi sopra esposti, il progetto di ricerca ha comportato la realizzazione di tre distinte inchieste trasversali, che verranno descritte accuratamente nelle sezioni seguenti di questa pubblicazione.

Come indicazione generale, che rende ragione della portata dello studio, segnaliamo qui solamente che:

- sono state intervistate telefonicamente 1.093 persone, rappresentative per sesso, età ed occupazione della popolazione generale, con più di 18 anni di età, residente in provincia di Pavia;
- è stato somministrato un questionario a 386 tossicodipendenti in trattamento, dipendenti da eroina come sostanza primaria ed in carico a ciascun Ser.D. in una settimana campione;
- è stato somministrato un breve questionario approntato ad hoc a tutti gli operatori dei suddetti Servizi.

Tutti gli studi condotti sono di tipo quantitativo e qualitativo e l'analisi dei dati ha permesso la generalizzazione dei risultati alle popolazioni-studio definite (tranne quella degli operatori perché non è un campione rappresentativo, bensì costituisce l'intera popolazione target presa in esame).

I dati, confidenziali e anonimi, sono stati processati con il supporto del sistema statistico SPSS e i risultati sono stati oggetto di analisi sia invariate (descrittive) sia multivariate. Per questo studio sono stati utilizzati gli stessi strumenti metodologici di altre ricerche che hanno già affrontato il tema: è stato quindi possibile effettuare alcune comparazioni con i risultati di altri studi nazionali ed internazionali.

Nella maggioranza degli studi tesi a valutare la prevalenza del disturbo da gioco d'azzardo patologico lo strumento di valutazione più usato, in quanto standardizzato e validato internazionalmente, è il South Oaks Gambling Score (SOGS), elaborato da Lesieur H.R. e Blume S.B. nel 1987, sulla base dei criteri diagnostici del DSM III. Proprio per questo motivo è stato deciso di adottarlo anche per la presente ricerca.

Si tratta di un test di screening che risulta di semplice e rapida compilazione, impegna al massimo 10-15 minuti, e quindi adatto anche ad interviste telefoniche. E' composto da 16 domande a risposta chiusa con scelta multipla, non tutte da computare ai fini del punteggio. Oltre a determinare una valutazione finale su tre livelli, "sociale", "eccessivo", "patologico", del comportamento di gioco del soggetto, consente di ricavare preziose informazioni qualitative sulle modalità individuali e sulle implicazioni familiari e sociali. Fornisce quindi un quadro piuttosto dettagliato, riferito a tutto l'arco di vita, sui tipi di giochi ai quali è, o è stata, dedita la persona presa in esame, sulla quantità di denaro utilizzata, sulla presenza in famiglia di altre persone coinvolte nel gioco. Le domande che concorrono alla determinazione del punteggio vanno a valutare come l'individuo si rapporta al gioco, se ha consapevolezza di giocare in maniera eccessiva, se cerca di nascondere tale comportamento, se ha sentimenti di colpa, se vorrebbe smettere ma sente di non essere in grado, se il gioco influenza la sua vita sociale e come si procura il denaro necessario per giocare.

Relativamente al punteggio finale, che può essere compreso tra 0 e 20, gli Autori americani hanno poi indicato dei punteggi cut-off, che secondo i redattori della versione italiana (Guerreschi, 2004; Capitanucci e Carlevaro, 2004) possono essere trasposti anche nella nostra realtà socio-culturale, i quali determinano le seguenti categorie:

- Giocatori "sociali": coloro che giocano senza perdere il controllo del loro comportamento (punteggio 0-2)
- Giocatori "eccessivi": coloro che iniziano ad evidenziare alcuni segnali di perdita del controllo risultando a rischio (punteggio 2-4)
- Giocatori "patologici": coloro che hanno perso il controllo (giocano per più tempo, più denaro e più frequentemente di quanto preventivato) (punteggio uguale o maggiore di 5)

Nella nostra ricerca, abbiamo poi accorpato la categoria dei giocatori “eccessivi” con quella dei giocatori “patologici” in un unico gruppo, identificato con l’etichetta di giocatori “problematici”, per rendere più evidenti le differenze di comportamento tra chi gioca in modo sociale e chi, invece, inizia a perdere il controllo o lo ha già perso.

Il questionario, proposto ai soggetti reclutati per la ricerca, comprendeva anche una serie di domande per la raccolta di alcuni dati socio-demografici, sulla eventuale familiarità e quesiti relativi alla personale percezione della presenza o meno del problema del gioco d’azzardo patologico nel territorio pavese e alla conoscenza su dove sia possibile rivolgersi per chiedere aiuto (cfr. Allegati 2 e 3). Il questionario così strutturato è analogo, nelle sue parti essenziali, a quello utilizzato dal GAS (Gruppo Azzardo Sovrazonale - Regione Lombardia). Tale gruppo, attivo dal 2001 è composto da operatori occupati in diversi Ser.T. lombardi che si ritrovano ogni due mesi presso la sede della Regione. E’ sorto nell’intento di riunire operatori dei Servizi Pubblici esperti nel settore delle Dipendenze ed interessati ad approfondire la tematica del gioco d’azzardo patologico. In allegato viene riportata una breve descrizione della attività svolte e l’elenco dei membri del gruppo, suddivisi per territorio di provenienza.

Il gruppo ha promosso diverse iniziative tra cui una vasta ricerca multicentrica che ha consentito la raccolta dei questionari su un campione di 998 soggetti afferenti ai Ser.T., cifra che la pone sicuramente tra le ricerche più rilevanti effettuate in Italia. Proprio le analogie metodologiche, e in particolare l’uso dello stesso strumento di valutazione, permetteranno anche dei confronti diretti tra i dati relativi alla provincia di Pavia e quelli regionali.

2. INCHIESTA TRA LA POPOLAZIONE RESIDENTE NELLA PROVINCIA DI PAVIA

2.1 Metodologia

Raggiungere un campione rappresentativo della popolazione di un'intera provincia non è un compito agevole e comporta la risoluzione di vari problemi, soprattutto in considerazione delle risorse umane e finanziarie a disposizione. Dopo un'attenta valutazione delle esperienze scientifiche maturate nel campo delle inchieste su campioni di popolazione generale, coniugata alla valutazione delle risorse rese disponibili con il finanziamento ottenuto, si è deciso di utilizzare come strumento di ricerca l'intervista telefonica, alla luce delle riflessioni sintetizzate di seguito:

- contattare "faccia a faccia" tutti i soggetti del campione risultava insostenibile dal punto di vista delle risorse a disposizione;
- altri metodi di contatto a distanza, come ad esempio la somministrazione postale, apparivano costosi e scarsamente efficaci;
- la preparazione specifica dei ricercatori permetteva di poter cogliere, nella somministrazione telefonica, incertezze o commenti specifici da parte dei soggetti intervistati;
- si realizzava la possibilità di raggiungere in modo capillare l'intero territorio provinciale, procedendo ad una selezione casuale del campione.

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

- la mancanza di contatto personale con l'intervistatore può far sì che il rapporto si logori prima: per questo si è scelto uno strumento breve con domande sintetiche per evitare il più possibile risposte affrettate e superficiali;
- può essere difficile raggiungere in casa i giocatori più accaniti proprio perché sono fuori a giocare (come fa notare Lesieur, 1994);
- il fatto di rispondere in casa può comportare che altre persone della famiglia siano presenti e quindi il soggetto tenda a nascondere comportamenti che possono essere valutati negativamente (Abbott e Volberg, 1999).

Tali possibili bias sono stati ritenuti comunque accettabili in quanto congrui con il rapporto costi/benefici in questo specifico studio.

Le interviste telefoniche sono state realizzate da ricercatori dell'Associazione Itaca in collaborazione con la ASL di Pavia da ottobre 2003 a febbraio 2004. I soggetti sono stati selezionati in modo casuale per quote percentuali proporzionate alla popolazione generale residente (dati forniti dal Censis, 2002) in base a sesso, età e condizione professionale. Un volta individuata la strutturazione del campione, i numeri telefonici sono stati selezionati a random, nel totale rispetto della privacy, ovvero al numero di telefono individuato non veniva associato alcun nominativo.

Sono state scelte prevalentemente fasce d'orario di tarda mattinata e tardo pomeriggio per facilitare il raggiungimento di persone occupate. A ciascun soggetto che ha risposto al telefono sono stati brevemente spiegati gli obiettivi della ricerca ed è stata chiesta la disponibilità a partecipare.

Come detto è stato scelto come strumento di indagine il questionario SOGS a cui sono state aggiunte alcune domande volte a raccogliere alcuni dati socio-anagrafici e relativi a una possibile familiarità, nonché ad indagare le sensazioni personali e la percezione del problema gioco d'azzardo (cfr. Allegato 2). Occorre sottolineare che nel caso in cui l'intervistato rispondeva negativamente alle prime domande del questionario la telefonata si poteva chiudere anticipatamente, non impegnando oltre operatori e soggetti, in quanto le domande seguenti risultavano non pertinenti nei casi in cui non esistevano comportamenti di gioco.

E' stato deciso di focalizzare questa ricerca solo sull'ultimo anno per una serie di motivi: prima di tutto per avere un dato che rispecchi il problema attuale; in secondo luogo perché alcuni studi indicano che il SOGS esteso all'indagine dei comportamenti di gioco su tutta la vita (life-time) comporta la presenza di una quota di falsi positivi, cioè sopravvaluta il numero di persone con comportamenti di gioco eccessivo; infine per permettere una comparazione con dati internazionali già esistenti.

2.2 Il campione intervistato: caratteristiche e rappresentatività

La popolazione residente nella provincia di Pavia, territorio in cui si è svolta l'inchiesta, nel 2004 risulta pari a 450.000 abitanti.

Per quanto riguarda il dimensionamento del campione è stato valutato che con il reclutamento di 1500 persone il margine di errore sui risultati ottenuti risulta statisticamente entro lo +/-0,70% mentre con 1000 persone tale margine ovviamente si eleva, ma resta contenuto entro lo +/-0,86%. Questa seconda ipotesi è stata ritenuta accettabile anche a fronte della considerazione che campioni più ampi avrebbero richiesto una mole di lavoro assai maggiore e tempi di raccolta dei dati più lunghi.

Per raggiungere questo campione sono state fatte in totale circa 2.200 telefonate; 407 soggetti contattati sono stati da noi esclusi in quanto non rientravano nei criteri del campionamento (minorenni o over 75) o rientravano in una classe, tra quelle previste dalla stratificazione, già completata con soggetti precedentemente intervistati. Circa 700 persone si sono rifiutate di rispondere al questionario, e quindi a conclusione dell'inchiesta telefonica sono state raccolte in totale 1.093 interviste valide di soggetti di età compresa tra i 18 e i 74 anni. Il tasso di adesione alla ricerca è stato del 60,9%. Il presente tasso di adesione è in linea con quello che in genere si riesce a raggiungere attraverso indagini di questo tipo. Il fatto che però poco più del 39% dei soggetti contattati si siano rifiutati di rispondere invita ad essere cauti nell'estendere tout court i risultati alla popolazione generale.

Nelle Tabelle 1,2,3 si fornisce la descrizione dettagliata del campione; in particolare dalla Tabella 2 si può rilevare che le differenze tra la composizione del campione e della popolazione generale nei criteri individuati non sono significative, e si può quindi affermare che il campione selezionato è rappresentativo della popolazione studiata per quel che riguarda la maggior parte delle caratteristiche socio-demografiche considerate.

Tabella 1: Distribuzione territoriale del campione (N=1.093)

Territorio	Soggetti intervistati	%
Pavese	460	42,1%
Lomellina	361	33,0%
Oltrepò Pavese	272	24,9%
Totale	1.093	100%

Tabella 2: Criteri di stratificazione del campione e comparazione con i valori di riferimento della popolazione rilevati nell'ultimo censimento (N=1.093)

Criteri	Dati inchiesta (%)	Dati censimento (%)
Età		
18 – 24	7,7	8,9
25 – 44	40,1	40,2
45 – 64	35,5	34,9
65 – 74	16,7	16,1
Sesso		
Uomini	40,4	48,1
Donne	59,6	51,9
Condizione lavorativa		
Occupata	50,6	50,8
Disoccupata	49,4	49,2

Tabella 3: Altre caratteristiche del campione (N=1.093)

	%		%
Titolo di studio		Stato civile	
Nessun titolo	0,8	Nubile/celibe	22,7
Licenza elementare	18,2	Coniugato	62,1
Licenza media inferiore	33,8	Vedovo	10,7
Diploma superiore	32,3	Divorziato	2,0
Laurea	14,9	Separato	2,5
Occupati		Situazione di convivenza	
Libero professionista	5,6	Famiglia propria	69,1
Artigiano	10,2	Famiglia di origine	16,6
Impiegato	14,0	Solo	13,5
Operaio	12,4	Altro	0,8
Quadro	0,5		
Dirigente	1,6		
Altro	11,6		
Non occupati			
Casalinga	12,8		
Pensionato	22,0		
Disoccupato	2,0		
Studiante	5,7		
Inabile al lavoro	1,6		

Nel prosieguo della trattazione spesso saranno citati dei valori percentuali che, pur se apparentemente esigui, indicano in realtà un numero di persone considerevole in quanto sono da riferire all'intera popolazione generale della provincia.

Per facilitare l'immediata valutazione della portata dei valori percentuali che saranno presentati, è possibile fare riferimento alla Tabella 4 in cui alcuni valori rilevati sul campione sono stati convertiti, a titolo di esempio, nel numero corrispondente di persone nella popolazione generale.

Tabella 4: Corrispondenza tra valori percentuali del campione (N=1.093) e valore assoluto riferito alla popolazione generale

Percentuali sul Campione Totale (N=1.093)	Valore assoluto nella Popolazione Generale (N=450.000)
1%	4.500 persone
2%	9.000 persone
3%	13.500 persone
4%	18.000 persone
5%	22.500 persone
10%	45.000 persone
20%	90.000 persone
30%	135.000 persone

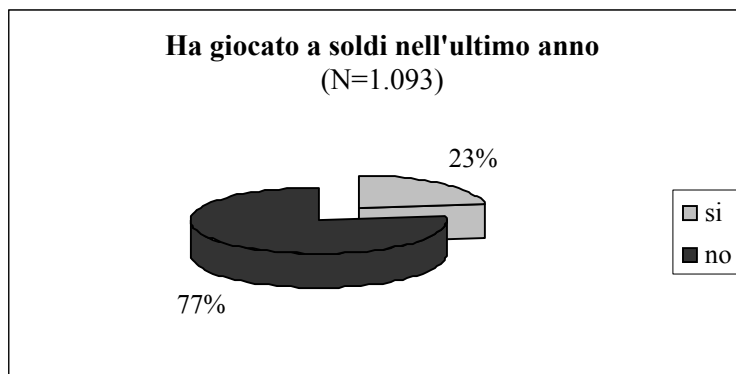
2.3 Abitudini di gioco tra la popolazione generale della provincia di Pavia

La prima domanda posta ai soggetti sulle abitudini di gioco è se, nell'ultimo anno, avessero giocato utilizzando soldi: solo il 23% degli intervistati, quindi meno di un terzo del totale (pari comunque a oltre 90.000 persone se correttamente riferito alla popolazione generale!), ha risposto positivamente (Grafico 1).

Tuttavia dalla lettura delle risposte fornite alla domanda sui singoli giochi praticati nell'ultimo anno (Tabella 5) il 39% affermava di aver giocato almeno una volta al lotto e al superenalotto. Tale

incongruenza nelle risposte rende evidente il fatto che il concetto di “giocare a soldi” non viene sempre compreso correttamente nel sentire comune e tanto meno che giochi largamente diffusi non siano riconosciuti, per diversi motivi, nella loro natura di giochi d'azzardo.

Grafico 1: Percentuale intervistati che hanno giocato a soldi nell'ultimo anno



Agli intervistati è stata letta una lista di giochi, tutti definibili d'azzardo, secondo i criteri già esposti, al fine di segnalare quali avevano praticato almeno una volta nell'ultimo anno.

Vale la pena ricordare che tutti i giochi d'azzardo rispondono, appunto, alle stesse caratteristiche di base anche se esistono poi grosse differenze nella modalità di presentazione del gioco e di esecuzione dello stesso. Si può affermare che gli stessi meccanismi siano stati nel tempo rivestiti e mascherati con formule anche molto diverse per catturare l'interesse di un pubblico sempre più vasto ed articolato.

E' quindi possibile che differenti tipologie di giocatori privilegino alcune modalità, alcuni giochi, piuttosto di altri in quanto attratti da fattori funzionali a quanto da loro desiderato e ricercato.

E' stata segnalata in letteratura (Croce in Lavanco, 2001), analogamente a quanto è avvenuto rispetto alle sostanze stupefacenti, una possibile suddivisione tra giochi “soft” e “hard”. Questi ultimi presentano delle caratteristiche, come la brevità di intervallo fra una giocata e la successiva e fra la giocata e la riscossione della vincita, che aumenterebbero sensibilmente il rischio di determinare risposte di escalation e di addiction.

Tabella 5: Tipologia di giochi e frequenza con cui sono stati praticati nell'ultimo anno (N=1.093)

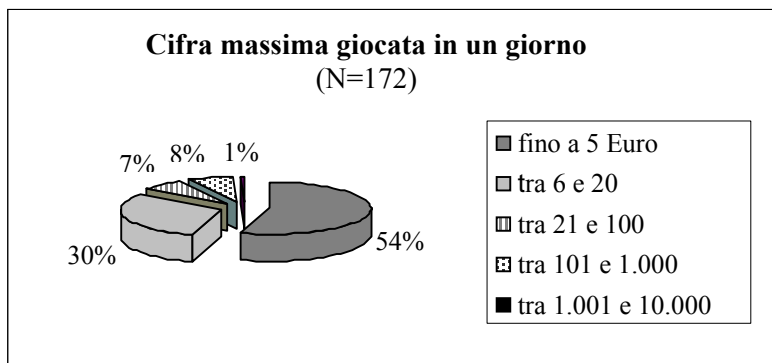
Tipologia di giochi	Mai (%)	Meno di 1v/mese (%)	1 volta/mese o più (%)
Lotto e superenalotto	61,0	23,6	15,4
Totocalcio	91,3	5,1	3,5
Totip/corsa tris	96,2	2,8	1,0
Gratta e vinci	94,7	4,7	0,7
Casinò	97,2	2,6	0,3
Scommesse su cavalli,cani,altri animali	98,4	1,3	0,4
Scommesse su altri sport	98,0	1,4	0,7
Carte a soldi	98,2	1,3	0,6
Slot machine e poker machine	96,4	2,4	1,1
Bingo	94,3	4,8	0,8
Biliardo,bocce,altri giochi abilità a soldi	99,1	0,9	
Dadi a soldi	99,8	0,2	
Gioco a soldi su internet	100,0		
Altri giochi	99,0	1,0	

Dall'analisi complessiva dei dati (Tabella 5) si può osservare come nella popolazione generale non si riscontrino percentuali particolarmente elevate di giocatori: infatti in quasi tutte le tipologie di gioco individuate oltre il 90% degli intervistati si sono dichiarati "astinenti" nell'ultimo anno. Neppure nella tipologia più marcata la frequenza di gioco risulta elevata. I giochi a cui la popolazione si dedica maggiormente sono, come prevedibile, il lotto e il superenalotto (almeno una volta l'anno per il 39%), molto popolari a livello nazionale per il sostegno pubblicitario, per la possibilità di accedervi facilmente dato l'elevato numero di ricevitorie abilitate e per i costi alla portata di tutti, perlomeno quando non si instaura una compulsione a puntare su certi numeri, combinazioni ecc. Seguono poi il Totocalcio (8,6%), il Bingo (5,6%), il Gratta e vinci (5,4%), il Totip (3,8%), le "macchinette" (3,5%) e il casinò (2,9%). Chiaramente la presenza di stabilimenti di gioco sul territorio, e in generale l'accessibilità ai diversi giochi, condiziona in una certa misura il comportamento della popolazione. Ad es., in provincia di Pavia sono aperte solo tre Sale Bingo, che hanno attratto comunque nell'ultimo anno oltre 25.000 persone (5,6%), mentre il 2,9% che ha frequentato il casinò almeno una volta, sempre nell'ultimo anno, rappresenta oltre 13.000 persone che si sono spostate dalla provincia di Pavia dirigendosi, presumibilmente, verso stabilimenti di gioco quali Campione, San Remo, Saint-Vincent. Ad una maggiore diffusione dei luoghi deputati a queste tipologie di giochi corrisponderebbe probabilmente il coinvolgimento di un numero superiore di persone. Altri luoghi di offerta di gioco sono nel territorio esaminato un ippodromo, circa trecento ricevitorie per i vari concorsi/lotterie e un numero di licenze che non è stato possibile quantificare per installare le "macchinette" nei luoghi pubblici (bar, ristoranti). La difficoltà riscontrata nella mappatura delle offerte di gioco e l'impossibilità di tracciarne la reale diffusione sul territorio sono elementi di estrema criticità in quanto è stata accertata la correlazione tra entità dell'offerta e adesione della popolazione.

