

GIOCHI GOCCE GOCCETTI

**Gioco d'azzardo, psicofarmaci e alcol.
Vecchi e nuovi consumi problematici di massa**



A CURA DI
Mauro Carta e Barbara Guadagni

Mauro Carta

Psicologo e Psicoterapeuta, oltre l'attività clinica privata, ricopre da circa venti anni funzioni di coordinamento e gestione di progetti di prevenzione e promozione della salute per la Parsec Coop. Soc.

Barbara Guadagni

Psicologa e Psicoterapeuta, all'interno della cooperativa Parsec, ha maturato un'esperienza decennale nella gestione di servizi residenziali per persone con problemi di dipendenza.

GIOCHI GOCCE GOCCETTI

Gioco d'azzardo, psicofarmaci e alcol.
Vecchi e nuovi consumi problematici di massa

A CURA DI
Mauro Carta e Barbara Guadagni



Gruppo di lavoro:

*Maura Amerino
Mariano Bottaccio
Mauro Carta
Morena Casalin
Claudio Cippitelli
Claudia Conti
Claudio Dalpiaz
Mario German De Luca
Maurizio Fiasco
Barbara Guadagni
Michele Marangi
Vincenza Marano
Giuseppina Nitto
Michele Pellegrino
Luisa Piras
Giulia Rellini
Giorgia Secondi*

*Il presente volume documenta le attività della campagna GiochiGocceGocetti
realizzata dalla Parsec Cooperativa Sociale
www.cooperativaparsec.it*

*Un particolare ringraziamento a
Francesca Danese e Mario German De Luca del CESV Lazio
insieme alle sedi provinciali per la fattiva collaborazione,
agli enti locali per la disponibilità dimostrata,
ai Ser.T per le informazioni fornite e
a tutti coloro che ci hanno aiutato nello svolgimento dell'iniziativa.*

*Pubblicazione realizzata con il contributo di
Regione Lazio – Assessorato alle Politiche Sociali e allo Sport
© Tutti i diritti riservati*



www.socialelazio.it

Indice

Presentazione

di <i>Rita Visini</i>	7
-----------------------------	---

Introduzione

di <i>Mauro Carta</i>	9
-----------------------------	---

1. Gioco d'azzardo, farmaci, alcol: descrizione del fenomeno

di <i>Barbara Guadagni</i>	13
1.1 Il Territorio	13
1.2 I Dati	18

2. L'intervento

di <i>Mauro Carta e Barbara Guadagni</i>	25
2.1 Il progetto	25
2.2 L'Unità di strada	28
2.3 La mappatura	30
2.4 Il Numero Verde	32
2.5 I Seminari	32
2.5.1 Consumi contemporanei, di <i>Claudio Cippitelli</i>	34
2.5.2 Consumi contemporanei, di <i>Mario German De Luca</i>	43
2.5.3 Gioco d'azzardo, di <i>Maurizio Fiasco</i>	52
2.5.4 Sostanze d'abuso: i farmaci, di <i>Michele Pellegrini</i>	66
2.5.5 Sostanze d'abuso: l'alcol, di <i>Claudio Cippitelli</i>	71
2.5.6 Gioco d'azzardo, di <i>Claudio Dalpiaz</i>	75
2.5.7 Internet e social network, di <i>Claudio Dalpiaz</i>	79
2.5.8 Gioco d'azzardo, di <i>Mauro Carta</i>	81

3. L'indagine conoscitiva

di *Giulia Rellini e Giuseppina Nitto*, in collaborazione con *Cinzia Marano,*

Giorgia Secondi, Maura Amerino, Claudia Conti, Morena Casalin, Luisa Piras 91

3.1 Premessa	91
3.2 I dati	93
3.3 La precarietà	95
3.4 Il limite	99
3.5 La normalizzazione	105
3.6 L'intervento istituzionale	113
3.7 Conclusioni.....	114

Bibliografia	121
--------------------	-----

Allegati

Scheda mappatura	126
Questionario	128
Gadget	132
Locandina	133
Locandina di Roma	134
Cartoline	135
Corriere di Viterbo	136
Il Messaggero di Latina	137

Presentazione

di Rita Visini

Assessore Politiche Sociali e Sport

Era il 2009 quando la Regione Lazio avviava la prima campagna di sensibilizzazione contro il gioco d'azzardo compulsivo e altre forme di dipendenza denominata DIPENDE DA TE. Già allora era evidente quanto la varietà di giochi proposti e la seduttività dei messaggi pubblicitari rappresentassero un fenomeno da monitorare; i numeri dicevano che gli effetti del gioco d'azzardo su quella parte della popolazione più fragile ed esposta rischiavano di diventare devastanti. In quella campagna il gioco veniva affiancato al consumo di alcol e di psicofarmaci, cioè all'uso, o abuso, di sostanze legali, che al contrario di quelle illegali fanno parte del quotidiano di tante persone. La Regione Lazio si preoccupava di segnalare, con un lavoro capillare, che certi comportamenti, certi consumi, proprio in quanto appartenenti alle abitudini di tanti di noi, possono diventare dei comportamenti comunque problematici e dagli effetti pesanti per le singole persone e per chi gli sta vicino.

L'obiettivo di questo intervento è stato quello di assolvere ad un mandato istituzionale di salvaguardia e tutela della salute pubblica, facendo informazione e fornendo indicazioni sui modi e luoghi deputati ad intervenire. Caratteristica, inusuale per questo genere di campagne, è stata quella di differenziare gli interventi per fasce di età, nella consapevolezza che gli stili comunicativi come quelli di consumo sono diversi per un adolescente, piuttosto che per un adulto o anziano. Lo stile prescelto rappresentava una linea comunicativa che invitava a pensare ai propri comportamenti, non stigmatizzava abitudini ma ne sottolineava la complessità e le problematiche. Invitava a ridefinire luoghi comuni su certi comportamenti togliendoli dall'area

del moralismo per considerarli piuttosto delle manifestazioni di fragilità o disagio sulle quali si può intervenire.

Sono passati oltre quattro anni, il problema denunciato all'epoca oggi è diventato un'autentica emergenza sociale, e la Regione Lazio non solo ha previsto di replicare la campagna, ma ha voluto soprattutto dare uno slancio nuovo alle politiche di contrasto alle ludopatie approvando, il 5 agosto 2013, la legge "Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)". Una delle prime normative di questo tipo licenziate da un Consiglio regionale in Italia, il cui testo è stato costruito con il contributo fattivo della Giunta regionale, dei gruppi di maggioranza e di quelli di opposizione: perché davanti alla necessità di combattere a viso aperto la piaga delle dipendenze, non può esserci divisione. In questo caso la politica è stata capace di fare fronte comune per dare risposte vere ai cittadini, risposte che ora devono tradursi in atti concreti, servizi strutturati e una rete in grado di accogliere e sostenere chi cade in queste forme di schiavitù.

Proprio per questo abbiamo accolto con favore la proposta della Parsec di pubblicare gli atti di questo lavoro: per documentare un lavoro capillare di ricerca, comunicazione e intervento svolto in tutto il territorio regionale, un lavoro prezioso anche per le necessità di programmazione e strutturazione degli interventi sociali di cui il Lazio ha bisogno e che attiveremo al più presto.

Introduzione

di Mauro Carta

Psicologo Parsec Coop. Soc.

La cooperativa Parsec si interessa di dipendenze, dalla prevenzione al trattamento, da quasi vent'anni. Partecipare al bando della Regione Lazio per una campagna informativa sulle cosiddette dipendenze legali, rappresentava un'occasione per sperimentarsi in un'area non completamente esplorata. Si doveva operare in quella terra di mezzo tra l'informazione e la prevenzione, tra il proporre un'azione che inducesse a evitare certi comportamenti al promuovere uno stile di vita libero da *vizi*. Si trattava di adulti e non di giovani, di sostanze di normale e lecito reperimento e non di sostanze illegali.

Già nella prima edizione del 2009 abbiamo fatto ricorso alla comunicazione sociale come strumento ideale per la campagna, avendo avuto modo di verificarne l'utilità in tutte quelle situazioni in cui occorre attivare una conoscenza condivisa e critica su determinati comportamenti sociali. Il nostro approccio prevede l'individuazione di canali e spazi di confronto attivo con la cittadinanza interessata a uno o più processi di cambiamento. Vede le persone come individui dinamici, carichi di proprie conoscenze e proprie capacità, facoltà da mettere in gioco e a disposizione di un processo di crescita collettiva, cui tutti partecipano con la stessa forza, gli stessi entusiasmi, le stesse responsabilità.

La comunicazione nel suo significato più ampio include non solo lo scambio di notizie e messaggi, ma anche un'attività individuale e collettiva nell'insieme di scambi di idee, di fatti, di concetti.

La comunicazione sociale è uno strumento di conoscenza e di persuasione utilizzato da soggetti pubblici e privati per coinvolgere la persona e spingerla all'azione, rendendola partecipe dei problemi ma

anche delle soluzioni. Se la comunicazione sociale non è in grado di convincere, provocare una reazione, è poco di più di semplice informazione. Essa include tutte quelle iniziative volte a promuovere o sostenere in modo strategico tematiche o problemi presentati o giustificati in termini di interesse pubblico o collettivo. Pur non avendo uno scopo commerciale, non dovendo vendere un prodotto, necessita comunque di un'attenta pianificazione che tenga conto dello scenario e degli interlocutori, così come degli ostacoli specifici e dei diversi strumenti e canali adeguati al singolo tema e target cui ci si vuole rivolgere. In tal senso è lontana da qualsiasi illusione taumaturgica capace di risolvere alcunché, non promette la risoluzione dei problemi che affronta, ma chiama la società alla presenza attiva; quando fornisce soluzioni preconfezionate e pronte all'uso, allora assomiglia troppo alla pubblicità che ogni giorno lusinga con la facile e felice visione di una vita migliore.

La comunicazione sociale è anzitutto un lavoro d'interazione con la società tutta, un lavoro che da voce e dignità all'individuo facendogli prendere il suo posto di persona pensante al centro del proprio processo di crescita. L'aspetto peculiare sta nel fatto che non fornisce alcuna avvilente facilitazione o risposte falsamente solutive, ma spesso, suscita dubbi, scatena pensieri. Quando non sprona ad un processo di critica attiva, ma chiede il medesimo acritico consenso cui un qualsiasi oggetto aspira per essere acquistato, allora non funziona. Per questo non contempla il tradizionale approccio trasmissivo verticale, così come sottolinea il carattere controverso degli argomenti. In altre parole, nella nostra campagna, non dovevamo insegnare nulla alle persone, non era nostro compito indicare buoni comportamenti, atteggiamento di sapore prescrittivo che quando anche venga accettato funge molto spesso solo da elemento deresponsabilizzante. Il nostro argomento sociale era controverso e noi sostenevamo questa particolarità con i cittadini. La specificità del nostro intervento favorisce la relazionalità tra i cittadini, rimanda all'attivazione e al mantenimento di processi di cooperazione e di cittadinanza attiva; non intende educarli a dei comportamenti corretti riguardo il gioco d'azzardo piuttosto che all'uso di alcol o psicofarmaci.

Occorre però prestare attenzione all'effetto collaterale della comunicazione sociale, cioè il dare visibilità a problemi già noti e apparentemente non controversi, oscurando magari altri temi poco appetibili mediaticamente; o sfruttare aspetti voyeuristici della soffe-

renza dove per colpire i destinatari si ostentano immagini forti relative all'impatto di certi comportamenti, seguendo la retorica dell'effetto dissuasivo di alcune segnalazioni.

Abbiamo ben presente questo aspetto del modello di comunicazione scelto che invita a seguire la "moda" per cui il gioco viene demonizzato *tout court*, o a far riferimento alle pietose storie presupponendo un effetto identificatorio. Dovrebbe essere chiaro a questo punto che la campagna da noi realizzata, dalla scelta dei materiali informativi alla forma comunicativa, era sicuramente riconoscibile per lo stile non moralistico, accattivante e che incuriosiva piuttosto che spaventare illustrando gli effetti di certi comportamenti. Il consumo di alcolici o di farmaci, piuttosto che il gioco d'azzardo fanno parte della vita quotidiana di tantissime persone, senza che per questo rappresentino un reale problema; qui sta l'aspetto controverso della questione, e noi dovevamo stare attenti a indicare un confine oltre il quale certi comportamenti diventano problematici, senza per questo stigmatizzarli in assoluto. Dovevamo far sentire ai cittadini che anche le loro abitudini quotidiane, e per questo soggiacenti ad un processo di normalizzazione, essendo potenzialmente a rischio, meritavano attenzione.

Appare chiaro quindi che un tipo di intervento così concepito non può semplicemente essere implementato da una agenzia pubblicitaria, ma richiede una competenza specifica di chi conosce a fondo il problema e possiede un'esperienza di lavoro nel sociale.

Questi assunti hanno guidato noi e la Cube Advertising partner creativo della campagna nella produzione dei materiali informativi, nella ideazione di un *brand* e di uno stile riconoscibile.

Le cartoline così come i *gadgets*, evocano per esempio, le pubblicità dei prodotti "veri"; solo ad una attenta osservazione e lettura ci si accorge che l'immagine che rimanda al mondo dei consumi è affiancata da uno slogan che invece invita a riflettere sugli effetti di quel prodotto.

Anche il sito web rispecchia ovviamente tale scelta. Ricordiamoci infatti l'età del nostro target, per cui si è optato per una grafica gradevole, accattivante.

Volevamo evitare l'effetto deprimente di alcuni siti istituzionali. Chi abusa, molto spesso lo fa per rifugiarsi in un mondo meno opprimente, per cercare un effimero alleggerimento. Abbiamo dunque utilizzato una grafica che presentasse i temi della campagna in maniera leggera ma senza banalizzazioni, fornendo allo stesso tempo una

sezione informativa precisa e rigorosa per i cittadini e gli addetti ai lavori.

In linea con i concetti della comunicazione sociale prima esposti, il nostro lavoro ha utilizzato le uscite per intrattenere con le persone un dialogo che facesse esprimere i pensieri, convincimenti, pregiudizi su certe abitudini, che permettesse loro di confrontarsi con delle persone esperte, che potessero anche ricevere informazioni e suggerimenti.

Le conferenze poi hanno generato, a partire dalla loro organizzazione, un'attivazione istituzionale e del privato sociale notevole, dal Centro Servizi per il Volontariato del Lazio, che ci ha ospitato nelle sue sedi provinciali e che ha promosso l'iniziativa presso i propri aderenti, ai servizi pubblici, Comuni, Ser.T, che in diverse occasioni hanno partecipato attivamente alle giornate.

Appare chiaro che un lavoro di questo tipo è molto lontano, nel suo impatto anche nel medio termine, da una campagna informativa effettuata semplicemente distribuendo materiali informativi, o tappezzando strade e autobus di cartelli pubblicitari.

Vorrei concludere con due azioni che la Parsec ha voluto inserire nella sua attività pur non essendo richieste dal bando: l'attività di promozione sui media e un'indagine conoscitiva sul fenomeno.

Era nostra convinzione che nel momento in cui ci occupavamo di comunicazione non potessimo non avere un ufficio stampa che si occupasse di dare visibilità sulla stampa locale e sulle radio attraverso comunicati ed interviste.

Allo stesso tempo, abituati a lavorare secondo i principi della ricerca-azione, ci è sembrato doveroso sfruttare i contatti diretti e indiretti della campagna per acquisire informazioni e conoscenze più precise sul fenomeno trattato.

Da questo lavoro così articolato e complesso è maturata l'idea di raggruppare i vari materiali raccolti in questa pubblicazione, che rappresenta essa stessa, l'ultimo atto di un'azione informativa.

1. Gioco d'azzardo, farmaci, alcol: descrizione del fenomeno

di Barbara Guadagni
Psicologa Parsec Coop. Soc.

1.1. Il territorio

Prima di cominciare a descrivere i diversi temi oggetto dell'intervento, verrà brevemente illustrato il territorio in cui siamo andati a lavorare, certi che per comprendere un qualsiasi fenomeno è necessario conoscerne prima di tutto il contesto specifico in cui si verifica. A tal fine verrà presentata una breve analisi socio-demografica delle cinque province della regione Lazio secondo i dati del Censis e del Rapporto 2011 sullo stato delle province del Lazio dell'EURES.¹

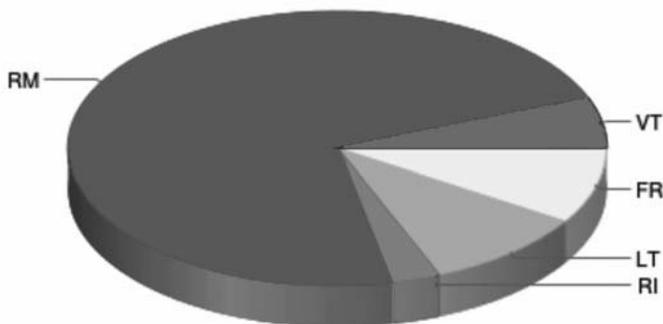
In linea con i dati nazionali, si osserva un progressivo invecchiamento della popolazione: gli over64 nel Lazio nel 2010 hanno infatti raggiunto 1.123.067 unità, pari al 19,8% della popolazione residente, in crescita di 2,5 punti percentuali in dieci anni (erano il 17,3% nel 2000).

Le nascite nel Lazio risultano in calo sia nel 2010 (-0,8%), sia nel 2009 (rispetto alle 56.755 del 2008).

Nelle due realtà più a sud della regione, Frosinone e Latina, si assiste ad una inversione di tendenza per quanto riguarda l'aumento delle nascite.

1. Ricerche economiche e sociali. Indagine realizzata attraverso la somministrazione diretta e telefonica di 2.009 questionari ad un campione casuale di cittadini maggiorenni, rappresentativo della popolazione regionale del Lazio, stratificato per provincia, ampiezza demografica dei comuni, età e sesso della popolazione; periodo di rilevazione giugno-luglio 2011; errore campionario del 2,2% ad un livello di fiducia pari al 95%.

Distribuzione popolazione nel Lazio



Provincia	Numero		Residenti	Età 35-65	%	M 35-65	%	F 35-65	%
	Comuni	kmq							
Frosinone	91	3.244	498.167	217.192	43.59	107.147	49.33	110.045	50.66
Latina	33	2.251	555.692	246.155	44.29	120.534	48.96	125.621	51.03
Rieti	73	2.749	160.467	70.999	44.24	35.533	50.04	35.466	49.95
Roma	121	5.352	4.194.068	1.890.788	45.08	907.704	48.00	983.084	51.99
Viterbo	60	3.612	320.294	144.279	45.04	71.505	49.56	72.774	50.43
Totale	378	17.208	5.728.688	2.569.413	/	1.242.423	/	1.316.990	/

La regione è meta privilegiata dei cittadini stranieri che arrivano nel nostro paese. Al 1° Gennaio 2011 sono 542.688 gli stranieri residenti nel Lazio, con una crescita del 9,5% rispetto al 2010.

Si osserva poi un costante decremento dei matrimoni, i quali scendono nel 2009 a quota 20.888 (il valore più basso degli ultimi 10 anni), registrando un decremento del 6,7% rispetto al 2008. Tale flessione coinvolge tutte le province.

Inoltre, ci si sposa sempre più tardi: nel Lazio nel 2009 l'età media al primo matrimonio è salita a 34,2 anni per gli uomini e a 31,2 anni per le donne, a fronte di valori pari a 31,3 e 28,9 anni nel 1999.

Di contro vediamo la crescita delle separazioni e dei divorzi. In termini assoluti nel Lazio nel 2009 si contano 10.360 sentenze di separazione (+3,4% rispetto al 2008) e 5.375 divorzi (+4,8%), pari complessivamente a 75,3 separazioni o divorzi ogni 100 matrimoni (60,9 in Italia).

Per quanto riguarda il lavoro, nell'anno 2010 nel Lazio gli occupati sono 59,2% (Italia 56,9%), in calo rispetto al 2009 (59,4%) e rispetto al 2008 (60,2%). Si assiste inoltre al decremento del tasso di occupazione, nonostante l'aumento del numero degli occupati.

Nel 2010 il numero di disoccupati nel Lazio ammontava a 231.661 unità (+11,3% rispetto al 2009).

All'interno del fenomeno della disoccupazione uno dei dati più preoccupanti è costituito dalla forte presenza della disoccupazione di lunga durata (cioè da oltre un anno), che colpisce nel Lazio nel 2010 ben 112 mila disoccupati (il 48,3% del totale), 8 mila in più rispetto al 2009 (+7,7%).

Importante il contributo degli immigrati anche in termini occupazionali, con 270 mila occupati stranieri nel Lazio, pari all'11,9% del totale degli occupati, un dato inferiore solo a quello registrato in Umbria e in Lombardia.

Inoltre nel Lazio, nel 2010, il tasso di disoccupazione giovanile ha raggiunto il 31,1% (+0,5 punti percentuali rispetto al 2009), salendo al 33,9% per la sola componente femminile (29,2% per quella maschile).

Accanto alla disoccupazione giovanile, un fenomeno in costante crescita negli ultimi anni è quello dei cosiddetti Neet (Not in Employment, Education or Training), ovvero quei giovani con età compresa tra i 15 e i 29 anni che non lavorano, non studiano e non seguono alcun percorso di formazione, entrando di fatto nella schiera dell'emarginazione socio-culturale, uno tra i serbatoi nella formazione di aggregazioni e comportamenti devianti.

Nel 2010 nel Lazio la dimensione di questo gruppo sociale ha raggiunto le 174 mila unità (+21.668 rispetto al 2009), risultando costituito per il 55,7% da diplomati, per il 12,1% da laureati e per il 32,2% da giovani con una scolarità inferiore.

Ad 1 anno dalla laurea (dati Almalaurea riferiti all'Università La Sapienza, principale ateneo della regione) meno della metà dei laureati del Lazio lavora (il 46,9%); tale percentuale sale al 68,3% a 3 anni dal conseguimento del titolo, rimanendo ancora "a spasso" un laureato su tre (tra questi si contano tuttavia anche coloro che seguono percorsi di specializzazione). La percentuale degli occupati a 3 anni dalla laurea sale a 71,5% tra gli uomini, a fronte del 66,5% delle donne, evidenziando una penalizzazione riscontrabile anche nella retribuzione (pari, in media, a 1.214 euro mensili), con stipendi decisamente più

alti per i primi (1.402 euro) rispetto alle donne (1.098 euro).

Nel 2010, sulla base della linea di povertà stimata dall'Istat (992,46 euro per una famiglia di due persone), crescono le famiglie povere, attestandosi nel Lazio sulle 155 mila unità a fronte delle 139 mila del 2009 (+11,6% nel Lazio e +2,9% in Italia).

Nel Lazio (anno 2011) soltanto il 3,3% delle famiglie intervistate dispone di un reddito superiore a quello considerato necessario per una vita dignitosa (collocandosi dunque nella "fascia del benessere"), mentre il ceto medio (quanti dispongono di un reddito in linea o "leggermente inferiore" alla soglia della dignità economica), raccoglie il 49,1% delle famiglie ed il restante 47,6% si trova nel "rischio povertà", disponendo di un reddito "molto inferiore" al necessario. Rispetto al 2010 si riduce la quota delle famiglie benestanti (era del 7,8%), scende l'incidenza del ceto medio (-6,1 punti percentuali rispetto al 55,2% del 2010) e cresce significativamente la percentuale delle famiglie "a rischio povertà" (+10,6 punti rispetto al 37% nel 2010).

Particolarmente critica appare la situazione delle famiglie "monoreddito" e delle persone sole, collocate rispettivamente nel "rischio di povertà" nel 64,4% e nel 54,6% dei casi.

A rilevare un peggioramento delle proprie condizioni di benessere sono soprattutto gli anziani (56,6%), i residenti dei piccoli comuni (55,9%), i meno scolarizzati (55,8%), i nuclei monoreddito (54,8%) e le persone sole (53,7%).

Nel 2009 nel Lazio si contano 209 casi di suicidio, in aumento del 14,8% rispetto ai 182 del 2008 (+5,6% in Italia). Il Lazio registra un'incidenza di 3,7 suicidi ogni 100 mila abitanti.

Il crollo dei tre capisaldi (il lavoro, la famiglia e il welfare) che regolavano la vita delle generazioni precedenti, genera tra gli intervistati un diffuso clima di sfiducia. Il 61,1% del campione è infatti convinto che le nuove generazioni raggiungeranno nei prossimi decenni un livello di benessere economico inferiore a quello delle generazioni precedenti, mentre il 19,9% prevede un'analoga condizione economica ed il 18,9% una condizione migliore. Sono ancora una volta i residenti dei piccoli comuni (fino a 15 mila abitanti) i più pessimisti, prevedendo nel 75,1% dei casi un peggioramento delle condizioni economiche per le generazioni future.

Negli ultimi anni aumenta costantemente la percentuale del campione che giudica insoddisfacente la qualità della vita del proprio comune, passando dal 55,1% del 2009 al 56,6% del 2011 (a fronte del

43,4% di opposta opinione). In tutte le province, ad eccezione di Rieti, prevale una valutazione negativa sulla qualità della vita, mentre maggiori criticità si osservano nei piccoli comuni, dove i cittadini si dicono “insoddisfatti” nel 65,2% dei casi; seguono i residenti dei comuni di 15-50 mila abitanti (60%) e quelli della Capitale (55,5%).

Tra le richieste formulate dal campione per migliorare la qualità della vita nel proprio territorio, la più pressante è la lotta alla precarietà del lavoro (58,2% delle indicazioni), seguita dal contrasto all’inflazione (31,8% delle citazioni, in crescita di 2,9 punti percentuali rispetto al 2010), auspicando quindi un intervento volto a sostenere i salari ed il potere d’acquisto; seguono le politiche sociali e per la famiglia (il 25,3%) e la sicurezza (22%), questione fortemente ridimensionata rispetto al vissuto allarmistico del 2009 (quando raccoglieva il 32,8% delle citazioni).