2.4 - Cifra massima giocata in un giorno

Una parte delle persone che hanno giocato almeno una volta negli ultimi dodici mesi ai vari tipi di giochi proposti ha indicato anche la cifra massima spesa nello stesso giorno (N=172). Nell'84% dei casi la cifra massima dichiarata era di 20 euro o meno, entità del tutto ragionevole. Però, ben l'8% del campione di giocatori che hanno risposto a questo item (che verosimilmente rapportato alla popolazione potrebbe significare la bellezza di più di 5.000 persone) ha giocato oltre 100 euro nello stesso giorno e persino altri 700 individui allo stesso modo hanno affidato alla sorte più di 1000 euro. Questo pare evidentemente assai meno alla portata di tutti (Grafico 2). Tuttavia va sottolineato ancora che per definire il grado di addiction il parametro della quantità di denaro speso non è certo l'unico; possono infatti manifestarsi comportamenti di forte dipendenza anche nel caso di cifre giornaliere inferiori laddove siano presenti gli altri criteri indicati dal DSM-IV (cfr. allegato 1).

Grafico 2: Cifra massima giocata in un solo giorno



2.5 Che cosa viene cercato nel gioco

A coloro i quali hanno affermato di aver giocato nell'ultimo anno almeno una volta al mese è stato chiesto nel corso del SOGS telefonico quali fossero le motivazioni che li avevano spinti a giocare. La Tabella 6 riassume le percentuali di chi ha risposto.

Tabella 6: Motivazione che spinge a giocare -possibili più risposte- (N=157)

Gioco per:	%
Vincere	78,7
Divertimento/eccitazione	20,4
Abitudine	5,7
Emozione/rischio	5,7
Compagnia di altre persone	4,5
Evasione dai problemi/rilassarsi	2,5
Dimostrare a altri/me che sono bravo	0,6
Altro (passatempo, sfida, tradizione, passione, tentare la sorte, piacere, illusione di cambiamento)	11,6

Del tutto predominante è la condizione di chi gioca prevalentemente per vincere. Tale motivazione è probabilmente incentivata da campagne promozionali mirate e dalla opinione oramai diffusa che non si possa diventare ricchi senza un colpo di fortuna (Fonte Eurispes, 2000). L'idea prevalente è quella che spendendo poco si possa guadagnare molto (Walker, 1992); inoltre la visibilità delle vincite, accresciuta ad esempio dalle estrazioni del lotto realizzate in diretta in televisione, non favorisce la riflessione sulle reali probabilità di vincita che sono riepilogate a titolo di esempio nello schema "Vincite. Cosa dice la statistica?" (Capitanucci, 2002).

VINCITE: COSA DICE LA STATISTICA? UNA PROBABILITA' SU...

Roulette (Rosso e Nero)	1 su	2.05	
Ippica (piazzato)	1 su	2.66	corsa con 8 cavalli
Ippica (vincente)	1 su	8	corsa con 8 cavalli
Ippica (accoppiata)	1 su	28	corsa con 8 cavalli
Roulette (numero)	1 su	37	
Lotto (ambo)	1 su	400	
Ippica (tris)	1 su	6.480	corsa con 20 cavalli
Lotto (terno)	1 su	11.748	
Lotterie (premi minori)	1 su	151.198	
Gratta e vinci	1 su	489.137	
Lotto (quaterna)	1 su	511.038	
Totip (12)	1 su	531.441	
Totocalcio (13)	1 su	1.594.323	
Lotterie (primi premi)	1 su	4.441.470	
Totogol (8)	1 su	10.518.300	
Totosei (6)	1 su	16.518.300	
Gratta e vinci	1 su	18.750.270	
Lotto (cinquina)	1 su	43.949.628	
Gratta e vinci (1 miliardo)	1 su	44.408.544	
Totip (14)	1 su	63.772.920	"corsa più" 16 cavalli
Superenalotto (5+1)	1 su	103.769.105	
Superenalotto (6)	1 su	622.614.630	

(tratto da "Sport e Scommesse", 2/4/2000)

Secondo Ladouceur, la convinzione di vincere è uno tra i pensieri erronei più pericolosi e meno realistici, che sta alla base della reiterazione dell'atto di giocare (compulsività) per l'attesa negativa insita nei giochi d'azzardo che condanna il giocatore abituale a perdere inesorabilmente. Infatti "l'attesa di vincita" coincide con quella quota che viene restituita ai giocatori sotto forma di vincite, dedotte le tasse e le spettanze del gestore. Tale quota è "negativa" nei giochi d'azzardo, in quanto ai giocatori non viene mai restituito il 100% delle loro puntate, bensì viene reso loro un importo inferiore, variabile a seconda dei giochi, che può andare dal 50% (nel caso delle lotterie) al 98,5% (nel caso del blackjack). "Considerato che la motivazione principale è vincere, sembrerebbe scontato che proprio per tale ragione giochi di questa sorta dovrebbero essere evitati: invece ciò non accade" (Capitanucci e Ladouceur, 2003).

E' interessante anche segnalare il consenso (20,4%) che ha ottenuto l'opzione di risposta "divertimento/eccitazione": lo scatenamento delle sensazioni, talvolta anche molto intense, che richiamano il rischio, la sfida, la potenza, la sconfitta, in un mondo interiore spesso povero di altri tipi di emozioni, è un elemento di forte attrattiva.

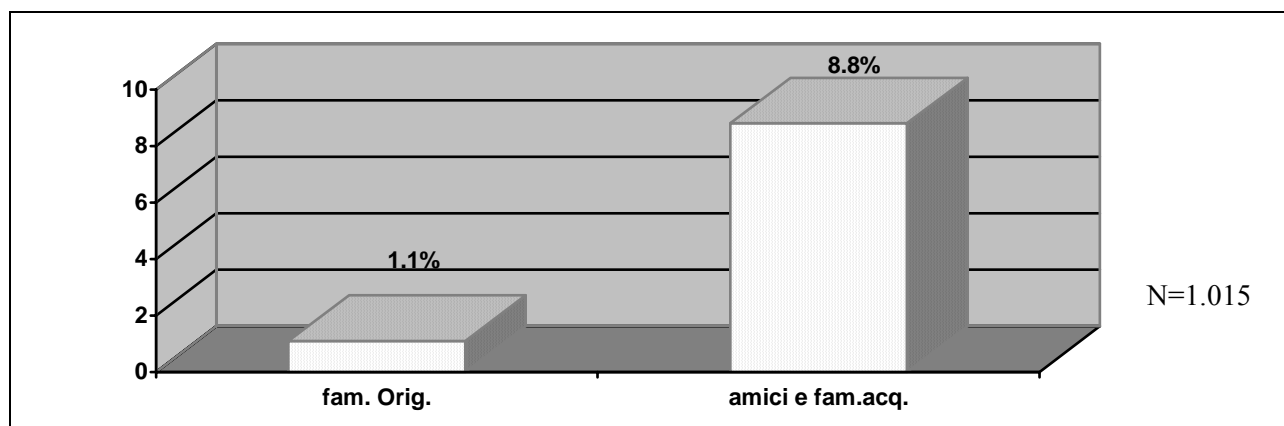
2.6 Percezione e conoscenza del fenomeno gioco

Una parte dell'intervista rivolta alla popolazione generale è stata dedicata all'indagine della percezione del fenomeno gioco, a livello di conoscenza diretta di persone (familiari, amici e/o conoscenti) che hanno il problema, della gravità stimata del fenomeno nel proprio territorio e della conoscenza di risorse territoriali a cui chiedere aiuto in caso di necessità.

2.6.1 Conoscenza di persone che hanno il problema

La domanda "Qualche membro della sua famiglia (genitori, fratelli, sorelle) o suoi amici hanno avuto problemi con il gioco?" tendeva a rilevare dati utili per la verifica di una possibile familiarità del comportamento disadattativo e anche per una ulteriore indicazione sulla diffusione del fenomeno.

Grafico 3: Familiari o amici indicati dagli intervistati come aventi problemi di gioco

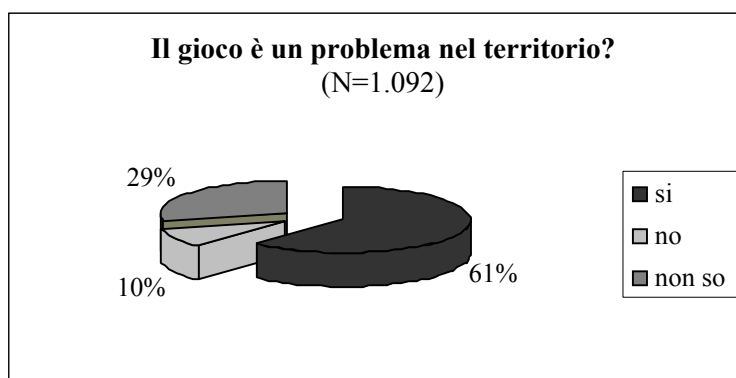


Il 98,9% degli intervistati, su 1.015 risposte valide fornite, risponde che nessuno dei genitori o fratelli/sorelle ha o ha avuto problemi con il gioco; mentre lo 0,5% e lo 0,6% risponde rispettivamente che i genitori e i fratelli/sorelle ha o ha avuto problemi. L'8,8% infine dichiara che amici/conoscenti e parenti acquisiti hanno avuto problemi di gioco: questo valore parametrato alla popolazione significa che oltre 36.700 cittadini hanno o hanno avuto amici o/e conoscenti con manifestazioni di problemi legati al gioco! (Grafico 3). In particolare, l'analisi qualitativa di questi dati evidenzia che la discriminante utilizzata maggiormente dagli intervistati per valutare se un conoscente o un amico ha un problema di gioco è l'eccessiva quantità di denaro impiegata in tal senso o la presenza di debiti.

2.6.2 Percezione del problema gioco nel territorio pavese

In questa parte dell'intervista è stata posta la domanda "Il gioco d'azzardo patologico secondo lei è un problema presente nel nostro territorio?". L'obiettivo era indagare la percezione soggettiva di ciascuno riguardo il fenomeno, tenendo conto che i mass media oscillano con i loro messaggi tra il demonizzare il gioco (allarmismo della cronaca che informa di giocatori che si sono rovinati) e contemporaneamente incentivarlo, suggerendo che al gioco è altamente probabile vincere e che può cambiarti la vita.

Grafico 4: Quanti considerano il gioco un problema nel territorio



I dati indicano che il 61,8% dei soggetti intervistati dichiara di ritenere il gioco un problema nel territorio; il 9,5% pensa che non lo sia e il 28,6% non sa rispondere (Grafico 4).

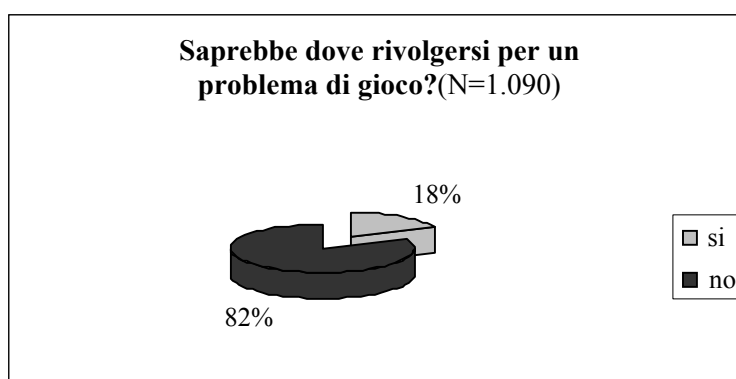
Nonostante la mancanza di informazioni specifiche relative alla patologia del gioco d'azzardo patologico e nonostante la massiccia pubblicizzazione che incentiva al gioco, esiste una forte convinzione che il comportamento di gioco possa tradursi in un problema rilevante e che tale problema sia presente nel territorio.

Se pur il 90,1% afferma di non conoscere direttamente nessuno afflitto da tale patologia, il 61,8% lo considera comunque un problema, forse perché ha assimilato informazioni allarmistiche; tuttavia, a fronte di questa preoccupazione la grande maggioranza degli intervistati (80%) non sa dove una persona potrebbe rivolgersi per ricevere aiuto, come descritto nel paragrafo successivo.

2.6.3 Risorse di aiuto conosciute o ipotizzate

Un altro aspetto che ci interessava indagare riguarda la conoscenza da parte della popolazione generale delle risorse che ritengono possano essere chiamate in causa in caso di problemi di gioco.

Grafico 5: Quanti sanno dove rivolgersi per un problema di gioco



Solo il 18,3% ha risposto di sapere a chi rivolgersi se lui in prima persona o un familiare o un conoscente avessero un problema di gioco; la grande maggioranza del campione (81,7%) invece non saprebbe a chi rivolgersi (Grafico 5). Le risposte più dettagliate fornite da una parte di coloro che hanno risposto affermativamente sono state raggruppate nella Tabella 7.

Tabella 7: Dove gli intervistati si rivolgerebbero nel caso di problemi di gioco d'azzardo patologico (N=199)

Tipologia di struttura	%
Strutture pubbliche e professionisti della salute	12,8
Gruppi di auto-aiuto	2,4
Strutture private di tipo comunitario	1,6
Risorse familiari e amicali	0,5
Forze dell'ordine	0,4
Altro (usurai, tabaccheria...)	0,3

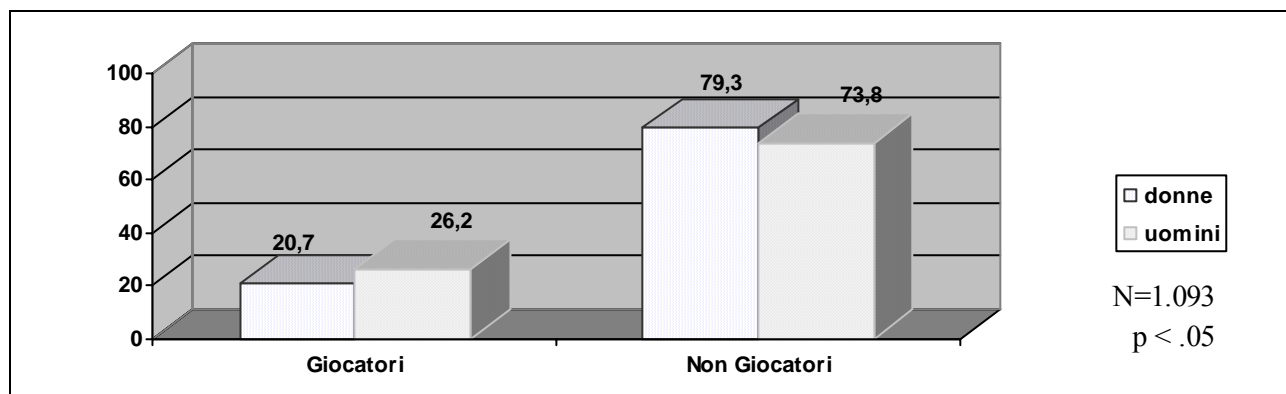
Sono in netta prevalenza le risposte che centrano in buona misura i “luoghi” giusti ove trovare un supporto, anche se occorre sottolineare che le risposte “al Ser.T.” o “alla ASL” sono state sicuramente sollecitate involontariamente dalla stessa “paternità” dell’inchiesta. Probabilmente la stessa richiesta fatta in altre circostanze non avrebbe portato varie persone alla associazione tra problemi di gioco – dipendenza - ASL/strutture pubbliche.

2.7 Il profilo del giocatore

Nelle pagine seguenti verranno proposti alcuni dati al fine di tracciare un profilo delle caratteristiche salienti, desumibili dalle variabili socio-demografiche analizzate, delle persone che hanno dichiarato di giocare. Non si tratta necessariamente di giocatori problematici, in quanto si confrontano quanti hanno affermato di avere giocato a soldi nell’ultimo anno (N=251), che d’ora innanzi chiameremo “giocatori”, con la maggioranza degli intervistati che si sono invece dichiarati astinenti, che d’ora innanzi chiameremo “non giocatori”. A tale scopo è stato applicato il test Phi e V di Cramer.

2.7.1 Variabile sesso

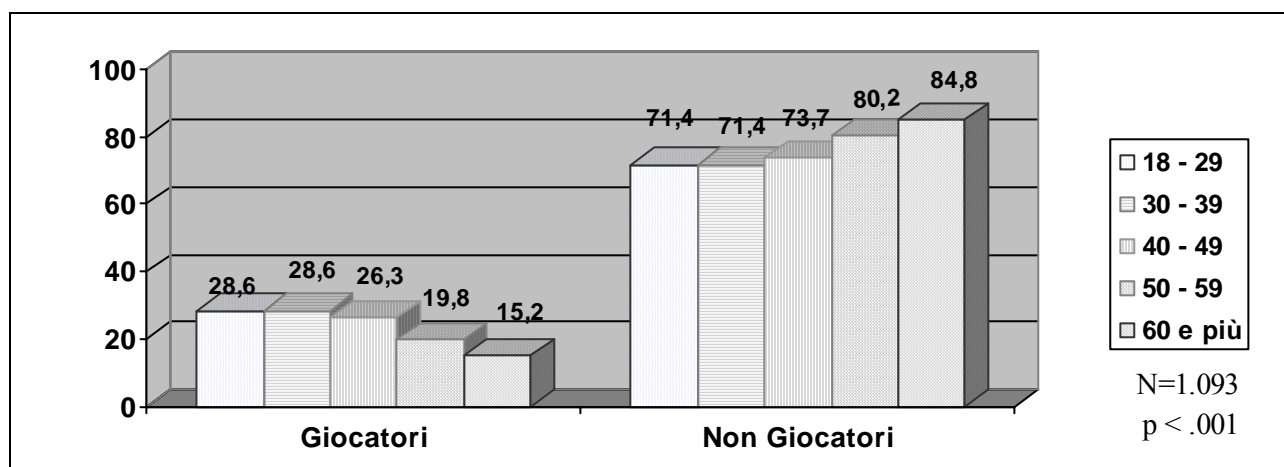
Grafico 6: Giocatori e Non Giocatori ripartiti in base al sesso



Esiste una relazione non forte (V di Cramer .064), ma comunque significativa ($p < .05$) tra il genere e l’aver giocato a soldi: i maschi giocano più delle donne (26,2% contro 20,7%) confermando i dati della letteratura internazionale.

2.7.2 Variabile età

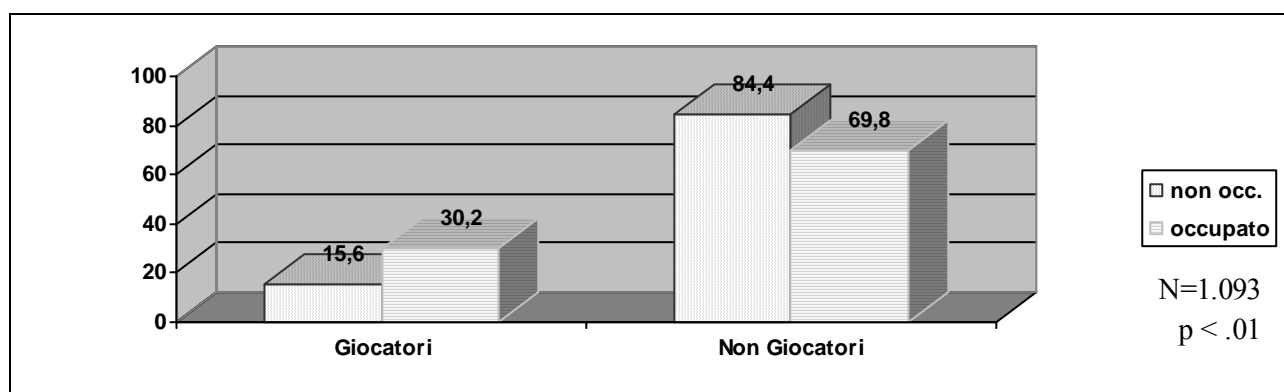
Grafico 7: Giocatori e Non Giocatori ripartiti in base all'età



Esiste una forte (V di Cramer .132) e significativa ($p < .001$) relazione tra l'età e l'aver giocato a soldi: più si è giovani più si gioca a soldi.

2.7.3 Variabile occupazione

Grafico 8: Giocatori e Non Giocatori ripartiti in base all'occupazione



Esiste una relazione significativa ($p < .01$) mediamente forte (V di Cramer .174) tra il fatto di avere un lavoro e l'aver giocato a soldi: gli occupati giocano più dei non occupati (30,2% contro 15,6%).

Questo dato conferma anche altre ricerche internazionali svolte in culture simili a quella italiana, ad esempio nel Canton Ticino (Bettelini et al, 2000), mentre nei Paesi Anglosassoni sono di più i disoccupati a giocare. (Volberg e Steadman, 1989).

Per concludere questa disamina sul profilo del giocatore si può affermare che le caratteristiche che lo contraddistinguono sono essere un uomo, tra i 18 e i 39 anni e con una occupazione lavorativa.

2.8 Ma quanti hanno problemi di gioco? La prevalenza attuale di giocatori “sociali”, “eccessivi” e “patologici” nel campione rappresentativo della popolazione generale

Il risultato più importante che si intendeva verificare nel presente studio era proprio **la prevalenza di giocatori “eccessivi” e “patologici”** valutati secondo i criteri del SOGS.

Nella nostra ricerca sul campione di residenti nella provincia di Pavia, con età compresa tra 18 e 75 anni, abbiamo rilevato che:

- n.1.081 soggetti hanno totalizzato da 0 a 2 punti al SOGS e possono essere considerati quindi **giocatori “sociali” (98,81%)**;
- n.8 soggetti hanno totalizzato da 3 a 4 punti al SOGS e possono essere considerati quindi **giocatori “eccessivi” (0,7%)**;
- n.4 soggetti hanno totalizzato 5 o più punti al SOGS e possono essere considerati quindi **giocatori “patologici” (0,4%)**.

Sommando le categorie di giocatori “eccessivi” e giocatori “patologici” si può determinare un nuovo gruppo, che utilizzeremo in modo preminente nella presentazione dei dati successivi, chiamato **giocatori “problematici”** che nel campione selezionato della popolazione generale **risulta essere quindi pari all’1,1%**. Tale operazione sintetizza ulteriormente il dato relativo alla quota di persone che nell’ultimo anno non è riuscita a mantenere un rapporto equilibrato nei confronti del gioco. Facendo gli opportuni calcoli statistici in relazione all’intervallo di confidenza si può affermare che la percentuale di giocatori problematici tra i residenti della provincia di Pavia ha una probabilità del 95% di situarsi tra 1,96% e 0,24%.

Tale dato risulta essere rilevante se paragonato con la letteratura internazionale che individua un tasso di prevalenza nella popolazione generale dell’1-3%, riferito però all’arco di vita. E con un tasso di prevalenza nell’arco degli ultimi 12 mesi intorno allo 0.5%, è probabile attendersi un tasso di prevalenza lifetime del 3% su una data popolazione. Ricordiamo che nella nostra ricerca l’indagine è circoscritta all’ultimo anno; sono state quindi volutamente escluse le risposte di chi ha giocato un tempo ma ora non più, per avere un’immagine il più possibile fedele all’attuale e questo determina inevitabilmente una riduzione delle prevalenze rilevabili su periodi di tempo più lunghi, come l’intero arco di vita. Inoltre, ricordiamo che se si traducono le percentuali in cifre, si scopre ad esempio che circa 4.500 residenti nella provincia di Pavia, un numero di tutto rispetto, hanno avuto nell’ultimo anno probabilmente un problema di gioco o sono stati fortemente a rischio di svilupparlo, mettendo in atto molto spesso comportamenti maladattivi.

Nella Tabella 8 vengono riportati i tassi di prevalenza rilevati in altre ricerche internazionali, con cui i nostri risultati sono fortemente in linea.

Tabella 8: Tassi di prevalenza internazionali rilevati con il SOGS

Anno	Stato	Campione	% Giocatori Patologici	% Giocatori Problematici	Tipo d’intervista	Riferimenti
	USA					
1992	North Dakota	1.517	2.0	3.5*	telefonica	[1]
1990	Washington	1.502	0.9	1.9	telefonica	[2]
1992	Montana	1.020	2.2	3.6*	telefonica	[1]
1991	South Dakota	1.560	1.4	2.8*	telefonica	[1]
1990	Nevada			2.5	telefonica	[3]
1994	Minnesota	1.028	1.2	3.2	telefonica	[4]
1989	Iowa	750	0.1	1.7	telefonica	[1]
1990	Louisiana		4.8	7*	telefonica	[5]

Anno	Stato	Campione	% Giocatori Patologici	% Giocatori Problematici	Tipo d'intervista	Riferimenti
1991	Connecticut	1000		6.3*	telefonica	[1]
1990	Mississippi	1.041		4.9	telefonica	[6]
1992	Texas	6.308	2.5	4.8*	telefonica	[1]
1986	New York	1000	1.4	2.8	telefonica	[7]
	CANADA					
1992	New Brunswick	801	1.3	3.1	telefonica	[8]
1993	Ontario	1.200	0.9	7.7	telefonica	[8]
1993	British Columbia	1.200	1.1	2.4		[9]
1993	Nova Scotia	810	1.7	3.0	telefonica	[8]
1993	Alberta	1.803	1.4	4.0		[8]
1993	Saskatchewan	1.000	0.8	1.9	telefonica	[8]
1995	Manitoba	1.207		1.9		[9]
1996	Nova Scotia	801	1.1	2.8	telefonica	[9]
	EUROPE					
1990	Catalogna	1.230		2.5		[10]
1992	Siviglia		1.7	5.2		[10]
1994	Galizia	1.028	1.4	2.8		[10]
1998	Ticino	1.044	0.6	0.6	telefonica	[12]
1998	Svizzera	2.526	0.7*	2.2*	telefonica	[11]
2004	Italy (Pavia)	1.093	0.4	0.7	telefonica	

*lifetime prevalence

(Adattata da : Bettelini, C.M., Alippi, M. & Wernli, B. *Il gioco patologico in Ticino: uno studio epidemiologico*, 2000)

-
- 1 Volberg, R. A.: Prevalence studies of problem gambling in the USA. *Journal of Gambling Studies* 1996; 12, (2)
 - 2 Problem and Pathological Gambling in Washington State <<http://www.wscpg.org/approblem.htm>>
 - 3 United States Gambling Research Institute: Information sheet <<http://www.usgri.org/textonly/pg.html>>
 - 4 Emerson, M.O. & Laundergan, J.C.: Gambling and Problem Gambling Among Adult Minnesotans: Changes 1990 to 1994. *Journal of Gambling Studies* 1996; 12, (3): 291-304.
 - 5 Problem Gambling <http://www.usgri.org/textonly/pg.html>
 - 6 Gambling a problem for 4.9 percent <http://www.sunherald.com/region/docs/addicts.1112.htm>
 - 7 Volberg, R.A. & Steadman, H.J.: Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry* 1988
 - 8 Ladouceur, R.: The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies* 1996; 12, (2): 129-142.
 - 9 Gambling in Canada: <http://www.cesa.ca/gmbii.htm>
 - 10 Becona, E.: Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: the cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies* 1996; 12, (2): 179-192.
 - 11 Osiek, C., Bondolfi, G. & Ferrero F.: *Etude de prévalence du jeu pathologique en Suisse*. Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1998.
 - 12 Bettelini, C.M., Alippi, M. & Wernli, B. *Il gioco patologico in Ticino: uno studio epidemiologico*, 2000

2.9 Conseguenze del gioco problematico

Gli items centrali del SOGS, che in gran parte concorrono a determinare il punteggio finale, mirano a rilevare i comportamenti tipici del gioco eccessivo. Nella Tabella 9 sono messe a confronto le risposte fornite dal sottogruppo di giocatori “sociali” e “problematici” si nota che alcune sono particolarmente significative ai fini dell’attribuzione del punteggio e per la comprensione del come si declina il gioco eccessivo.

Tabella 9: Frequenza di risposte affermative per i seguenti item del SOGS dei giocatori nell’ultimo anno

	Giocatori sociali (N= 239)	Giocatori problematici (N=12)
Non riuscire a smettere	0%	50%
Nascosto i segni del gioco	1.7%	58.3%
Sentito in colpa per il gioco	1.7%	50%
Criticato per il gioco	4.1%	50%
Giocato più di quanto voleva	4.6%	66.7%
Sente di aver avuto problemi	0%	25%
Afferma di aver vinto quando ha perso	1.7%	50%
Ritorna per recuperare	6.6%	58.3%
Discussioni sui soldi per il gioco	0.4%	0%
Tolto tempo al lavoro	0.4%	25%
Chiesto prestiti	0.4%	33.3%
Gioco compromesso reputazione	0%	8.3%

Tra le più rilevanti notiamo il tentativo di tornare a giocare per recuperare le perdite e il giocare più a lungo del previsto, indicatori eloquenti di problematicità.

Anche nascondere i segni del gioco e il ricevere critiche in relazione ad esso sono altri indicatori importanti che differenziano il giocatore sociale da quello problematico. Possiamo pensare che proprio tali comportamenti possano fungere da campanelli d’allarme per il giocatore e chi gli vive accanto. Ladouceur e Blaszczynski (Capitanucci e Carlevaro, 2004,) hanno recentemente proposto un nuovo metodo di valutazione clinica e preventiva dei giocatori d’azzardo, proprio con il proposito di avere uno strumento che non misuri quasi esclusivamente le conseguenze negative (come fanno sia il Manuale statistico diagnostico dei disturbi mentali sia il SOGS), bensì il progressivo grado di perdita di controllo che evidentemente quanto più è elevato, tanto più influisce sulla vita quotidiana del giocatore e dei suoi familiari.

2.10 Altri dati

Sono state effettuate analisi statistiche anche per individuare i profili di chi ritiene che il gioco sia un problema nel territorio e di chi sa dove potrebbe rivolgersi per chiedere aiuto.

2.10.1 Il profilo di chi ritiene che il gioco sia un problema

I risultati in merito a questi aspetti evidenziano l’esistenza delle seguenti relazioni.

- ❑ Esiste una relazione significativa ($p < .05$) mediamente forte (V di Cramer .105) tra il fatto di essere uomini e non considerare il gioco un problema.
- ❑ Esiste una relazione significativa ($p < .001$) mediamente forte (V di Cramer .109) tra il fatto di essere occupati e considerare il gioco un problema.
- ❑ Infine, sebbene i numeri degli intervistati giocatori non siano sufficienti a dimostrare l’esistenza di una relazione forte (V di Cramer .084) tra il fatto di giocare e considerare il gioco un problema, i risultati mostrano una interessante tendenza significativa dei giocatori “problematici” a non considerare il gioco un problema.

In sintesi è possibile affermare che il gioco viene considerato un problema maggiormente dalle donne, dalle persone che hanno una occupazione lavorativa e da chi pratica un gioco sociale.

Numerose ipotesi di spiegazione potrebbero essere poste a riguardo di questi risultati. Di seguito alcune di esse, da indagare più approfonditamente con studi dedicati.

In relazione al fatto che siano maggiormente le donne a considerare il gioco d'azzardo un problema questo potrebbe essere spiegato dal fatto che la percentuale di chi gioca, anche in eccesso, è prevalentemente maschile (Volberg, 1994) e quindi tende a sminuire la problematicità, almeno potenziale, di tali comportamenti. Un'altra possibile spiegazione potrebbe risiedere nel fatto che proprio per questa maggiore prevalenza di maschi tra i giocatori patologici, le donne si trovino più spesso ad essere spettatrici impotenti di eccessi consumati da loro familiari di sesso maschile e dunque siano più colpite (sebbene indirettamente, ma in modo spesso drammatico) dal fenomeno.

In relazione al fatto che le persone occupate abbiano una maggiore sensibilità per la problematica, una ipotesi possibile risiede nel fatto che essendo risultati i giocatori più prevalenti tra le persone che lavorano, sia possibile osservare proprio in questo ambito il loro comportamento problematico. Inoltre, c'è da supporre che tra i primi ambiti ad essere colpiti in maniera evidente dalle conseguenze del gioco d'azzardo eccessivo, ci sia proprio quello lavorativo: ritardi, assenze, richieste di prestiti, minore concentrazione nei compiti assegnati, indicatori questi che potrebbero spiegare l'esito di questo item proposto ai nostri intervistati.

Infine, il fatto che i giocatori problematici e ancor più quelli patologici non considerino il gioco un problema potrebbe essere spiegato, forse un po' troppo semplicisticamente, con la necessità di questi individui di continuare a nascondersi dietro un dito, arrivando a mentire non più solo agli altri bensì persino a se stessi, segno evidente di una forte dipendenza e di un comportamento adatto al mantenimento dello status quo del loro funzionamento psicologico generale, nonché al mantenimento del loro comportamento di dipendenza. Agli operatori del settore è ben nota la tendenza alla negazione e banalizzazione del problema che attuano i pazienti tossicodipendenti, come gli alcolisti, e questa appare quindi come una ulteriore somiglianza sul piano clinico tra manifestazioni patologiche.

2.10.2 Il profilo di chi sa dove potrebbe rivolgersi per chiedere aiuto

I risultati in merito a questi aspetti evidenziano l'esistenza delle seguenti relazioni.

- ❑ Esiste una relazione forte e significativa (V di Cramer .161) tra il titolo di studio e chi sa dove rivolgersi in caso di aiuto: col crescere del livello di istruzione cresce anche il livello di informazione posseduta ed i laureati sono i meglio informati.
- ❑ Esiste una relazione significativa non forte (V di Cramer .082) tra il fatto di aver giocato a soldi e sapere dove rivolgersi.
- ❑ Esiste una relazione significativa mediamente forte (V di Cramer .183) tra chi considera il gioco un problema e chi sa dove rivolgersi.

In conclusione, parrebbe essere più al corrente di dove rivolgersi per chiedere aiuto la persona col livello di istruzione più alto, chi ha giocato a soldi nell'ultimo anno e chi considera il gioco un problema presente nel territorio.

L'istruzione in particolare (ma crediamo anche l'informazione in generale) parrebbe dunque essere un fattore protettivo nei confronti dello sviluppo di una patologia del gioco eccessivo.

Possiamo poi ritenere che chi gioca o chi considera il gioco un problema esistente sul territorio abbia, per motivi evidentemente diversi, un'attenzione anche alle possibilità di cura presenti.

Sebbene questi dati potrebbero sembrare confortanti, non va dimenticato che le percentuali relative alle persone informate sono comunque assai basse e che quelle relative a chi non saprebbe dove andare se dovesse trovarsi a vivere, direttamente o indirettamente, un problema di gioco d'azzardo salgono purtroppo, a seconda degli item considerati, persino fino al 91.7% (tra coloro che non saprebbero dire se il gioco è un problema), e nella migliore delle ipotesi al 70.4% (tra i laureati).

3. L'INCHIESTA TRA GLI UTENTI DEL SERVIZIO TOSSICODIPENDENZE

3.1 Metodologia

La ricerca è stata condotta somministrando direttamente un questionario ai pazienti afferenti ai tre Servizi per le Dipendenze del territorio della provincia di Pavia (Pavia, Vigevano e Voghera).

Il protocollo indicava di richiedere la partecipazione allo studio a tutti i soggetti tossicodipendenti in trattamento, dipendenti come sostanza primaria da eroina, in carico a ciascun Ser.D. ad un dato momento. Venivano invece esclusi i pazienti con diagnosi primaria di gioco d'azzardo patologico o alcooldipendenza. La scelta di limitare la ricerca agli eroinomani è stata compiuta, sull'esempio di quanto già deciso dal GAS nel caso della ricerca multicentrica regionale, allo scopo di valutare quanto meno l'utenza "classica" dei Servizi, che costituisce un gruppo sufficientemente omogeneo e numeroso ed anche più facilmente raggiungibile data la frequentazione ripetuta degli ambulatori.

I questionari sono stati somministrati nei singoli Ser.D. nell'ambito di una settimana campione, tra novembre 2003 e gennaio 2004, scelta in accordo con gli operatori dei Servizi ed i ricercatori dell'Associazione Itaca.

Gli utenti sono stati informati della ricerca in atto tramite una comunicazione scritta consegnata dagli operatori ai soggetti reclutabili e un poster affisso nei locali dei Servizi. Durante la settimana campione i pazienti sono stati contattati personalmente dai ricercatori dell'Associazione Itaca, quindi operatori esterni al Ser.T. e ai componenti della equipe curante: ed è stato chiesto loro di rispondere al questionario SOGS e di compilare la "Scheda soggetto". Il punteggio totalizzato al SOGS determinava la suddivisione degli intervistati in giocatori "sociali", "eccessivi" e "patologici" identicamente a quanto avvenuto per la popolazione generale, con la differenza però che, in questo caso, le domande sul gioco erano riferite all'intero arco di vita. La "Scheda soggetto" era volta a raccogliere le abituali informazioni socio-demografiche nonché indicazioni sulle sostanze stupefacenti utilizzate nell'arco di vita, sui trattamenti in atto al momento dell'intervista, sulla co-presenza di tossicomania e gioco d'azzardo, sulla frequenza di gioco negli ultimi periodi di tempo.

La partecipazione era libera, non retribuita, ed era stato chiarito ai pazienti che l'adesione o meno non avrebbe in alcun modo influito sull'iter terapeutico. I dati raccolti sono stati elaborati con il programma statistico SPSS.

3.2 Il campione

Al momento dell'inchiesta erano in carico presso le tre sedi provinciali del Ser.T. circa 900 utenti. Il numero di utenti che rispondevano ai criteri di inclusione della ricerca, e che erano attesi ai Servizi per effettuare dei trattamenti nelle settimane campione prescelte, risultava di 643 soggetti.

Il campione che ha effettivamente aderito alla ricerca risulta essere composto da 386 soggetti, pari al 60% del totale dei soggetti reclutabili; i soggetti rimanenti hanno rifiutato di compilare il questionario, adducendo varie motivazioni, oppure non si sono presentati ai Servizi in nessuna giornata della settimana prescelta. Tale percentuale di adesione può essere ritenuta soddisfacente, soprattutto se teniamo conto del fatto che lo studio è stato svolto in un ambito in cui non sempre si riesce ad ottenere la piena collaborazione da parte degli utenti/soggetti della ricerca. Vale la pena sottolineare però che le reali motivazioni del rifiuto ci sono peraltro ignote: oltre alla già citata limitata compliance, si può ipotizzare infatti che i giocatori patologici fossero più riluttanti a partecipare, oppure, al contrario, che coloro non toccati dal problema non avessero interesse.