I dati fin qui presentati relativi all’anno 2010, soprattutto per quanto riguarda quelli relativi alla condizione economica ed occupazionale dei residenti, non hanno registrato in questi ultimi anni un miglioramento, anzi; la crisi economica nella quale versa il paese riguarda pesantemente anche i cittadini laziali. La precarietà lavorativa, e più in generale di vita, rappresenta un panorama dove i fenomeni oggetto del presente lavoro di comunicazione sociale giocano un ruolo significativo, assumendo il profilo di tentativi di risposta individuale ad uno stato di profondo disagio socioeconomico. Certamente, il consumo di psicofarmaci, l’abuso di alcol e il gioco d’azzardo ricercato ed attuato in modo problematico, sono comportamenti che non trovano la loro spiegazione esclusivamente nella situazione di crisi del paese, ma, crediamo, non siano estranei a quanto sta accadendo all’economia dell’Italia, e più in generale, dell’occidente.

Alta disoccupazione e inoccupazione, aumento della fascia di povertà relativa nella popolazione residente: sembra uno scenario in cui non dovrebbero trovare spazio consumi non indispensabili, come il gioco; eppure la letteratura ci mette in guardia da considerazioni che si stupiscono per comportamenti che sembrano contraddittori. Infatti, davanti ad una realtà che non sembra offrire opportunità, la scelta di tentare una soluzione individuale, oltretutto sponsorizzata e pubblicizzata attraverso i media direttamente da agenzie statali come nel caso del gioco, appare a molti cittadini una scelta non priva di una sua razionalità. Allo stesso modo, di fronte all’ansia e all’angoscia che l’incertezza per il futuro genera in larghi strati di popolazione a causa della

crisi economica e per la riduzione delle tutele del welfare state, il ricorso, fuori dalla prescrizione medica, a farmaci in grado di dare sollievo a questo stato di cose appare, a diversi concittadini, come una scelta certamente rischiosa ma appetibile.

Accanto alla caduta della qualità della vita che dai dati appena elencati risulta vivere il complesso del corpo sociale, vediamo poi anche il peggioramento della qualità delle nostre città: sale gioco, bingo, casinò di periferia, sembrano essere le uniche vere novità nel campo dell'intrattenimento urbano e stanno modificando decisamente lo skyline di molte importanti arterie cittadine e di molti quartieri. Purtroppo inoltre, tutto ciò accade anche in assenza di offerte culturali altrettanto diffuse e di regolazioni in grado di temperare un trend che appare ogni giorno meno controllato. Per molti anni si è messo in relazione il degrado di un territorio con i suoi tassi di criminalità: oggi il degrado dei quartieri ha assunto come immagine simbolica, il profilo di una Las Vegas in sedicesimi. Se sarà una particolare congiuntura momentanea o, al contrario, un fenomeno permanente, è nelle mani e nella volontà certamente degli amministratori e degli eletti, ma anche e soprattutto dei cittadini e delle cittadine della nostra regione.

1.2. I Dati

Di seguito vengono presentati i dati che illustrano i fenomeni oggetto del presente lavoro.

Dai numeri emerge una realtà che giustifica l'intervento pubblico per tentare di conoscere e porre sotto controllo problematiche che altrimenti rischierebbero di restare sommerse.

Lo scenario che emerge infatti, pur non avendo il profilo di un'emergenza sociale, evidenzia la necessità di interventi specifici volti ad aumentare la consapevolezza e la capacità critica dei cittadini sia come individui sia come aggregati collettivi.

Tale compito è già in parte assolto dalle istituzioni (la recente legge regionale sul gioco ne è testimonianza), dalla cooperazione, dall'associazionismo e dal volontariato, ma al momento risulterebbe utile aumentare le risorse a disposizione al fine di fronteggiare al meglio fenomeni certamente complessi che rischiano di essere acuiti dall'attuale crisi economica.

Dati consumo alcol

Secondo l'Istituto Superiore della Sanità- Relazione 2009 -, L'Unione Europea è il territorio con la più elevata proporzione di consumatori di bevande alcoliche sebbene il consumo di bevande alcoliche tra il 1999 e il 2009 è rimasto pressoché invariato attestandosi intorno al 70% della popolazione.

Ogni età sembra avere le sue preferenze in termini di consumo che risultano comunque più dinamiche che statiche: 18-24 anni aperitivi e superalcolici; 25-44 birra, amari.

In Italia secondo i dati ISTAT e della Relazione del Ministro della Salute al Parlamento (Relazione sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 N. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati – Anno 2011), nel 2011 il 66,9% della popolazione di 14 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno. Tale quota è stabile rispetto all'anno precedente e in diminuzione rispetto a 10 anni prima (72%).

Dal 2001 al 2011 inoltre il numero di consumatori giornalieri di bevande alcoliche decresce del 18,4%, specialmente tra le donne (-25,7%).

Il valore del consumo medio annuo pro capite di alcol puro rilevato in Italia (8,02 litri nel 2006) è notevolmente inferiore alla media degli altri Paesi della Regione europea (10,68 litri).

L'Italia risulta essere, assieme al Portogallo, il Paese con il maggiore numero di astemi (individui che non hanno consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi, 39%).

Diminuisce poi la quota di chi consuma solo vino e birra e rimane invariata quella di chi consuma anche aperitivi alcolici, amari e superalcolici.

Aumenta la quota di quanti dichiarano di bere alcolici fuori dai pasti (dal 24,9% nel 2001 al 27,7% nel 2011) e di chi ne consuma occasionalmente (dal 37,1% nel 2001 al 40,3% nel 2011).

Cresce il consumo di alcol fuori pasto dei giovanissimi: la quota di 14-17enni passa dal 15,5% del 2001 al 18,8% del 2011.

I comportamenti a rischio sono più diffusi tra gli anziani di 65 anni e più (il 43,0% degli uomini contro l'10,9% delle donne), tra i giovani di 18-24 anni (il 22,8% dei maschi e l'8,4% delle femmine) e tra gli adolescenti di 11-17 anni (il 14,1% dei maschi e l'8,4% delle femmine).

Dati consumo psicofarmaci

Secondo i dati Osmed (Osservatorio nazionale sul consumo di medicinali) e il Rapporto Osserva Salute 2011, in Italia la spesa relativa a farmaci per il sistema nervoso a carico del Servizio Sanitario Nazionale nell'anno 2005 è stata di più di 1,3 miliardi di euro, di cui 935 milioni solo per gli psicofarmaci. Oltre a questi dati bisogna considerare la crescente incidenza dell'uso di tranquillanti, sedativi e ansiolitici, che, non essendo rimborsabili, non vengono monitorati.

Relativamente ai farmaci antidepressivi, si assiste ad un continuo aumento del loro utilizzo che interessa indistintamente tutte le regioni e che dura dall'anno 2000 al 2011. A livello nazionale, come nella maggior parte delle regioni, l'uso di antidepressivi è cresciuto di oltre quattro volte in una decade. Oltre all'aumento dell'incidenza delle forme depressive, altri fattori possono contribuire a spiegare questo andamento. In primo luogo, l'utilizzo di questa classe di farmaci per le forme depressive più lievi (ansia ed attacchi di panico) è spesso appannaggio dei Medici di Medicina Generale più che degli specialisti. In secondo luogo, possono aver giocato un ruolo anche fattori culturali: patologie come ansia e depressione sono, oggi, meno stigmatizzate dalla popolazione di quanto non lo fossero in passato, il che comporta anche una maggiore accettazione delle relative terapie farmacologiche. Bisogna, inoltre, considerare che questi farmaci vengono utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche come la terapia del dolore: anche questo dato ha verosimilmente contribuito ad un differente approccio nei confronti del loro utilizzo.

Le regioni del Centro-Nord, in particolare Toscana e Liguria, ma anche l'Emilia-Romagna e l'Umbria, risultano avere consumi nettamente superiori rispetto a quelle del Sud. L'unica eccezione a questo quadro è rappresentata dalla Sardegna, i cui consumi si avvicinano a quelli delle regioni del Nord.

Per quanto riguarda lo specifico della Regione Lazio, secondo un'indagine svolta a cura della Regione Lazio (La prescrizione di farmaci antidepressivi nella regione Lazio – Relazione finale del progetto AD-APPRO – Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci antidepressivi), 310.607 soggetti hanno almeno una prescrizione di antidepressivi nel 2006. Di questi:

- Già assuntori (con almeno una prescrizione tra il 2004 e il 2005): 197.415 (63,6%)

- Nuovi assuntori (nessuna prescrizione tra il 2004 e il 2005): 113.192 (36,4%).

Inoltre tra i nuovi assuntori:

- 107.473 (94,9%): nessun contatto con il DSM nel 2006
- 5.719 (5,1%): con almeno un contatto con il DSM nel 2006

Tra il 2004-2008, 6.544.411 prescrizioni di farmaci antidepressivi per 704.396 soggetti (67% donne, 33% uomini). Gli utilizzatori di età inferiore ai 18 anni erano 5.430, pari allo 0,8% di tutti gli utilizzatori. Di questi 3.050 soggetti (56,2%) erano di genere femminile (0,65% di tutti i soggetti di genere femminile) e 2.380 di genere maschile (1,03% di tutti i soggetti di genere maschile). La popolazione ultra 65enne rappresentava il 39,5% di tutti gli utilizzatori: 189.028 di genere femminile (40,1% di tutti i soggetti di genere femminile) e 89.519 di genere maschile (38,5% di tutti i soggetti di genere maschile). Il trend tra il 2004 e il 2008 è crescente sia tra gli uomini che tra le donne. Il 90,5% delle prescrizioni è stata fatta da medici di medicina generale e l'8,5% da medici specialisti.

Dati Gioco d'Azzardo

Il gioco d'azzardo negli ultimi anni ha trovato sempre più spazio e tempo nella vita dei cittadini del nostro paese.

I dati sul consumo di gioco in Italia ci illustrano bene tale espansione: 24 miliardi la spesa nel 2004, 76 miliardi nel 2011.

Secondo i dati di Libera (Associazioni, nomi e numeri contro le mafie Azzardopoli, anno 2011), l'Italia è al primo posto in Europa tra i paesi che giocano di più (ad esempio la Francia gioca il 40% di quello che gioca l'Italia); 1.260 euro la spesa pro capite media l'anno (convenzionalmente si considerano sia i neonati sia gli ultracentenari); 34 milioni i giocatori; 800 mila i giocatori dipendenti, 2 milioni a rischio; 400 mila slot machine presenti in Italia (una macchinetta ogni 150 persone); 1500 sale da gioco.

Vediamo l'andamento negli anni in Italia: 2004 si è giocato 24 miliardi; 2005, 28 miliardi; 2006, 35 miliardi; 2007, 42 miliardi; 2008, 47 miliardi; 2009, 54 miliardi; 2010, 61 miliardi.

Inoltre in Italia, il gioco d'azzardo illegale secondo Libera:

- 10 miliardi di euro il fatturato illegale
- 41 clan si spartiscono la torta del mercato illegale del gioco d'azzardo

- 10 le Procure della Repubblica, Direzioni Distrettuali Antimafia, che nell'ultimo anno hanno effettuati indagini
- 22 le città dove nel 2010 sono stati effettuate indagini e operazioni delle Forze di Polizia con arresti e sequestri direttamente riferibili alla criminalità organizzata.

Per quanto riguarda lo specifico della regione Lazio, sempre secondo i dati di Libera, nel 2011, abbiamo cinquantamila slot machine e 294 sale gioco tra città e provincia, pari al 12% del totale nazionale; il Lazio si attesta al terzo posto per fatturato legale dei giochi con 1,6 miliardi solo nell'ultimo anno; Roma, capitale del gioco d'azzardo.

Sono stati identificati anche dei fattori di rischio demografici: secondo il CONAGGA (Coor. Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo, 2011), il consumo dei giochi interessa prevalentemente le fasce sociali più deboli; si gioca di più e con più soldi nelle scuole professionali, piuttosto che nei licei; gioca di più chi ha minore scolarizzazione; nell'ultimo anno, inoltre, hanno giocato: il 70,8% di chi ha un lavoro a tempo indeterminato, l'80,2% dei lavoratori saltuari o precari, l'86,7% dei cassintegrati.

Internet e social network

Secondo i dati CENSIS («Comunicazione e media», 46° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2012I consumi mediatici degli italiani), sono cambiati e aumentati i modi per guardare la tv. Oggi un quarto degli italiani collegati a Internet (24,2%) ha l'abitudine di seguire i programmi dai siti web delle emittenti televisive e il 42,4% li cerca su YouTube per costruirsi i propri palinsesti di informazione o di intrattenimento su misura. Queste percentuali aumentano nel segmento di popolazione più giovane (14-29 anni), salendo rispettivamente al 35,3% e al 56,6%.

La radio resta un mezzo a larghissima diffusione di massa: la ascolta l'83,9% della popolazione; ma cresce la radio via web tramite il pc (+2,3%) e per mezzo dei telefoni cellulari (+1,4%).

La penetrazione di Internet ha guadagnato 9 punti percentuali nell'ultimo anno e oggi l'utenza si attesta al 62,1% degli italiani (erano il 27,8% solo dieci anni fa, nel 2002). Il dato sale nettamente nel caso dei giovani (90,8%), delle persone più istruite, diplomate o laureate (84,1%), e dei residenti delle grandi città, con più di 500.000 abitanti (74,4%).

Continua la forte diffusione dei social network. È iscritto a Facebook il 66,6% delle persone che hanno accesso a Internet, che corrispondono al 41,3% dell'intera popolazione e al 79,7% dei giovani. YouTube arriva a un'utenza del 61,7% delle persone con accesso a Internet (pari al 38,3% della popolazione complessiva).

L'esplosione dei social media ha avuto come effetto la moltiplicazione delle informazioni personali in rete.

Il 51,2% degli utenti dei social network pubblica informazioni personali e la stessa percentuale vi diffonde fotografie e video propri; il 30,7% comunica le attività che svolge durante la giornata, mentre il 10,7% consente la geolocalizzazione della posizione. Il 7,1% pubblica informazioni e fotografie di altri (amici e familiari) e il 7% pubblica notizie sulla propria vita sentimentale.

Al tempo stesso, prosegue l'emorragia di lettori della carta stampata: i lettori di quotidiani (-2,3% tra il 2011 e il 2012), che erano il 67% degli italiani cinque anni fa, sono diventati oggi solo il 45,5%. Al contrario, i quotidiani online contano il 2,1% di lettori in più rispetto allo scorso anno, arrivando a un'utenza del 20,3%. Perdono lettori anche la free press, che si attesta al 25,7% di utenza (-11,8%), i settimanali (-1%) e l'editoria libraria (-6,5%).

Nel primo semestre del 2012 gli investimenti pubblicitari si sono ridotti nel complesso del 9,7%; diversamente, internet, è l'unico mezzo a registrare una variazione positiva: +11,2%.

Negli ultimi dodici mesi il 24% degli italiani ha acquistato un prodotto o un servizio grazie alla segnalazione pubblicitaria vista in televisione, ma al secondo posto per capacità di influenza viene Internet (13,6%), prima di giornali (11,9%), riviste (9,9%) e radio (6,2%).

Per quanto riguarda lo specifico della nostra regione, secondo il Rapporto 2011 sullo stato delle province del Lazio dell'EURES – Ricerche economiche e sociali (Indagine realizzata attraverso la somministrazione diretta e telefonica di 2.009 questionari ad un campione casuale di cittadini maggiorenni, rappresentativo della popolazione regionale del Lazio, stratificato per provincia, ampiezza demografica dei comuni, età e sesso della popolazione; periodo di rilevazione giugno-luglio 2011; errore campionario del 2,2% ad un livello di fiducia pari al 95%), nonostante l'accesso alle reti dell'innovazione, la banda larga, gli investimenti sui nuovi canali della conoscenza appaiono presupposti essenziali per affron-

tare il futuro, i dati relativi all'accesso delle famiglie a internet (65% nel Lazio contro il 94% della regione di Amsterdam, l'87% di Londra o l'86% di Parigi) posizionano la nostra regione agli ultimi posti nelle graduatorie europee. Non stupisce, in tale contesto, che le domande di brevetto presentate all'European Patent Office pongano il Lazio insieme alla regione di Atene (rispettivamente 18,5 e 6,8 per milione di abitanti), come anelli deboli tra le Regioni-Capitali, con valori molto lontani rispetto alle eccellenze espresse dalle regioni di Parigi (162,6), Berlino (129,7), Bruxelles (71,9) o Amsterdam (65,6).

2. L'intervento

di Mauro Carta e Barbara Guadagni

2.1. Il progetto

L'obiettivo generale del progetto è quello di prevenire e contrastare – attraverso una serie di attività innovative di comunicazione e sensibilizzazione – le forme di dipendenza tra la popolazione della Regione Lazio di età compresa tra i 35 ed i 65 anni.

La scelta operata nell'ambito di questo progetto è quella di porre una particolare attenzione al fenomeno delle dipendenze dalle droghe legali come alcool e farmaci e del gioco d'azzardo. Ciò sia in considerazione del target cui la proposta si rivolge, degli specifici stili e comportamenti di consumo, sia in considerazione del fatto che si tratta delle forme di dipendenza maggiormente emergenti negli ultimi anni. Inoltre su tali consumi è difficile avere dati aggiornati e sino ad ora è stato, quindi, fatto meno sia a livello di politiche pubbliche, sia in termini di sensibilizzazione che di servizi per la presa in carico.

Il progetto ha previsto tre passaggi interconnessi tra loro:

- la realizzazione di una campagna di sensibilizzazione ad ampio spettro mirata alla prevenzione delle dipendenze e dei comportamenti a rischio e rivolta alla generalità degli adulti della regione Lazio;
- il favorire l'emersione e la presa di coscienza delle situazioni soggettive di dipendenza e/o di rischio, attraverso azioni di informazione mirate e di tipo specialistico;
- fornire un primo orientamento ai servizi e alle risorse territoriali nei confronti delle persone con problemi di dipendenza e/o a rischio,

promuovendo in un secondo momento la presa in carico da parte dei servizi e delle risorse territoriali.

Le caratteristiche della fascia di utenti prescelta nell'ambito del progetto – quella degli adulti tra i 35 e i 65 anni – influenzano in maniera decisiva la natura delle azioni proposte ed impongono una serie di scelte metodologiche. Tra queste caratteristiche, vanno messe in evidenza per lo meno le seguenti: si tratta di una fascia di età ampia e molto diversificata al suo interno per abitudini e stili di vita; le forme di dipendenza assumono forme maggiormente private e slegate da dimensioni aggregative e ludiche; infine si tratta in generale di lavoratori, o di soggetti comunque attivi (ad esempio le casalinghe).

Sono dunque persone inserite in un circuito produttivo e familiare che stentano a percepirsi come individui con problemi di dipendenza.

Tutte le caratteristiche evidenziate concorrono a rendere complessa la presa di contatto e l'emersione delle forme di abuso o dipendenza. Non esisteranno dei luoghi "tipici" come avviene per il consumo di sostanze psicotrope (come le discoteche e i rave per i giovani) o attorno ai quali comunque si aggrega la fascia di età in questione (come potrebbero essere le scuole, le università, o i centri anziani per la fascia oltre i 65 anni). In altre parole non esiste un luogo tipico dove contattare i destinatari, dato che questi non si caratterizzano per abitudini o comportamenti specifici.

Un ulteriore problema riguarda la disponibilità dei destinatari a mettersi in discussione e ad accettare di ragionare in termini anche solo teorici sulla propria dipendenza.

Infine, va considerato che, anche una volta affrontato e ammesso con se stessi il problema, queste persone avranno una forte esigenza di anonimato e una scarsa propensione a fare emergere in pubblico la loro dipendenza.

La metodologia di contatto utilizzata dal progetto ha tenuto conto di tutte queste esigenze e si è strutturata sulla base di esse.

In particolare si è previsto:

- l'uso integrato di una serie di strumenti di comunicazione diversi, che possano nel loro complesso arrivare a coprire una ampia fascia del target (siti internet, social network, giornate di sensibilizzazione in presenza, ecc.);
- una garanzia assoluta di anonimato nell'ambito di tutte le azioni di contatto e sensibilizzazione;

- la sperimentazione – nell’ambito delle giornate di sensibilizzazione in presenza – di eventi e luoghi differenziati di contatto: i centri commerciali come le sagre, eventi ad hoc e collegati al tema delle dipendenze come eventi di natura del tutto estranei a questo tema, e così via;
- la massima collaborazione con i progetti finanziati dalla Regione e diretti alla sensibilizzazione delle altre fasce di età di popolazione, in maniera da verificare tutte le possibili sinergie ed integrazioni delle risorse, collaborando attivamente, fornendo contenuti ed esperienze ai fini della definizione di strategie omogenee di comunicazione a livello regionale;
- l’accordo con soggetti che per la loro natura sono a contatto con persone potenzialmente a rischio (agenzie di scommesse, riviste specializzate per scommettitori, ippodromi, farmacie, sindacati, ecc). Tali accordi hanno riguardato la distribuzione di materiale informativo del progetto, o anche forme di collaborazione più strutturata.

Tutto ciò si è declinato in una serie di azioni che si sono mosse in sinergia per ottenere il massimo impatto. Parliamo infatti di comunicazione, informazione, sensibilizzazione, contatto con i destinatari diretti e indiretti, promozione di iniziative.

Possiamo per chiarezza espositiva indicare delle macro aree sulle quali si è articolato il progetto.

Campagna di comunicazione on line. Il progetto ha previsto l’utilizzazione del sito web www.giochigoccegocetti.it. Il sito ha fornito informazioni sul progetto e sulle droghe legali quali alcol, farmaci e gioco d’azzardo ed è stato costantemente aggiornato attraverso la pubblicazione on line di articoli sui temi della campagna e attraverso la rassegna stampa effettuata periodicamente dall’ufficio stampa del progetto. All’interno del sito, gli utenti hanno potuto accedere ad un breve quiz che ha fornito una indicazione relativa al proprio comportamento in relazione al gioco compulsivo, consumo di alcol o consumo arbitrario di psicofarmaci, e che ha suggerito, ove necessario, la consultazione di un servizio ad hoc. A tal fine, è presente una mappatura dei servizi di diagnosi, consulenza e presa in carico delle problematiche relative alla dipendenza attivi sul territorio regionale, ponendo attenzione anche a servizi offerti sulla rete. Attraverso il sito è stato anche possibile partecipare ad una indagine conoscitiva orientata a raccogliere informazioni relative alle opinioni dei cittadini. Particola-

re spazio è stato dedicato ai social network attraverso l'attivazione di un profilo facebook.

Campagna di comunicazione in presenza. La campagna si è sviluppata in “tappe” itineranti sul territorio in ogni provincia della Regione Lazio e sul territorio della Capitale. Le varie uscite sono state programmate anche tenendo conto, di concerto con i referenti degli Enti Locali coinvolti, della presenza di manifestazioni, fiere ed altri eventi, per i quali si stimava una buona affluenza del target del progetto. Sono state garantite 15 iniziative per ciascuna provincia laziale e 20 iniziative su Roma città.

Seminari ed incontri. A sostegno dell'attività in presenza, per rafforzarne l'efficacia, sono stati realizzati seminari ed incontri sul territorio regionale. Gli argomenti dei seminari – 3 per ogni provincia – hanno offerto un maggiore approfondimento delle tematiche trattate: consumo di sostanze psicoattive, psicotrope ed alcol, gioco d'azzardo, dipendenza da internet e social network. I seminari sono stati rivolti, oltre che al pubblico interessato, anche a professionisti ed operatori direttamente coinvolti nelle tematiche affrontate.

Numero Verde. Obiettivo principale del call center è stato l'informazione e l'orientamento ai servizi, in funzione dell'emersione delle problematiche connesse ai diversi comportamenti di consumo. Il numero verde 800 189 499 attivo dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 13.00.

Ufficio stampa e networking. È stata resa operativa una redazione con funzioni di ufficio stampa delle azioni progettuali.

2.2. L'unità di strada

L'unità di strada prevista per la realizzazione degli obiettivi progettuali ha impiegato sei operatrici psicologhe ed esperte di comunicazione e ricerca sociale, più una coordinatrice con la funzione di reperire informazioni sulle iniziative ed organizzare nel dettaglio le uscite, che ricordiamo seguivano due formule distinte. Da una parte la classica uscita di unità di strada, in cui le operatrici, abbigliate con i colori del progetto, si spostavano a piedi per intercettare le persone nei luoghi di aggregazione; dall'altra la presenza con lo stand del progetto ben visi-

bile all'interno di fiere o sagre dove poter intrattenersi con più facilità con i cittadini. Le uscite prevedevano l'impiego di tre operatrici per turno. L'équipe è stata impegnata in un lavoro che è avanzato secondo quattro fasi specifiche in ciascuna delle cinque province della Regione Lazio:

- mappatura del territorio, in particolare di quei servizi che si occupano dei consumi oggetto dell'intervento;
- individuazione di una rete in grado, in prospettiva, di avviare collaborazioni tra i servizi e gli operatori in loco;
- pubblicizzazione del progetto regionale, delle attività seminariali, del sito e del numero verde;
- diffusione del materiale informativo e contatto diretto con la popolazione target;
- somministrazione di un breve questionario sui temi oggetto di comunicazione sociale.

Le uscite hanno raggiunto tanto ciascun capoluogo quanto alcuni comuni della provincia.