La suddivisione del campione per Ser.D. di appartenenza non è risultata del tutto omogenea (Pavia 43,3%, Vigevano 41,7%, Voghera 14,9%) ma alcune differenze erano prevedibili perché ciascun Servizio, facendo riferimento ad aree territoriali diverse, ha un numero differente di utenti in carico. A questo si sono aggiunti fattori contingenti di tipo casuale, come la già citata mancata presentazione al Servizio, e/o difficoltà logistiche che hanno ostacolato il tempestivo raggiungimento di tutti i soggetti reclutabili.

Di seguito vengono descritte le caratteristiche del campione che ha risposto all'intervista.

I soggetti di sesso maschile sono l'82%, mentre quelli di sesso femminile sono il 18%. Si rileva, come prevedibile, un forte squilibrio tra i due gruppi a favore dei maschi, che rispecchia quanto avviene relativamente alla tossicodipendenza o, quantomeno, agli utenti che frequentano i Servizi.

L'età media è di 35 anni (range 18-59) ed anche questo dato rispecchia quello dell'utente medio che fruisce di un trattamento al Ser.T..

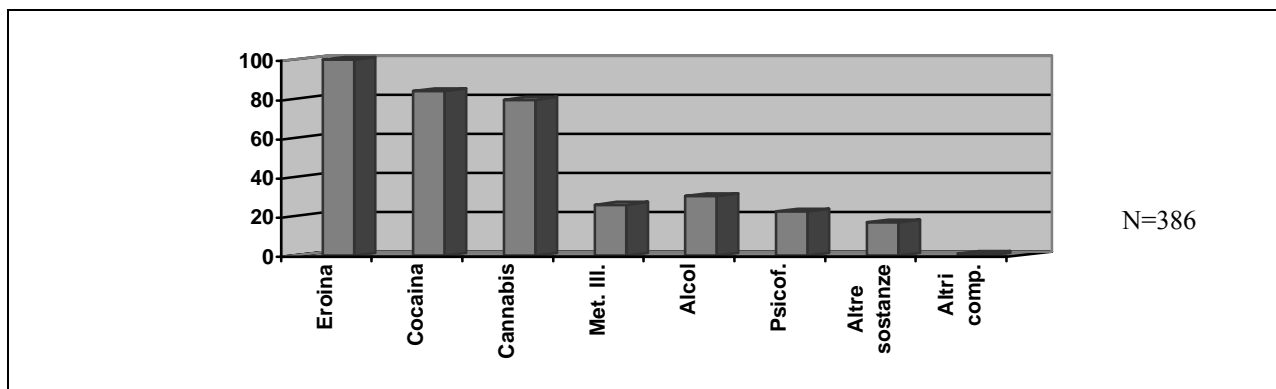
L'11,4% ha conseguito la licenza elementare, mentre la grande maggioranza ha terminato gli studi con il diploma di scuola media inferiore (60%). Solo pochi hanno proseguito con scuole superiori (25,9%). Quasi assenti sono i soggetti laureati (1,4%).

L'occupazione largamente prevalente è quella di operaio (37,6%), ma molto rilevante è anche la quota di disoccupati (24,5%).

La situazione abitativa/familiare vede la metà del campione vivere ancora con la famiglia di origine nonostante l'età media non più giovanissima ed è probabilmente un indice della mancanza di capacità/possibilità di autonomizzazione e di condurre un progetto di vita personale.

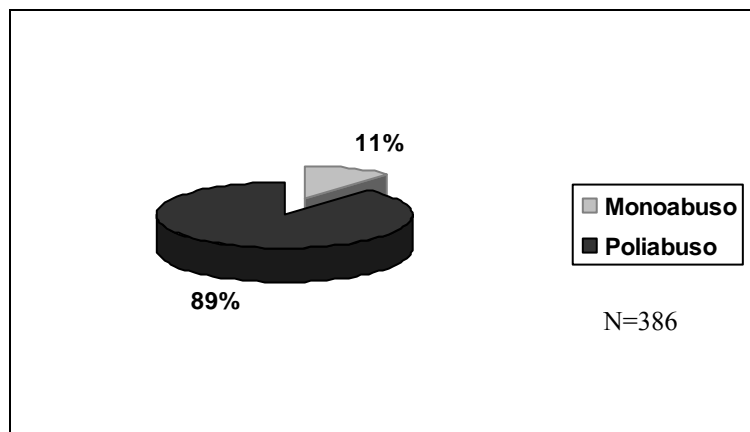
La "Scheda soggetto" indagava poi le sostanze stupefacenti usate nell'arco di vita. Oltre alla eroina, sostanza primaria di abuso nel 100% del campione in quanto condizione per essere intervistati, anche cocaina (83,9%), cannabinoidi (79,6%), metadone illegale (26%), alcool (30,3%) e psicofarmaci (22,5%) fanno registrare percentuali di soggetti assuntori assai elevate (Grafico 9).

Grafico 9: Sostanze usate durante l'arco di vita dal campione di utenti tossicodipendenti



Allo scopo di effettuare alcune successive valutazioni sui dati raccolti, i soggetti intervistati sono stati suddivisi in due gruppi, chiamati mono e poli abusatori, identificando nei primi coloro che, nell'arco di vita, hanno affermato di avere utilizzato solo una sostanza oltre all'eroina (11,2%). I poli abusatori, coloro che affermavano invece di avere utilizzato più di due sostanze, risultano essere l'88,8%, la grande maggioranza (Grafico 10).

Grafico 10: Soggetti mono/poli abusatori



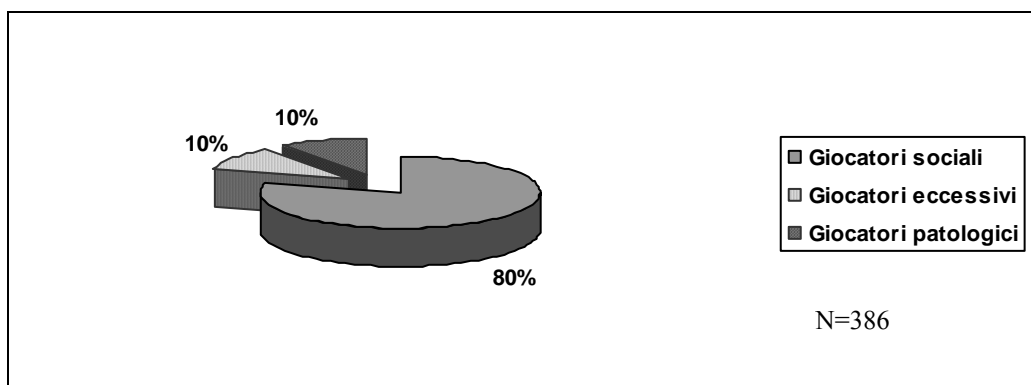
Al momento dell'intervista il trattamento più largamente seguito era quello farmacologico (87,3%), prevalentemente con metadone (71,9%) e buprenorfina (20,9%), mentre il 9,2% ha usufruito di un trattamento integrato e il 3,4% esclusivamente di colloqui psicologici.

3.3 Prevalenza totale e per singolo Ser.D

Il risultato più importante che si intendeva verificare nel presente studio era proprio la prevalenza di giocatori "patologici" e "eccessivi" nel campione selezionato di tossicodipendenti eroinomani. Sono stati calcolati quindi i punteggi totali al SOGS ed effettuata la suddivisione dei giocatori in categorie in base ai punteggi cut-off indicati originariamente e ritenuti validi anche nell'adattamento italiano.

Sul campione totale di 386 soggetti, **i giocatori "patologici" risultano essere il 10,4% (N=40)**, mentre la percentuale **dei giocatori "eccessivi" è pari al 10,1% (N=39)**; **i giocatori "sociali" risultano invece essere il 79,5% (N=307)** (Grafico 11).

Grafico 11: Prevalenza lifetime di giocatori "patologici" e "eccessivi" nel campione di tossicodipendenti in base ai criteri SOGS



Come detto precedentemente si è ritenuto opportuno sommare il numero dei giocatori "patologici" a quello degli "eccessivi", determinando una nuova categoria di giocatori, da noi definiti "problematici". Questa operazione rende evidente il fatto che nel nostro campione il 20,5% attua, o ha attuato nell'arco di vita, comportamenti che vanno al di là di ciò che è considerato una modalità di gioco non disadattiva, equilibrata e finalizzata al divertimento.

Questo dato sottolinea, come atteso, il coinvolgimento assai maggiore di pazienti tossicodipendenti in comportamenti di gioco problematico rispetto alla popolazione generale ed è in linea con la letteratura che ha indicato dati oscillanti dal 10% al 33% (Capitanucci e Biganzoli, 2000). Nei singoli Ser.D. coinvolti nello studio sono state rilevate, relativamente a soggetti giocatori "problematici", le seguenti percentuali:

Ser.D. di Pavia:	18,5%	(N=31)
Ser.D. di Vigevano:	23,0%	(N=37)
Ser.D. di Voghera:	19,6%	(N=11)

Le differenze nelle prevalenze riscontrate nei tre territori appaiono abbastanza contenute, ed indicano quindi che il fenomeno è presente nella provincia in modo abbastanza uniforme, senza sostanziale distinzione tra aree più o meno popolate o più o meno vicine ai capoluoghi di provincia o di regione.

I nostri dati indicano una prevalenza leggermente inferiore rispetto ai risultati della ricerca svolta dal Gruppo Azzardo Sovrazonale nei Ser.T. della Regione Lombardia, che evidenziavano circa il 20% di utenti giocatori "patologici" ed il 10% giocatori "eccessivi", per un totale di giocatori "problematici" pari al 30% circa (Capitanucci et al., 2003). Questa differenza non è spiegabile da

fattori tutti ben individuabili. Molto probabilmente la prevalenza più elevata riscontrata in ambito regionale è dovuta al fatto che sulla popolazione, e quindi anche sugli utenti dei Ser.T., che risiedono nelle zone di confine (molto rappresentate nella ricerca condotta dal GAS) si fa sentire maggiormente l'attrazione dei casinò svizzeri e/o che in città più grandi, capoluoghi di regione o provincia, la pratica del gioco d'azzardo sia più comune rispetto a una zona a maggiore vocazione rurale ove esistono centri urbani più piccoli

3.4 Tipologia di giochi

Come domanda introduttiva il SOGS propone una lista di giochi e richiede ai soggetti intervistati di segnalare se, e se sì con quale frequenza, si sono dedicati ad essi, nell'arco di vita. Nella Tabella 9 vengono comparati i dati relativi alla frequenza della giocata per tipo di gioco fatti registrare dal gruppo dei giocatori "sociali" e "problematici".

Tabella 9: Tipologia di giochi, e frequenza, a cui si sono dedicati nell'arco di vita i giocatori "sociali" (N=307) e "problematici" (N=79)

Tipologia di giochi	Frequenza di giocata Meno di 1 volta/settimana		Frequenza di giocata Più di 1 volta/settimana	
	Problematici (%)	Sociali (%)	Problematici (%)	Sociali (%)
Carte a soldi	26,0	22,3	38,4	6,8
Slot e poker machines	18,8	18,6	33,3	10,2
Scommesse ai cavalli	25,4	11,1	23,9	2,3
Giochi abilità a soldi	25,0	11,2	17,2	4,8
Scommesse altri sport	16,7	7,8	21,2	2,3
Dadi	8,3	5,0	8,3	0,4
Casinò	27,9	22,3	13,2	4,5
Gioco on line	7,0	1,7	3,5	1,3
Totocalcio/Totogol	31,0	41,5	43,7	11,9
Lotto/Superenalotto	30,7	45,1	53,3	24,7
Gratta e vinci	32,9	40,4	32,9	11,4
Lotteria	24,3	29,8	21,4	6,3
Borsa	8,2	6,0	4,9	0

L'analisi della Tabella 9 propone alcuni dati interessanti. La frequenza sporadica (meno di una volta alla settimana) o assidua, la tipologia di giocatori (sociali o problematici) e i diversi giochi praticati danno luogo ad alcune riflessioni e a spunti da approfondire.

I giochi praticati con frequenza sporadica dai giocatori "problematici" parrebbero essere quelli più comunemente definiti "d'azzardo" che potremmo chiamare, in analogia alle droghe come riferito da Croce (in Lavanco, 2001), "hard" (ad esempio carte, scommesse sui cavalli o altri sport, dadi e casinò), mentre la tendenza parrebbe essere contraria in relazione alla pratica di giochi più "soft" (quali ad esempio, totocalcio, lotto, lotterie e gratta e vinci) praticati nella maggior parte dai giocatori "sociali".

Quando però la frequenza diviene assidua, ecco allora che giochi hard e soft non differiscono più, e tutti i giochi vengono praticati in percentuale maggiore dai soggetti "problematici" che non dai soggetti giocatori "sociali".

Questo dato è interessante, perché se da un lato sosterrebbe l'ipotesi dell'esistenza di giochi differenti con diverso potenziale additivo, dall'altro mostrerebbe come sia altrettanto importante la relazione di dipendenza stabilitasi tra soggetto (il giocatore) ed oggetto (il gioco in questo caso), relazione che per la sua tipologia stessa consente di ipotizzare che "qualsiasi" oggetto potrebbe diventare "oggetto di dipendenza" in certe condizioni relazionali. Finalmente a travalicare l'obsoleta idea che siano esclusivamente le proprietà additive dell'oggetto (pensiero che ricorre

sovente specie quando ci riferiamo alla dipendenza da sostanze) piuttosto che le caratteristiche della relazione alla base del processo di dipendenza.

3.5 Comportamenti di gioco e conseguenze

Gli items centrali del SOGS indagano dei possibili comportamenti che, se presenti, sarebbero indicatori di una situazione in cui il gioco ha travalicato la “dimensione sociale” per invadere via via energie e spazi vitali normalmente destinate ad altre attività. Per i soggetti tossicodipendenti giocatori “problematici” osserviamo che i comportamenti più frequenti e tipici legati ad un gioco eccessivo riguardano il tornare a giocare per recuperare i soldi persi, giocare più tempo del previsto e più di quanto ci si era prefissati; tali comportamenti determinano critiche e sensi di colpa (Tabella 10). Queste dinamiche sono invece pochissimo o per nulla presenti tra i giocatori “sociali”.

Tabella 10: Frequenza di risposte affermative per i seguenti item del SOGS dei giocatori “sociali” (n.307) e “problematici” (n.79)

	Giocatori “sociali”	Giocatori “problematici”
Non riuscire a smettere	0,9%	32,4%
Nascosto i segni del gioco	0,3%	24,4%
Sentito in colpa per il gioco	2,7%	55,8%
Criticato per il gioco	4,4%	64,9%
Giocato più di quanto voleva	13,5%	80,8%
Sente di aver avuto problemi		
<i>Sì, nel passato ma non ora</i>	1,7%	26,0%
<i>Sì</i>	0,3%	19,5%
Afferma di aver vinto quando ha perso		
<i>Sì, meno della metà delle volte</i>	1,7%	27,3%
<i>La maggior parte delle volte</i>	0,3%	2,6%
Ritorna per recuperare		
<i>Alcune volte (meno della metà)</i>	8,7%	49,4%
<i>La maggior parte delle volte</i>	0,7%	19,5%
<i>Tutte le volte</i>	0,3%	10,4%
Discussioni sui soldi per il gioco	2,4%	33,8%
Tolto tempo al lavoro	1,0%	32,1%
Chiesto prestiti		21,5%

La ricerca spasmodica dell’oggetto e la sua preminenza nella vita del soggetto accomunano la dipendenza da droga e da gioco. Il fatto di non trovare comportamenti sostanzialmente diversi nei campioni di giocatori “problematici” tossicodipendenti da quelli individuati tra i “problematici” nella popolazione generale, fa ipotizzare che non vi siano differenze tra questi gruppi, almeno in relazione alla malattia del gioco compulsivo: un giocatore eccessivo si comporta come tale, con le medesime caratteristiche, a prescindere da altre possibili differenze negli stili di vita. Unica eccezione l’item “ha giocato più di quanto voleva”, maggiormente rilevante tra i giocatori sociali e problematici piuttosto che tra i tossicodipendenti.

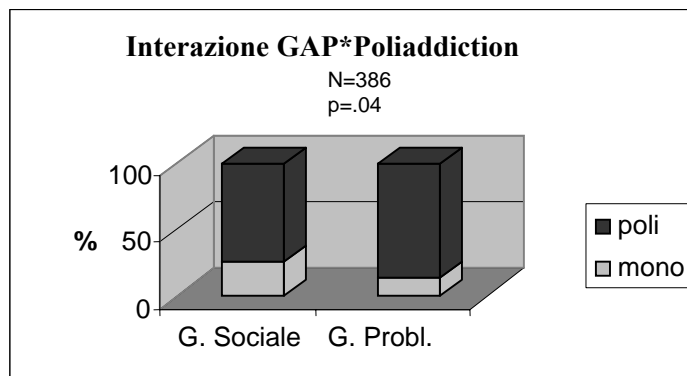
3.6 Poliaddiction

Sono state effettuate alcune analisi (Eta e Anova) per indagare l’ipotesi che alcuni soggetti siano più vulnerabili di altri ai meccanismi della dipendenza, mostrando un quadro complesso di poliaddiction, e che tale maggiore vulnerabilità sia evidenziabile anche all’interno di un gruppo di persone che già hanno manifestato comportamenti di dipendenza patologica. Dai dati emerge che i soggetti da noi definiti poliabusatori, cioè gli utenti che hanno dichiarato di avere utilizzato più di una sostanza nella loro vita oltre all’eroina, risultano essere giocatori “patologici” più frequentemente dei soggetti monoabusatori. Si è rilevata infatti una differenza statisticamente

significativa ($p < .04$) tra gli appartenenti alle due categorie SOGS, giocatori “sociali” e “problematici”, e le categorie di soggetti mono/poliusatori.

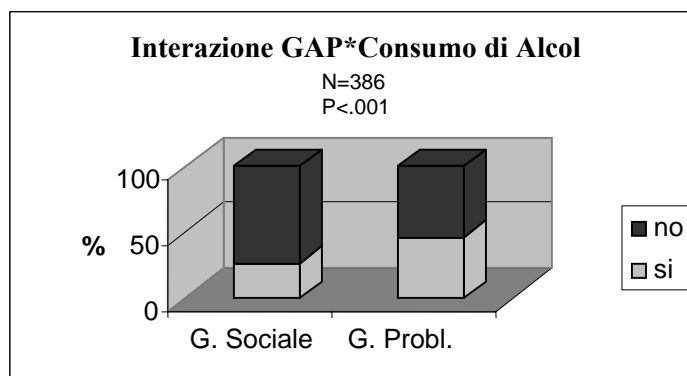
Nel dettaglio, i giocatori “sociali” risultano essere per il 25,5% monoabusatori e per il 74,5% poliabusatori; tale ripartizione si modifica sensibilmente tra i giocatori “problematici” che risultano essere solo per il 14,5% mono e per ben l’85,5% dei casi poliabusatori.

Grafico 12: Giocatori “problematici” tra i mono/poliusatori



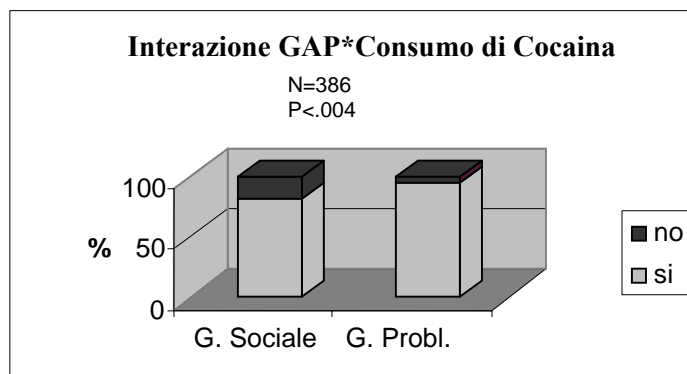
Un altro dato statisticamente significativo riguarda l’interazione tra gioco d’azzardo e consumo di alcool. Si evidenzia che i giocatori “problematici” abusano maggiormente di alcool (46,1%) rispetto ai giocatori “sociali” (26,3%).

Grafico 13: Giocatori “sociali” e “problematici” e abuso di alcool



Si osserva come altrettanto statisticamente significativa sia la correlazione tra gioco problematico e consumo di cocaina. Infatti, il 94,7% dei giocatori “problematici” abusa anche di questa sostanza oltre all’eroina, di contro all’81,1% dei giocatori “sociali”.

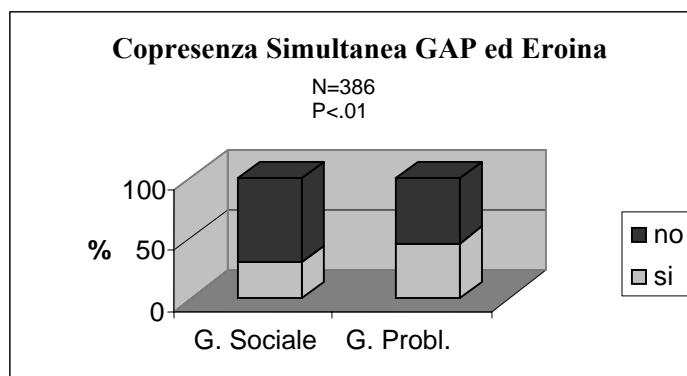
Grafico 14: Giocatori “sociali” e “problematici” e consumo di cocaina



Una domanda nella scheda di raccolta dati allegata al questionario SOGS era volta ad indagare la collocazione temporale del comportamento di gioco rispetto all'uso di sostanze: prima dell'uso o dopo averne cessato l'assunzione abitudinaria (ad esempio in un periodo di astensione) o in contemporanea. Dall'analisi dei dati si osserva una relazione statisticamente significativa tra presenza di GAP e consumo simultaneo di eroina. Tale dato può essere letto alla luce della poliaddiction: nel momento in cui il soggetto abusa, è più alta la probabilità di associare alle sostanze anche altri comportamenti di addiction (appunto il gioco d'azzardo).

Nel dettaglio, il 45,9% dei giocatori "problematici" ha giocato eccessivamente in contemporanea all'uso di eroina, di contro al 30,2% dei giocatori "sociali" (Grafico 15).

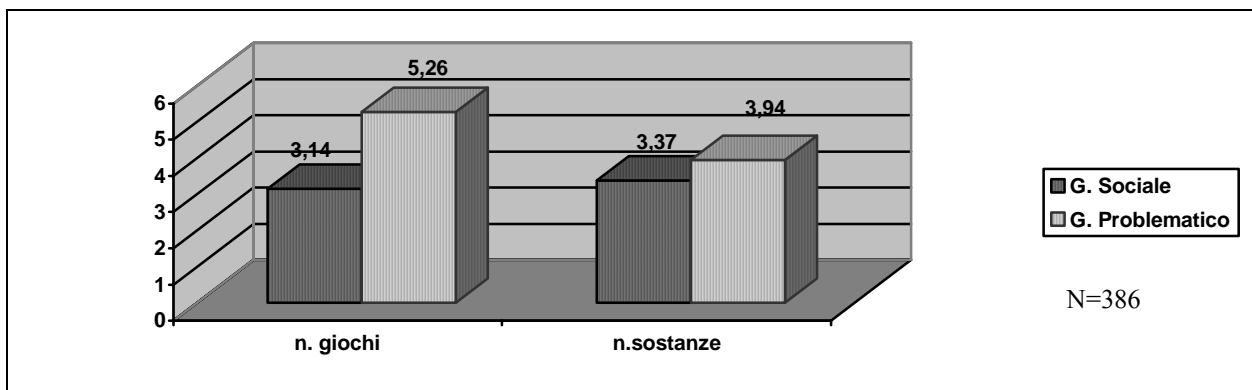
Grafico 15: Giocatori "sociali" e "problematici" e assunzione simultanea di eroina



Un altro dato statisticamente significativo a favore dell'ipotesi di poliaddiction riguarda la relazione tra gioco sociale/problematico e il numero medio sia di giochi praticati, sia di sostanze assunte.

Si rileva infatti che i giocatori "problematici" hanno praticato un numero medio di giochi decisamente superiore a quanto dichiarato dai "sociali" (rispettivamente 5,26 vs 3,14) (eta .334 $p<.001$), così come hanno utilizzato mediamente più sostanze (rispettivamente 3,94 vs 3,37) (eta .138 $p<.01$) (Grafico 16)

Grafico 16: Numero medio di giochi praticati e di sostanze utilizzate da giocatori "sociali" e "problematici"



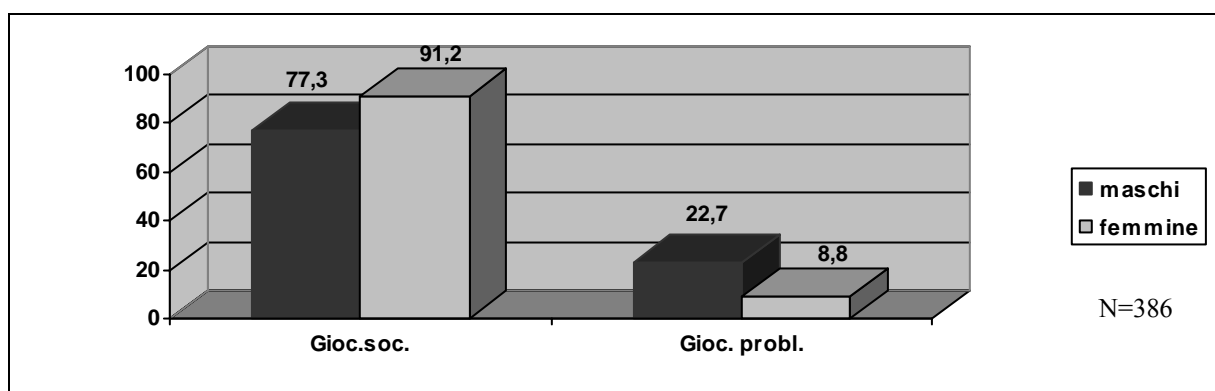
I risultati sopra esposti sono in linea con quanto già riscontrato nella ricerca regionale condotta dal GAS (Capitanucci et al., 2003); ci appaiono di particolare rilievo ed offrono numerosi spunti di riflessione per una riclassificazione dell'intero panorama diagnostico nell'ambito delle dipendenze con e senza sostanze.

3.7 Prevalenza per sesso

Esiste una correlazione significativa tra gioco d'azzardo problematico e appartenenza al sesso maschile. In dettaglio, tra le femmine si evidenzia un 91,2% di giocatrici "sociali" mentre tra i maschi tale percentuale scende 77,3% e sono quindi assai più rappresentati i "patologici" (22,7% vs 8,8%) (Grafico 17). Tali dati sono confermati anche da studi condotti sulla popolazione generale e dalla ricerca svolta negli altri Ser.T. della Regione Lombardia (Prestipino et al., submitted).

L'esperienza clinica evidenzia che anche alcune droghe, ad esempio l'eroina, vengono scelte in larga misura da appartenenti al sesso maschile. Sarebbe interessante studiare le caratteristiche individuali e sociali legate al genere che orientano verso una forma di dipendenza piuttosto che un'altra, talvolta persino verso una sostanza od un gioco rispetto ad un altro, con la finalità di meglio conoscere e comprendere l'ancora oggi sconosciuto fenomeno dell'addiction nelle sue componenti più profonde e meno evidenti.

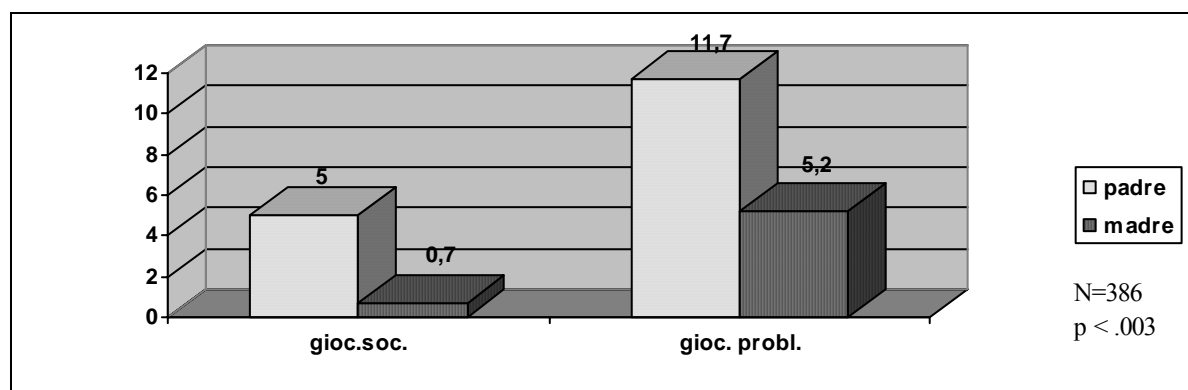
Grafico 17: Giocatori "sociali" e "problematici" ripartiti in base al sesso



3.8 Familiarità al gioco d'azzardo

Numerose ricerche hanno messo in evidenza la familiarità per i comportamenti di dipendenza. Infatti in letteratura è stata rilevata una correlazione positiva tra genitori che abusano di alcool e/o che giocano d'azzardo e figli con problemi di dipendenza da gioco (Allcock, 1986; Dell et al., 1981). Dall'analisi dei nostri dati è emersa una relazione statisticamente significativa ($p < .003$) e forte (V di Cramer .190) tra giocatori "problematici" e genitori giocatori, in particolare la madre (Grafico 18). Nei giocatori "problematici" si rileva che l'11,7% dei padri e il 5,2% delle madri sono giocatori d'azzardo rispetto al 5% per i padri e allo 0,7% per le madri dei giocatori "sociali".

Grafico 18: Giocatori "sociali" e "problematici" ripartiti in base alla familiarità



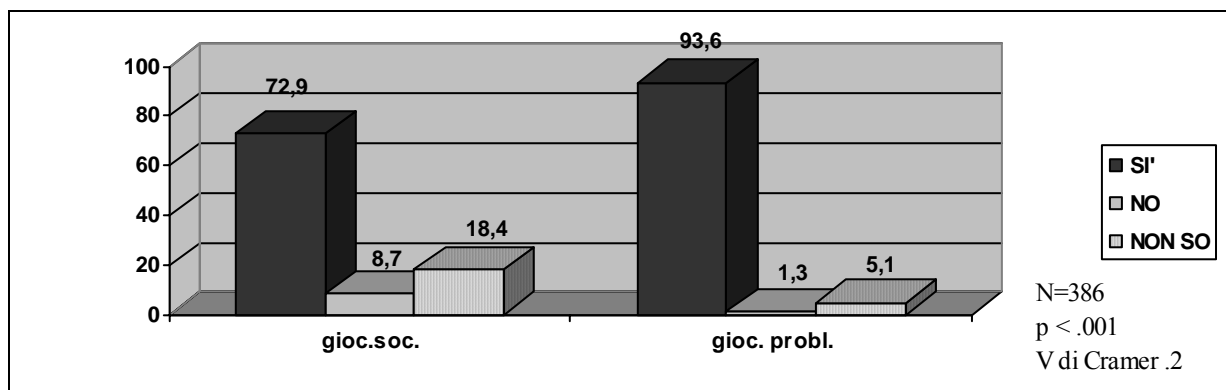
3.9 Consapevolezza relativamente ai problemi di gioco nel territorio

Nella ricerca ci interessava indagare, oltre alla presenza di un comportamento di gioco, anche la percezione che i soggetti tossicodipendenti hanno del fenomeno gioco d'azzardo. A tal fine è stata inserita la domanda "Il gioco d'azzardo patologico secondo lei è un problema nel nostro territorio?"

Il 77,2% (n.291) dei soggetti che hanno fornito risposte valide all'item, ritiene che nel territorio pavese il gioco d'azzardo eccessivo o patologico sia un fenomeno presente.

Dall'analisi ulteriore dei dati è emersa una relazione significativa tra giocatori "problematici" e percezione della presenza sul territorio di un problema di gioco patologico.

Grafico 19: Consapevolezza del problema nel territorio in base all'essere o meno giocatore "problematico"



Il 72,9% dei "sociali" ritiene il gioco un problema presente nel territorio ma è ancora maggiore la percentuale dei "problematici" (93,6%) in accordo con questa percezione. Tali dati dimostrano in generale una sensibilità più elevata dei tossicodipendenti, sia "sociali" che "problematici", rispetto alla popolazione generale, di cui il 61% ritiene che il gioco sia un problema nel territorio. Questa sensibilità è probabilmente determinata in buona misura dalla esperienza diretta, e quindi dalla frequentazione ripetuta di luoghi e persone coinvolte nel gioco d'azzardo, mentre al contrario chi è più distaccato da certi ambienti ignora o sottovaluta determinate realtà.

3.10 A chi rivolgerebbero richieste di aiuto

Un altro interesse della ricerca era conoscere a quali Servizi un utente del Ser.D. penserebbe per affrontare una problematica di gioco d'azzardo eccessivo. Nel questionario è stata posta quindi la domanda, a risposta aperta, "Sa dove potrebbe rivolgersi una persona con un problema di questo genere?".

La maggior parte dei soggetti intervistati (85,5%) ha fornito risposta negativa, non specificando quindi a chi si rivolgerebbero. La rilevanza di questa percentuale, pur se non è interpretabile in modo univoco, pare indicare che la grande maggioranza non ha idea di dove sia possibile ricevere un trattamento mirato. Ciò dà la misura di quanto possa essere difficile orientarsi verso un percorso terapeutico per un soggetto magari già alle prese con la consueta ambivalenza rispetto allo "smettere" ed in più non a conoscenza di dove possa essere aiutato.

Nella Tabella 11 sono state raggruppate in categorie le risposte fornite liberamente da chi ha invece risposto affermativamente alla domanda in questione.

Tra le indicazioni date emergono i Ser.T. (6,8%), lo psicologo (3,1%) e i gruppi come Giocatori Anonimi – GA (1,1%). Ciò può far supporre che una certa parte degli utenti abbia presente che il luogo ove sono curati sia adatto per trattare anche questa forma di dipendenza, pur se rimane valida la stessa osservazione fatta per le risposte all'analoga domanda posta alla popolazione generale: il contesto in cui è stata condotta la ricerca sicuramente ha "suggerito" l'associazione tra interventi per il GAP e Ser.D.. Una piccola percentuale invece fa riferimento ad altri canali di aiuto non sempre opportuni (bar, banca) o efficaci.

Tabella 11: Dove ci si potrebbe rivolgere per chiedere aiuto

Strutture pubbliche e professionisti della salute	10,7%
Gruppi di auto-aiuto	1,1%
Strutture private di tipo comunitario	1,6%
Risorse familiari e amicali	0,9%
Forze dell'ordine	0,0%
Altro (barista, banca, Dio)	0,9%

Paragonando queste risposte con quelle della popolazione generale, si osserva una generale corrispondenza dei dati con in questo caso un curioso, e comprensibile, azzeramento dei soggetti che considerano le forze dell'ordine quali risorse di aiuto.

4. L'INCHIESTA TRA GLI OPERATORI DEI SER.D. DELLA PROVINCIA DI PAVIA

4.1 Incontri di presentazione del progetto

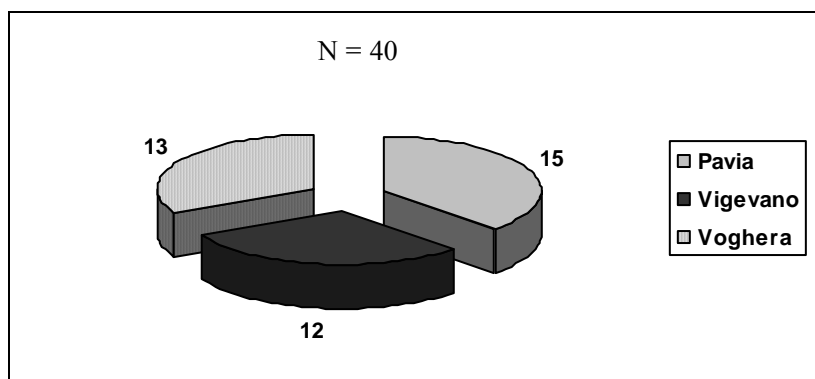
Come già detto a proposito degli obiettivi generali della ricerca, la finalità di questa parte rivolta agli operatori dei tre Ser.D. era quella di aumentare la consapevolezza della presenza del fenomeno sensibilizzando gli operatori stessi sia sulla sua entità, sia sugli strumenti posseduti e/o necessari per affrontare la problematica.

E' stata quindi svolta attività informativa, mediante una riunione iniziale di presentazione del progetto ed una finale di restituzione dei risultati della ricerca sui soggetti tossicodipendenti e sui questionari somministrati agli operatori stessi.

Di seguito sono riportati i risultati dei questionari (cfr. Allegato 4) distribuiti nei tre Ser.D. della ASL di Pavia durante gli incontri di presentazione del progetto "Il gioco nel territorio", svolti in ciascuna sede nel settembre 2003.

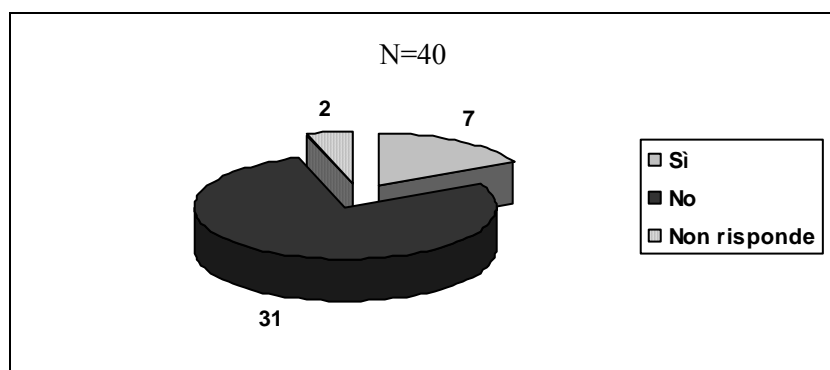
I questionari (n.40) sono stati somministrati a tutto il personale presente agli incontri, senza distinzione di ruolo professionale e risultano raccolti in modo abbastanza omogeneo nei tre Servizi (Grafico 20).

Grafico 20: Distribuzione per Ser.D. dei questionari raccolti



Una delle domande poste era relativa alla abitudine di ciascun operatore a indagare la problematica del gioco nei primi colloqui: la maggioranza non pone routinariamente domande in merito (Grafico 21).

Grafico 21: Quanti operatori fanno domande sul gioco in anamnesi



Ciò nonostante, almeno un terzo degli operatori si è trovato di fronte a giocatori "patologici" nel corso della pratica professionale dell'ultimo anno, anche se in linea di massima tali esperienze sono state limitate a pochi casi (da 1 a 5) (Grafici 22-23).