Viterbo	Viterbo, Montefiascone, Tarquinia, Civita Castellana, Vetralla, Nepi, Valentano
Frosinone	Frosinone, Anagni, Sora, Cassino, Alatri, Ferentino, Ceccano, Veroli, Ceprano, Paliano
Latina	Latina, Aprilia, Cisterna, Gaeta, Sabaudia, Sezze, Terracina, Monte San Biagio, Formia
Rieti	Rieti, Fara Sabina, Poggio Mirteto, Magliano Sabina, Borgorose, Corvaro, Montelibretti, Scandriglia, Stimigliano, Forano, Cantalupo, Casperia, Osteria Nuova, Paganico Sabino
Roma	Roma, Frascati, Guidonia, Albano, Anzio, Fiumicino, Ostia Lido, Palestrina

Parte del lavoro di équipe è stato caratterizzato dalla distribuzione di materiale informativo. I gestori di bar, farmacie, locali, di pizzerie, di parrucchieri ecc.. sono stati individuati come veicolo indiretto della campagna di sensibilizzazione perché potessero svolgere una funzione socializzante e di tramite con la popolazione locale, anche attraverso il materiale informativo lasciato a disposizione della loro clientela.

Nella maggior parte dei casi l'équipe ha incontrato gestori disponibili ed accoglienti nei confronti, e del progetto presentato e del materiale informativo proposto. In pochi casi invece ha riscontrato negazione, resistenze, finanche atteggiamenti aggressivi.

Inizialmente l'équipe ha interpretato queste reazioni come una semplice ostilità nei confronti di chi rappresentava un'istituzione. Successivamente, attraverso le riunioni di équipe e il continuo confronto, si è ipotizzato che dietro questo tipo di risposte ci fossero, oltre a dinamiche di diffidenza, anche conflitti personali. Molto spes-

so a dire “no” sono stati infatti i gestori di bar e tabacchi che al loro interno proponevano gratta e vinci e slot, per i quali (per stessa ammissione di alcuni), era difficile poter pensare di rinunciare agli introiti ad essi collegati nonostante la consapevolezza delle problematiche da noi rappresentate.

Eclatante è stato il gestore di un bar che ha reagito alla presentazione del materiale informativo e del progetto, con estrema violenza verbale e con un comportamento estremamente aggressivo.

In genere le risposte dei cittadini sono state comunque molte e differenti: abbiamo incontrato chi mostrava atteggiamenti moralizzanti e giudicanti, chi diversamente esprimeva preoccupazione o ancora chi minimizzava il problema.

In totale, sono state incontrate 3287 persone. Il materiale informativo distribuito ha raggiunto il numero di 37405 pezzi: cartoline, locandine e gadget sono stati strumenti per avviare la comunicazione con i cittadini ed invitarli alla riflessione sui tre fenomeni in oggetto. Tali strumenti cartacei contenevano indicazioni utili per la promozione del sito della campagna, del numero verde e delle date delle tre conferenze previste per ciascuna provincia. Complessivamente si può dire che vi è stato un diffuso interesse nei confronti delle problematiche da noi proposte, interesse accompagnato in alcuni casi da un certo allarmismo, in altri da una scarsa conoscenza dei fenomeni in questione.

Si rende necessario dunque continuare a lavorare in questa direzione, da un lato, favorendo una maggiore consapevolezza circa i rischi connessi a determinati comportamenti, dall'altro informando i cittadini della possibilità di rivolgersi a servizi che si occupano in modo specifico del trattamento di questi consumi nel proprio territorio.

2.3. La mappatura

Il lavoro svolto ha permesso di tracciare un quadro regionale nel quale si giustappongono iniziative di eccellenza e carenze nel sistema dei servizi. L'équipe si è impegnata nel favorire il passaggio di informazioni, non sempre agevole, verso la cittadinanza e gli operatori socio-sanitari su quanto attualmente esiste nelle materie in oggetto e di creare un ponte per il raccordo tra i diversi nodi della rete. Sia dalla cittadinanza, sia da operatori di diversi enti è emersa, infatti, una

forte richiesta di riferimenti e indicazioni chiare su percorsi di trattamento avviati e affidabili, non sempre adeguatamente pubblicizzati e conosciuti.

In ciascuna provincia sono stati contattati servizi pubblici e privati, oltre che una serie di esercizi commerciali ad alto tasso di frequentazione. Il primo gruppo è costituito da stakeholders profondamente implicati nei temi affrontati nella campagna di comunicazione *Dipende Da Te*; parliamo in primo luogo delle Aziende Sanitarie Locali ed in particolare Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.), dei DSM, Consulteri familiari e Centri di Alcolologia, ma anche di Servizi sociali comunali e provinciali, Comitati Provinciali della Croce Rossa, Poliambulatori pubblici e privati, Cooperative Sociali, Associazioni di volontariato, Associazioni di categoria, Centri Antiusura, Sportelli per gli immigrati, Patronati, Centri anziani, Biblioteche.

E poi ancora Parrocchie, farmacie, erboristerie, bar, pizzerie, tabacchi e parrucchieri. Il coinvolgimento di esercizi commerciali nelle attività di comunicazione è stato dettato, come sopra esposto, dall'ipotesi che essi potessero rappresentare un ausilio, una sorta di cassa di risonanza, rispetto alla campagna di sensibilizzazione, svolgendo una funzione socializzante e di tramite con la popolazione locale.

Alcune particolarità sono emerse nelle singole province. A Viterbo, ad esempio, l'alcolismo è risultato essere il fenomeno intorno a cui più si sono strutturati servizi di assistenza e presa in carico. Oltre al lavoro fatto dai Ser.T. infatti, sul territorio impattano molte strutture che lavorano in questo ambito. Anche i servizi sociali sono prossimi all'avvio di un centro riabilitativo dedicato finanziato dalla Regione Lazio.

Inoltre, interventi specifici sul gioco d'azzardo, si sono cominciati ad avviare nel Servizio per le Dipendenze di Viterbo.

A Latina si sono rilevati una certa quantità di servizi dedicati al trattamento del gioco d'azzardo patologico oltre che all'alcol: a fianco al lavoro dei Ser.T. sono attivi sul territorio programmi di trattamento specifici sia a cura del sistema sanitario pubblico (in particolare presso il DSM di Latina e Sabaudia), sia gestiti da associazioni e cooperative (sportelli di ascolto, gruppi di auto mutuo aiuto).

A Rieti e Frosinone è emerso un certo allarme sociale circa il fenomeno del gioco d'azzardo patologico e scarse categorie entro cui incanalare questo fenomeno.

Anche Roma, di più difficile lettura data la sua complessità legata alla grande metropoli, si è percepito un certo fermento rispetto al fenomeno del gioco d'azzardo: indicativa è stata un'ampia partecipazione dei responsabili e operatori dei servizi pubblici per le dipendenze durante le conferenze.

2.4. Il Numero Verde

L'intervento dell'Unità di Strada ha poi permesso, come dicevamo, la pubblicizzazione del numero verde, attivo per tutta la durata del progetto, il cui obiettivo principale è stato quello di dare informazioni sui diversi comportamenti di consumo, fornire una prima consulenza e orientare i cittadini ai servizi presenti sul territorio in funzione delle problematiche emerse.

Le chiamate giunte sono state fatte da uomini e donne di diverse fasce di età, sia diretti interessati (per la maggior parte uomini), sia familiari ed amici (per la maggior parte donne), oltre che da altri progetti del territorio.

Le richieste di informazione riguardavano in particolare problematiche relative ad alcol e gioco d'azzardo: quando un comportamento è da considerarsi problematico? Come posso aiutare una persona che presenta un comportamento problematico? A quali servizi è possibile rivolgersi? In generale, dopo una prima consulenza, si è cercato di inviare e orientare ai servizi competenti di zona degli interessati così da poter approfondire ed avere una consulenza specifica con personale esperto. Alcune chiamate sono arrivate da altre Regioni ed anche in questo caso, non avendo una mappatura a livello Nazionale, si è cercato di fornire indicazioni sui servizi attivi avvalendosi di internet.

In totale sono arrivate al numero verde 54 chiamate di cui 5 da altre Regioni.

2.5. I Seminari

I temi oggetto del presente lavoro investono e sono investiti trasversalmente da questioni comuni e annosi interrogativi: quale il confine tra consumo, abuso e dipendenza? Quali i parametri che segnano il pas-

saggio dalla normalità alla patologia? Siamo di fronte a fenomeni sociali o a problemi individuali? Sono sintomi del singolo o della società? Si tratta di “peccati” o reati? Come intervenire? Come curare? Come prevenire? E poi si arriva alle difficili questioni normative che troppo spesso, malauguratamente, antepongono la norma che “contiene”, che “controlla”, alla comprensione.

Temi che richiamano certamente la psichiatria, pronta ad intervenire laddove si intravede qualcosa da curare, ma anche la psicologia, la sociologia, forse l’antropologia, sicuramente la politica, per alcuni persino la religione.

Tutto questo è stato tema e dibattito di 15 conferenze della campagna di comunicazione sociale voluta dalla Regione Lazio in tutte le sue province.

Tali incontri avevano il compito di fornire strumenti ed informazioni a coloro che avrebbero potuto svolgere, a loro volta, un’azione di sensibilizzazione nella popolazione con cui entrano in contatto nel loro lavoro quotidiano. Sono così intervenuti dirigenti ed operatori di servizi pubblici delle ASL RMA, B, C, F, delle ASL di Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo; rappresentanti dei servizi sociali comunali e provinciali; operatori del terzo settore e dell’associazionismo territoriale, tra cui la Cooperativa Il Cammino, Associazione La Tenda, Cooperativa Folias, Cooperativa il Quadrifoglio, Cooperativa Astrolabio, FICS – Roma, Associazione Libera, Associazione Il Pianeta Magico, Associazione La Casa di Prometeo, Comunità In Dialogo, Comunità Nuovi Orizzonti, Comunità Montana Salto Cicolano, Fondazione Exodus, Ce.I.S., Comunità Saman, Associazione di Volontariato “Fondazione Benedetto Pontone Gravaldi”, Casa dei Diritti Sociali, Città Futura, Associazione Lega Vita e Salute, Arci Rieti, Arci Solidarietà Viterbo, Movimento associativo-culturale Cinecittà est; hanno poi partecipato studenti e docenti di Licei e scuole medie, Gruppi Scout, rappresentanti della protezione civile, semplici cittadini. 149 persone che, in diversi momenti, hanno assunto il ruolo di relatori, arricchendo il programma con l’illustrazione di quanto viene già realizzato in merito ai temi in oggetto.

Riteniamo che questa comunicazione “specialistica” rivolta a stakeholder e persone in grado di orientare il pensiero dei cittadini, sia particolarmente efficace, in grado di produrre risultati comunicativi assai più a lungo della durata del progetto stesso.

Nel realizzare tale campagna abbiamo impiegato professionisti

altamente qualificati e tra i migliori esperti nelle diverse tematiche.

In particolare è risultato indispensabile il lavoro degli operatori della nostra unità di strada che durante le loro uscite informative e di riflessione sociale con i cittadini, contattavano ed invitavano professionisti e non, ad intervenire alle conferenze.

È stato poi assai prezioso il contributo del CESV, Centro di servizio per il volontariato della Regione Lazio, alla realizzazione, in ogni capoluogo di Provincia, degli incontri: un contributo che si è concretizzato nella messa a disposizione delle sedi provinciali e nella diffusione tra i suoi associati del programma degli incontri.

Al CESV e al suo Presidente, Francesca Danese, va tutto la nostra gratitudine.

Ringraziamo le reti dei diversi servizi del pubblico e del privato sociale, con le quali manteniamo contatti pluriennali, che ci hanno consentito di raggiungere soddisfacentemente i cittadini delle cinque province laziali.

Ringraziamo poi i docenti, di cui seguono delle brevi sintesi degli interventi, che con passione hanno girato con noi la Regione; ringraziamo infine, soprattutto, quanti hanno voluto partecipare agli incontri, arricchendo il dibattito con le loro conoscenze e la loro sensibilità.

2.5.1. CONSUMI CONTEMPORANEI

di Claudio Cippitelli, Sociologo Parsec Coop. Soc.

Le questioni sociali oggetto di questa breve comunicazione vengono spesso tematizzate (dai media, dal mondo politico, a volte dagli esperti) come emergenze e, come di solito accade quando un fenomeno viene trattato come una *emergenza*, si rischia di perderne la storia, di non rintracciarne la genesi; si smarrisce cioè come, con quale percorso storico, si è arrivati al manifestarsi e al proliferare di tale fenomeno. Così accade che, di fronte all'urgenza di dare risposte, si tralascino le responsabilità di coloro che, su tale fenomeno, ne hanno tratto vantaggio; inoltre, con l'alibi di dare risposte urgenti, ci si scorda di considerare i bisogni sociali ai quali tale fenomeno promette di rispondere, e si varano risposte legislative di norma tese a proibire e reprimere.

Allora, come siamo arrivati a consumare tanti psicofarmaci e a giocare d'azzardo in modo così notevole? Quando gli italiani hanno

smesso di essere i “mangiatori di vino”, come ci chiamavano gli altri europei, per diventare degli abusatori da *binge drinking*?

Le immagini che seguono riguardano il primo gioco della televisione italiana ad avere un premio in denaro, “Lascia o raddoppia”.



Proviamo a partire da qua, dagli anni Cinquanta, per cercare di comprendere come siamo arrivati, culturalmente e antropologicamente, alle *emergenze* in cui ci troviamo oggi.

Nel guardare bene l’immagine, si nota una prossemica particolare: le distanze tra le persone coinvolte sono assolutamente formali, sono tutti abbigliati come se andassero ad un evento importante del calibro di un esame universitario, con la giacca e la cravatta; la donna ha la gonna sotto il ginocchio, formale anch’essa e quanto di più lontano si possa immaginare dalle attuali veline. Il gioco a cui si partecipa è solo in minima parte affidato alla fortuna; all’epoca, infatti, quel gioco a premi richiedeva un basso tasso di alea, mentre erano decisive le conoscenze, le competenze, gli *skills*. Chi voleva partecipare a “Lascia o raddoppia” doveva *sapere*, magari tutto su un tema o un oggetto di nicchia, ma doveva possedere cognizioni. La persona veniva valutata e premiata sulla base di sue competenze specifiche. La posta in gioco era dunque mediata dalla conoscenza. Il ruolo delle donne può apparire come ancillare, come d’altronde lo era in molti altri campi in quegli anni, ma comunque si trattava di un ruolo sempre dignitoso.

Il tempo passa, ci avviciniamo agli anni Settanta, e, per quanto si cominci a vedere un certo mutamento dei costumi che si rilevano più aderenti ad una società che viaggia verso il post industriale, per quanto cambi il ruolo della donna che comincia ad essere una coprotagonista dell'evento, per quanto cominci una maggiore attenzione ai premi in denaro, il format nei giochi a premi continua ad essere lo stesso: bisogna possedere delle competenze per poter ottenere un risultato. L'alea c'è, ma è legata a quella domanda più o meno difficile e dunque continua ad essere importante il sapere e la conoscenza. Lo spazio per l'emozione è residuale.



Oggi siamo arrivati a questo.

Tutte le sere nel nostro paese, gli italiani, subiscono questa catechesi. La catechesi dei pacchi (tra l'altro è un gioco vecchissimo, che si giocava nelle piazze).

Ma cosa è questa catechesi? È cercare di convincere tutti noi che se abbiamo fortuna, se possediamo una *numerologia* (che nella religione ha un significato nobile, in questo caso è un non senso), possiamo accedere ad un premio in denaro anche importante.

Se osservate, vedrete che sono cambiate notevolmente sia le prossemiche, l'abbigliamento, il ruolo sociale del conduttore. Il condutto-

re non è più come una sorta di docente che ti pone domande alle quali devi rispondere, ma diventa un imbonitore che lavora non più sul registro della cognizione ma sul registro dell'emozione. Giochi una partita con la fortuna e il conduttore deve lavorare sulle tue emozioni. Tale passaggio descrive molto bene il cambiamento antropologico di una nazione: siamo passati dal gioco legato ad una competenza, ad una cognizione, alla razionalità, al gioco in cui trionfano le emozioni.

Nessun fenomeno nasce dal nulla ma, al contrario, viene pensato e proposto da qualcuno: in questo caso, la proposta non è iscrivibile banalmente nell'economia del successo o meno di una trasmissione, ma ha a che fare con il ruolo che devono giocare le emozioni nel corpo sociale di una nazione.

Ma soltanto i giochi a premi hanno costruito un'idea di emozione che va comunque soddisfatta per continuare a vivere nella società della performance?

No.



Anche questo spettacolo di grande successo di un importante canale televisivo commerciale lavora con straordinaria efficacia sul registro emotivo. Chi devi essere per partecipare a questo tipo di spettacolo? Qualcuno che ha qualcosa da dire? Qualcuno che ha delle com-

petenze specifiche da giocarsi? Assolutamente no. Se sei fortunato o se sai giocarti bene la tua bellezza, puoi diventare un *tronista*, puoi far parte di un pubblico *parlante*, puoi diventare una persona famosa.

Da quanto detto, cominciamo a comprendere come questi fenomeni oggi alla nostra attenzione (il gioco d'azardo, l'uso patologico di internet, l'abuso di sostanze legali), non possono essere rubricati come emergenze: sono infatti almeno 25 anni che si stanno costruendo le condizioni per arrivare ai consumi attuali. Questi fenomeni non sono di tipo emergenziale, episodici, inattesi, ma ci aiutano a capire cosa sta succedendo, più in generale, in Italia.

Per comprendere meglio, partiamo dagli interrogativi che pone De Rita nel presentare il 46° Rapporto sulla situazione sociale del paese (dicembre 2012):

- “*Chi durante il 2011 non ha sentito una paura di non sopravvivere?*”

In Italia, forse per la prima volta, abbiamo avuto la percezione di massa di non sopravvivere nel proprio lavoro, nelle proprie relazioni, nel proprio stile di vita.

- “*Ci siamo trovati di fronte ad una crisi diversa: non era controllabile dai nostri schemi mentali precedenti*”;

L'Italia ha attraversato crisi importanti: siamo usciti dal dopoguerra, siamo passati attraverso le crisi energetiche, attraverso il terrorismo, attraverso la caduta della prima Repubblica. Allora, però, avevamo una *cornice di riferimento* per poter superare quelle crisi. Di fronte alla crisi petrolifera abbiamo diversificato le fonti energetiche; abbiamo battuto il terrorismo e i diversi tentativi di golpe; con tangenti è caduta la prima Repubblica, abbiamo sperato di farcela pensando che la seconda fosse migliore. Avevamo comunque, giusta o sbagliata, un'alternativa iscritta in una cornice. Oggi ci manca proprio questo, lo schema di riferimento che orienti l'azione, sociale ed individuale, per affrontare questa crisi: la verità è che non sappiamo cosa fare. Scrive ancora il Censis:

- “*Fenomeni planetari, eventi estremi e caduta di sovranità: nessuno aveva sovranità nell'affrontare la crisi ... l'unica sovranità è quella di ciascuno sul proprio corpo*”.

Questa crisi non è controllabile con i nostri schemi mentali precedenti, dice De Rita. Perché? Fenomeni planetari: la crisi economica nella quale ci dibattiamo non appartiene alla categoria delle crisi nazionali, non possiamo risolverla noi; la soluzione non sembra neanche

europea o mondiale, di certo non attiene alla politica e forse neanche a questa economia. Una crisi planetaria che sembra non si possa fronteggiare né dagli individui, né dalle nazioni. Ci troviamo di fronte ad eventi estremi: lo *tsunami* al esempio; il Giappone, un paese tecnologicamente avanzatissimo, messo in ginocchio economicamente ma anche proiettato nell'incertezza nella fiducia dei suoi principi tecnologici, dopo essere stato costretto a spegnere le centrali nucleari.

Siamo dunque di fronte ad una caduta della sovranità: di fronte a questa crisi nessuno sembra più al comando. Chi ha sovranità su questa crisi?

Allora, dice De Rita, l'unica sovranità residua a disposizione dei cittadini è quella che ciascuno ha sul proprio corpo, su noi stessi. Diventa quindi lecito tutto. Sono depresso prendo una benzodiazepina; mi voglio regalare un sogno e, visto che non me lo regala più nessuno, provo a giocare al *gratta e vinci*.

• “*La restanza*”, *tirare fuori quello che ci resta*”

Dunque dobbiamo raschiare ciò che è restato in fondo, tirare fuori *la restanza*, dice De Rita.

E per alcuni questa restanza può essere il tentare la fortuna attraverso il gioco, per altri l'abuso farmacologico o di alcol.

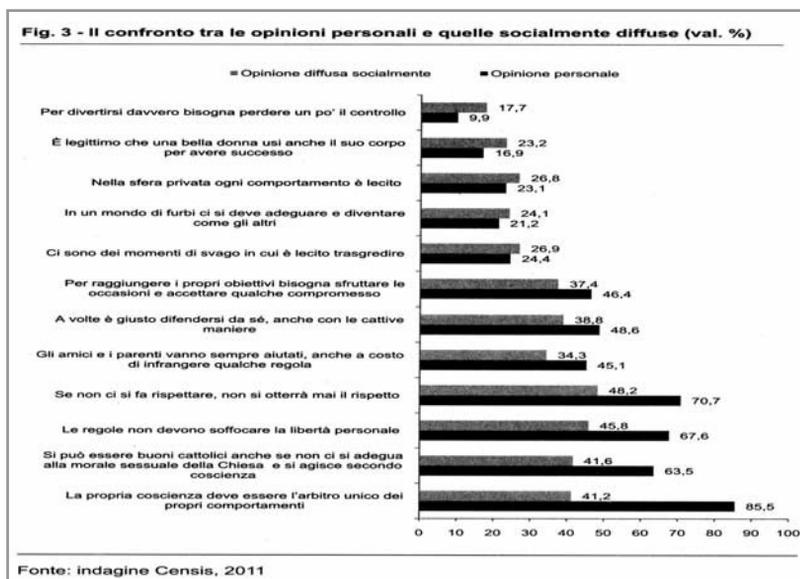
È una crisi antropologica, non solo economica o politica. Viviamo in una fase storica e sociale dove, per molte ragioni, le nostre biografie sono caratterizzate dall'essere individui con un destino non più ascritto totalmente all'appartenenza ad una classe, ad un genere, ad una collocazione geografica. O almeno così ci appare. Se questo ci permette di esprimerci meglio non avendo più delle strade già tracciate (come si deve essere figli, o madri, o mariti), dall'altra ci rende più soli e più affaticati. Noi tutti, più liberi di scegliere (come guadagnarsi da vivere, come educare i nostri figli, come e con chi vivere la nostra sessualità) ma in continua tensione per quella che è stata definita “la fatica di essere se stessi”, nel nuovo millennio ci siamo imbattuti in una crisi generale che ha messo in profonda discussione le idee di sviluppo, di progresso, in definitiva di futuro. Siamo entrati in una crisi che metteva in discussione la nostra visione di stare al mondo.

La crisi antropologica che stiamo attraversando vede la rottura del patto tra le generazioni (come definire altrimenti l'assenza di rigenerazione nella dinamica tra giovani ed adulti), vede il naufragio dell'idea di sviluppo, del senso dello stare insieme. Tutti parlano di comunità, ma la comunità non si rintraccia nelle sconfinite periferie urba-

ne, si rintracciano solo *community*, ovvero comunità di scelta e non di territorio.

Ad aggravare il quadro, si registra in Italia un disequilibrio pesantissimo tra regole e pulsioni.

Vediamo a proposito i dati del Censis.



Tale disequilibrio descrive una società affaticata; si consuma senza desiderio, come diceva Maria Teresa Torti. Ci autoregoliamo rispetto a norme poco condivise (come nel caso dei precetti della Chiesa Cattolica), ma soprattutto noi reggiamo il primato degli interessi individuali e questo ci distingue da altri paesi dove le regole hanno una funzione diversa e la società è un po' più coesa.

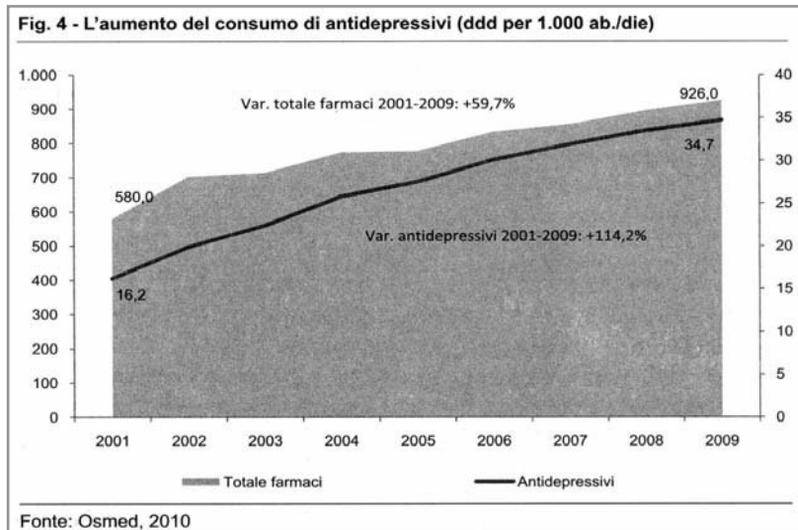
Viviamo un'*ansia societaria* rispetto a cose che di norma non dovrebbero essere fonte di preoccupazione (oggi di fronte alla cassetta della posta pensiamo ad Equitalia e non ad una cartolina di un amico). Insicurezza di massa rispetto al proprio futuro e al lavoro si giustappongono a vecchie questioni, come la sicurezza e l'immigrazione.

Giacomo Marramao ha definito con un termine davvero evocativo la condizione di molti concittadini: malinconia diffusa, una malinconia che ci fa guardare teneramente e rimpianto al passato; e quando

un paese è nostalgico di ciò che è stato, il futuro può diventare terrificante per chi ha la ventura di avere 20 anni.

Questa crisi appartiene dunque alla mancanza di prospettive piuttosto che alla crisi economica. Il vero spread che sopportiamo in Italia non è quello tra i bond italiani e quelli tedeschi ma è quello della disuguaglianza tra i redditi alti e redditi bassi, tra i super ricchi e i poveri. I ricchi, per quanto possano consumare, sono un numero relativamente piccolo, mentre la classe media impoverita e i poveri non consumano più perché hanno paura di ciò che potrà accadere domani.

Di seguito una curva che può fornire elementi utili per comprendere aspetti rilevanti di quella che abbiamo chiamata l'ansia societaria:



Il consumo dei farmaci dal 2001 al 2009.

In Italia il consumo è aumentato del 114,2%. Un aumento continuo, inarrestabile, non ci sono picchi, non ci sono emergenze: casomai l'emersione di un bisogno e della sua (presunta) soluzione. Sei stanco, hai mal di testa, la pubblicità ti dice di prendere due pasticche. Fatto.

Questo fenomeno è il frutto di un preciso lavoro, ripeto, non è un'emergenza. Noi siamo stati educati a prendere farmaci capaci di

curare i sintomi piuttosto che le cause. Oggi, il compito di tutti coloro che fanno lavoro sociale è tentare di invertire la logica, lavorare sulle culture per controllare i fenomeni. Controllarli, abbandonando l'idea che si possano eliminare: ci hanno imposto la *guerra alla droga* e, finalmente, abbiamo capito che era una colossale sciocchezza e che dietro a quella idea si nascondeva in verità la guerra alle persone, a chi usava le droghe. Non sembra il caso di rinverdire, ad esempio rispetto al gioco d'azzardo, tale infausto approccio.

Noi ci interessiamo di questi fenomeni non solo perché ci sono persone malate per l'abuso di giochi, o di farmaci, o perché ci sono famiglie disperate, ma perché non possiamo più accettare che ci siano giovani che crescono dove l'unica offerta culturale o di loisir è rappresentata da una delle tante sale gioco "Las Vegas".

Dobbiamo sempre di più concentrarci non solo sul giocatore problematico ma anche sul contesto in cui si incista tale questione, non possiamo dividere questi fenomeni di massa dal terreno culturale in cui si sviluppano. Sappiamo che il gioco d'azzardo, rispetto alle sostanze psicotrope che creano dipendenza, gode di una certa accettabilità sociale. È di circa un decennio fa una ricerca sull'accettabilità sociale delle droghe; tale lavoro è giunto alla codificazione di alcuni punti attraverso i quali riconoscerne, appunto, la loro accettazione a livello societario: l'accessibilità-reperibilità (e il gioco d'azzardo è facilmente reperibile, oggi ce lo portiamo dietro sul nostro *smartphone*); la percentuale delle persone che hanno provato la sostanza, (nel nostro caso, il gioco, sappiamo che sono molti coloro che hanno provato a giocare almeno una volta ad un qualsiasi concorso, ad esempio il gratta e vinci); il grado di accettazione tra coloro che non fanno uso della sostanza e il grado di accettazione culturale del fenomeno (e anche qui il gioco gode di grande tolleranza rispetto alle altre sostanze che possono creare dipendenza).

Senza costruire altri inutili proibizionismi, di fronte alla pervasività del business del gioco d'azzardo e ad un certo silenzio complice della politica, siamo tutti chiamati ad invocare il ripristino di regole minime di civiltà e fornire al corpo sociale, ancora una volta, elementi critici e di consapevolezza.

2.5.2. *CONSUMI CONTEMPORANEI*

di Mario German De Luca, Psicoterapeuta Ass. La Tenda

Comincerò con una premessa e cioè se i fenomeni sociali, i comportamenti, che vengono letti secondo un approccio di tipo sociologico, possono essere utilmente letti anche attraverso un'ottica psicologica o psicopatologica?

La psicologia individuale, o le psicopatologie aiutano a leggere i fenomeni? Le discipline specialistiche danno un contributo nella spiegazione di un comportamento sociale diffuso?

Sì, si può ragionare di psicopatologia, intendendo però tutto questo come un contributo ad un approccio più complesso e non come la spiegazione di un comportamento o di un fenomeno. I comportamenti umani, i fenomeni sociali sono un insieme complesso di elementi interdipendenti, interattivi e retroattivi, conseguenza delle conseguenze, e non possiamo cogliere queste reti attraverso le coordinate di un'unica disciplina. Noi psicologi siamo stati maestri delle spiegazioni con un solo paradigma, come lo erano i primi filosofi greci (che andavano a cercare un unico principio generale di spiegazione, tutto acqua, tutto fuoco...): se siamo psicoanalisti tutto si spiega con il sesso; se siamo relazionali con la famiglia; se siamo comportamentisti tutto si spiega con il riflesso condizionato.

Nella storia sono sempre esistite correnti che hanno espresso scetticismo sulla natura umana.

Le discussioni sul mondo e sugli esseri umani attraverso la psicopatologia, rappresentano un'idea misera degli esseri umani: la condizione umana da origine a patologie; una concezione meccanicistica che porta a sminuire la capacità dell'essere umano di avere in mano il controllo della propria vita. Varianti deterministiche sono la genesi, la famiglia, le condizioni sociali ma, in ogni caso, è come se ci fosse un destino già segnato. Dicono i sociologi che in Italia la percentuale di persone che nasce in un ceto sociale e muore in un altro è diminuita: dunque destino sociale appunto. Se siamo quindi così deboli, la necessità di avere qualcuno che ci dice, che ci cura, che ci sostiene, è essenziale. Il ricorso allo specialista, ad una componente terapeutica che ci risolve la vita, esprime chiaramente la debolezza di ciascuno.

Siamo dunque di fronte ad una visione fatalistica della condizione umana che dà origine ad una concezione deterministica che porta a sminuire la capacità di ciascuno di prendere in mano il controllo del-

la propria vita e di fare scelte di comportamento consapevoli. In questo, la cultura TERAPEUTICA esprime l'idea della debolezza del sé.

Proviamo ad entrare ora nello specifico dei nostri temi per accennare a quanto lo studio della psicologia e delle psicopatologie può aiutare a comprendere l'evoluzione e la diffusione di fenomeni sociali.

Comportamenti di consumo. Questi comportamenti confermerebbero un'idea di incapacità.

Le letture esclusivamente psicopatologiche del comportamento compulsivo della persona che gioca eccessivamente, confermano l'idea che gli individui non possono fare altro che recitare il copione assegnato loro nell'infanzia.

Ma, come detto, bisogna provare ad uscire dall'idea che gli specialisti ci spieghino tutto. Se pretendiamo di spiegare tutto il fenomeno del gioco eccessivo attraverso la lente del DSM IV facciamo un errore. Il DSM IV ci può aiutare, ma non è La spiegazione.

Il DSM, quando è nato, era un manuale statistico che dava nomi, convenzionalmente accettati, a sintomi e comportamenti e non pretendeva, almeno nelle intenzioni dichiarate, di spiegare ed interpretare.

Cominciamo con quanto ci dice sul gioco d'azzardo.

Il gioco d'azzardo qualora venga diagnosticato come patologico, rientra nell'area dei Disturbi del Controllo degli Impulsi per il DSM IV, ed anche questa collocazione, storicamente determinata, conferma la parzialità e provvisorietà delle interpretazioni e delle classificazioni.

È una dipendenza senza sostanze, ma non fa parte dei disturbi da dipendenza. La ricerca del rischio collegata al gioco, produce un piacere. L'impulso non controllato, è dunque un impulso al piacere: il comportamento del gioco produce un piacere così come l'assunzione di sostanza. Si gioca per sentire il piacere legato al rischio, alla possibilità di vincere, ed a numerose e spesso personali ragioni.

Il non controllo di questo impulso al piacere, può creare un disturbo nella vita di una persona.

Secondo la classificazione del Manuale perché sia diagnosticata questa patologia, devono verificarsi i criteri A e B e, all'interno del criterio A, almeno 5 dei 10 sottocriteri.

Nel **criterio A**, il clinico deve riscontrare un persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come indicato da cinque (o più) dei seguenti:

1. la persona è eccessivamente assorbita dal gioco d'azzardo (è eccessivamente assorbita nel rivivere esperienze passate di gioco d'az-

- zardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare);
2. il paziente 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. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
 5. gioca d'azzardo per sfuggire a 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 d'azzardo;
 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 causata dal gioco d'azzardo.

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

Quando questi sintomi sono preponderanti, quando la vita di una persona è circoscritta a questi criteri, ci si trova in una condizione patologica.

La maggior parte dei test diagnostici utilizzati sono derivati dall'indagine e dallo sviluppo di questi dieci criteri, ma esistono test e questionari che prescindono da questo schema e che offrono interessanti prospettive.

Lo stesso ragionamento il DSM fa per l'alcol.

IL DSM-IV definisce la dipendenza da alcool una modalità patologica d'uso della sostanza, che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativo, come manifestato da tre (o più) delle sette condizioni seguenti, che ricorrono in qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

1. Tolleranza, definita come:

- a) Il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per rag-

- giungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
- b) Un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza.
2. Astinenza, definita come:
 - a) La caratteristica sindrome d'astinenza da alcool;
 - b) La stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi d'astinenza.
 3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.
 4. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza.
 5. Una gran quantità di tempo è spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla, o a riprendersi dai suoi effetti.
 6. Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative, ricreative a causa dell'uso della sostanza.
 7. Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (ad esempio il soggetto continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool).

Vediamo ora la dipendenza da farmaci. Definizione di dipendenza da farmaci secondo il DSM-IV.

• **Iperuso**

Con questo termine si intende l'uso eccessivo per dosaggio e durata del farmaco. In esso si comprende il fenomeno della iper-prescrizione, della automedicazione abituale sotto "controllo" o meglio dietro consenso del medico, in una relazione medico-paziente in cui le responsabilità appaiono largamente condivise

• **Uso improprio**

L'uso improprio contempla l'utilizzo erraneo, fuorviante e inadeguato al soggetto e alle circostanze di un farmaco rispetto alle indicazioni, al dosaggio, alla durata e alla modalità della terapia. Esso caratterizza pazienti predisposti all'abuso / dipendenza, i quali generalmente:

1. assumono dosaggi più di 4 volte maggiori di quelli raccomandati;
2. sono in terapia da più di 12 mesi

3. presentano un'anamnesi positiva per uso associato con alcol o altri farmaci psicoattivi

- **Abuso**

Rifornimento da fonti illegali e comportamento manipolativo, coprescrizioni ottenute da più medici (diversi comunque da chi ha originariamente posto l'indicazione terapeutica), contraddistinguono poi la fase dell'abuso, caratterizzata per definizione dallo sviluppo del comportamento del paziente.

- **Dipendenza**

Secondo il DSM-IV è caratterizzata da aspetti biologici, quali l'insorgenza della tolleranza, del *rebound* (contraccolpo) sintomatologico alla sospensione e/o della sindrome d'astinenza, e da aspetti psicosociali, quali il desiderio persistente della sostanza (*craving*), l'interruzione, riduzione o compromissione di attività sociali e lavorative, l'uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di disturbi psicofisici e di complicanze che lo controindicano.

È possibile avere un approccio psico-sociale ai consumi? È possibile spiegare i disturbi di cui abbiamo parlato con un approccio psicoanalitico? O sistemico relazionale? O cognitivo comportamentale?

A mio parere bisogna usare i singoli approcci settoriali con estrema delicatezza e per usarli in clinica il paziente deve aderire a quella determinata visione dell'uomo altrimenti non è utile. Pensare comunque che un singolo approccio, un'unica riflessione, possa spiegare tutto il fenomeno è fuorviante e significa rinunciare alla comprensione dei fenomeni e, a volta all'effettivo aiuto al paziente.

Vediamo ora qualche dato:

Relazione annuale al Parlamento 2012: Le indagini SPS-DPA e GPS-DPA 2012:

nel corso del 2012 l'Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga ha condotto le indagini SPS e GPS, rivolte rispettivamente alla popolazione studentesca (15-18 anni) e a quella generale (19-64 anni). In entrambe le *survey* era presente una sezione specifica indirizzata a investigare la frequenza e l'abitudine al gioco. In particolare, per gli studenti è stata rilevata anche la presenza di gioco problematico attraverso il questionario *Lie/Bet*.

Questo strumento di indagine è composto da due domande:

- Hai mai mentito ai tuoi genitori o a persone per te importanti su quanto hai speso nel gioco?
- Hai mai sentito la necessità di puntare sempre più denaro?

La risposta affermativa ad almeno una domanda è indicativo per presenza di gioco problematico nella vita.

Nonostante questo approccio semplificato alla stima della consistenza del gioco problematico nella popolazione giovanile, negli studenti intervistati la percentuale di coloro i quali hanno risposto affermativamente ad almeno una domanda è pari appena al 7,5%. Questo sembra non indicarci quindi alcuna emergenza. Pur indicando l'esistenza di un gruppo di persone che ha mentito ai suoi genitori sul gioco ed ha sentito la necessità di giocare più denaro.

Nella stessa Relazione al Parlamento vediamo la Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adolescente:

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e Vinci	44,0	44,2	11,8
Scommesse Sportive in Agenzia o Internet	65,0	15,9	19,0
Giochi di Carte	70,1	19,7	10,1
Giochi on-Line	74,6	13,8	11,5
Video-Poker	84,3	17,1	3,9
Totocalcio	89,4	7,9	8,5
Bingo	87,5	9,5	6,2
Giochi Telefonici	83,6	10,8	3,1
Superenalotto	79,0	9,7	2,8
Lotto	86,1	6,4	4,2
Lotterie Nazionali	92,4	5,4	2,2

Fonte: Studio SPS – DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Sempre nello stesso studio, vediamo la distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adulta:

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e Vinci	46,4	44,4	9,2
Scommesse Sportive in Agenzia	91,1	5,7	3,1
Giochi di Carte con denaro	90,8	8,3	0,9
Giochi on-Line con denaro	98,0	1,5	0,5
Video-Poker	97,1	2,1	0,8
Totocalcio	92,1	7,1	0,8
Bingo	93,5	6,0	0,4
Giochi al Casinò	95,4	4,4	0,2
Superenalotto	53,5	35,3	11,2
Lotto 70,1	25,9	4,0	
Scommesse ippiche in agenzia	98,8	0,9	0,2

Fonte: GPS-DPA 2012

Vediamo ora il consumo di alcol puro annuo pro capite nella popolazione italiana con più di 15 anni. I dati riguardano gli anni 2000-2006
Relazione annuale al Parlamento 2012

Anni	Litri pro capite
2000	8,96
2001	8,61
2002	8,62
2003	8,61
2004	8,37
2005	8,02
2006	8,02

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database 2011

Vediamo dunque che il consumo di alcol è sceso.

Per quanto riguarda altri paesi europei in confronto all'Italia, vediamo che noi siamo sotto la media europea per quanto riguarda il consumo annuo pro capite di alcol puro nella popolazione italiana con più di 15 anni sempre secondo la stessa relazione al parlamento 2012.

Paese	Litri pro capite
Malta	5,26
Svezia	6,60
Italia	8,02
EU (27)	10,88
Repubblica Ceca	14,82
Estonia	16,24

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database 2011

Per quanto riguarda gli psicofarmaci. Analizziamo il Dossier “Usi e abusi di farmaci ansiolitici” a cura di Silvia Lo Iacono Marzo 2010 – Movimento difesa dei cittadini – Osservatorio Salute & Diritti.

Gli psicofarmaci possono suddividersi in tre grandi macro aree	
Sedativi ipnotici-inducenti	Riducono il tempo di addormentamento e riducono la trasmissione degli impulsi
Nervosi	Antipsicotici Impiegati soprattutto nella terapia della schizofrenia e altre patologie psicotiche
Antidepressivi	Stimolano lo stato psicomotorio del soggetto affetto da depressione grave

Secondo il Dossier la spesa complessiva, che nel 2008 ammonta a circa 3 milioni di euro, per queste sostanze è sostenuta per:

- il 44,4% dal nostro Sistema Sanitario Nazionale e interessa soprattutto farmaci appartenenti alla seconda e alla terza classe elencata,
- il 42,5% sono invece acquistati in farmacia dal cittadino,
- la restante parte di spesa è attribuita a strutture pubbliche.

Secondo uno studio condotto dall’INCB (Institute Narcotic Control Board), l’Italia con una percentuale del 32% della produzione globale è anche tra i principali Paesi produttori di benzodiazepine.

Secondo poi il Rapporto annuale Espad -European School Project on Alcohol and Other Drugs, progetto europeo di indagini sull’uso di alcol, droga e sostanze psicoattive nelle scuole, curato per la parte italiana dall’Istituto di Fisiologia Clinica del Cnr di Pisa, la media europea di studenti che ammettono l’uso di psicofarmaci è del 6% e in Italia 1 ragazzo su 10 è ricorso almeno una volta al loro uso. I Paesi maggiori utilizzatori sono la Polonia, la Lituania, la Francia e il Principato di Monaco: circa il 15% degli studenti ha dichiarato di assumere queste sostanze.

In Italia, lo stesso studio è avvenuto nel 2007, su un campione di 10 mila studenti italiani tra i 15 e i 16 anni e colloca l’Italia al quarto posto tra i 35 Paesi europei per consumo di tranquillanti e sedativi senza avere una prescrizione medica.

Allora vediamo che se ci dobbiamo occupare di consumi in Italia, occupiamoci di questi consumi che attraversando le famiglie arrivano in modo silente e quasi naturali alle nuove generazioni.

Tornando ora a quanto detto all’inizio, l’approccio psicopatologico può rivolgersi ad uno spicchio di popolazione e dare qualche sug-

gerimento per la comprensione del fenomeno, ma se dobbiamo osservare i comportamenti di consumo in generale, dobbiamo avere uno sguardo più ampio rivolgendoci anche ad altri approcci al consumo, ad esempio:

- I comportamenti di consumo e le ricerche di mercato
- Le ricerche motivazionali
- Il cognitivismo e la psicologia del consumatore
- Superamento della divisione tra razionalità ed irrazionalità

Questi studi ci potrebbero aiutare a comprendere il comportamento, a capire perché oggi si fa qualcosa più di prima.

Oggi si comprano più “Gratta e Vinci” per diversi motivi: ansia, insicurezza, disponibilità, pubblicità, bisogno di denaro, piacere, l’offerta, la legalità del prodotto...

Ciò che ci piace, ciò che acquistiamo può e viene orientato. I prodotti vengono costruiti a misura del consumatore. Se noi ci attestiamo solo alla componente razionale che ci spinge al consumo noi non comprendiamo il fenomeno. Se, quando pensiamo al giocatore, pensiamo solo alla componente denaro, facciamo un errore allo stesso modo di quando pensiamo solo alla componente psicopatologica.

Noi comprendiamo i fenomeni quando li osserviamo da più punti di vista. La ricerca psicologica e gli approfondimenti futuri dovrebbero concentrarsi anche sugli approcci sopra accennati.

Gli approcci psicopatologici dovrebbero aggiornarsi: quello che è accaduto negli ultimi 10 anni non c’entra nulla con la psicopatologia di 10 anni fa (tant’è vero che oggi gli interventi che sembrano avere maggiori effetti ad esempio sui giocatori patologici, sono quelli più elementari, come ad esempio i gruppi di mutuo aiuto, gli interventi cognitivo – comportamentali). Se noi ci aspettiamo che il DSM IV (1995), ci dica qualcosa sui problemi legati ad i consumi di oggi, ci sbagliamo. Noi siamo di fronte a dei consumi si massa che si spiegano attraverso una complessa interazione di elementi (politici, sociali, territoriali...). È dunque necessario che ricerca psicologia si estenda e la psicopatologia stessa si aggiorni.

2.5.3. GIOCO D'AZZARDO *di Maurizio Fiasco, Sociologo Consulta Antiusura*

Lo spunto per occuparmi del gioco d'azzardo, per quindi aggiornare costantemente la ricerca con dati e analisi in profondità, è dovuto, circa quindici anni fa, all'attenzione che si era suscitata tra le Fondazioni antiusura su questo tema. All'epoca era un argomento "eccentrico": non si avvertiva, anche da parte di osservatori politico-culturali qualificati, la trasformazione che si era iniziata nel fenomeno dell'alea e tanto meno se ne percepiva la salienza nell'opinione pubblica (per non dire degli accademici, se si esclude uno dei pionieri dello studio, il compianto professor Giuseppe Imbucci, dell'università di Salerno). Poiché collaboravo già da tempo con le Fondazioni antiusura (attualmente sono 28 in tutte le regioni) ho ricevuto un invito esplicito a studiare, a raccogliere dati, a organizzare dei modelli interpretativi. Esse erano rimaste sconcertate proprio dai casi – fino a quel punto assai rari e poi via via più frequenti – di famiglie indebitate pesantemente e alcune con prestasoldi illegali, poiché un loro congiunto aveva perso al gioco somme importanti di denaro.

Per il fatto di lavorare sulle soglie liminari (nelle frontiere-famiglia, nelle frontiere-povertà, nelle frontiere-disagio), le Fondazioni avevano dunque percepito già nel 1998 (lo sottolineo: quando il contesto del gioco in Italia era molto diverso da quello attuale) che non ci si imbatteva in casi isolati, dove tra le ragioni prevalenti del fallimento economico delle famiglie – e dunque del fallimento relazionale che segue a quello economico – c'era proprio il gioco, il gioco d'alea, specificatamente.

Va sottolineato che la sensibilità delle Fondazioni proveniva e deriva ancora dalla particolare rilevanza della questione del debito familiare: "amministrare" il reddito nel nucleo non è infatti solo un problema di contabilità, quasi si tratti di organizzare le partite di attivo e di passivo di un "contratto" (quello familiare, oggetto per esempio in Gary Backer di analisi micro-macroeconomica). Reddito e debito, invece, riguardano, più in generale, il nodo centrale di una progettualità relazionale che sorge con la famiglia e che non esiste prima del formarsi di essa.

La condizione di persona esposta a un debito insostenibile e quindi patologico, spesso incrociata con bilanci economici deficitari, genera una sofferenza "multidimensionale". Ormai generalizzata,

per milioni di casi, nell'Italia di questa prima parte del nuovo secolo². Le obbligazioni assunte con i vari enti, soggetti e parti, e che non si è in grado di onorare (per impieghi sbagliati del proprio reddito o per interruzioni impreviste del normale flusso di denaro in entrata, come viceversa per un aumento improvviso delle spese da sopportare) provocano l'alterazione dell'equilibrio familiare, spesso con fratture nel "patto" della coppia e "squalificazione" (o indebolimento) dei ruoli dei vari componenti del nucleo. Adulti, anziani, figli compongono un sistema articolato in molteplici legami, riconoscimenti/disconoscimenti reciproci, con una psicologia della responsabilità che con il debito si modifica, accompagnandosi a pena e sofferenza.

È infatti con la famiglia che ti poni il problema di cosa fai con il tuo reddito personale. Quando invece permani nella condizione di single, è tutto più banale: prima impieghi la scorta di denaro e poi la ricostituisce con le entrate, periodiche o saltuari. Consumi gran parte (più spesso tutto) di quanto hai percepito e dopo ripristini un budget.

Quando si è costituita una famiglia, la coppia genitoriale, progressivamente, si chiede cosa fare per le generazioni che precedono, e nel contempo come adempiere alle responsabilità verso le generazioni che seguono, cioè verso i figli; è con la famiglia che ci si deve dotare di una razionalità per l'impiego del reddito. È certamente un atto "gestionale", ma ancor più significativamente è un atto di "sovranità" sulla continua sequenza di piccole e grandi decisioni per la vita quotidiana.

Le matrici del disagio di una famiglia in debito eccessivamente oneroso solitamente si attribuivano all'insufficienza del reddito per il paniere dei beni e dei servizi fondamentali, oppure all'aver adottato condotte disfunzionali di spesa. Da un lato, lo stato di povertà relativa, dall'altro, il ricorso a scelte temerarie. Con intensità che variavano da una congiuntura economica a un'altra, erano questi i motivi ricorrenti. Tra essi non compariva in maniera apprezzabile – siamo negli anni Novanta – la matrice del gioco d'azzardo, perché esso era un comportamento sostanzialmente di *elite e che riguardava un segmento limitato della popolazione*.

2. Per un approfondimento si rimanda alla mia ricerca per la Consulta Nazionale Antiusura, *Debito, bilancio economico deficitario, sovraindebitamento e rischio di ricorso all'usura*. Una ricerca comparativa sulle regioni italiane, Roma-Bari, luglio 2012

Fino ad una decina di anni fa (o forse anche di più) gli italiani non erano un popolo di giocatori, quanto piuttosto, e come portato di una “sapienza popolare” circa le maniere della sopravvivenza alle grandi crisi dell’Ottocento e del Novecento, una comunità di risparmiatori. Provenivano da una società dove prevaleva la cultura dei produttori, e dunque non si affidavano all’alea, per ricercare un’alternativa di promozione sociale.

L’Italia del secondo Novecento è stata il Paese con il più alto tasso di risparmiatori in Europa (e probabilmente nel mondo), denotando una scarsissima propensione all’indebitamento ed esprimendo una cultura del “valori d’uso”. Da tali fattori si generava una propensione al risparmio, non come un fenomeno dal semplice riscontro contabile (macro e micro economico), ma come un criterio ordinatore dei rapporti tra le generazioni e, a un tempo, come una condotta che qualifica i modelli di avvicendamento tra la generazione presente e, da un lato, quella che precede e, dall’altro, quella segue. Un modello antropologico dunque, che considerava l’importanza del tempo, della responsabilità intergenerazionale, del risultato dell’economia domestica come conseguenza di una applicazione di volontà e di fatica. Le ultime statistiche, invece, documentano che l’Italia è il Paese dell’Unione Europea le cui famiglie risparmiano meno e per contro espongono un’alta (e sempre crescente) propensione al gioco.