Grafico 22: Quanti operatori hanno avuto pazienti con problemi legati a GAP

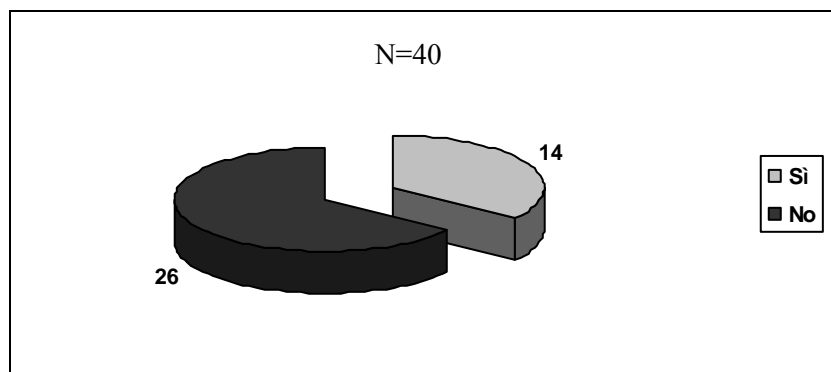
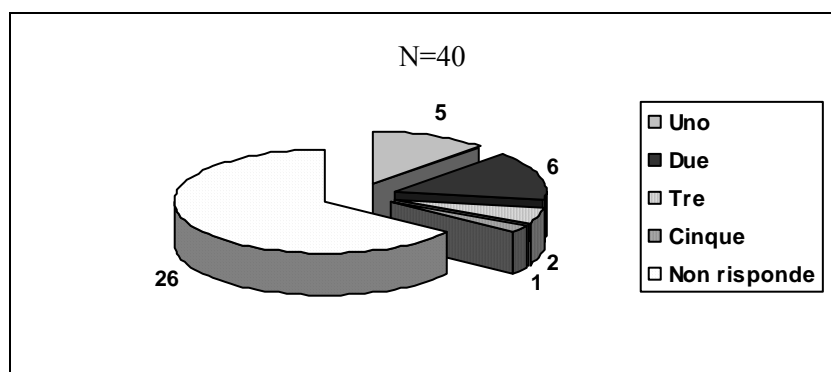


Grafico 23: Quanti utenti presentavano la problematica del GAP



In genere, la richiesta di aiuto in relazione a problematiche legate al GAP arrivava dal giocatore in prima persona, anche se spesso non espressa in modo del tutto esplicito (Grafici 24-25).

Grafico 24: Da chi arrivava la richiesta di aiuto in relazione al GAP

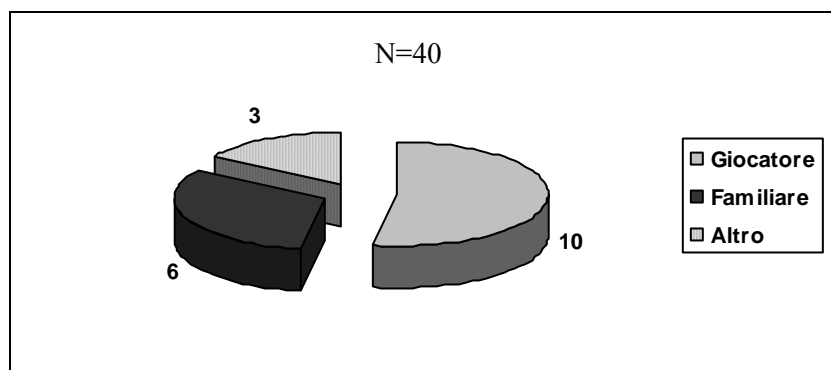
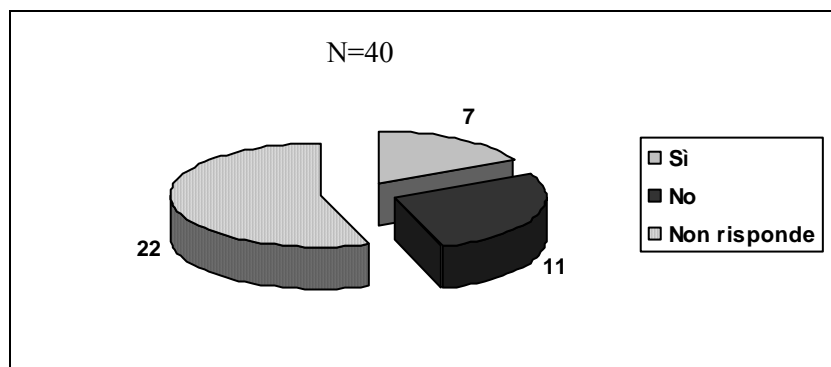


Grafico 25: Numero richieste esplicite per problematiche legate al GAP



A fronte delle esigenze di fornire una qualche risposta al problema sollevato le indicazioni fornite dagli operatori sono state orientate in una certa misura all'invio "altrove", presso altri Servizi, a privati o a gruppi di auto-mutuo aiuto, ma nella maggioranza dei casi i pazienti sono stati presi in carico direttamente al Ser.D., o per il gioco eccessivo o per altri problemi comorbili (tossico-alcoldipendenza) (Grafico 26). Tuttavia, quasi nessuno degli operatori ritiene di disporre di conoscenze e strumenti adeguati per intervenire e a tal proposito vi è una forte richiesta di formazione specifica (Grafici 27-28).

Grafico 26: Quali indicazioni sulla sede del trattamento hanno fornito gli operatori

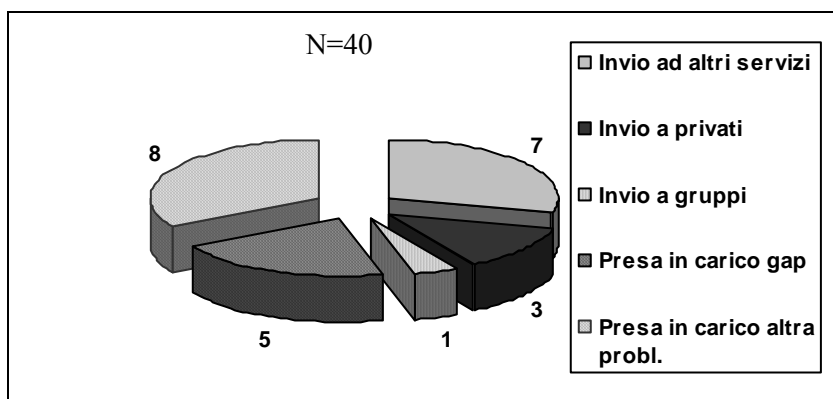


Grafico 27: Quanti operatori ritengono di avere sufficienti risorse per intervenire

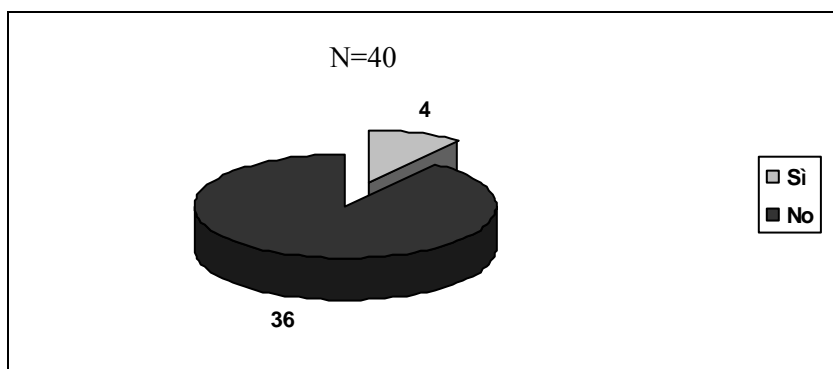
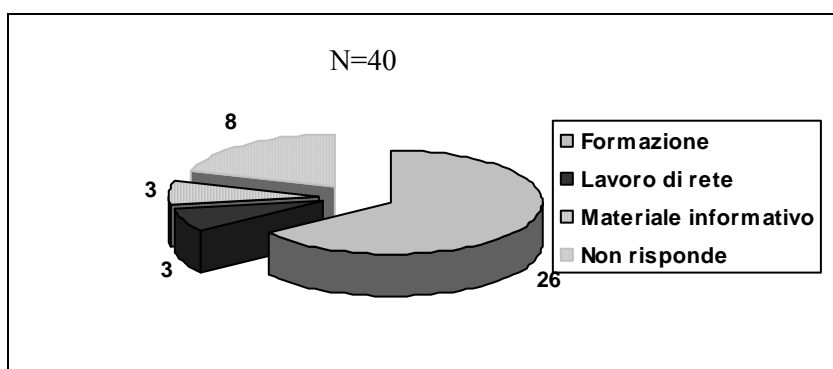


Grafico 28: Cosa gli operatori credono debba essere fatto in proposito



Sono stati eseguiti incroci tra alcune delle variabili contenute nei questionari raccolti, pur nella consapevolezza che si tratta di numeri di una popolazione ristretta. Da una valutazione complessiva emerge che gli operatori che indagano il problema di gioco non necessariamente si sono già con esso confrontati. Coloro che indagano sono anche più inclini ad inviare i pazienti ad altri Servizi piuttosto che prenderli in carico direttamente per il GAP e non li inviano a specialisti privati, né a gruppi di auto-aiuto). Sembra emergere una tendenza, sempre da verificare con un campione più

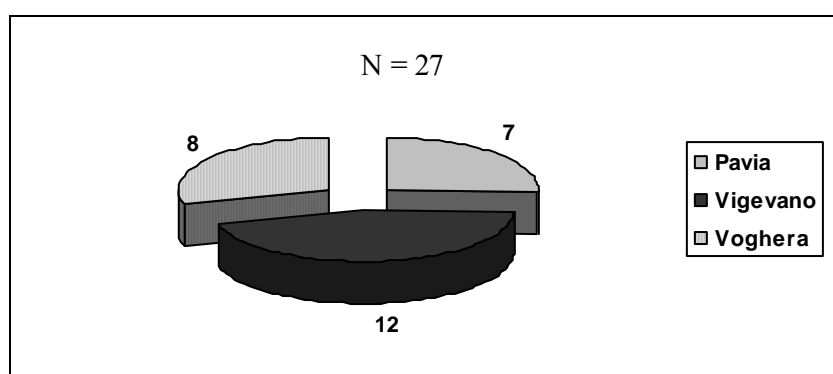
ampio, che coloro che pongono domande sul GAP in anamnesi nei primi colloqui sono anche dell'opinione che debba essere svolta formazione specifica e lavoro di rete; al contrario gli operatori che non rivolgono domande chiedono formazione e predisposizione di materiale informativo specifico, ma non accennano al lavoro di rete. Infine, chi prende già in carico pazienti giocatori, sia direttamente per il gioco, sia comorbili, richiede più degli altri formazione specifica e lavoro di rete.

4.2 Incontri di restituzione della ricerca

Di seguito sono riportati i risultati dei questionari distribuiti nei tre Ser.D. della ASL di Pavia durante gli incontri di restituzione finale della ricerca effettuata, condotti in ciascuna sede nel maggio 2004, quindi a circa otto mesi dalla valutazione iniziale.

I questionari (n.27) sono stati raccolti, come in precedenza, in modo abbastanza omogeneo nei tre Servizi ma risultano in numero inferiore rispetto alla prima rilevazione a causa dell'assenza di alcuni operatori.

Grafico 29: Questionari raccolti



La quasi identità dei questionari somministrati (cfr. Allegato 4) nei due momenti permette di fare dei confronti tra le risposte date in questa fase di re-test con quelle date durante il primo incontro di presentazione e, quindi, di fare alcuni brevi commenti. A livello percentuale, tenendo presente che data la scarsa numerosità della popolazione raggiunta si tratta comunque di valori assoluti piuttosto ridotti, si riscontra che:

- vi è stato un considerevole incremento (+28%) del numero di operatori che pongono domande relative al gioco ai nuovi utenti in fase di raccolta anamnestica mentre è stabile la percentuale di operatori che si sono confrontati direttamente con il problema (Tabella 13);
- nessun operatore intervistato negli incontri di restituzione ha inviato a privati, e sono in calo in generale gli invii ad altri Servizi e a gruppi; si tende quindi maggiormente a tenere in carico il paziente, anche se per lo più per patologie co-morbili ritenute prevalenti (+21,1%) (Tabella 14);
- è aumentata la percentuale di chi ritiene di avere strumenti adeguati per intervenire (+16%) anche se rimane prevalente ed elevata la percentuale di operatori che al contrario ritiene di non averne (Tabella 15);
- sono rimasti stabili le percentuali di operatori che richiedono formazione specifica, assai elevata, lavoro di rete e materiale informativo (Tabella 16).

Tabella 13: di quanti fanno domande in anamnesi e si sono confrontati con il problema

	Inc. presentazione	Inc. restituzione	Differenze
Domande in anamnesi	18%	46%	+ 28%
Confrontato con problema	35%	37%	+2%

Tabella 14: Indicazioni fornite (differenze a un anno di distanza)

	Inc. presentazione	Inc. restituzione	Differenze
Invio ad altri servizi	13,6%	6,3%	- 7,3%
Invio a specialista privato	4,5%	0%	- 4,5%
Invio a gruppi di auto-aiuto	22,7%	6,3%	- 16,4%
Presa in carico	36,4%	31,3%	- 5,1%
Presa in carico per altra problem.	22,7%	43,8%	+ 21,1%

Tabella 15: Strumenti per intervenire

	Inc.presentazione	Inc.restituzione	Differenze
Sufficienti	10%	26%	+ 16%
Non sufficienti	90%	74%	- 16%

Tabella 16: Cosa dovrebbe essere fatto

	Inc.presentazione	Inc.restituzione	Differenze
Formazione	82%	82%	
Lavoro di rete	9%	12%	+3%
Materiale informativo	9%	6%	- 3%

Come ovvio, dopo relativamente pochi mesi dal momento in cui è stato sollevato in modo più strutturato all'interno del Ser.T. il problema del GAP e, soprattutto, in assenza di una azione informativa/formativa specifica, pochi sono i cambiamenti riscontrabili tra i due momenti nell'atteggiamento e nelle azioni degli operatori.

Sembra però che sia più presente agli operatori stessi l'opportunità di inserire routinariamente nell'anamnesi almeno qualche domanda indirizzata ad indagare questi aspetti. Sembra inoltre che si sia rivalutata non tanto una propria competenza specifica quanto piuttosto la consapevolezza trasversale, in quanto "operatori delle dipendenze", di avere strumenti generali per inquadrare anche il GAP, determinando quindi una maggiore apertura verso forme di dipendenza meno "classiche". Peraltro, al momento attuale, appare ancora carente l'attenzione prestata alla problematica in quanto solo un quarto degli operatori dice di avere gli strumenti necessari e solo la metà fa domande, a fronte, ricordiamo, di un 20% della propria utenza che gioca in modo eccessivo.

5. CONCLUSIONI

Il **primo obiettivo** dello studio era ottenere una migliore conoscenza dei comportamenti di gioco della popolazione generale della provincia di Pavia. Sono state raccolte numerose informazioni.

Coinvolgimento in attività di gioco d'azzardo

L'analisi dei risultati mostra che il 23%, meno di un quarto della popolazione adulta residente nella provincia di Pavia, ha giocato a soldi almeno una volta nell'ultimo anno; il 39% ha giocato alla lotteria, il 5,6% è andato al Bingo, il 2,9% si è recato in un Casinò, il 3,5% ha giocato alle slot-machine o al videopoker al di fuori del Casinò e il 3,8% ha giocato ai cavalli.

Come sopra riportato, solo il 23% del campione della popolazione generale afferma di avere giocato nell'ultimo anno, ma una discreta percentuale dichiara in realtà di avere giocato a giochi "percepiti" come "giochi sociali", come ad esempio la lotteria.

Questi dati che sembrano incongruenti ci permettono di fare l'ipotesi, da approfondire in futuro, che il gioco legale gestito dallo Stato sembra non essere percepito dagli intervistati come un vero e proprio gioco d'azzardo. Questa percezione (eccetto che per il Casinò, considerato il "territorio dell'azzardo" per eccellenza) sembra essere associata solo al gioco illegale. Gli errori di comprensione rispetto a cos'è e cosa non è il gioco d'azzardo e a quali caratteristiche distinguono il gioco sociale da quello patologico potrebbero portare a conseguenze dannose per lo sviluppo del gioco patologico. Per questo, dovrebbero essere fatte campagne informative e preventive.

Rilevanza dei soldi spesi nel gioco

Anche se per la maggior parte del campione la spesa di gioco è bassa (l'84% di chi ha giocato a soldi negli ultimi 12 mesi ha speso 20 euro o meno), ben l'1% delle persone (che corrisponde approssimativamente a più di 700 persone) ha "investito" nel gioco più di 1.000 euro in un solo giorno.

Non tutti potrebbero permettersi tale somma e si potrebbe ottenere una migliore conoscenza delle caratteristiche del giocatore "pesante" attraverso un'ulteriore indagine.

Motivazioni legate al gioco

Ci siamo chiesti e abbiamo chiesto al campione che cosa porta una persona a giocare. Contro tutte le probabilità, il 78,7% di chi gioca lo fa per ottenere una considerevole vincita.

Inseguendo questo desiderio, queste persone entreranno ben presto a far parte della lista dei perdenti: a questo punto, è possibile che inizino "l'inseguimento della perdita" e giochino più di quanto si possano permettere, che è un comportamento tipico e un importante criterio per il gioco problematico e patologico.

In altre parole, la forte convinzione di una "grande vincita" che può cambiare la nostra vita potrebbe essere un potente motore d'attrattiva nello spostamento da giocatore problematico a patologico.

Questi risultati dovrebbero suggerire una grande attenzione nelle strategie usate per promuovere il gioco, che dovrebbero essere incentrate più sul divertimento che sulla facile promessa di vincere denaro.

Vicinanza al problema gioco d'azzardo e percezione dell'esistenza del problema gioco d'azzardo

Abbiamo chiesto agli intervistati se qualcuno del loro entourage (parenti, amici, ecc...) è stato o è coinvolto in un problema di gioco: l' 1,1% afferma di avere familiari (genitori e/o fratelli/sorelle) che hanno o hanno avuto problemi di gioco; l'8,8% afferma la stessa cosa per amici e conoscenti.

Agli intervistati è stato chiesto anche se pensano che il gioco d'azzardo sia un problema nella loro provincia e il 61% ha risposto affermativamente a questa domanda.

Questi dati potrebbero essere considerati come un indice indiretto di una stima lifetime di questo disagio e dovrebbe essere indagato ulteriormente in una futura ricerca.

Conoscenza di risorse di aiuto per il gioco d'azzardo

Quando è stato chiesto se sapessero dove cercare aiuto nel caso in cui fossero coinvolti loro direttamente o i familiari in un problema di gioco d'azzardo eccessivo, l'82% del campione non saprebbe a chi rivolgersi.

Questa pericolosa mancanza di conoscenza necessita di essere colmata.

Oltre a promuovere solo le opportunità di gioco, questi dati mostrano quanto sarebbe estremamente importante e urgente rinforzare azioni di comunicazione sociale riguardo ai rischi di un gioco eccessivo e parallelamente informare rispetto alle risorse di aiuto dove le persone con problemi di gioco possono trovare sia professionisti qualificati che risorse di auto-aiuto.

Il **secondo obiettivo** dello studio era rilevare l'indice di prevalenza del gioco problematico e patologico nella popolazione generale residente nella provincia di Pavia, e nei soggetti tossicodipendenti da eroina in trattamento, e confrontarli con altri studi presenti in letteratura. Inoltre, volevamo tracciare un primo profilo generale del giocatore-tipo.

Prevalenza nella popolazione generale

Mentre il 98,8% della popolazione residente nella provincia di Pavia non sembra avere problemi di gioco, lo 0,7% è probabilmente costituito da giocatori problematici e un altro 0,4% da giocatori patologici (rispetto al totale dell'1,1%, circa 4.500 residenti nella provincia di Pavia sono giocatori problematici e patologici nell'ultimo anno).

Questo indice di prevalenza è al limite più basso di quelli osservati in studi condotti in altri paesi, ma è molto simile al tasso recentemente rilevato in Canton Ticino (1,2%).

Prevalenza lifetime in soggetti eroinomani in trattamento

Nei pazienti eroinomani in trattamento, il 10,1% è identificabile come giocatore problematico e il 10,4% come giocatore patologico (in totale, il 20,5%).

Questo tasso di prevalenza è paragonabile con quelli rilevati in simili studi internazionali svolti con soggetti dipendenti da sostanza, che attestano che la percentuale di giocatori problematici e patologici in soggetti abusatori di sostanze varia tra il 15 e il 30%, cioè è da quattro a dieci volte più frequente che nella popolazione generale.