Insieme alle partite economico-finanziarie, l’azzardo peraltro non è un mero tratto “di costume”, il rivelatore di una cultura diffusa e di una idea-costruzione sociale della vita. Può divenire anche qualcosa di diverso: una sofferenza psichica, ovvero una patologia relazionale-sociale. Un dato di fatto, quest’ultimo, che da molti anni fa era comunque già noto e inquadrato in un profilo clinico, al punto da venir tipizzato nel 1980 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità. Da allora la dipendenza da alea eccessiva e incontrollata è intesa come un disturbo del comportamento e del controllo degli impulsi. Fino al recente passato, tuttavia, il rischio connesso al consumo di gioco d’azzardo riguardava delle *elite*, vale a dire fasce molto limitate della popolazione. Questo spontaneo contenimento del consumo era possibile poiché il gioco si svolgeva in installazioni localizzate (ma non capillarmente diffuse) e durante un tempo ad esso destinato. Quindi si rispettava quella definizione canonica del gioco come attività separata che deve essere svolta in un tempo e in un luogo appropriati. L’attività inoltre, per dirsi “gioco”, dev’essere non

finalistica, ovvero che non ha altra causa, altro scopo, che sé stessa, la mera operazione del giocare.

Ancora nel 1992-1993 il gioco di alea si svolgeva di sabato e di domenica, ogni giorno in quattro casinò e in una ventina di ippodromi; si replicava in appuntamenti settimanali, nel caso del Lotto o del Totocalcio; o ancora, si svolgeva nella lotteria di Capodanno. La partecipazione all'azzardo era disciplinata da un suo corredo rituale, era collocata in un tempo da dedicare, comportava un'elaborazione dell'immaginazione rispetto all'attesa di possibili vincite. L'alea era una funzione, più o meno censurabile, "compensativa" di tipo psicologico, con il suscitarsi di un pensiero elaborato attorno alla magia della fortuna che potrebbe cambiare la propria quotidianità, la propria vita, la propria sofferenza dovuta alla scarsità di risorse possedute.

Questa era la situazione fino al 1992: esprimeva un equilibrio perdurato sostanzialmente per un secolo. Dalla fine dell'Ottocento fino appunto agli anni Novanta del secolo scorso, nel suo ordinamento e nel diritto positivo (penale e civile) lo Stato italiano definiva il gioco d'azzardo come un disvalore, come qualcosa da inibire, autorizzandolo solo in limitate modalità e sotto stretta sorveglianza. Non c'era dunque un proibizionismo assoluto ma una contrarietà formale etico-politica, dalla quale derivava anche la possibilità di giocare con puntate in denaro, ma limitata a specifici luoghi, confinata in tempi ben definiti, con modalità rigide e subordinando l'accesso agli eventi di alea al seguire certe ritualità.

Nel 1992 esplode una grave crisi finanziaria, provocata dalla tempesta valutaria che si scatena contro il nostro Paese. Si svolge con un attacco violento alla lira, e le autorità monetarie cercano di resistere, in un primo momento bruciando gran parte delle riserve valutarie nazionali. Tentativi a vuoto, un salasso tremendo inutile, fino al punto che inevitabilmente si decide di svalutare la nostra moneta nazionale del 30% e di imporre un prelievo fiscale aggiuntivo, ferreo e improvviso. Il governo è assillato per reperire entrate tributarie dello Stato da utilizzare per chiudere la "falla" e scongiurare il fallimento dello Stato. Pesa anche lo shock che aveva provocato la dichiarazione di default del Messico, pochi mesi prima.

In questo quadro molto drammatico di scelta, si comincia ad utilizzare il "gioco pubblico" (all'epoca "d'azzardo" si definiva solo quello illegale, mentre oggi, nel linguaggio comune, il gioco d'azzardo è in generale il gioco legato alla fortuna) come una leva per aumen-

tare le entrate dello Stato. Parte da lì dunque una stagione dove continuamente si prova ad introdurre o a replicare dei giochi che si presentano come ad alta remunerazione per lo Stato. Sono, quasi tutti, *giochi di alea a bassa frequenza di occasioni e ad alta premialità prospettata*: la forza di attrazione è generata dalla vincita iperbolica attesa. È allora che si introduce il Superenalotto; si moltiplicano le lotterie (“Carnevale di Viareggio” e “Carnevale di Venezia”); si duplica la giocata settimanale del Lotto; si introducono le cosiddette “lotterie istantanee” che evitano il rituale dell’attesa del risultato, ma lo indicano appena cancellate le coperture dei numeri nascosti in un tagliando di carta, dal costo unitario modesto.

Tutto questo sistema sarà sostituito di anno in anno da un dispositivo di gioco che avrà al centro le tecnologie elettroniche, tanto supportate da installazioni fisiche quanto (di recente) da piattaforme informatiche. Sul piano relazionale, il gioco combinato con eventi collettivi (o socializzanti) verrà quasi totalmente smantellato in favore dell’azzardo con modalità veloci o velocissime, al altissima frequenza e con consumazione “solitaria”, “silenziosa”, de socializzata. Il solo linguaggio che correde i commenti circa lo svolgersi del gioco è quello della pubblicità dei concessionari dell’azzardo. Tutti consumatori dell’azzardo restano muti, isolati, e di conseguenza l’apparato simbolico, il pensiero magico, l’aspettativa della vincita, la funzione di compensazione si dissolvono e cedono il passo, nell’arco di vent’anni, ad un sistema ad altissima frequenza (pensiamo ai giochi online con i quali si può giocare ovunque superando quindi la questione di spazi e tempi specifici in cui giocare) che assorbe un numero impressionante di ore procapite e dove quello che fa la differenza nell’innesco della dipendenza, della compulsività, non è più l’immaginazione del premio, ma il meccanismo “stimolo-reazione-rinforzo” che annulla la proiezione psicologica sul risultato. Non si gioca più per vincere ma per continuare a giocare. Questo modello si estende ed escono sempre nuovi giochi a bassa remuneratività, ma ad alta frequenza. In quelli tradizionali si può ormai puntare anche ogni 10 minuti, ogni istante (pensiamo al Bingo).

I giochi ad alta remuneratività e a bassa frequenza decrescono, pensiamo al Lotto o al Superenalotto o alla Lotteria di Capodanno e al Totocalcio, che si sono pressoché estinti. Ci troviamo dunque in una modalità sequenziale ad altissima frequenza, con sempre decrescenti remunerazioni (piccole ma frequenti vincite che fanno sì che il gioca-

tore continui ad investire denaro). Arriviamo così all'effetto paradossale: nell'anno 2012 i premi di una certa consistenza cognitiva, cioè quel premio che tu riesci ad apprezzare e che convenzionalmente definiamo tale dai 500 euro in su, ha un volume che è esattamente la metà del volume delle vincite, sempre di 500 euro, che ci sono state nel 1994. Nel 1994 le vincite sopra i 500 euro furono, ai prezzi attuali, 1 miliardo e 900 milioni di euro; nel 2012 sono stati 920 milioni di euro.

Un *gioco industriale di massa* dunque, che si dilata nel tempo; che entra nelle vite delle persone, impegnandole per molte ore della loro giornata, basato su tecniche di rinforzo ed eccitazione alla compulsività: così si ottiene una definizione realistica e appropriata.

Fino al dicembre del 2012, quando la dipendenza da gioco, grazie al decreto dell'allora ministro della Salute Balduzzi, è stata inserita nei livelli essenziali di assistenza³, si è negata in radice tale situazione. e oggi essa è riconosciuta con reticenza a causa delle conseguenze giuridiche a cui si potrebbe andare incontro: se io ricavo un vantaggio sulla condizione di dipendenza, o addirittura, se io ho indotto qualcuno a contrarre questa dipendenza, posso essere citato per danni (per questo non sono stati previsti oneri aggiuntivi all'assistenza).

Il paradosso del nostro modello è che rimane astrattamente proibizionista – il gioco d'azzardo in Italia è proibito – eppure lo Stato promuove una politica economica del gioco d'azzardo, lo ha fatto cioè incrementare, ne ha consentito la proliferazione al di là della profittabilità. Un altro paradosso è che esso, ad oggi, è diventato anche una matrice del debito pubblico, anziché contribuire alle entrate.

Nei Paesi liberisti chiunque può aprire una bisca, un casinò, sale da gioco, ma con una clausola: ogni centesimo di costo sociale privato o di danno sia privato che pubblico che da questo sistema viene generato a terzi, singoli, gruppi o società, lo si paga interamente. Esistono a proposito dei codici molto precisi: se il giocatore dà luogo a delle

3. Un particolare, in apparenza “curioso”, svela la struttura della questione “istituzionale” dell'azzardo. La predisposizione della cura è lasciata ai servizi sulle dipendenze delle ASL (o USL, a seconda delle regioni) purché non comporti oneri aggiuntivi. Nessuno – in sede di conversione parlamentare del “Decreto Balduzzi” – ha osservato questa plateale messa in mora del diritto costituzionale alla Salute. Di là degli aspetti, gravi, della dimissione dal suo ruolo dell'Autorità nazionale di tutela della salute (il ministro, che dovrebbe esercitare l'alta vigilanza sul Sistema Sanitario Nazionale, in tutte le articolazioni) la dichiarazione formale di divieto di aggiungere oneri alla spesa sanitaria (inibizione che si estende fino alla riponderazione dei capitoli di bilancio).

condotte o anche ad una semantica o a delle espressioni verbali da cui secondo la giurisprudenza si evince che quello è un giocatore patologico, se tu gli fai fare anche un'unica giocata la famiglia ti può citare in giudizio e il giudice, entro 24 ore, può decretare l'ordine al gestore di restituire tutte le perdite accumulate da quel giocatore.

In Italia l'attivazione di un'attività di gioco è una concessione, è il riconoscimento dello Stato ad un privato della possibilità di utilizzare a fini di profitto un bene pubblico, e questa è la concessione, la possibilità di utilizzare un bene pubblico per fare un business privato, a fronte della corresponsione di un onere concessorio. Una volta ottenuta la concessione, praticamente da noi, i concessionari del gioco sono sotto un ombrello che li ripara rispetto ad ogni conseguenza di tipo giuridico; è per loro, così, sancita una forma di irresponsabilità.

Il punto di scontro più alto a cui si è arrivati sta proprio in questo: l'emergere dei costi sociali enormi, e adesso anche dei costi finanziari, che fanno capo al gioco d'alea sta creando nel nostro Paese e nel dibattito pubblico un'opposizione crescente alla logica stessa della concessione; una concessione che non ha altro onere che una corresponsione di una somma allo Stato.

Una volta versata quella somma allo Stato e una volta rispettata quell'architettura del capitolato, di quello che succede alle persone, alle famiglie, alla società, ai quartieri, io gestore della concessione sono esonerato, non pago nessun costo, non ho alcuna responsabilità in merito alla cura, al sostegno.

Nel nostro Paese il *gioco pubblico* è autorizzato mentre il *gioco d'azzardo* è proibito dal nostro Codice penale, salvo quando le vendite di scommesse, lotterie, poker on line, casinò virtuali e "fisici", puntate sulle slotmachine ecc., vale a dire tutte le modalità che si trovano allocate in "sala giuochi con vincite in denaro" (dentro edifici in muratura o nelle piattaforme informatiche) avvengono su *concessione dello Stato* (a fronte, quindi, di un onere concessorio). Tale istituto giuridico – che è cosa ben diversa da un contratto tipico, il quale comporterebbe l'applicazione di tutte le norme del diritto privato e amministrativo – esonera il concessionario salvo il rispetto delle condizioni che hanno giustificato, per l'appunto, la concessione. La conseguenza più vistosa – con riguardo ai danni alla salute, sia fisica e sia mentale del "consumatore" di gioco pubblico – è l'esonero di ogni responsabilità del concessionario essendo questo autorizzato dallo Stato. Nessuno ha dunque una responsabilità giuridica.

Vi è di più. L'esternalizzazione della funzione di ordine pubblico.

Ci troviamo di fronte ad un gioco industriale di massa che ha arruolato al consumo di gioco praticamente tutti gli strati della popolazione: non è più possibile infatti neanche dare un profilo del “giocatore tipo”, si gioca infatti dai 12 ai 90 anni, donne e uomini in ugual misura, giovani e anziani.

Chi è attualmente l'utenza dei servizi pubblici? Il citato Decreto impiega – ed è sconcertante – il lemma “Iudopatia”, formalizzando così, nel testo dei dispositivi giuridici, un termine coniato nel Belpaese (e che non esiste in nessun altro). Oltre a essere un indicatore di degrado della produzione legislativa (di questo passo, nota acutamente il dottor Graziano Bellio, medico psichiatra e presidente dell'associazione scientifica Alea, nel piano per le patologie gastrointestinali si formalizzeranno in termini di “cura del mal di pancia” le prestazioni per le ulcere duodenali e per la prevenzione dei tumori al colon) l'adozione di una simile terminologia muove a cancellare la sostanza della questione, ovvero l'induzione e la mediazione alla vincita di denaro. Il gioco d'azzardo è tale in quanto il consumo di gioco si fonda sulla prospettiva di ricavare denaro dagli esiti del puro caso, entificato quale Fortuna.

Di là da questa notazione, e osservando quel che attualmente si presenta ai servizi territoriali per le dipendenze, emerge come coloro che si rivolgono ai presidi medici e psicosociali appartengono in grande maggioranza alla vecchia generazione di *gamblers*, quando la popolazione che giocava d'azzardo in misura eccessiva componeva un' *elite*, o almeno una minoranza “stigmatizzata”. La nuova generazione di giocatori in patologia, conquistata a un sistema di gioco ad altissima frequenza di gesti reiterati di puntata e scommessa, ancora non si affaccia ai servizi per richiedere assistenza o terapia. A cosa si deve tale “diacronia”, tra il cronicizzarsi di una condizione problematica e la domanda di prestazione psicosociale e/o medica? Perché il ritardo, a fronte di numeri molto alti del consumo e di conseguenza della sofferenza?

A un gruppo di circostanze macroscopiche e a un tempo “invisibili”. La prima è la non disponibilità di una definizione istituzionale, cioè di significato pubblico (un atto normativo, dalla legge alla circolare ministeriale), della sofferenza e dei disturbi (del comportamento e del controllo degli impulsi) derivanti da consumo eccessivo di gio-

co di alea. La conseguenza è stata (e continua a esserlo) che il “giocatore problematico” (o patologico) non riconosce se stesso quale persona in condizione di dipendenza e quindi con un diritto soggettivo alla terapia. Il giocatore, in altri termini, non ritiene congrua la definizione di sé quale persona sofferente da uso eccessivo di gioco, e quindi portatore di una domanda di aiuto. Del resto, la pressione dei concessionari promotori del business ripetono continuamente che i “patologici” compongono una minoranza di persone che hanno progressi “difetti” o fragilità. Esse sono “predisposte” e, in poche parole, costituiscono una minoranza deviante. Da stigmatizzare e al limite da sorvegliare.

Perciò, quando le persone “domandano” aiuto ai servizi, la sensibilità e la motivazione sono provocate non dal “quadro clinico”, ma dalle conseguenze sulla famiglia, in termini di fallimento economico, del gioco incontrollabile. E così, generalmente, si rivolgono ai servizi i congiunti del giocatore, invece che quest’ultimo.

E allora, chi sono i reali “danneggiati” da questa situazione? Una pluralità di persone, siano consumatori di alea e non. Direttamente e mediamente: il giocatore, la sua famiglia, le persone della sua rete sociale, il datore di lavoro, i colleghi. Non mancano tra questi ultimi chi subisce piccoli furti, o ammanchi che si alternano ad assenteismo al lavoro, mentre sovente vi è un netto calo di rendimento lavorativo della persona coinvolta. Si stima che nel 2012 siano stati immessi e registrati nella “macchina” del gambling circa 88,5 miliardi di euro, ovvero quattro volte il bilancio della Pubblica istruzione. Tale somma (ed è solo quella registrata, ma occorre aggiungervi il “nero”) corrisponde a quasi il 12 per cento dell’ammontare complessivo della spesa per i consumi privati nel nostro Paese (in base ai dati ISTAT, tale spesa – dall’abitazione agli alimenti essenziali – corrisponde a circa 830 miliardi di euro). Ma pur limitandosi alla sola quota trattenuta (al netto del montepremi erogato ai “vincitori”) cioè 20 miliardi di euro⁴, la cifra è enorme, ponendosi come causa ed effetto di una disfunzione sistemica.

4. Ma le somme che compongono il montepremi, solo in minima frazione, sono poi spese in effettivi consumi di beni e servizi. Parte di esse, reinserite nella macchina del gioco, sono uno stock “congelato” di domanda, che si reimmette in ciclo continuo nel sistema di gioco. Nella quasi totalità dei casi, le “vincite” sono di una quantità cognitivamente irrilevante, mentre (lo si esporrà più avanti) i premi effettivamente apprezzabili (da 500 euro in su) sono poco più dell’1 per cento del totale del flusso.

Nell'economia nazionale il gioco non produce un indotto di valore aggiunto, poiché esso è un consumo puramente dissipatorio, che quindi non genera una domanda aggiuntiva di beni e di servizi verso altri settori economici. Se si vuole un paragone, pensiamo al mercato privato delle autovetture. Da tale comparto dell'industria meccanica si genera una domanda di trasporti commerciali, di manutenzione della rete stradale, di rifornimento di carburante, di sostituzione di pneumatici, di rimessaggio, e così via. Centrato sulla domanda di uno specifico prodotto, tale mercato redistribuisce la domanda ai gommisti, agli addetti alle autorimesse, alle officine di riparazione, alle autocarrozzerie eccetera. Dunque si tratta del consumo di un bene che è volano per stimolare altri consumi, divenendo un moltiplicatore positivo dell'economia. Il gioco, all'opposto, produce solo altro gioco senza un valor d'uso; agisce dunque non come un moltiplicatore positivo per far ripartire lo sviluppo, ma come un moltiplicatore negativo, perché sottrae denaro ad altri tipi di commercio (e tutto questo inoltre a fronte di un dimezzamento dei premi reali, come abbiamo visto prima). Siamo di fronte, dunque, ad un imponente dirottamento della domanda dalle aziende che producono beni e servizi alle aziende del gioco.

Accanto all'impatto sull'economia, vi è da analizzare gli effetti sugli interventi di assistenza sociale e, in generale, di welfare, insieme all'interferenza sulla gestione amministrativa delle città. E qui c'è da rilevare una novità dell'ultimo anno: l'avvio di una consapevolezza nelle comunità locali e nei Comuni. Aumentano di mese in mese le manifestazioni di reclamo da parte delle Amministrazioni comunali. Esse cominciano a registrare i segnali negativi, per esempio dai segretariati sociali rispetto ai sussidi erogati a famiglie in gravi difficoltà e da queste dissipati nel circuito del gioco. Quanto ai quartieri e ai vicinati, si sta levando un'onda d'indignazione per il degrado che arrecano le installazioni del gioco: occupazione di spazi vicino alle scuole e altri luoghi sensibili, diffusione di reati "predatori" nelle strade per e da le sale da gioco, usura e, in una parola, un rischio maggiore per la sicurezza urbana. Proponendosi di limitare questi disagi, le stesse amministrazioni comunali incappano nell'ostacolo proprio nella procedura formale per il rilascio della concessione. "Io gestore della sala – si sentono bruscamente replicare – non rispondo affatto a te, Amministrazione comunale, ma solo allo Stato, da cui comunque ho avuto la concessione, decisa da Roma e solo avallata dall'autorità di pubblica sicurezza. Sembrerebbe non esservi più nulla da fare, dunque, per

un sindaco che voglia almeno attenuare i guasti provocati dall'inflazione del gioco d'azzardo nella sua città.

Ed è senz'altro così, se ci si limita a “contemplare” il quadro formale dei poteri, senza scavare in profondità. Se però il Comune decidesse di elaborare una strategia di medio-lungo periodo, e dunque si attrezza dando vita a una rete partecipativa, di enti e di associazioni; se attraverso i suoi servizi raccoglie un ampio e dettagliato materiale, che serva a costruire una narrazione dell'impatto sociale e familiare delle installazioni da gioco sul suo territorio, si arriva alla definizione della “contabilità” dei costi (sociali e finanziari) che questo business comporta in termini di svolgimento dei principali servizi comunali: assistenza sociale, controllo di polizia amministrativa, regolazione e promozione di attività produttive. In breve, da questo paziente lavoro si perviene a costruire la motivazione per una serie di provvedimenti, anche formali e regolativi.

Insomma, occorre tracciare analiticamente il profilo di un reale allarme per le conseguenze di queste installazioni del gambling. Ci si deve impegnare a rileggere le fenomenologie del territorio, valutare il comportamento dei servizi rispetto alla potenziale utenza, rafforzare la pressione di reclamo verso lo Stato rovesciando la logica dei costi del fenomeno: essi vanno integralmente posti a carico del business dell'azzardo. Come avviene in ogni paese civile: mentre in Italia si ripete il leit motiv “socializzazione dei costi, privatizzazione dei vantaggi”. E allora si vedrà quanto margine resterà per questa “economia dell'alea”, che in verità esercita una concorrenza molto criticabile verso altri settori economici: potendo essa contare su una “fiscalità di vantaggio” inaccettabile.

Dobbiamo dunque porci in una prospettiva sistemica, costruendo prassi di intervento che coinvolgano tanto il livello nazionale dei poteri pubblici quanto le Amministrazioni locali.

Ragionare con i numeri

Ora qualche dato sul gioco d'azzardo di massa, relativo all'onere per le famiglie, per l'economia e per la fiscalità dello Stato. Quest'ultimo, infatti, vi ricava sempre di meno miliardi di euro, a mano a mano che l'incremento dei consumi di alea avviene con progressione geometrica. Dai 27 miliardi (e 500 milioni) che erano nell'anno 2004, si è passati ai quasi 80 miliardi (per la precisione, 79 miliardi e 900 di milioni) per l'anno intero 2011. Rispetto all'anno immediatamente

te precedente il balzo è stato di 18,5 miliardi, con un incremento del 30,1 per cento.

Eppure il gettito fiscale era sceso, in cifre assolute, di 418 milioni, passando da 9 miliardi e 58 milioni, nell'anno 2010, a circa 8 miliardi e 640 milioni nel 2011. *Per il 2012 l'incremento lordo del consumo è previsto di quasi 24 punti. Ma è molto attendibile la stima che il ricavo erariale scenderà sotto la soglia "psicologica" di 8 miliardi di Euro, e forse ancora di più se la galoppata dell'azzardo via internet acquisirà ulteriori quote, sfiorando un terzo dell'intera megamacchina.* In percentuale, sempre tra l'anno 2010 e l'anno 2012, il risultato erariale crollerà dai 14,7 punti ai 9,2: se si applicano i risultati del primo semestre dell'anno in corso, ma molto meno se proseguirà la irresistibile ascesa dell'on line. In tempi di manovre sui conti pubblici ("Salva Italia", "Cresci Italia" e "Decreto Sviluppo") e poi di *Spending Review* sono questi i numeri della Success Story!

Tavola n. 1

Tassi d'incremento % annuale del consumo d'azzardo								
2005- 2004	2006- 2005	2007- 2006	2008- 2007	2009- 2008	2010- 2009	2011- 2010	2012- 2011	2012- 2004
14,9	23,7	19,7	12,7	14,4	12,9	30,0	23,9	246,3

Andamento dei ricavi del Prelievo Erariale Unico									
Anni	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011
Totale entrate erariali (al lordo delle spese)	7298	6157	6718	7195	7746	8809	9058	8640	
Rapporto % tra consumo ed entrate erariali	29,4	21,6	19,1	17,1	16,3	16,2	14,7	10,8	

Anno 2012, circa 8.000 milioni

Elaborazione di M. Fiasco su dati MEF e AAMS

Consumo o Raccolta?

Tali sono i volumi del consumo di giochi, che però, con il lessico della retorica, i Monopoli di stato definiscono "raccolta": come l'ammasso del grano della mietitura, dell'uva della vendemmia, delle olive di primo autunno. Conviene quindi essere precisi, perché ben differente risulta la cifra reale, di quel risultato che né l'Aams né il Mef (acronimi dei Monopoli e del ministero dell'Economia) ci tengono molto a far sapere: *l'introito lordo per le casse dello Stato* è molto meno di 9 miliardi.

Tra il 2004 e il 2011, mentre il consumo (in volume totale) è balzato del 246,3 per cento, il beneficio per il fisco è lievitato di un misero 18,4. Beneficio calcolato sul volume totale delle varie modalità che, lo ripetiamo, potrà risolversi nel 2012 in un valore ancora nettamente più basso.

Questa la situazione del 2001 e questa del 2012. Come vedete qui c'è la spesa lorda del gioco e qui il ricavo dello Stato (incassi erariali): vediamo che più si gioca e meno lo Stato guadagna. Lo Stato nel 2012 ha avuto dei ricavi erariali dal gioco inferiori ad 1 miliardo e 600 milioni di euro rispetto al 2011. Perché?