In conclusione, è importante osservare che i risultati sul nostro campione sono leggermente più bassi comparati a quelli dello studio regionale, condotto con lo stesso metodo dal Gruppo GAS-Lombardia nel 2002. Su 998 soggetti coinvolti nella ricerca, il 12,3% è stato identificato come giocatore problematico e il 20,2% come giocatore patologico (in totale 32,5%). Si potrebbero fare delle ipotesi su queste differenze.

I profili di chi gioca e di chi non gioca

Il profilo del giocatore problematico o non problematico non differisce di molto da quanto riportato in letteratura.

Riguardo all'interesse per il gioco, fra tutte le variabili socio-demografiche le più rilevanti sono il sesso e l'occupazione: giocano di più gli uomini delle donne e chi ha un lavoro.

Questi dati sono in linea con i risultati dello studio condotto in Ticino, mentre differiscono da altre ricerche internazionali dove il gioco problematico coinvolge persone disoccupate (Volberg e Steadman, 1989).

I giocatori problematici sono coloro che considerano meno il gioco come un problema ($p < .001$) nel loro territorio, la provincia pavese, anche se sembrano essere meno informati dei giocatori non problematici riguardo alle risorse di aiuto ($p < .06$).

Rispetto ai soggetti dipendenti da sostanze, è stata trovata una forte correlazione tra poli-abuso e gioco eccessivo (problematici più patologici): I soggetti che riferiscono l'uso di numerose sostanze risultano essere giocatori eccessivi più frequentemente dei soggetti che riferiscono l'uso di meno sostanze incluso l'eroina ($p < .04$).

Le sostanze più frequentemente associate al gioco eccessivo sono l'alcol ($p < .001$) e la cocaina ($p < .004$), e naturalmente l'eroina che è utilizzata simultaneamente dai giocatori eccessivi ($p < .01$).

In conclusione, i giocatori eccessivi sono coinvolti in più giochi differenti dei non giocatori (5.26 vs. 3.14, $E .334$, $p < .001$) e assumono più sostanze (3.94 vs. 3.37, $E .138$, $p < .01$).

Questi risultati potrebbero essere utili per riconsiderare la posizione diagnostica del gioco d'azzardo patologico nel DSM e potrebbe risultare interessante riflettere su tutti i criteri diagnostici per le dipendenze (smettendo di dividere in varie categorie, cioè in base alla presenza o all'assenza di sostanze, e cominciare a considerarle differenti espressioni di una nuova "sindrome additiva"), eventualmente in accordo con i criteri dell'ICD-10 (compulsione, perdita di controllo, astinenza, tolleranza, eccessiva polarizzazione e persistenza del comportamento, conseguenze negative alla trascuratezza), che sembrano maggiormente adeguati alla descrizione della "sindrome additiva".

Il **terzo obiettivo** dello studio era determinare la conoscenza e la percezione degli operatori dei servizi per le dipendenze rispetto al gioco problematico e patologico.

Anche se il numero degli intervistati è piuttosto basso, è stata raggiunta la maggior parte del personale. Inoltre possiamo trarre le seguenti conclusioni.

Dalla prima alla seconda indagine:

- vi è stato un considerevole incremento (+28%) del numero di operatori che pongono domande relative al gioco ai nuovi utenti in fase di raccolta anamnestica mentre è stabile la percentuale di operatori che si sono confrontati direttamente con il problema;
- nessun operatore intervistato negli incontri di restituzione ha inviato a privati, e sono in calo in generale gli invii ad altri Servizi e a gruppi; si tende quindi maggiormente a tenere in carico il paziente, anche se per lo più per patologie co-morbili ritenute prevalenti (+21,1%);
- è aumentata la percentuale di chi ritiene di avere strumenti adeguati per intervenire (+16%) anche se rimane prevalente ed elevata la percentuale di operatori che al contrario ritiene di non averne;
- sono rimasti stabili le percentuali di operatori che richiedono formazione specifica, assai elevata, lavoro di rete e materiale informativo.
- Più professionisti hanno iniziato ad indagare le abitudini di gioco nei loro pazienti (+28%).

Implicazioni cliniche

Riguardo alle implicazioni cliniche di questo studio, è stata confermata l'esistenza di un certo grado di gioco patologico e siamo in grado di valutarne la grandezza e alcune caratteristiche.

Certamente esistono altre numerose variabili che potrebbero essere indagate per tracciare un punto della situazione più preciso. D'altra parte è chiaro fino ad ora, sulla base dei dati raccolti, che c'è la necessità di organizzare velocemente risorse di cura professionale e di auto-aiuto, sia per la popolazione generale che per un target vulnerabile quale è quello dei soggetti tossicodipendenti.

An investigation into pathological gambling.

Epidemiological study of gambling attitudes and prevalence of pathological gambling in the Pavia province (Italy).

Biganzoli A., Capelli M., Capitanucci D., Smaniotto R., Alippi M.

(English summary prepared by Capitanucci D.)

Introductory and methods remarks

Pathological gambling is a psychiatric disorder characterised, according to the international diagnostic classification DSM-IV, by persistent, recurrent and maladaptive gambling behaviour which disrupts the subject's personal, family and working life.

We report here a study carried out in 2003-2004 (ottobre 2003 - febbraio 2004) in the Pavia province, a semi-industrialized / semi-rural area south of Milan in Lombardy (Italy) populated by about 450.000 residents according to the last census (2002).

Different surveys on three distinct targets (general population, drug users enrolled in public service facilities and social and sanitary public workers in the addiction field) were conducted.

Principal aims of the study were discovering the gambling behaviour of the overall resident population, and of the heroin addicted patient treated in the three out-patients public facilities, together with the respective prevalence rates and characteristics of problem and pathological gamblers and some associated risk factors.

Another purpose of the study was to determine the knowledge and sensitiveness of the personnel working in the public service facilities in the addiction field about problem and pathological gambling.

General population survey

The study involved telephone interviews with a representative sample of 1093 persons randomly selected for gender, age and profession drawn from the entire population between 18 and 74 years old. The final sample from general population was drawn through a quota sampling procedure according to the last census data. Response rate was 60,9%. Current prevalence was assessed.

Heroin users in treatment in public service facilities survey

The study involved face-to-face interviews with a sample of 386 heroin addicted patients in charge to the local public sanitary service. The entire population of heroin addicted patients in treatment who fell within the criteria set by the study (643 persons) was asked to participate to the survey, and 60% of them accepted to be interviewed. Lifetime prevalence was assessed.

Common features of both researches

Interviewers were psychologists, experienced in pathological gambling, specifically trained for this research.

The interview questionnaire contained socio-demographic items, a series of questions relating to all types of gambling behaviour, some questions about interviewees' perceptions about gambling diffusion and impact in the area as well as about the knowledge of help facilities, the internationally validated SOGS scale, which is derived from the DSM-III diagnostic criteria, and – for the addicted patients in treatment - a series of questions about substance use and abuse and treatments at present time.

All data were analysed with SPSS.

Social and sanitary public workers in the addiction field survey

The investigation among the sanitary staff was conducted with a different methodology.

All the professional staff of the three public facilities for drug addicts present in the Pavia province were surveyed with a written questionnaire during a meeting held before the epidemiological researches started, and the same questionnaire was proposed them once more at the end of the epidemiological researches data evaluation (after about eight months after the first summit). Their pre-research and post-research answers were confronted.

Results and conclusions

1. The **first aim** of this study was to *achieve a better understanding of the gambling behaviour* of the population of Pavia province.

Several information was gathered about the following topics.

- a. *Engagement in gambling activities*

Analysis of the study shows that 23%, less than one quarter of the adult population of Pavia province, gambled at least once during past year; notably many people (39%) gambled on the state Lottery, 5.6% visited a Bingo hall, 2.9% visited a Casino and 3.5% gambled on slot-machines and video poker outside the Casino.

As just reported, only 23% of the general population sample affirmed they had gambled last year; but a larger amount declared to be in reality engaged in those gambling activities usually “perceived” as “social games”, such for instance lottery drawing (which collected 39% of affirmative answers).

This seeming incongruent data leads us to make the hypothesis, to be investigated in the future, that legal gambling organized by the State is not perceived by the interviewees as real “gambling”. This perception (excluding Casinos, the “gambling environment” for definition) seems to be associated only to illegal activities.

Failing in understanding what is and what is not a gambling activity and which characteristics distinguish gambling from gaming, might have harmful consequences in developing a gambling pathology.

Therefore, informative and preventive campaigns are needed and should be done to this regard.

- b. *Relevance of amount of money spent on gambling*

Even if the majority of the sample showed a gaming expenditure quite small (84% of those who gambled in the last twelve months spent 20 euros or less), 1.1% of people (which might be approximately more than 1.000 persons) “invested” over 1.000 euros in a single day.

This sum may not be easily afforded by everyone and a better knowledge about the characteristics of “heavy” gamblers should be achieved with further investigation.

- c. *Motivation for gambling*

We wondered, and therefore asked to the sample, what drives a person to gamble. Against all odds, 78.7% of gamblers are trying to achieve a consistent win through gambling.

Following this wish, these people will unconsciously join soon the list of losers: at that point, it is possible they start “chasing losses” and gambling more they can afford to do, typical behaviours and important criteria of problem and pathological gambling.

In other words, a strong belief in a “big win” that will change our lives may be a potent engine in activating a shift from social to problem and pathological gambling.

This finding would suggest to be very cautious in advertisement strategies that are used to promote these games, that should be centred rather on entertainment instead of promising easy gains of huge money.

d. *Nearness to a gambling problem and perception of the existence of gambling problems*

We asked if the interviewees knew anybody within their entourage (relatives, friends, etc.) who experienced a gambling problem, and 9,9% answered affirmatively to this question.

The interviewees were also asked if they thought gambling was a problem in their province, and 61% answered affirmatively to this question.

This data may be taken into account as an indirect index of lifetime estimate occurrence of this disease and should be further investigated in future research.

e. *Knowledge of help facilities for pathological gamblers and relatives*

When asked if they knew where to seek for help in case of experiencing directly or within their family a gambling problem, 82% of the sample answered they didn't know where to refer.

This dangerous lack of knowledge needs to be fulfilled.

Aside promoting only gambling opportunities, this data shows how it would be extremely important and urgent to enforce actions of parallel social communication about the risk of excessive gambling and advertise treatment facilities where people in trouble may seek for qualified professional care as well as self-help opportunities.

2. The **second aim** of the study was to *ascertain the prevalence rate of problem and pathological gambling* in the general resident population in Pavia province, and in heroin addicted subjects in treatment in particular, and compare it with other studies reported in literature. Further, we wanted to trace a first rough profile of the gambler-type.

f. *Current prevalence in general population*

While 98.8% of Pavia province residents do not appear to have gambling problems, 0.7% are likely to be problem gamblers and another 0.4% pathological gamblers (making a total of 1.1%, around 4,500 problem and pathological gamblers among the resident adult population of the Pavia province last year). This prevalence rate is at the lower bound of those observed in studies conducted in other countries, but very similar to the rate recently assessed in Cantone Ticino, the close Swiss Italian speaking area (1.2%).

g. *Lifetime prevalence in heroin addicted subjects in treatment*

Among heroin patients in treatment, 10.1% are identifiable as problem gamblers and 10.4% as pathological gamblers (in total, 20.5%).

This prevalence rate is comparable to those reported in international similar studies conducted among substance dependent subjects, which attest the problem and pathological gambling rate among substance abusers between 15 and 30%, four to ten times much frequent than in general population.

Last, it's important to notice that our results on this sample are slightly lower in comparison to the findings of a regional study carried out with same methods by GAS-Lombardy in 2002. Among 998 subjects surveyed in that research, 12.3% were identified as problem gamblers and 20.2% as pathological gamblers (making a total of 32.5%). Hypothesis about these differences should be done.

h. *The gambler's and the non-gambler's profiles*

The profiles of problem and non-problem gamblers do not differ greatly from those reported in the literature.

As regards the engagement in gambling, of all socio demographic variables the most relevant are gender, age and occupation: commitment is greater for men than for women, for young people rather than for older people and it increases when people have a job. These data are consistent with Ticino study results, while differ from some other international research where problem gamblers include a larger proportion of unemployed persons (i.e. Volberg R.A. and Steadman H.J. "Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland", American Journal of Psychiatry, 146, 12, 1989).

Pathological gamblers are those who less consider gambling as a problem ($p < .001$) in their area of residence, the Pavia province, even if they seem to be less uninformed than non pathological gamblers about help facilities ($p < .06$).

Among substance dependent subjects, a strong correlation between poly-abuse and excessive (problem + pathological) gambling was found: subjects who referred the use of several substances resulted to be excessive gamblers more frequently than subjects who referred the use of less than two substances included heroin ($p < .04$). Substances most frequently associated to excessive gamblers are alcohol ($p < .001$) and cocaine ($p < .004$), and of course heroin which is used simultaneously by excessive gamblers ($p < .01$). Finally, excessive gamblers were engaged in more different games than non-problem gamblers (5.26 vs. 3.14, $E .334$, $p < .001$), as well as they assumed more substances (3.94 vs. 3.37, $E .138$, $p < .01$).

These findings might be useful to reconsider once more the diagnostic position of pathological gambling within the DSM, and might be even of some interest for reviewing the entire diagnosis criteria for addictions (stopping splitting them in various ways, i.e. according to presence or absence of substances, and starting considering them different expressions of a new called “addiction syndrome”), eventually according to the ICD-10 manual’s criteria (compulsion, losing control, abstinence, tolerance, excessive polarization and persistence of behaviour, disregarding negative consequences) which seem more adequate in better describing the addictive syndrome.

3. The **third aim** of the study was to *determine the knowledge and sensitiveness* of the personnel working in the public service facilities in the addiction field about problem and pathological gambling.

Even if the number of the interviewees was quite low, almost the majority of the personnel employed was reached.

Therefore, we can trace the following conclusions.

From the first enquire to the second one, more professionals started to screen their patients also about their gambling habits (+28%), less workers tended to address the patient elsewhere in the presence of excessive gambling (+33,3% said they didn’t forward them elsewhere).

Even if less professionals took in charge patients when a gambling difficulty was detected for this specific disease (-5.1%), more (+21.1%) took the patient in charge on other co-occurring diseases (i.e. alcohol or drug abuse) taking into account that also a gambling problem existed.

Those who felt that their knowledge of the problem was improved raised overtime (+16%), even if the majority of the personnel still thought not to have enough instruments to treat these patients (74%) and therefore, their demand of specialized training on pathological gambling was pretty high (82%).

4. Clinical implications

As regards the clinical implications of the study, the existence of a certain degree of pathological gambling has been confirmed, and we are able to assess its size and some of its characteristics. Of course there are many other relevant variables that could be investigated to trace a more precise portrait of the situation. Even though, it’s clear since now on the basis of the data collected in this study, that there is the need of quickly organizing professional cures and self-help resources, either for general population and especially for vulnerable targets such as drug addicted subjects.

BIBLIOGRAFIA

Abbot, M.W. & Volberg, R.A. (1996). The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, vol. 12,2.

Allcock, C.C. (1986). Review: Pathological Gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th edn, DSM III, APA, Washington DC.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, DSM IV-TR, APA, Washington DC.

Becona, E. (1996). Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: the cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies*, vol. 12,2.

Bettelini, C.M., Alippi, M., Wernli, B. (2000). Il gioco patologico in Ticino. Uno studio epidemiologico.

Capitanucci, D. (2004). Gioco d'Azzardo e Salute Pubblica. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXIV, 7, 4-9.

Capitanucci, D. (2002). Il giocatore d'azzardo problematico: una metodologia di intervento. *Percorsi di integrazione*, anno XI, 1, 17-26.

Capitanucci, D., Agazzi, G., Campana, M., Capelli, M., Caruso, A., Cavagna, D., Ciliegi, D., Fochi, A., Garavelli, G., Mamolo, G., Martinelli, A., Mingrino, G., Paganini, R., Ponticelli, T., Seraffi, A., Varango, C., (a cura di Strepparola G.) (2003). Ricerca multicentrica su comorbidità, tossicodipendenza e gioco d'azzardo patologico. Operare nelle dipendenze patologiche. Missioni dei servizi e specializzazione dell'intervento – Sezione Valutazione. FrancoAngeli, Milano, 250-251..

Capitanucci, D. & Biganzoli, A., (2000). Tossicodipendenza e gioco d'azzardo: risultati di una ricerca preliminare. *Personalità/Dipendenze*, 3, 23-33.

Capitanucci, D., Capelli, M., Cavagna, D. (submitted). Dipendenze, poli-dipendenze e nuove dipendenze. Inediti stimoli per la comprensione dell'addiction.

Capitanucci, D. & Carlevaro, T. (2004). Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico. Centro di documentazione e di ricerca OSC - Organizzazione Socio-Psichiatrica Cantonale, Mendrisio - "Hans Dubois" Editore, Viale G. Motta 32, CH-6500 Bellinzona, Svizzera.

Capitanucci, D. & Ladouceur, R. (2003). Analisi, trattamento e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo. *Personalità/Dipendenze*, 9, II, 167-177.

CENSIS: www.censis.it

D.D.L. Fini

D.P.R. n. 309 del 3/10/1990 "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze". *Gazzetta Ufficiale* 31/10/1990, n. 255, S.O.

Decreto del 14/06/02 "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze nelle ASL". *Gazzetta Ufficiale* n. 147 del 25/06/2002.

- De Micco, S., (2002). Strategie legali a confronto. *Famiglia Oggi*, 4.
- Dell, L.J., Ruzicka, M.F., Palisi, A.T., (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *The International Journal of the Addictions*, 16(1), 149-156.
- Dickerson, M.G. et al.(1996). Estimating the extent and degree of gambling related problems in the Australian population: a national survey. *Journal of Gambling Studies*, vol. 12,2.
- Eurispes (2000). *Giochi, scommesse e lotterie: italiani d'azzardo*.
- Guerreschi, C., (2000). *Giocati dal gioco*. Edizioni San Paolo.
- Ladouceur, R., (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12,2.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C., (2003). *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*. Centro Scientifico Editore.
- Lavanco, G., (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*. McGraw Hill.
- Lesieur, H.R., (1979). The compulsive gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry*, 42, 79-87.
- Lesieur, H.R., (1994). Epidemiological Survey of Pathological Gambling: Critique and Suggestions for Modification. *Journal of Gambling Studies*, 10, (4), 385 – 398.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B., (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144.
- Meyer, G. & Fabian, T., (1996). Pathological Gambling and Criminal Culpability: An Analysis of Forensic Evaluations Presented to German Penal Courts. *Journal of gambling studies*, 12 (1), 21-32.
- Prestipino, A., Mangili, R., Cheli, F., Capitanucci,D., Capelli, M., (submitted). La comorbilità al gambling in soggetti eroinomani. Scopi, metodologia, analisi descrittiva e principali risultati di una ricerca multicentrica.
- Volberg, R.A., (1994). The prevalence and demographics of pathological gambling: implications for public health. *Americanin Journal of public health*, 84: 237-241.
- Volberg, R.A., (1996). Prevalence studies of problem gambling in the USA. *Journal of Gambling Studies*, vol. 12,2.
- Volberg, R.A. & Steadman, H.J., (1989). Prevalence Estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146, 12.
- Walker, M.B., (1992). *The psychology of gambling*. Butterworth Heinemann.
- World Health Organisation (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and Diagnostic guidelines*. Geneva.

ALLEGATI

Allegato 1

Criteri diagnostici del DSM-IV per il Gioco d'Azzardo Patologico

Allegato 2

SOGS telefonico per la POPOLAZIONE GENERALE

Allegato 3

SOGS e Scheda Soggetto per gli UTENTI TOSSICODIPENDENTI afferenti ai Ser.T.

Allegato 4

QUESTIONARIO per gli OPERATORI dei Servizi (versioni somministrate rispettivamente agli incontri di presentazione del progetto e di restituzione della ricerca)

Allegato 5

GAS - GRUPPO AZZARDO SOVRAZIONALE REGIONE LOMBARDIA
UNA RETE DI OPERATORI DEL SERVIZIO PUBBLICO

Allegato 1

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM-IV PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

(Tratto da DSM - IV- TR)

A. Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come indicato da 5 (o più) dei seguenti:

1. E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare).

2. Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.

3. Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

4. E' irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

5. Gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es. sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione).

6. Dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite).

7. Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo.

8. Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco eccessivo.

9. Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo.

10. Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata a causa del gioco.

B. Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale.

Allegato 2

Luogo di residenza _____
N° _____

INTERVISTA TELEFONICA ALLA POPOLAZIONE DELLA PROVINCIA DI PAVIA (N=1000 > 18 ANNI)

Buon giorno/buona sera. Sono Dott.ssa..... Stiamo effettuando nella provincia di Pavia per conto della ASL un'inchiesta sulle abitudini di gioco della popolazione.

Il suo numero è stato scelto a caso indipendentemente dal suo nome e una volta finita l'intervista non sarà più rintracciabile. Le risposte sono quindi assolutamente anonime e confidenziali. I risultati saranno utilizzati solo nel loro insieme a scopo di studio. Le dispiacerebbe concederci qualche minuto per un'intervista?

1. Sesso maschio femmina
 2. Qual è la sua età? _____ (in anni)
 3. *Per chi ha un'attività retribuita.* Mi può dire se è occupato?
 non occupato occupato full-time part-time

 - casalinga imprenditore/libero professionista
 - pensionato lavoratore in proprio/artigiano/commerciante
 - disoccupato dirigente
 - studente impiegato
 - inabile al lavoro/invalido operaio semplice
 - in altra condizione quadri
 - altro
-
4. Qual è il suo titolo di studio (per chi studia, la formazione in corso)?
 nessun titolo di studio
 licenza di scuola elementare
 licenza di scuola media inferiore o di avviamento professionale
 diploma di scuola secondaria superiore
 diploma non universitario post maturità
 diploma universitario
-
5. Qual è il suo Stato civile?
 celibe/nubile divorziato/a
 coniugato/a separato/a
 vedovo/a
-
6. Situazione di convivenza: con chi vive?
 partner o famiglia propria
 famiglia di origine
 solo
 altro

7. Ha giocato nell'ultimo anno utilizzando soldi?

sì no

8. Ora Le leggo una lista di giochi. Mi dica per ognuno di questi se vi ha giocato nell'ultimo anno "mai" (1), "meno di una volta al mese" (2), "una volta al mese o più" (3), "una volta a settimana o più" (4).

	(1)	(2)	(3)	(4)
a) lotto e superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) totocalcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) totip / corse tris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) gratta e vinci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) casinò/kursaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì a quali giochi _____				
f) scommesse su cavalli, cani o altri animali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) scommesse sullo sport (esclusa schedina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) carte a soldi (fuori dal casinò)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) slot-machines, videopoker o altre (fuori dai casinò)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) tombola o bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) biliardo, bocce o altri giochi d'abilità per soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) dadi o backgammon a soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)gioco a soldi su internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se sì per quanto tempo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per chi ha risposto almeno una volta "una volta al mese o più" o "una volta alla settimana o più", continuare con la domanda 9.

Per chi ha risposto "meno di una volta al mese" o "mai", concludere con le domande 25, 26 e 27.

9. Qual è la cifra massima che lei ha giocato in un solo giorno?

- 5 euro o meno da 100 a 1.000 euro
 da 6 a 20 euro da 1.000 a 10.000 euro
 da 21 a 100 euro più di 10.000 euro

Adesso Le poniamo alcune domande sulle Sue abitudini di gioco nell'ultimo anno.

10. Quando lei gioca con che frequenza ritorna un altro giorno per poter riguadagnare ciò che ha perso?

- mai
 alcune delle volte in cui perdo (meno della metà delle volte)
 la maggior parte delle volte in cui perdo
 ogni volta che perdo

11. Ha mai affermato di aver vinto dei soldi al gioco quando in realtà ne aveva persi?

- mai sì meno della metà delle volte in cui ho perso
 sì la maggior parte delle volte

12. Lei sente di aver mai avuto problemi di gioco?

- sì sì, in passato, ma non ora no

13. Hai mai giocato più di quello che aveva intenzione di giocare?

- sì no

14. Qualcuno ha criticato il fatto che lei giochi? sì no

15. Si è mai sentito in colpa per il suo modo di giocare o per quello che succede mentre gioca?

- sì no

16. Le è mai sembrato di non riuscire a smettere di giocare nonostante volesse smettere?
sì no
17. Ha mai nascosto delle ricevute di una scommessa, il biglietto o la schedina di una lotteria, denaro per il gioco o altri segni di gioco al/la suo/a coniuge o compagno/a, ai suoi figli o ad altre persone importanti nella sua vita? sì no
18. Ha mai avuto discussioni con le persone con cui vive a proposito di come gestisce il suo denaro? sì no
19. (Se ha risposto sì alla domanda 18): queste discussioni sui soldi sono sempre centrate sul suo gioco? sì no
20. Ha mai tolto del tempo al suo lavoro (o alla scuola) a causa del gioco?
sì no
21. Ha mai chiesto un prestito a qualcuno che non è riuscito a risarcire a causa del gioco?
sì no
22. Se ha chiesto o preso del denaro in prestito per giocare o per pagare debiti di gioco, a chi lo ha chiesto o dove lo ha preso?(marcare sì o no per ciascuna delle seguenti categorie)
- | | sì | no |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) da i soldi di casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) al/la mio/a coniuge o compagno/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ad altri parenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) a banche, società finanziarie o compagnie di prestito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) da carte di credito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) a degli usurai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ha convertito delle azioni, delle obbligazioni, o altri titoli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) ha venduto proprietà personali o finanziarie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) ha preso soldi dal suo conto corrente (emettendo assegni scoperti) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
23. Il gioco ha compromesso la sua reputazione? sì no
24. Che cosa cerca nel gioco? (*lasciare aperta; se non risponde, suggerire categorie*)
- divertimento / eccitazione
- emozione / rischio
- compagnia di altre persone
- abitudine
- evasione dai problemi / rilassarsi
- vincere
- dimostrare agli altri o a me che sono bravo
- altro _____
25. Qualche membro della sua famiglia (genitori, fratelli o sorelle) ha avuto problemi con il gioco?
- No, nessuno gioca / ha giocato troppo
- Sì, i miei genitori
- Sì, i miei fratelli / sorelle
- Altri _____
26. Il gioco d'azzardo patologico secondo Lei è un problema nel nostro territorio?
 sì no non so
27. Saprebbe dove potrebbe rivolgersi una persona con un problema di questo genere?
 sì _____ no

Allegato 3

SOGS e Scheda Soggetto per gli utenti tossicodipendenti afferenti ai Ser.D.

N Soggetto: _____ Ser.T. di: _____ Punteggio totale: _____/20

1) Indichi a quale dei seguenti tipi di gioco d'azzardo si è dedicato nel corso della sua vita

	Mai	Meno di 1 volta/sett	Più di 1 volta/sett	
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giocare a carte per denaro
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scommettere su cavalli, cani o su altri animali
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totocalcio e totogol
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scommettere su altri sport
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giocare a dadi per denaro
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giocare in un casinò
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giocare al lotto / superenalotto
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gratta e vinci
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biglietti della lotteria
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giocare in borsa e/o mercato azionario
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giocare a slot /poker machines o simili
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giocare a biliardo, bocce o ad altri gioco di abilità per denaro
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gioco on line

2.1) Quale è stata la più grande somma di denaro che lei ha giocato in un solo giorno?

- non ho mai giocato
- tra 1,00 e 5,00 euro
- tra 5,00 e 50,00 euro
- tra 50,00 e 250,00 euro
- tra 250,00 e 500,00 euro
- tra 500,00 e 5.000,00 euro
- più di 5.000,00 euro

2.2) Il giorno in cui ha giocato per più tempo, per quante ore lo ha fatto?

- non ho mai giocato
- meno di un'ora
- altro (specificare quante ore) _____

2.3) Le è mai capitato di giocare denaro destinato ad altre cose?

- mai
- qualche volta
- quasi sempre

3.1) Qualcuno dei suoi genitori ha avuto problemi con il gioco d'azzardo?

- Entrambi i miei genitori
- Mio padre
- Mia madre
- Nessuno dei miei genitori ha (o ha avuto) problemi

3.2) Qualcuno dei suoi genitori ha avuto problemi con l'alcool?

- Entrambi i miei genitori
- Mio padre
- Mia madre
- Nessuno dei miei genitori ha (o ha avuto) problemi

3.3) Qualcuno dei suoi genitori ha avuto problemi con sostanze stupefacenti?

- Entrambi i miei genitori
- Mio padre
- Mia madre
- Nessuno dei miei genitori ha (o ha avuto) problemi

4) Quando gioca/va d'azzardo le capita/va di ritornare a giocare nei giorni successivi per rivincere le somme perdute?

- mai
- alcune volte (meno della metà delle volte in cui avevo perso)
- la maggior parte delle volte in cui avevo perso
- tutte le volte in cui avevo perso

5) Ha mai affermato di aver vinto denaro al gioco d'azzardo quando non era vero, avendo perso in realtà?

- mai (o non ho mai giocato)
- sì, meno della metà delle volte in cui avevo perso
- sì, per la maggior parte delle volte

6) Ha mai pensato che il gioco per lei costituisse un problema?

- no
- sì, nel passato ma non ora
- sì

7) Le è mai capitato di giocare più di quanto intendeva?

- no
- sì

8) Le è mai capitato che qualcuno criticasse la sua abitudine di giocare?

- no
- sì

9) Si è mai sentito in colpa per il modo con cui gioca o per quanto accade quando lei gioca?

- no
- sì

10) Ha mai avuto il desiderio di smettere di giocare d'azzardo ma ha pensato che non sarebbe riuscito?

- no
- sì

11) Le è mai capitato di nascondere ricevute di scommesse, biglietti di lotteria, denaro vinto al gioco o altre prove di scommesse o di gioco d'azzardo al coniuge, ai figli o ad altre persone significative nella sua vita?

- no
- sì

12) Ha mai discusso con le persone con cui vive su come utilizza il denaro?

- no
- sì

13) I litigi sul denaro sono mai stati concentrati sul suo gioco d'azzardo?

- no
- sì

14) Le è mai capitato di chiedere prestiti di denaro da qualcuno senza poi restituirli a causa del suo gioco d'azzardo?

- no
- sì

15) È mai stato assente o ha ritardato al lavoro (o a scuola) a causa del gioco?

- no
- sì

16) Se si è fatto prestare del denaro per giocare o per pagare i debiti di gioco da chi o da dove li ha presi a prestito?

- a dal denaro trovato in casa
- b dal coniuge
- c da altri familiari
- d da banche, società finanziarie etc.
- e da carte di credito
- f da usurai
- g ha venduto titoli, obbligazioni o altri valori
- h ha venduto proprietà personali o della famiglia
- i emettendo assegni a vuoto
- j segna sul conto dell'allibratore, tabaccaio etc.
- k segna sul conto del casinò

17) Il gioco d'azzardo patologico secondo Lei è un problema presente nel nostro territorio?

- sì
- no
- non so

18) Sa dove potrebbe rivolgersi una persona con un problema di questo genere?

- sì (se sì dove) _____
- no

Scheda soggetto

1) Sesso

- Maschio Femmina

2) Anno di nascita _____

3) Scolarità

- nessun titolo di studio
 licenza di scuola elementare
 licenza di scuola media inferiore o di avviamento professionale
 diploma di scuola secondaria superiore
 diploma non universitario post maturità
 diploma universitario

4) Occupazione

- Disoccupato
 Pensionato
 Casalinga
 Operaio
 Artigiano
 Lavoratore autonomo
 Impiegato
 Dipendente statale
 Altro _____

5) Situazione di convivenza:

- famiglia di origine
 partner o famiglia propria
 solo
 Comunità Terapeutica
 altro _____

6) Uso di sostanze stupefacenti nell'arco di vita:

- eroina
 cocaina
 cannabis
 metadone illegale
 abuso di alcool
 abuso di psicofarmaci
 altre sostanze _____
 altri comportamenti (internet,...) _____

7) Trattamento in corso al momento dell'intervista:

- metadone
 antaxone
 antabuse
 alcover
 buprenorfina
 colloqui psico-sociali
 altri trattamenti

8a) Compresenza del sintomo uso di sostanze con il sintomo gioco d'azzardo. Lei ha giocato d'azzardo (possibili più risposte):

- prima di iniziare a usare eroina
- in contemporanea all'uso di eroina
- dopo aver smesso l'uso di eroina

8b) Frequenza attuale di gioco d'azzardo:

- nell'ultimo anno con che frequenza ha giocato d'azzardo? _____
- nell'ultimo mese con che frequenza ha giocato d'azzardo? _____
- nell'ultima settimana con che frequenza ha giocato d'azzardo? _____

Allegato 4

**QUESTIONARIO OPERATORI
(Incontro di presentazione del progetto)**

SerD di Pavia Vigevano Voghera

1 Nel corso dell'ultimo anno è mai stato confrontato con persone che presentavano problemi legati al gioco d'azzardo patologico, anche se questo non rappresentava l'aspetto principale del problema?

- Sì No Non saprei

Se sì, Quante (indicativamente)? _____

2 La richiesta arrivava:

- da un giocatore
 da un familiare
 altro

3 La richiesta d'aiuto era esplicitamente legata al gioco d'azzardo patologico?

- Sì No

4 Solitamente inserisce anche domande dirette ad indagare la problematica di gioco nei suoi primi colloqui di accoglienza con i pazienti dipendenti da sostanze?

- Sì No

Se sì, con quale frequenza? _____ (%)

5 Se si è mai trovato di fronte a questo problema, che indicazioni ha fornito?

- invio ad altri servizi
Quali? _____
 invio ad uno specialista privato
 invio a gruppi di autoaiuto attivi nel settore
 presa in carico diretta
 presa in carico centrata su un'altra problematica
 altro (specificare) _____

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

- Sì No

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

Data _____

Sigla operatore _____

QUESTIONARIO OPERATORI
(Incontro di restituzione della ricerca)

SerD di Pavia Vigevano Voghera

2 Dall'ultimo incontro ad oggi è mai stato confrontato con persone che presentavano problemi legati al gioco d'azzardo patologico, anche se questo non rappresentava l'aspetto principale del problema?

Sì No Non saprei

Se sì, Quante (indicativamente)? _____

2 La richiesta arrivava:

da un giocatore

da un familiare

altro

3 La richiesta d'aiuto era esplicitamente legata al gioco d'azzardo patologico?

Sì No

4 Dall'ultimo incontro ad oggi ha inserito anche domande dirette ad indagare la problematica di gioco nei suoi primi colloqui di accoglienza con i pazienti dipendenti da sostanze?

Sì No

Se sì, con quale frequenza? _____ (%)

5 Se si è trovato di fronte a questo problema, che indicazioni ha fornito?

invio ad altri servizi

Quali? _____

invio ad uno specialista privato

invio a gruppi di autoaiuto attivi nel settore

presa in carico diretta

presa in carico centrata su un'altra problematica

altro (specificare) _____

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

Sì No

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

Data _____

Sigla operatore _____

Allegato 5

GAS - GRUPPO AZZARDO SOVRAZIONALE REGIONE LOMBARDIA UNA RETE DI OPERATORI DEL SERVIZIO PUBBLICO

Il gruppo G.A.S. è nato nel febbraio 2001 nell'intento di riunire operatori dei Servizi Pubblici esperti nel settore delle Dipendenze per condividere e coordinare conoscenze, esperienze e iniziative in relazione alla problematica del gioco d'azzardo.

Il gruppo, coordinato dalla dott.ssa Daniela Capitanucci, è composto da 19 operatori multidisciplinari, provenienti da 15 Ser.T. e 1 NOA di 11 delle 15 ASL lombarde, che si ritrovano ogni due mesi presso la sede della Regione Lombardia, in Via Pola a Milano.

Nei tre anni di attività sono state promosse varie iniziative come incontri di scambio e confronto clinico, consulenze a richiesta sul tema, l'avvio di un sottogruppo "medici" per lo studio di protocolli farmacoterapeutici ad hoc.

In particolare è stata condotta una vasta ricerca multicentrica, tra le più significative in Italia se non altro per l'elevato numero di soggetti coinvolti (n.998), per meglio conoscere il fenomeno della comorbilità al gioco d'azzardo eccessivo in soggetti dipendenti da sostanze.

L'impegno profuso in questi anni ha contribuito a creare un linguaggio comune tra i membri del gruppo e a promuovere nelle realtà di appartenenza, e più in generale in Lombardia, un approccio sempre più scientifico al problema. Il gambling si connota, almeno da un punto di vista clinico ed epistemologico, come una nuova mission per i Dipartimenti delle Dipendenze, già impegnati da tempo ad affrontare le "addiction" in tutte le loro manifestazioni cliniche e psicopatologiche e i progetti futuri del *G.A.S.-Lombardia* mirano dunque ad elevare la soglia di attenzione su questa forma di dipendenza.

ASL Bergamo

Albina PRESTIPINO
Dipartimento delle Dipendenze Bergamo,
via Borgo Palazzo 130
Tel. 035 – 2270374 - 400

ASL Brescia

Flavia ACCINI
NOA di Brescia, Via Galilei, 20
Tel. 030/3839277, Fax 3839318
Daniela CILIEGI e Anna MARTINELLI
Ser.T. di Orzinuovi, via Marconi, 27
Tel. 030/941493 - 941279, Fax 941155

ASL Cremona

Ave FOCHI
Ser.D. di Cremona, viale Postumia, 26
Tel. 0372/497548-87, Fax 497549

ASL Lecco

Angelo CASTELLANI
Ser.T. di Bellano, Via Carlo Alberto, 28
Tel. 0341/811036, Fax 810329

ASL Lodi

Giovanna AGAZZI e Concettina VARANGO
Ser.D di Lodi, via Pallavicino, 1
Tel. 0371/372425, Fax 372426

ASL Milano Città

Cinzia STELLATO
Fulvia PREVER
SERT DISTR.5 - v. Albenga 2/4 20152
Tel. 02 / 85782891 - 85782892
85782893 - 85782894

ASL Milano 1

Daniela CAVAGNA e Antonina CARDIA
Ser.T. di Limbiate, Via Monte Grappa, 40
Tel. 02/994308815 – 994308820 - 994308768,
Fax 994308700

ASL Milano 2

Gaetano MINGRINO - Ser.T. di Vizzolo
Predabissi, via Pandina, 1 (c/o Ospedale)
Tel. 02/98115301-98115305, Fax 98115308
Roberto PAGANINI - Ser.D. di Gorgonzola,
via Bellini (c/o ospedale)
Tel. 02/92654680, Fax 92654686

ASL Milano 3

Antonino CARUSO
Ser.T. di Cinisello Balsamo, via Beretta
Tel. 02/24982528, Fax 61802501

ASL Pavia

Marco CAPELLI -
Ser.T. di Voghera, via C. Emanuele,
Tel. 0383/695095, Fax 695096
Giansisto GARAVELLI
Ser.T. di Vigevano, via Trieste, 22.
Tel. 0381/697711, Fax 697721

ASL Sondrio

Teresa PONTICELLI
Ser.T. di Morbegno, via S. Martino, 19
Tel. 0342/607236, Fax 607293

ASL Varese

Daniela CAPITANUCCI
Sert Gallarate, Via Cavallotti 21
Tel. 0331/777895, Fax. 0331/792949
Giuliana MAMOLO e Adriano SERAFFI
SerT Varese, Via O. Rossi, 9
Tel. 0332/277410-283, Fax. 0332/277416