Perché si sono sostituiti i giochi ad alta remuneratività e a bassa frequenza con giochi ad alta frequenza e bassa remuneratività e lo Stato su questi guadagna di meno. Perché? Per mantenere le persone al gioco si è dovuta incrementare la “restituzione”, la vincita (riduzione dunque della frustrazione della perdita), in modo da far vivere al cliente continuamente l'esperienza dello *stop and go*, cioè stimolo e rinforzo (e ciò è reso ancora più semplice dal fatto che i giochi sono sempre a soglia di accesso più bassa, negli uffici postali, nelle mense aziendali, nei supermercati, negli autogrill ... e oltretutto aumentano sempre di più anche i giochi online proprio per questo meccanismo di stimolo-risposta immediata su vincite basse). Dunque, mentre diminuiscono i giochi con grosse vincite (vedi Superenalotto) che hanno una minore frequenza e un maggior differimento tra lo stimolo e l'eventuale risposta (sono infatti legati ad una scadenza), aumentano quelli con alta frequenza e bassa remuneratività e questo fa diminuire le entrate per lo Stato: lo Stato infatti dal Superenalotto (alta remuneratività, bassa frequenza) *guadagna, già in premessa, il 50% delle somme spese per acquistare il tagliando. Ma può arrivare a ottenere molto di più, qualora non si verificano le grosse vincite a ripetizione.* Quando nessuno vince grosse cifre, infatti, lo Stato incassa tutto, eccetto una parte che va al concessionario che gestisce il sistema. Sul gioco del Lotto – l'offerta di alea più antica e un tempo più popolare – lo Stato ricava oltre il 30 % delle somme versate ai botteghini.

Al contrario, su quei giochi che devono dare una continua restituzione in denaro (bassa remuneratività, alta frequenza) il margine di guadagno dello Stato si assottiglia.

Per quanto riguarda i concessionari, per continuare ad ottenere dei risultati imponenti, nonostante queste piccole restituzioni in denaro indispensabili per far continuare la persona a giocare, hanno dovuto

to dilatare il mercato fino ad arruolare praticamente tutti i profili della popolazione, dagli adolescenti fino agli anziani (le pari opportunità per la donna nel gioco d'azzardo sembrano essere state effettivamente realizzate!), modificando ad esempio la location dei giochi (prima i locali delle scommesse erano locali brutti, frequentati per lo più da uomini, respingenti per le donne, mentre oggi sono installazioni molto luminose, pulite e attraenti anche per le donne) e aumentando le installazioni così come le possibilità di gioco.

Il concessionario, a sua volta, per mantenere la condotta di gioco del suo target deve ridurre la quota che lui trattiene per sé e riversare la quota che va in premi non sul grande premio (pur mantenendolo), ma sui piccoli premi (aumentando la loro frequenza), in quanto sono questi a trattenere il giocatore al gioco. Tali piccoli premi confondono il giocatore. Sono infinite microesperienze contrassegnate dalla sequenza di “giri vincenti” e “giri perdenti”, che hanno l'effetto di far smarrire al giocatore l'abilità cognitiva di valutare la congruenza delle scelte che sta facendo: il volume dei soldi investiti è adeguato rispetto alle vincite ottenute di giro in giro?

Dunque se è vero che le entrate previste per il concessionario e per lo Stato si sono assottigliate nel passaggio da giochi *a bassa frequenza e ad alta remuneratività* a giochi *ad alta frequenza e a bassa remuneratività*, prevedendo per questi piccole e continue restituzioni ai giocatori, dall'altra parte è anche vero che arruolando sempre più persone al gioco, tali entrate sono comunque importanti⁵.

La scarsa attrattività dei giochi ad alta frequenza accompagnata però dall'aumento dei loro consumi documenta l'estendersi dell'addiction: è stato proprio il gioco moderato (ad alta frequenza e a bassa remunerazione) che ha arruolato tanta popolazione al gioco. Ci troviamo, in conclusione, di fronte ad un fenomeno di massa – vale a dire a una dipendenza da gioco d'azzardo patologico – che è tanto una sofferenza psicologica quanto una disfunzione del sistema delle relazioni interpersonali: intrafamigliari, micro sociali e macrosociali. Senza avere nemmeno lontanamente compreso, da parte dello Stato, di quali strumenti ci sia necessità per affrontarla.

5. L'ammontare della quota trattenuta (parte dallo Stato e parte dal concessionario) si aggira nel 2012 su circa il 20% del totale del denaro immesso, fuoriuscito, reimmesso nelle varie modalità di azzardo.

2.5.4. **SOSTANZE D'ABUSO: I FARMACI** *di Michele Pellegrino, Medico Ass. La Tenda*

L'**abuso di medicinali** è stato definito dall'OMS come "l'assunzione di un farmaco indipendentemente da necessità medicinali o in quantità non necessarie" e al di fuori delle normali modalità di **prescrizione medica**. Assunzione dunque quando non si ha una malattia precisa, in quantità non necessaria, fuori da un trattamento. Una corretta prescrizione, una corretta assunzione farmacologica, prevede una **diagnosi, seguita dal farmaco, dosaggio, numero di somministrazioni, durata del trattamento**.

Il DSM IV distingue:

- **Iperuso**

Con questo termine si intende l'uso eccessivo per dosaggio e durata del farmaco. In esso si comprende il fenomeno della iper-prescrizione, della automedicazione abituale sotto "controllo" o meglio dietro consenso del medico, in una relazione medico-paziente in cui le responsabilità appaiono largamente condivise

- **Uso improprio**

L'uso improprio contempla l'utilizzo erroneo, fuorviante e inadeguato al soggetto e alle circostanze di un farmaco rispetto alle indicazioni, al dosaggio, alla durata e alla modalità della terapia. Esso caratterizza pazienti predisposti all'abuso / dipendenza, i quali generalmente:

- 1) assumono dosaggi più di 4 volte maggiori di quelli raccomandati;
- 2) sono in terapia da più di 12 mesi
- 3) presentano un'anamnesi positiva per uso associato con alcol o altri farmaci psicoattivi

- **Abuso**

Rifornimento da fonti illegali e comportamento manipolativo, coprescrizioni ottenute da più medici (diversi comunque da chi ha originariamente posto l'indicazione terapeutica), contraddistinguono poi la fase dell'abuso, caratterizzata per definizione dallo sviluppo del comportamento del paziente.

- **Dipendenza**

È caratterizzata da aspetti biologici, quali l'insorgenza della tolleranza, del *rebound* (contraccolpo) sintomatologico alla sospensione e/o della sindrome d'astinenza, e da aspetti psicosociali, quali il desiderio

persistente della sostanza (*craving*), l'interruzione, riduzione o compromissione di attività sociali e lavorative, l'uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di disturbi psicofisici e di complicanze che lo controindicano.

Vediamo ora la storia dell'abuso dei farmaci partendo dal papavero da oppio, dalla morfina, perché la storia dell'abuso dei farmaci si lega alla storia dell'abuso delle sostanze attualmente illegali: molte volte infatti la differenza tra l'abusare di un farmaco e l'abusare di una droga ha prettamente a che fare con dimensioni di ordine giuridico. Gli oppiacei, la cocaina nei primi del 900 erano ancora dei farmaci legali.

Nell'antichità non esistevano i farmaci ma le erbe. C'erano sostanze di uso comune, olio, aceto, vino, erbe che venivano manipolate ed usate dai guaritori.

I Sumeri della Mesopotamia facevano uso del papavero da oppio intorno al 4000 A.C. per i suoi effetti euforizzanti. Gli Egizi successivamente lo usavano come calmante per i bambini. Come antidolorifico era diffuso fra i Greci e i Romani. Il Galenos, miscela di oppio e alcol, era considerata una infallibile cura per diversi disturbi, fra i quali avvelenamenti, cefalee, problemi di vista, epilessia, febbre, sordità e lebbra. Marco Aurelio, curato con il Galenos, subì le conseguenze dell'uso ripetuto di tale sostanza: la dipendenza.

Con la Rivoluzione Industriale del 1800, in Europa l'oppio diventa una sostanza a basso costo e molto diffusa. L'Inghilterra possedeva in India grandi piantagioni di papavero da oppio e commercializzava in Europa l'oppio a prezzi dieci volte più bassi della birra e dell'alcol. A seguito di tale disponibilità si verificò un'epidemia d'abuso più grave dell'alcolismo.

Proprio in questo periodo si cominciò una produzione industriale di primi farmaci a base d'oppio: sciropi, cordiali, polveri. L'uso d'oppio si diffuse anche tra letterati e intellettuali fra i quali Byron, Dickens e Baudelaire. Cominciano a nascere i primi libri che parlano della piacevolezza delle sostanze, sulle loro modalità di uso. A metà 800 in Francia viene inventata la siringa che apre a nuove modalità di assunzione.

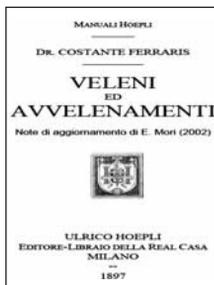
Nel 1804 Armand Séquin ne isola il principio attivo, chiamandolo morfina. La morfina fu in principio utilizzata come antidolorifico e poi per la cura di malattie organiche e sociali, come l'alcolismo e i problemi connessi a tale abuso. Nel corso della seconda metà del 1800

la morfina venne usata in numerose guerre per dare sollievo fisico e psicologico ai soldati in battaglia e quest'uso generò la dipendenza di migliaia di militari a tale sostanza, malattia che venne denominata "la malattia del soldato".

Qui accanto un ospedale da campo militare in America in cui l'unico farmaco utilizzato molto per sedare le urla di dolore dei militari, era la morfina.



Alla fine dell'Ottocento gli effetti della morfina e di altre sostanze come la cocaina, venivano descritti. Qui sotto un libro dell'epoca che ne dà una descrizione.



I - MORFINOMANIA. - L'uso tanto comune e frequente delle iniezioni ipodermiche di morfina è stato in questi ultimi tempi la causa d'una nuova malattia: la morfinomania, non rara a riscontrarsi nelle classi sociali più colte ed elevate, e specialmente negli individui neuropatici e nevrastenici.

Su 100 morfinomani *Levinstein* contò 72 uomini e 28 donne. Su 100 lo stesso autore trovò 32 medici, 8 mogli di medici, 1 figlio di medico, 2 diaconesse (suore di carità della Chiesa riformata), 2 infermieri, 1 ostetrica, 1 studente in medicina, 6 farmacisti, 1 moglie di farmacista. Questa breve statistica dimostrerebbe come alla diffusione della malattia contribuisca la facilità di procurarsi il veleno.

Secondo *Charcot* il fenomeno precursore del morfinismo è la sofferenza reale provata dal malato allorché l'iniezione non è fatta o semplicemente ritardata.

Gli avvelenamenti acuti per cocaina sono per lo più casuali, per iniezioni di dosi troppo elevate dell'alcaloide, praticate a scopo terapeutico. *Dujardin-Beaumez*: ed altri videro sopravvivere accidenti tossici per iniezioni ipodermiche non superiori a 1-2 centigrammi di cocaina. *Berger* osservò un caso mortale per iniezione nella tonaca vaginale d'una cucchiainata di soluzione di cocaina al 2:100 in un giovinotto affetto da idrocele. *Maltison* due avvelenamenti letali: l'uno in seguito ad iniezione nell'uretra di un centimetro cubo d'una soluzione di cocaina al 4:100; l'altro per iniezione in un neo della faccia. *Delboze* riferì 4 casi seguiti da morte per dosi di 50-80 centigrammi; *Abadie* un caso di morte in 5 ore in seguito all'iniezione di 4 centigrammi nella palpebra inferiore; *Kolomnin* vide morire una donna 3 ore dopo la somministrazione d'un clistere contenente grammi 1,04 di cocaina.

Gli anemici, i nevropatici, i vecchi, i fanciulli, i deboli, i malati di cuore e di polmoni presentano una suscettibilità speciale per la cocaina, e parrebbe che le iniezioni alla faccia predispongano specialmente all'intossicazione.

Chi abusa di farmaci: colui che deve correggere gli effetti di altre sostanze assunte (esempio, cocainomane che usa farmaci per spegnere gli effetti della cocaina); chi si automedica (per sedare la propria ansia o il proprio mal di testa).

Di cosa si abusa: l'abuso non riguarda solo il principio attivo contenuto nel farmaco, ma anche le modalità di assunzione e cioè l'assenza di prescrizione e/o l'inosservanza delle indicazioni terapeutiche.

Tra i farmaci d'abuso, troviamo:

- Farmaci che condividono lo stesso principio attivo o molecole appartenenti alla stessa classe farmacologica di altre sostanze d'abuso considerate illegali (analgesici oppiacei od oppioidi, morfina, codeina, buprenorfina, destrometorfano, efedrina),
- Farmaci che inducono spesso effetti piacevoli e potenzialmente a rischio di indurre dipendenza (barbiturici, benzodiazepine. I barbiturici e le benzodiazepine lavorano sugli stessi recettori, ma i barbiturici sono molto più pericolosi in quanto maggiormente tossici, tanto che in passato venivano usati per il suicidio);
- Farmaci i cui effetti si combinano con quelli di alcune sostanze potenziandoli (alcol con benzodiazepine);
- Farmaci in grado di indurre alterazioni dello stato di coscienza e talvolta allucinazioni (atropina, orfenadrina);
- Farmaci in grado di migliorare le performance fisiche o sessuali (famiglia del doping, farmaci contro l'impotenza).

Possiamo dunque affermare che “tutte le sostanze sono tossiche, solo la dose fa la differenza tra un veleno e un medicamento” (Paracelso, XVI secolo)

Gli psicofarmaci comunque in generale possono essere divisi in tre famiglie:

ANSIOLITICI

Farmaci che agiscono sui recettori GABA. Sono i barbiturici e le benzodiazepine.

Hanno proprietà ipnoinducenti, miorilassanti, anticonvulsivi, abbassano il livello di ansia, contrastano i sintomi acuti da astinenza da alcool (es. valium)

NEUROLETTICI

Farmaci impiegati nel trattamento delle psicosi, agiscono bloccando i recettori della dopamina (es, serenase)

ANTIDEPRESSIVI

Si hanno 3 classi principali: Triciclici; IMAO (inibitori delle monoammino-ossidasi); SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina). Agiscono potenziando le azioni dei neurotrasmettitori dopamina, noradrenalina e serotonina. Elevano il tono dell'umore nei pazienti depressi.

Dal 2001 al 2009 il consumo di psicofarmaci in Italia è cresciuto del **114,2%**. I maggiori consumatori sono soprattutto donne sopra i 45 anni e gli anziani sopra i 75. Nel 2012 gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono i medicinali attivi sul sistema nervoso più frequentemente utilizzati (27,3 DDD/1000 ab die) e la seconda categoria in termini di spesa convenzionata (3,6 euro pro capite).

Ma la maggiore preoccupazione è destata dai consumi non monitorati per colpa di traffici illegali di farmaci di varia natura. Un indicatore dell'importanza del fenomeno è rappresentato dalle ultime notizie di cronaca che riguardano sequestri, anche importanti, di farmaci. Oltre ai classici steroidi anabolizzanti si iniziano a sequestrare confezioni di Modafinil, Metilfenidato e Atomoxetina, Sildenafil, Tadalafil ecc. ecc.⁶

Il trattamento di un'eventuale dipendenza richiede un intervento multidisciplinare, che andrebbe condotto nelle opportune sedi, quali servizi per le tossicodipendenze e/o quelli psichiatrici. Sarebbe auspicabile una collaborazione con i medici di medicina generale.

Gli interventi sulle dipendenze da farmaci fino ad oggi sono stati fatti in modo poco coordinato e non omogeneo. Generalmente si tratta di interventi nati dopo osservazioni di fenomeni di consumo atipici in vari contesti. Un'esperienza del genere che opera nella regione Lazio è rappresentata dal servizio Nautilus. È un servizio di riduzione dei rischi che opera dal 2000 in contesti di consumi giovanili.

Gli operatori iniziarono a raccogliere testimonianza di utilizzo di benzodiazepine da parte di utenti consumatori abituali di stimolanti. Gli utenti per poter ritornare ad una normale vita di relazione/lavorativa dopo le feste del fine settimana, per contrastare gli effetti degli stimolanti assumevano benzodiazepine senza controllo

6. <http://www.paesesera.it/Cronaca/Nettuno-sequestrati-farmaci-destinati-ai-rave-party>
<http://www.ilgiornale.it/news/cronache/maxi-sequestro-farmaci-stimolanti-907175.html>

medico, trovate magari nell'armadietto dei farmaci di casa. Alcuni dei consumatori erano pure in terapia con farmaci psichiatrici. In seguito a queste osservazioni il servizio fece una formazione interna a tutti gli operatori e realizzò del materiale informativi su psicofarmaci e poliassunzione.

In alcune regioni come l'Emilia Romagna e la Lombardia si sono attivate delle campagne di prevenzione e studio del fenomeno con dei questionari rivolti a pazienti e sanitari.

2.5.5. SOSTANZE D'ABUSO: L'ALCOL *di Claudio Cippitelli, Sociologo Parsec Coop. Soc.*

Non conosco nessuno che beve alcol. Non mi è mai capitato che qualcuno, ospite a casa mia, mi abbia chiesto dell'alcol (solo in caso di piccole ferite) e, al bar, non ho mai sentito chiedere: “ un bicchiere di alcol, per cortesia”. Insomma, la gente che conosco, ne sono più che sicuro, non beve alcol. In verità, se scavo nel passato, ho letto di qualcuno che beveva alcol: si tratta di un personaggio di un romanzo di guerra letto in adolescenza, “Il 13° carro di Kolopino”, nel quale uno dei protagonisti beveva alcol, indistintamente, dalla vodka all'etanolo puro. Ma era un soldato russo e, tra il freddo e la guerra, come è noto non si va per il sottile. A parte questa reminiscenza, no, non conosco nessuno che beve alcol. Invece, conosco moltissime persone che bevono birra (dalle più commerciali alle artigianali), vino (dal lambrusco al barolo), cognac e brandy (2 anni sino a minimo 6 anni di invecchiamento), grappa (giovane, aromatica, invecchiata, stravecchia), rum, whisky, cocktail, amari, aperitivi e tante altre bevande che presentano una diluizione di alcol alimentare (etanolo) con gradazione superiore a 1,2 gradi, 21 per i cosiddetti superalcolici.

Eppure, leggiamo e ascoltiamo spesso del “problema alcol” che affliggerebbe, in particolare, i giovani. Ma le persone, giovani compresi, raramente consumano una bevanda apprezzandone principalmente l'effetto alterante che porta con se l'alcol: bevono una birra in quanto birra, perché amano il suo gusto, il contesto sociale nel quale il consumo avviene, perché accompagna bene salsicce alla brace e, anche, per l'effetto che produce sulla psiche. Insomma, ne apprezzano anche l'effetto psicotropo, ma la consumano perché è birra, ha il

gusto della birra e si vende e consuma proprio in quel locale così gradevole. Quando da un consumo, in questo caso di bevande alcoliche, se ne estraggono arbitrariamente i significati si procede ad una riduzione concettuale che rende le cose apparentemente più semplici, mentre nella realtà diventano incomprensibili.

Soprattutto, diventa difficile orientare l'azione per limitare gli eventuali rischi e danni che quel comportamento e quello stile di vita, possono portare con sé. Infatti, se il consumo di bevande alcoliche diventa il "problema alcol", scompaiono il setting, le culture di riferimento, il piacere associato, le motivazioni al consumo: insomma, scompare il mondo vitale di chi mette in atto quella scelta e quell'assunzione e, con tutto ciò, scompare anche ogni possibilità di azione preventiva che non si riduca al divieto. E, come oramai sappiamo, i danni divieto-correlati spesso sono assai più gravi, a livello individuale e sociale, del comportamento oggetto di divieto.

Qual è la situazione del consumo di bevande alcoliche nel nostro paese? Il report annuale dell'Istat sul consumo di alcol in Italia evidenzia come, dal 2002 al 2012 il numero di consumatori giornalieri di bevande alcoliche decresce del 24,6%, specialmente tra le donne (-32,6%).

È un dato assai interessante, che dimostra come in realtà non si possa parlare di un "allarme alcolismo" nel nostro paese, perlomeno a livello generale. Infatti, come scrive Istat, "continua il trend discendente dei consumatori a rischio già osservato nell'anno precedente. Rispetto al 2011, diminuisce sia la quota dei consumatori giornalieri non moderati di alcol (dall'8,4% al 7,5%) sia quella degli abitué del binge drinking (dal 7,5% al 6,9%).

La riduzione si osserva tra gli uomini, che passano dal 13,6% al 12,2% per il consumo giornaliero non moderato e dal 12,2% all'11,1% per il binge drinking. Comportamenti a rischio più frequenti si osservano fra gli ultrasessantacinquenni (il 40,7% degli uomini contro l'10,1% delle donne), i giovani di 18-24 anni (il 21,0% dei maschi e il 9,5% delle femmine) e gli adolescenti di 11-17 anni (il 12,4% dei maschi e l'8,4% delle femmine)."

Anche la più importante bevanda alcolica autoctona, il vino, vede una significativa contrazione: gli italiani, chiamati dagli altri europei "mangiatori di vino" per la nostra abitudine a pasteggiare con tale bevanda, ne consumano sempre meno e il 25,4% lo fa in maniera sporadica.

Consumo di bevande alcoliche in Italia - dati ISTAT								
% popolazione	1998	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Totale								
Vino	56.9	56.5	56.1	53.4	54.0	53.3	53.3	51.9
Birra	47.2	46.1	46.3	45.0	45.9	45.9	46.2	45.8
Altri Alcolici	39.5	42.5	40.5	38.6	39.3	39.9	40.6	40.5
Totale							65.0	64.6
Maschi								
Vino	70.3	71.2	69.0	66.9	67.5	67.2	67.2	65.6
Birra	62.3	62.1	62.1	59.7	60.8	60.6	61.8	61.0
Altri Alcolici	54.4	58.3	55.8	52.9	53.4	53.8	55.1	54.1
Totale							78.8	78.3
Femmine								
Vino	44.4	42.9	42.5	40.7	41.3	40.4	40.3	39.1
Birra	33.1	31.2	31.5	31.2	31.9	32.3	31.5	31.5
Altri Alcolici	25.6	27.8	26.2	25.3	26.2	26.9	27.1	27.7
Totale							52.1	51.8

Consumo di vino frequenza - % sul totale popolazione - dati ISTAT						
%	2012	2011	2010	2009	2008	2007
>50cl	2.5	3.0	3.3	3.3	3.5	4.0
1-2 bic/grno	19.0	20.6	20.9	21.4	21.8	23.0
Sporadico	25.4	25.6	24.8	25.1	24.2	23.7

Il modello mediterraneo di consumo alcolico (che accomuna in particolare Italia, Francia, Spagna e Grecia) era contrassegnato da un consumo di vino (soluzione alcolica a bassa gradazione) con esordi in età precoce (abitudine legata alla tradizione della coltivazione della vite) in particolare in famiglia durante i pasti. Diversamente, il modello nordico è legato a bevande sia a bassa (birra) che ad alta (superalcolici) gradazione consumata lontano dai pasti e in contesti pubblici (bar, pub). Questi due stili di consumo, soprattutto tra le giovani generazioni, oggi tendono a contaminarsi, anche se siamo molto lontani dagli eccessi riscontrabili nel Nord Europa. Il cosiddetto *binge drinking* o *heavy episodic drinking* rappresenta plasticamente tale contaminazione: nel passato anche nelle nostre culture giovanili non era difficile incontrare fenomeni di ubriacature anche ripetute: la differenza si rintraccia nell'uso di nuovi prodotti e nuovi distillati, nella tematizzazione dell'alcol come sostanza psicotropa idonea a raggiungere stati alterati di coscienza, nei luoghi di consumo (disco-

teca, discopub, intere piazze o aree urbane, ecc.), ben differenti dal classico bar.

Il trend appare quello di bere meno durante i pasti e riservare lo spazio per il consumo alcolico in altri momenti della giornata, fuori dalle mura domestiche, in ambienti socializzanti, in occasione di aperitivi, di dopocena ecc.; in tal modo, secondo l'Istat, un uomo su due e una donna su tre consumano alcol fuori dai pasti.

In tali contesti il consumo di diluizioni alcoliche di bassa gradazione (vino, birra) lasciano il campo ad altri prodotti, (amari, cocktail, distillati), spesso lontani dalla autoctona cultura della vite ed importati da altre culture e altre latitudini.

L'istruzione, il possesso di un titolo di studio, non rappresenta un fattore protettivo rispetto al consumo di alcol, anzi: per tutti e soprattutto tra le donne, la quota dei consumatori aumenta al crescere del titolo di studio raggiunto.

Dal punto di vista geografico, sono le regioni del nord quelle dove si consumano di più bevande alcoliche: il Trentino Alto Adige e il Friuli Venezia Giulia per il nord est, la Valle d'Aosta per il nord ovest.

Dal punto di vista dei rischi, anche se continua a decrescere il numero dei consumatori "non moderati", essi comunque assommano a quasi 7 milioni e mezzo di cittadini (un consumo moderato può essere indicato entro il limite di 2-3 unità alcoliche al giorno, pari a circa 2-3 bicchieri di vino per l'uomo e di 1-2 unità alcoliche per la donna). A fronte di quanto scritto, vale la pena ribadire che l'Italia non presenta, nel suo complesso, una situazione particolarmente problematica rispetto al fenomeno del consumo di alcolici. Ecco quanto scrive, in una recente pubblicazione, Franca Beccaria:

"I dati qualitativi e quantitativi (...) ci portano piuttosto ad ipotizzare che ci troviamo a vivere un momento particolarmente positivo dal punto di vista della cultura del bere, avendo ridimensionato significativamente le quantità di alcol consumate per ogni singola occasione e la frequenza di consumo tipiche della mitizzata cultura mediterranea del bere, senza aver aumentato gli episodi di intossicazione alcolica, salvo qualche eccezione, generalmente temporanea, in fasce di età specifiche"⁷.

7. Franca Beccaria, "La conoscenza e la ricerca sociologica tra teoria e spendibilità nei servizi" in *Alcol e buone prassi sociologiche*, a cura di Paolo Ugolini, Franco Angeli, Milano, 2013, pag.63.

Tutto questo nonostante che nel nostro paese la pubblicità dei prodotti alcolici sia permessa, a differenza di quanto avviene per altre sostanze psicotrope legali (il tabacco). Questa regolazione della pubblicità sugli alcolici è da tempo oggetto di critica da parte di diversi esponenti politici e di molte organizzazioni che si occupano di riabilitazione di alcolodipendenti.

Resta il fatto che affrontare il consumo di alcol nella nostra società è una impresa tutt'altro che banale e che merita una grande moderazione e rispetto. Come afferma Paolo Nencini nel suo bel volume "Ubriachezza e sobrietà nel mondo antico – alle radici del bere moderno": "...l'alcol permette di penetrare l'intima struttura di una società, così come accade quando si guarda un tessuto al microscopio". Fuori da ogni logica ed approccio proibizionista, sperimentato infaustamente nel passato in altri paesi, è necessario facilitare e promuovere la cultura della consapevolezza, informando i cittadini (non solo i giovani) rispetto ai rischi del bere in modo eccessivo o durante attività incompatibili con l'alterazione che una sostanza psicotropa necessariamente porta con sé. Infatti, se le cosiddette "stragi del sabato sera" fanno notizia per il portato emotivo che evocano, non bisogna dimenticare che intraprendere particolari lavori dopo aver assunto alcol rappresenta un comportamento altrettanto rischioso per la propria e l'altrui integrità.

2.5.6. GIOCO D'AZZARDO

di Claudio Dalpiaz, Psicoterapeuta Progetto Orthos

Negli ultimi anni la disponibilità dei giochi d'azzardo è aumentata vertiginosamente, ed anche il panorama dei nostri territori è oggi trasformato dalla proliferazione di sale gioco in stile Las Vegas che progressivamente si accaparrano lo spazio dei luoghi di produzione e commercio che chiudono per via della crisi. Una crisi che non sembra toccare il mercato dei giochi: preso nel suo insieme il "sistema azzardo" è la terza impresa italiana e nel 2012 il giro d'affari legale ha sfiorato i 100 miliardi di euro. Si stima che nel mercato illegale dell'azzardo circolino altri 60 miliardi di euro. I soldi del gioco fanno gola alle mafie, tanto che nel rapporto pubblicato da Libera nel 2012 si sottolineava il coinvolgimento di più di 40 diversi clan in attività connesse. È notizia di questi giorni il sequestro di un sito internet illegale che

proponeva gioco d'azzardo ed era nelle disponibilità dei casalesi. Sappiamo per testimonianze dirette e per notizie giudiziarie che le 400 mila slot installate in Italia sono forse sottostimate: in molti luoghi sono gli stessi clan ad imporre ai gestori l'installazione di apparecchi che spesso sono scollegati dalla rete telematica di controllo, generando profitti incommensurabili. Attualmente, **il gioco sta quindi diventando il business mafioso principale** in termini di volume d'affari anche perché le pene legate alle irregolarità ed ai reati in materia di gioco sono risibili. Quasi sempre, chi viola la legge in questo campo subisce unicamente delle sanzioni amministrative: irrilevanti per chi ha disponibilità economiche sconfiniate che derivano da comportamenti illeciti e tutt'altra cosa rispetto alle pene previste per il traffico di droga e armi o per lo sfruttamento della prostituzione. L'ingigantirsi del sistema gioco è causato anche da un meccanismo di espansione tipico delle bolle speculative: la necessità delle concessionarie di reperire sul mercato i soldi necessari ad investire ha generato il proliferare di prodotti finanziari legati al mondo del gioco e lo stesso Stato si vede costretto a concedere allargamenti di mercato per garantire la redditività e quindi la solvibilità delle aziende coinvolte. Un meccanismo che in scala ridotta possiamo osservare in ogni piccolo esercente che, essendosi esposto con le banche per aprire o ampliare la propria attività, oggi non riesce a rinunciare all'installazione di slot machines o alla promozione e distribuzione di altri giochi nel proprio esercizio commerciale, pena il fallimento. Recuperare terreno e riconvertire un'economia del gioco che specula sulla situazione di crisi e sulla fragilità personale di chi (quasi 1.000.000 di persone in Italia) sviluppa forme di dipendenza legate all'azzardo non sarà cosa facile né immediata: è necessaria una ristrutturazione culturale che, passando da un'informazione chiara ed esplicita, aiuti ognuno di noi a riappropriarsi di modelli sani di socialità ed a difendere il proprio territorio, anche in una chiave politico-emancipatoria, come è stato fatto nel quartiere di San Lorenzo con l'esperienza dell'Ex Cinema Palazzo (destinato a diventare una sala gioco, è stato occupato dagli abitanti della zona e trasformato in uno spazio sociale, in un laboratorio culturale che rende i cittadini parte attiva nella programmazione e nella realizzazione degli eventi). Un'informazione chiara comincia dalla terminologia che usiamo: **“ludopatia” è un termine confusivo** che non va assolutamente utilizzato, si dice invece “gioco d'azzardo patologico”, come da indicazioni che vengono dalla comunità scientifica e dai sistemi di

cura che in tutti questi anni hanno studiato il fenomeno in crescita e strutturato programmi di prevenzione e trattamento. Come responsabile Area Sud del Progetto Orthos ho visto in questi anni centinaia di pazienti con forme di dipendenza da moderate a gravi e questa esperienza mi ha consentito di comprendere meglio le ripercussioni che questo fenomeno genera a livello sociale: dietro ad ogni persona che gioca in maniera problematica o patologica c'è una famiglia, ci sono degli amici, o delle aziende e dei dipendenti, e le conseguenze di situazioni stressanti sul piano relazionale, nonché i danni sul versante economico si espandono a macchia d'olio, alimentando fallimenti, separazioni, aumento di attività illecite, disgregazione dei legami sociali, assenteismo, disturbi psicologici e psicosomatici, ed un degrado generale della qualità della vita personale e sociale. E come sempre, chi meno ha più paga: il gioco d'azzardo si configura come una "tassa volontaria" che colpisce soprattutto le fasce economicamente più deboli della popolazione. L'Italia primeggia su tutti gli altri stati nel mondo per gravità della situazione: il 23% del gioco online in Europa è italiano, un tagliando "gratta e vinci" su 5 nel mondo è italiano, abbiamo una slot ogni 150 abitanti circa ... Ogni anno spendiamo circa 1650 euro pro capite in azzardo, con punte che superano i 2000 euro in numerose città italiane e ciò significa meno consumi di beni e servizi, con una perdita di incassi IVA per lo Stato che ammonta a quasi 4 miliardi di euro. Se questo modo di "giocare" non fosse una faccenda così tremendamente seria potremmo "azzardare" con una boutade l'introduzione del concetto di "**gioco passivo**" per evidenziare la quota di danno che il giocatore condivide con il suo entourage, così come avviene per i fumatori. E compiere uno sforzo culturale prima ancora che legislativo per tutelare non solo quel 58% dei ragazzi fra 15 e 19 anni che gioca, ma anche il 40% che non gioca. Non solo il 36% delle loro coetanee che si affidano alla fortuna, ma anche quel 64% di ragazze che pur affidandosi invece alle proprie capacità, si trova ad essere "zavorrato" in termini societari dal giocare altrui. Il gioco è una nobilissima attività umana, il gioco d'azzardo invece, un'ignobilissima attività di concentrazione di capitali, tanto dannosa socio-economicamente quanto deleteria sul piano psicologico individuale. Quando la disponibilità sterminata dei giochi si incontra la vulnerabilità individuale, in percentuali prevedibili della popolazione si sviluppano forme di problematicità nel comportamento di gioco che in molti casi esitano in manifestazioni psicopatologiche di dipendenza vera e propria. La

dipendenza da gioco d'azzardo condivide molti dei suoi tratti con le dipendenze "classiche" da stupefacenti o alcool e quando passiamo dal gioco sociale a quello solitario, da quello informale a quello formalizzato, dal gioco di abilità a quello di pura alea, creiamo le condizioni sulle quali la dipendenza prospera. Una volta eravamo noi a cercare occasioni di gioco, oggi è il gioco a cercare noi ed il richiamo pubblicitario non fa che alimentare quell'irragionevole coinvolgimento che con la progressiva autoemarginazione, la vulnerabilità per altre dipendenze, l'impulsività, i sintomi astinenziali, l'assuefazione ed il senso di mancanza, va a costituire il quadro psicopatologico del giocatore. Nel manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali il gioco d'azzardo patologico è stato recentemente inserito (solitario) nella nuova categoria delle "Dipendenze Comportamentali", proveniente da quella dei "Disturbi del Controllo degli Impulsi": è una forma maladattiva di comportamento che si compone di aspetti di dipendenza farmaco-simile, di problematicità sul versante affettivo-relazionale, di aspetti ossessivo-compulsivi ed impulsività, nonché di vulnerabilità sul versante dell'umore. Una scarsa tolleranza alla frustrazione e specifiche distorsioni sul versante del pensiero correlano significativamente con le diagnosi di GAP, alle quali spesso si associano anche manifestazioni dissociative e condizioni di alestitimia (incompetenza nel riconoscimento e nella comunicazione delle emozioni, nonché nel loro utilizzo per orientare il proprio comportamento).

Questa difficoltà, spesso presente, nella regolazione ed espressione delle proprie esperienze emotive, espone ad un "disorientamento" che spesso correla con risposte comportamentali impulsive, non meditate. Come per le dipendenze patologiche in genere, anche qui l'eziologia è multidimensionale e lo sviluppo della patologia si fonda (in proporzioni varie) su vulnerabilità/fattori di rischio di carattere bio-psico-sociali. L'illusione di controllo nei confronti dei meccanismi di gioco, si accompagna spesso nel giocatore ad altri errori cognitivi (fallacia del giocatore, valutazioni erranee di risultato), a forme di pensiero magico in cui lo strumento di gioco viene "personificato", a forme di "intrappolamento" simili a quelle che si sperimentano quando alla fermata del bus non sappiamo se partire a piedi o aspettare ancora (se me ne vado ora perderò il bus / la vincita). È assai facile che una strategia di coping disfunzionale si trasformi in una dipendenza: quando le nostre risorse bio-psico-sociali sono inadeguate in rapporto alle nostre attese o alle richieste ambientali ed imbocchiamo la strada del

“**doping-coping**”, anziché maturare il necessario contatto con le nostre possibilità ed i nostri vincoli oppure impegnarci per migliorare le nostre condizioni e dunque le nostre capacità bio-psico-sociali, la dipendenza è alle porte, in quanto “ se non è una risposta, quantomeno ci fa dimenticare la domanda” come recita un proverbio tedesco. Come in ogni preghiera (cfr. Turgenev), chiediamo alla sostanza psicoattiva o al comportamento maladattivo: “fa che nella mia vita due più due non faccia quattro”, ma cinque... Sulla base di un’attenta valutazione delle caratteristiche individuali e del percorso di sviluppo della dipendenza sarà quindi importante mettere in campo interventi mirati alla riappropriazione del controllo sugli impulsi, al recupero del senso di autoefficacia ed autostima, alla rielaborazione degli aspetti traumatici che hanno contribuito allo sviluppo ed al mantenimento delle manifestazioni sintomatiche. In una parola, a recuperare “**ego-sostenibilità**”, e cioè una condizione esistenziale in cui, per uno specifico individuo, le determinanti bio-psico-sociali si presentino come “sufficientemente buone” ed in uno stato di equilibrio tale da consentire uno stare al mondo a-sintomatico, o quantomeno non patologico. Aiutando le persone a riappropriarsi della responsabilità personale e della consapevolezza dei propri bisogni relazionali, possiamo quindi estendere e rafforzare in ognuno la possibilità di scelta grazie alle acquisizioni che i pazienti fanno in termini di “competenza” (qualcuno di loro, a distanza di tempo dice “ho fatto il corso”...), e realizzando per questa via un contemporaneo intervento di prevenzione: un nuovo “ambasciatore” del giocare sano porterà non solo la sua esperienza di catarsi emozionale, ma anche le sue nuove conoscenze emancipanti nel contesto in cui vive.

2.5.7. INTERNET E SOCIAL NETWORK *di Claudio Dalpiaz, Psicoterapeuta Progetto Orthos*

Due miliardi e mezzo dei sette sulla terra sono connessi alla rete Internet. In Italia ciò corrisponde all’80% della popolazione compresa fra gli 11 ed i 74 anni. Dalla nascita del World Wide Web, nel 1991, la rete ha moltiplicato i servizi che ci mette a disposizione non più soltanto sistemi di posta elettronica, non solo database di informazioni scientifiche, ma anche entertainment, servizi bancari, di trading, educativi, piattaforme per la collaborazione, videoconferenze, gestione remota,

radio, dating, tv, film on demand, shopping on line, petizioni, gambling on line, annunci, gaming, e la lista potrebbe continuare.

Trascorriamo un tempo via via maggiore collegati alla rete, che viene utilizzata da ognuno per compiere sempre più attività connesse alla quotidianità lavorativa, sociale, economica e culturale. Se è vero che la rete ci consente una notevole velocizzazione nello svolgimento di innumerevoli attività ed estende incommensurabilmente la disponibilità di informazioni e servizi, è vero anche che la modificazione delle abitudini comportamentali che ne consegue comporta talvolta “effetti collaterali” indesiderati. La possibilità tecnicamente “infinita” si risolve in sé stessa rischiando di far dimenticare i fini (folgorante la battuta di C.Guzzanti “possiamo scambiarsi miliardi di dati al secondo con l’altro capo del pianeta, ad esempio con un aborigeno... ma io e te, aborigeno, ... che se dovemo di?”).

L’utilizzo intensivo della rete Internet tende infatti ad ampliare e distorcere la percezione dei confini del sé inducendo condizioni che talvolta si configurano come vere e proprie forme di trance dissociativa. Il tempo scorre diversamente per chi è impegnato nei Massive Multiplayer On Line Role Playing Games, oppure in esperienze di chat che dilatano il tempo per la semplice ragione che la stessa quantità di informazioni verrebbe scambiata molto più velocemente con una telefonata. La possibilità/necessarietà di manipolare la rappresentazione di sé attraverso l’uso di avatar o profili personali che mediano l’esposizione diretta, realizza di fatto l’eteronimia pessoiana 2.0, nella quale si incontrano soggetti che dopo aver postato una notizia la commentano e/o la rilanciano sotto altro nome. Genere, età, condizione fisica, sociale, economica, (...) possono essere simulati, così come gli stati d’animo che (standardizzati) vengono trasmessi con segni convenzionali (emoticon). Il moltiplicatore (delle forme del sé) è dunque grande, con tutti i vantaggi e gli svantaggi del caso. Se nella mia esperienza relazionale fuori dalla rete sperimento difficoltà (comuni, subcliniche o cliniche) ed in World of Warcraft ho invece acquisito status e competenze proprio in virtù del cospicuo investimento che vi ho fatto in termini di tempo, sarà sempre più difficile spegnere il device attraverso cui mi connetto ed andare là fuori, in un mondo “ostile” e complesso a perseguire la soddisfazione dei miei bisogni. Se attraverso la partecipazione a videochat o attraverso la fruizione di materiale pornografico posso procurarmi un grado di soddisfazione soddisfacente (benché surrogato) con un grado di “fatica” relazionale pari a zero, la

mia eventuale fragilità / vulnerabilità specifica potrà rapidamente condurmi a preferire la rete al territorio, la virtualità alla concreta esplorazione di una socialità e di una intimità vissuta in prima persona. La distorsione spazio-temporale, la compulsività, la funzione dei neuroni specchio, la stimolazione della circuiteria neuronale deputata alla gratificazione – ricompensa, sommate alla vulnerabilità pregressa (non sempre presente), possono dar luogo a fenomeni di tolleranza, abitudine e craving paragonabili per analogia a quelli già osservati nelle dipendenze “classiche”, da alcool, tabacco o altre droghe. Senza allarmismi o crociate antistoriche (principio valido sempre e comunque), è bene quindi diffondere consapevolezza sulle modalità attraverso cui strumenti di potenziamento delle nostre possibilità lavorative, relazionali e di elaborazione possono modificare le nostre abitudini ed il nostro modo di pensare, generando talvolta dipendenza e sofferenza anziché liberazione e creatività.

2.5.8. GIOCO D'AZZARDO

di Mauro Carta, Psicoterapeuta Parsec Coop. Soc.

Il gioco viene proposto secondo declinazioni diverse e a volte molto distanti tra loro. Da parte mia vorrei sottolineare innanzitutto quanto il gioco costituisca un'attività comune che caratterizza l'uomo e in generale gli animali. Il gioco quindi come un'attività non solo ludica ma, in quanto rappresentante la realtà, diventa adattiva. Il mio punto di vista è quindi squisitamente psicologico, e vuole descrivere in che modo il gioco fa parte della vita dell'uomo e quindi non può essere eliminato. Per D. W. Winnicott (1971) “è nel giocare che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità; è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il Sé”. L'attività ludica, come detto, permette di creare o *ri-creare la realtà, per poterla esperire* attraverso la mediazione protettiva di un *come-sè, di una rappresentazione teatralizzata nella quale l'individuo prova a vivere, a fare esperienza del mondo e ad agire nel mondo*. Secondo J. Piaget (1970) il gioco consente al bambino l'assimilazione dell'esperienza ai propri schemi mentali circa l'ambiente che lo circonda. È indispensabile all'individuo, oltre che per i suoi compiti biologici, per i legami che il gioco crea, per la sua funzione di elemento essenziale per la nascita della cultura. Il gioco infantile, aggiunge la Klein (1969),

rappresenta il terreno nel quale il bambino riversa tutto se stesso e dove può manifestare vissuti altrimenti inesprimibili. Il gioco rappresenta per la Klein l'equivalente delle associazioni libere dell'adulto e diventa pertanto una via privilegiata per la comprensione psicodinamica del bambino e per la sua cura. Anche Anna Freud (1970) si inserisce nella stessa linea teorico-clinica e considera il gioco infantile indispensabile per comprendere il vissuto del bambino proprio per la sua impossibilità di utilizzare codici linguistici e verbali più elaborati.

Il gioco d'azzardo è un'altra cosa.

A Roger Callois (1958) si deve la distinzione dei giochi secondo alcune categorie, tra le quali quella del gioco d'azzardo.

- giochi di competizione (agon), caratterizzati dalla competizione, senza interventi esterni, dove il vincitore è tale perché "il migliore"
- giochi di travestimento (mimicry), caratterizzati dal credere o dal far credere di essere un altro, come ad esempio i travestimenti, le drammatizzazioni, i giochi di ruolo
- giochi di vertigine (ilinx), che si basano sulla ricerca della vertigine o del capogiro, o quelli che provocano stordimento, come il girotondo, l'altalena, i giochi estremi, oggi le montagne russe, etc.
- giochi di alea (dal latino "gioco dei dadi"), ossia i giochi in cui vincere o perdere non è legato ad alcuna abilità o capacità del giocatore, ma soltanto al caso; giochi nei quali si "nega il lavoro, la pazienza, la destrezza, la qualificazione [...] è avversità totale o fortuna assoluta"

I giochi d'azzardo rientrano nella categoria dei giochi di alea. Il nostro codice penale, all'articolo 721, li definisce come quelli "nei quali si rincorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria". Sono dunque frutto di una scommessa su ogni tipo di evento con esito incerto dove il caso determina l'esito stesso.

Tre i criteri fondamentali che contraddistinguono il gioco d'azzardo:

- si scommettono denaro o altri oggetti di valore
- la posta, una volta piazzata, non può essere ritirata
- il risultato del gioco è basato sul caso

EZIOLOGIA

Ma come mai ciò che ci appartiene così intimamente può diventare poi un comportamento problematico, una dipendenza dalla quale è diffi-

cile affrancarsi. Di seguito illustrerò teorizzazioni che cercano una spiegazione alla dipendenza da gioco.

Interpretazione psicodinamica

S. Freud nel suo scritto *Saggio su Dostoevskij e il parricidio*, 1927, così prova a spiegare la dipendenza.

Dostoevskij soffriva di una forma di nevrosi isterica da mettere in relazione ad un grave fatto traumatico: il padre, violento ed autoritario, venne ucciso quando Dostoevskij aveva diciotto anni. Per Dostoevskij fu come il realizzarsi di un desiderio inconfessabile (inconscio). Il senso di colpa, relativo al realizzarsi di questo desiderio, si manifestò con rabbia verso l'esterno e forme di autopunizione verso l'interno. A livello inconscio occorre trovare qualcosa che alleggerisca il senso di colpa e i debiti possono rappresentare un sostituto reale ad una punizione inconscia.

Le vincite al gioco, potevano si fargli pagare il debito, ma se il debito serve a rendere sopportabile il senso di colpa, non deve mai essere saldato, per cui il giocatore non cerca la vincita, ma la perdita (autopunizione).

Sempre S. Freud (1905), parla di operazioni magiche, forme ritualizzate con finalità autorassicurativa e di controllo quali comportamenti tipici nei disturbi ossessivi; il meccanismo della negazione per esempio, quando il soggetto rende non avvenute esperienze traumatiche dalle quali vuole difendersi. Il gioco, oltre ad essere gratis rispetto alla realtà, in quanto si svolge tutto all'interno della mente del soggetto, rappresenta un rifugio per quei soggetti che sostengono con fatica ed ansia il principio di realtà.

L'attività del gioco può quindi rappresentare un'attività magica, idealizzata, in cui rifugiarsi e dalla quale aspettarsi favori e predilezioni (dea bendata) ma anche punizioni e castighi. Tutto questo è ciò che in definitiva tutti noi abbiamo sperimentato nell'infanzia dove dei genitori soddisfacevano i nostri bisogni (di solito più la madre se pensiamo all'allattamento) e sanzionavano le nostre trasgressioni (ruolo generalmente delegato al padre). Nel gioco sembrerebbe riattivarsi una dinamica secondo la quale il giocatore cerca le benevolenze della madre nella vincita. La perdita che rappresenta l'esame di realtà (un padre che evidenzia che le cose non si ottengono per magia) non sembra però scoraggiare il giocatore. Ciò che il giocatore mette in atto è quindi un dramma in cui la vincita, proprio in quanto rievoca i favori

materni, stimola l'intervento paterno, per cui se su un piano razionale sembra cercare la vittoria, su un piano profondo è la perdita che lo alleggerisce da un senso di colpa.

Bergler nel suo saggio *Psicologia del giocatore*, dice che Il pensiero magico-onnipotente del bambino resta "fissato" nell'adulto: «ogni bambino crede nell'amore dei genitori, che è perpetuazione dell'amore per se stesso. L'amore per sé stesso proiettato sui genitori e successivamente sul destino gli impedisce di agire liberamente, perché una potenza più alta lo domina».

Ipotesi sistemico-relazionali

Minuchin descrive i pazienti dipendenti da gioco come persone cresciute all'interno di famiglie disimpegnate o invischiate, dove i confini sfumati tra generazioni creano confusione di ruoli. Questa confusione rende difficile instaurare delle relazioni stabili dalle quali sapere cosa aspettarsi e cosa poter chiedere. Tutto può diventare aleatorio. Stanton e Todd, 1989 nelle loro ricerche individuano il paziente designato come coinvolto con il genitore del sesso opposto ed in conflitto con il genitore dello stesso sesso e dal comportamento ambivalente: chiuso in se stesso ed aggressivo in alcune circostanze e infantile e dipendente in altre.

Modello cognitivo-comportamentali

Secondo questo assunto, la premessa di base sta nell'incongruenza tra motivazione (giocare per vincere) e il dato statistico che prevede un ritorno tra il 30 ed il 70%, incongruenza presente anche in persone di buone capacità critiche.

Ladouceur (2001) ci dice che nel caso di giochi di fortuna nei quali è assente la componente di abilità, sia i giocatori patologici, che i cosiddetti giocatori sociali, tendono maggiormente ad attribuire a sé un controllo sull'esito del gioco laddove abbiano partecipato attivamente ad esso (ad esempio se hanno tirato essi stessi i dadi).

I giocatori patologici hanno spesso una concezione distorta della logica matematica, che li fa sovra o sotto-stimare il rischio. Un esempio di tale distorsione cognitiva è la cosiddetta *Fallacia del giocatore o Fallacia di Montecarlo* (Cohen, 1972), che si verifica quando il giocatore pensa di avere una maggiore possibilità di successo dopo una lunga serie di perdite.

Esempi di pensieri erronei diffusi tra i giocatori

- Sento che sto per vincere, aumento la scommessa al prossimo turno
- Mi sento ispirato. Vado a scegliere la macchina buona
- Sono tre volte di seguito che perdo, vincerò al prossimo giro
- Mantengo gli stessi numeri. Finiranno per uscire
- Vinco sempre di più quando gioco la notte
- È chiaro, vinco sempre di più quando gioco sulle macchinette qui in zona
- Ora cambio la macchinetta, questa non paga
- Cambio mano (del gioco); questo mi porta fortuna
- Vincerò tra poco
- A furia di giocare, la fortuna finirà per arrivare

IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Ma quando un'abitudine al gioco d'azzardo può definirsi patologica? Esiste un riferimento come nel caso del consumo di alcolici, che ci indica se un certo comportamento è da considerarsi abuso o dipendenza? Esistono alcuni strumenti per valutare la presenza di gioco d'azzardo patologico e di seguito verranno descritti i più conosciuti.

Il DSM, dell'*American Psychiatric Association* (APA) è di gran lunga il repertorio diagnostico più utilizzato nel campo dello studio di problematiche collegate con il gioco d'azzardo patologico. L'attuale quarta versione è apparsa, nella sua edizione originale americana, nel 1994. Il repertorio americano colloca il gioco d'azzardo patologico tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, ossia tra quei disturbi caratterizzati dall'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa. Chi ne soffre riferisce per lo più una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione e in seguito prova piacere, gratificazione, o sollievo. Dopo l'azione, possono insorgere rimorso, autoriprovazione, o senso di colpa.

I criteri diagnostici sono i seguenti:

- A. Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattativo, come indicato da cinque(o più) dei seguenti:
1. È eccessivamente assorbito nel 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. È 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 d'azzardo.
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 causata dal gioco d'azzardo.

Il **SOGS** (Lesieur et al., 1987) è certamente il questionario basato sul DSM IV più noto in tutto il mondo. Esso è anche il più criticato a causa della sovrastima di situazioni patologiche che evidenzia poiché vengono assegnati punti anche a domande che non rappresentano criteri del DSM e a causa della sua scarsa utilità clinica, visto che un giocatore eccessivo risulterà sempre positivo con tale strumento. Fornisce comunque informazioni su molteplici aspetti: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza delle attività di gioco, la difficoltà a giocare in modo controllato, la consapevolezza circa il proprio problema di gioco, i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, il tornare a giocare per tentare di recuperare il denaro perso, le menzogne circa le attività di gioco, il giocare più della somma prevista inizialmente, l'allontanarsi dal lavoro o dalla scuola, il prendere in prestito denaro per giocare e i prestiti non rimborsati.

Lo **SLUGS** (*Gambling Screen Sydney and Laval Universities*) ha la particolarità di rilevare il gioco d'azzardo patologico non tanto a partire dalle conseguenze negative che esso ha avuto nella vita del soggetto, quanto piuttosto dalla *misurazione della perdita di controllo sul*

comportamento stesso. In questo senso, esso potrebbe riuscire ad identificare situazioni patologiche o problematiche precocemente rispetto all'accadimento di conseguenze negative per il soggetto e la sua rete sociofamiliare e ciò potrebbe essere estremamente utile nella prevenzione.

La gradazione dell'incapacità di controllarsi misurata in termini percentuali è un altro elemento interessante di questo questionario.

Infine, vengono scelti due parametri chiave per misurare tale perdita di controllo: il fattore *denaro speso* ed il fattore *tempo impegnato* (messi in rapporto alle intenzioni ed alle disponibilità del soggetto).

La valutazione di tutti questi elementi da parte del soggetto conduce ad un'autovalutazione da parte sua in merito alla rilevanza dei problemi causati dal gioco d'azzardo nella sua vita e conseguentemente in merito alla necessità di chiedere aiuto.

Custer (1984) utilizza una scala descrittiva per individuare vari tipi di giocatore a seconda del comportamento, quindi non solo quello patologico.

- il giocatore professionista – con una grande padronanza di sé, di elevata memoria, ed una preferenza per i giochi d'azzardo con una accentuata componente agonistica e competitiva (uno contro l'altro);
- il giocatore antisociale – i cosiddetti bari, cioè coloro che non riescono a fare a meno di manipolare le regole a loro favore;
- il giocatore sociale casuale – coloro che cercano nel gioco un momentaneo ed isolato divertimento;
- il giocatore sociale severo – coloro che vedono nel gioco la principale forma di intrattenimento, senza che questo divenga un danno per gli aspetti della vita lavorativa o familiare;
- il giocatore nevrotico – coloro in cui si riscontrano delle problematiche psicologiche come ansia, depressione, scarsa autostima e per i quali il gioco rappresenta un via di fuga o di distrazione;
- il giocatore compulsivo – per tutti coloro che hanno perso il controllo sul gioco, trasformando tale attività ed i suoi correlati come elemento portante della vita quotidiana ed oggetto di ogni loro pensiero; in loro è possibile identificare le fasi tipiche del giocatore d'azzardo patologico:
 - la fase vincente
 - la fase perdente

- la fase della disperazione
- la ricerca della via d'uscita (suicidio, carcere, fuga, richiesta d'aiuto).

Sempre Custer (1982) illustra le fasi del gioco patologico e della guarigione (fase vincente, perdente, della disperazione, critica, della ricostruzione e infine della crescita), identificando per ciascuna i comportamenti e gli aspetti psicosociali correlati. Sebbene questo schema non sia stato steso con un proposito diagnostico, può essere utilizzato a tale scopo, per identificare in quale stadio si trovi il paziente all'atto della consultazione. È utilizzabile sia in un contesto individuale che di gruppo, per facilitare la consapevolezza del paziente riguardo alla sua situazione rispetto al problema di gioco.

Ancora Bergler descrive il giocatore patologico come colui che:

- 1) deve giocare frequentemente: “il fattore quantitativo è indispensabile per differenziare. Allo stesso modo noi non classifichiamo come alcolista la persona che prende un cocktail prima di cena...”
- 2) fa prevalere il gioco su tutti gli altri interessi: “Le sue fantasie e i propri sogni a occhi aperti si concentrano attorno a questa idea; [il gioco] e la concentrazione patologica su di esso, mettono in ombra ogni altra cosa: interessi, affetti, hobby”
- 3) è pieno di ottimismo e non impara dagli errori: “Il giocatore è apparentemente un eterno ottimista [...] La sua convinzione in una finale vittoria non è scalfita dalle perdite finanziarie, anche se ingenti [...] Ogni giocatore dà l'impressione di un uomo che abbia sottoscritto un contratto con il Fato, stipulando il quale egli avrà infine la ricompensa, in funzione della propria perseveranza”
- 4) non si ferma in caso di vincita: “Egli non considera le sue vittorie come il risultato delle probabilità, ma come il pagamento insito nel suo contratto con il Fato, che garantisce che egli sarà permanentemente un vincitore”
- 5) rischia in eccesso: “Il giocatore compulsivo è sempre motivato da sensi di colpa, consci o inconsci [...] Presto o tardi egli perde la testa, dimentica le sue buone intenzioni e rischia tutto in una sola puntata, solamente per perdere. Alcune motivazioni intime conducono il giocatore a ripetere questa modalità di gioco che non ha spiegazione logica [...] e ciò prova l'importanza delle motivazioni inconscie”
- 6) sperimenta una sensazione di piacevole tensione (Thrill) percepita

durante il gioco; una tensione che nello stesso momento è dolorosa e gratificante (“Pleasurable-painful tension”): “Il desiderio impellente per questa particolare tensione frequentemente sovrasta il desiderio di vincere”

TRATTAMENTO

Solo di recente il gioco d’azzardo patologico viene considerato un problema di natura psicologica e non un “vizio”. Anche i giocatori stentano a considerare la loro condotta problematiche sino a quando i problemi di natura economica e sociale non diventano ingestibili. Il gioco è socialmente accettato e di conseguenza anche per il giocatore è difficile riconoscere la propria dipendenza e chiedere aiuto. Qualunque trattamento non può aver inizio se l’individuo non inizia a prendere consapevolezza della sua situazione.

Facendo riferimento agli autori precedentemente citati possiamo ricordare Bergler, che riferisce la sua esperienza di trattamento psicoanalitico con una sessantina di soggetti, per i quali è stato fondamentale il lavoro profondo sulle strutture caratteriali alla base del comportamento patologico.

Altri autori, attraverso interventi cognitivo comportamentali, hanno evidenziato che circa la metà del campione è rimasto in astinenza, e il 45% di questi, nei follow up successivi, ha continuato a giocare in maniera controllata.

Per i *Gamblings Anonymous* non esiste nessuna possibilità di mediazione tra astinenza e comportamento orientato al gioco eccessivo, in quanto ogni forma di gioco riporterebbe la persona a forme incontrollate.

Segnaliamo un’interessante esperienza italiana, Progetto Orthos, la cui filosofia è rappresentata dal non demonizzare l’inclinazione al piacere, ma contestualizzarla all’interno di una costellazione di valori. Imparare l’arte del *buon vivere*, della giusta misura oltre la quale il piacere diventa dis-piacere.

L’aspetto finanziario merita un approfondimento molto attento, perché è anch’esso un prerequisito indispensabile per un corretto svolgimento della terapia: infatti, sebbene l’ambito finanziario non sia e non debba essere il focus del trattamento, la tutela e il sostegno del paziente e della sua famiglia relativamente ai debiti avventatamente contratti, sono certamente necessari per evitare il rischio che situazioni contingenti impreviste finiscano col “travolgerlo”, distogliendolo

dalla terapia. Sia esso fatto in maniera formalizzata o informalmente, dal familiare o da un operatore, questo dunque è un elemento cardine del recupero e l'averlo lasciato in secondo piano sovente è alla base di molti fallimenti nelle terapie. Si utilizza quindi uno strumento per il trattamento denominato "tutoraggio" che esso consiste nell'affiancare il paziente nella gestione del flusso di denaro a sua disposizione e nel rientro dai debiti di gioco.

3. L'indagine conoscitiva

di Giulia Rellini, *ricercatrice Parsec Coop. Soc.*
e Giuseppina Nitto, *ricercatrice Parsec Coop. Soc.*
in collaborazione con Cinzia Marano, Giorgia Secondi,
Maura Amerino, Claudia Conti, Morena Casalin, Luisa Piras

3.1. Premessa

Le attività realizzate nell'ambito del progetto di comunicazione sociale Giochi, Gocce e Gocetti hanno permesso all'équipe di incontrare migliaia di cittadini e di riflettere con loro su alcuni fenomeni delicati: il gioco d'azzardo, il consumo di alcol e psicofarmaci. Per cercare di utilizzare al meglio questa occasione, si è scelto, di concerto con il comitato scientifico, di realizzare una indagine – auto-commissionata – che ha giustapposto all'intervento squisitamente comunicativo di “allerta e riflessione sociale”, un ambito di monitoraggio e di interlocuzione diretta con i destinatari del progetto, allo scopo di approfondire la conoscenza intorno ai temi citati.

Il progetto si è quindi voluto dotare di uno strumento che permettesse di supportare i processi di condivisione e riflessione attivati con i destinatari dell'intervento, raccogliendo al contempo qualche dato su percezioni, rappresentazioni ed opinioni dei cittadini in merito ai comportamenti di gioco ed ai consumi di alcol e psicofarmaci. È stato quindi costruito un agile questionario con una duplice veste:

- strumento di aggancio funzionale alle attività di comunicazione e sensibilizzazione, e
- strumento di rilevazione orientato a raccogliere informazioni relative alle opinioni dei cittadini.

Il focus principale dell'indagine è stato orientato al gioco d'azzardo e ai psicofarmaci, con qualche accenno al consumo di alcol, dimensione decisamente più esplorata in letteratura. Ne sono emerse

alcune interessanti informazioni che, per quanto non offrano una rappresentazione completa degli articolati fenomeni in oggetto, riteniamo possano aiutare ad orientare la definizione delle azioni future di prevenzione e contrasto a fenomeni di abuso e dipendenza. Gli ambiti indagati sono stati:

- La precarietà;
- Il limite;
- La normalizzazione.

Si è consapevolmente omissso la dimensione del comportamento individuale. Come detto, infatti, il questionario ideato per realizzare l'indagine è stato utilizzato anche come strumento di aggancio in funzione delle attività di comunicazione e sensibilizzazione. I quesiti ivi contenuti sono stati proposti dalle operatrici nelle unità di strada in contesti informali, spesso ricreativi (fiere, sagre, altre manifestazioni), al fine di raccogliere dati ma anche di avviare una riflessione condivisa con gli intervistati/destinatari. Si è ritenuto, quindi, che domande dirette sui comportamenti individuali potessero risultare troppo aggressive in simili contesti e disfunzionali rispetto alla necessità di avviare un dialogo con i destinatari. L'équipe si è per altro molto interrogata, in fase di costruzione del questionario, anche sul grado di attendibilità di eventuali risposte sul comportamento individuale rispetto a queste tematiche, e di quanto esse potessero poi essere considerate realistiche. A questo proposito si è valutato che, per risultare attendibile, l'analisi del comportamento avrebbe richiesto un livello di riservatezza che i luoghi di somministrazione non permettevano di avere.

A conclusione del questionario, infine, è stato dedicato un item al tema dell'intervento istituzionale, attraverso cui ai cittadini è stato chiesto se ritenessero necessari interventi specifici (e quali) da parte delle istituzioni regionali in relazione al fenomeno del gioco d'azzardo.

Il questionario è stato quindi somministrato in contesti informali ed in alcuni casi autosomministrato perché disponibile on line e promosso attraverso mailing e social network.

Fin dalla definizione del disegno della ricerca, l'équipe ha evidenziato l'oggettiva difficoltà di costruire un campione standardizzato e rappresentativo dell'intero universo di riferimento, per alcuni limiti strutturali al progetto stesso:

il target: adulti donne e uomini, di età compresa tra i 35 ed i 65 anni, figure di un universo estremamente eterogeneo;

le finalità: Giochi, Gocce e Gocchetti non si poneva obiettivi di indagine e conoscitivi e le risorse disponibili alla realizzazione della rilevazione sono state estremamente limitate;

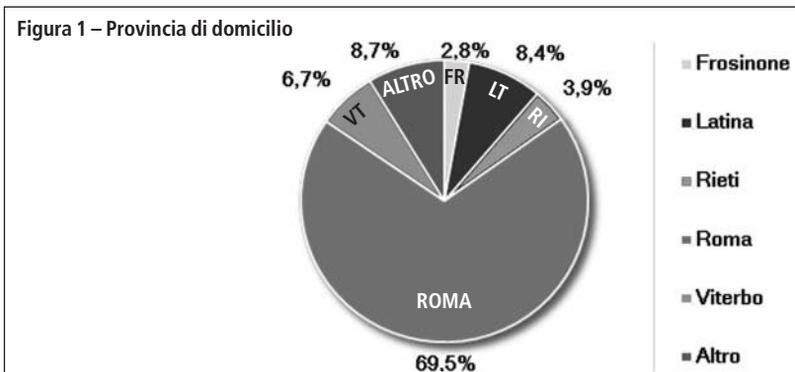
le modalità di somministrazione del questionario: il fatto che il questionario sia stato somministrato attraverso unità di strada e canali internet ha impedito una definizione preventiva del campione, che è andato costruendosi parallelamente alla fase di rilevazione.

Si è pertanto deciso di utilizzare il principio della saturazione teorica⁸, e la fase di rilevazione, i cui risultati progressivi sono stati costantemente monitorati, è terminata quando dal campo non sono emersi più elementi di novità, per cui l'utilità marginale di altre interviste è stata considerata nulla.

3.2. I dati

Gli intervistati sono stati 485 e 462 questionari sono risultati compilati integralmente. Nell'analisi dei dati si farà riferimento a questo ultimo numero.

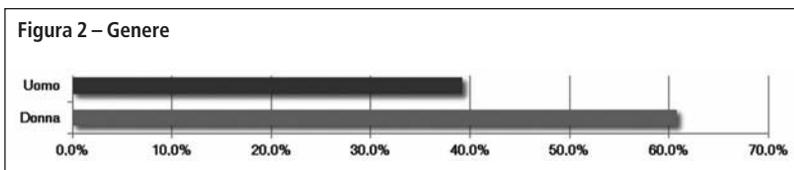
La Provincia maggiormente rappresentata è stata senz'altro quella di Roma, con quasi il 70% dei rispondenti. Seguono Latina (8,4%), Viterbo (6,7%), Rieti (3,9%) e Frosinone (2,8%). Questa netta preva-



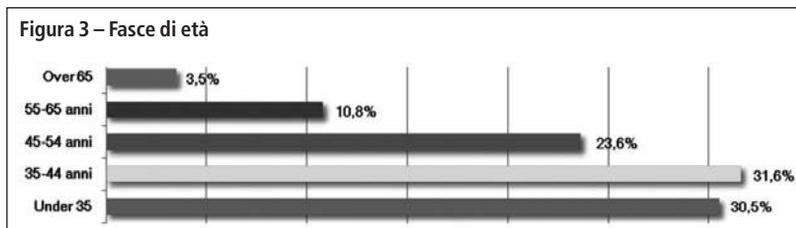
8. In statistica, il principio della saturazione teorica prevede la sospensione del processo di incremento della base empirica quando il contributo che potrebbe essere ottenuto dall'aggiunta di un altro caso viene considerato nullo perché non fornisce dati aggiuntivi rispetto a quelli già raccolti.

lenza di intervistati domiciliati nella Provincia di Roma è dovuta in parte all'incidenza della popolazione romana sul totale della popolazione regionale. Inoltre, nell'area romana sono state realizzate 22 uscite a fronte delle 15 che hanno interessato le altre Provincie; è stato quindi possibile raggiungere un maggior numero di persone da intervistare.

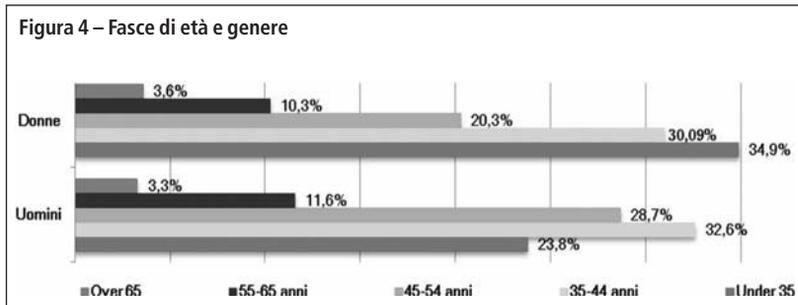
Hanno partecipato all'indagine in prevalenza donne, che rappresentano il 60,8% dei rispondenti, in sovrannumero quindi rispetto alla composizione della popolazione regionale: secondo i dati ISTAT, infatti, al primo gennaio del 2013 l'incidenza delle donne sul totale della popolazione del Lazio è del 52%. Più donne, quindi, si sono rese disponibili a compilare il questionario, dichiarando il proprio interesse a trovare spazi di espressione in merito ai fenomeni in oggetto. In fase di somministrazione l'équipe ha potuto osservare che, molto spesso, le donne che sono state contattate (anche quelle che poi non hanno partecipato alla rilevazione) hanno espresso posizioni più nette e decise rispetto agli uomini, anche quando gli argomenti risultavano poco conosciuti come il tema del consumo di psicofarmaci.



La figura 3 rappresenta le fasce di età dei rispondenti, che hanno prevalentemente tra i 35 ed i 44 anni (31,6%). Seguono gli under 35 (30,5%), le fasce di età 45-54 anni (23,6%) e 55-65 anni (10,8%), infine gli over 65 (3,5%). Certamente la popolazione più matura è stata più difficilmente coinvolgibile, sia per la difficoltà a richiedere a persone anziane di compilare un questionario per strada, sia per la minore abitudine ad utilizzare strumenti telematici.



La composizione per genere delle diverse fasce di età è infine rappresentata dalla figura 4.



Al di là dei dati quantitativi, tuttavia, ci sembra necessaria una breve presentazione qualitativa degli intervistati. Come avremo modo di approfondire nelle pagine successive, infatti, hanno partecipato all'indagine prevalentemente persone che già avevano maturato una certa sensibilità, che si sono dimostrate interessate ai temi proposti dall'équipe di Giochi, Gocce e Gocetti e che hanno voluto, attraverso questo breve questionario, trovare uno spazio di espressione delle proprie idee. D'altra parte, il fatto che l'indagine sia stata promossa prevalentemente attraverso il lavoro di strada, in contesti informali e ricreativi, in assenza di un campione predefinito ed affidandosi alla libera volontà dei destinatari dell'intervento di contribuire, ha determinato la partecipazione di persone che già avevano elaborato una personale riflessione sui fenomeni in oggetto. Non ci pare tuttavia corretto parlare di un "campione poco rappresentativo", quanto piuttosto di un collettivo già interessato alle tematiche proposte ed in parte "sensibilizzato". Eppure, lo argomenteremo nelle pagine che seguiranno, per quanto gli intervistati riconoscano gli elementi di potenziale problematicità in relazione ai consumi di gioco d'azzardo, alcol e psicofarmaci, dimostrano anche di conoscere poco questi fenomeni e di essere spesso orientati da luoghi comuni.

3.3. La precarietà

La prima delle dimensioni che si è voluta indagare è la precarietà. In particolare, ci si è domandati se e come l'attuale situazione di preca-

rietà e crisi economica incida nella percezione e nella manifestazione dei comportamenti oggetto della nostra indagine, e quindi i consumi di alcol, gioco d'azzardo e psicofarmaci. È stata quindi costruita una batteria di domande che riportiamo di seguito.

Item 1 – Secondo lei, nell'attuale periodo di crisi economica e di grande precarietà, le persone tendono a giocare:

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Di più	82,3%	81,1%	84,0%	81,6%	80,8%	81,6%	86,0%	93,8%
Di meno	4,5%	5,3%	3,3%	4,3%	5,5%	4,6%	4,0%	0,0%
Crisi economica e precarietà non incidono sui comportamenti di gioco	10,8%	11,8%	9,4%	11,3%	11,0%	11,0%	10,0%	6,2%
Non sa	2,4%	1,8%	3,3%	2,8%	2,7%	2,8%	0,0%	0,0%

Item 2 – Secondo lei, nell'attuale periodo di crisi economica e di grande precarietà, le persone consumano psicofarmaci:

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Di più	77,1%	78,6%	74,6%	77,3%	78,1%	75,2%	76,0%	81,3%
Di meno	0,6%	1,2%	0,0%	0,7%	0,7%	0,0%	2,0%	0,0%
Crisi economica e precarietà non incidono sul consumo di psicofarmaci	9,3%	8,5%	10,5%	9,9%	8,2%	10,1%	10,0%	6,2%
Non sa	13,0%	11,7%	14,9%	12,1%	13,0%	14,7%	12,0%	12,5%

Item 3 – Secondo lei, nell'attuale periodo di crisi economica e di grande precarietà, le persone tendono a bere alcolici:

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Di più	70,3%	73,3%	65,7%	64,5%	70,5%	73,4%	74,0%	87,5%
Di meno	3,5%	3,2%	3,9%	4,3%	6,2%	0,0%	2,0%	0,0%
Crisi economica e precarietà non incidono sul consumo di alc/olici	16,0%	14,2%	18,8%	20,6%	14,4%	14,7%	14,0%	6,3%
Non sa	10,2%	9,3%	11,6%	10,6%	8,9%	11,9%	10,0%	6,2%

Ci troviamo di fronte a risposte molto “orientate”: in larga maggioranza, infatti, gli intervistati ritengono che crisi economica e precarietà incidano sui consumi indagati, determinandone un aumento. Eppure, esistono differenze non trascurabili nelle rappresentazioni sui consumi di gioco d'azzardo, alcol e psicofarmaci, che diventano ancor più significative se supportate dall'esperienza e dall'osservazione delle operatrici che hanno incontrato, nel corso delle attività progettuali, migliaia di cittadini.

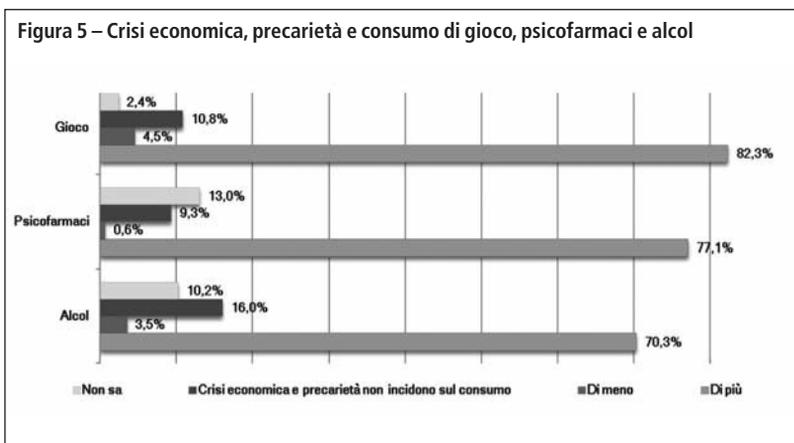
Notiamo ad esempio che “crisi” e “precarietà” vengono poste in relazione in particolare con il consumo di gioco d’azzardo (82,3% dei rispondenti contro il 77,1% degli psicofarmaci ed il 70,3% dell’alcol). Il dato conferma quanto osservato dall’*équipe* nella sua interlocuzione con i cittadini, ovvero un maggiore allarme sociale in relazione al fenomeno del gioco d’azzardo, di cui si è molto parlato negli ultimi mesi anche sui media generalisti e che viene percepito dai più come un fenomeno nuovo e dirompente. Inoltre si è osservato come i destinatari dell’intervento sembrano attribuire significati e aspettative differenti a seconda delle condotte analizzate: se attraverso il consumo di alcol e psicofarmaci si ritiene che le persone ricerchino sollievo o svago – in una prospettiva quindi di evasione dalla crisi – nei comportamenti di gioco viene letta una speranza quasi di riscatto e di soluzione a problematiche economiche e lavorative.

Il consumo di alcol, invece, sembrerebbe essere un comportamento “normalizzato”: ben il 16% dei rispondenti dichiara infatti che la crisi economica e la precarietà non abbiano incidenza su tale fenomeno (contro il 9,3% riferito agli psicofarmaci ed il 10,8% delle risposte riferite al gioco d’azzardo). Sul campo, durante l’intervento di comunicazione sociale, nella interlocuzione con i cittadini si è registrata una maggiore tolleranza per l’utilizzo ricreativo dell’alcol e per la quotidianità che caratterizza il suo consumo; consumo comunque circoscritto entro un limite accettabile. Pur riconoscendo che l’alcol può diventare un problema, sembra che le preoccupazioni maggiori riscontrate attraverso i contatti con i destinatari del progetto siano rivolte soprattutto all’uso, e per molti all’abuso, che ne fanno giovani e giovanissimi.

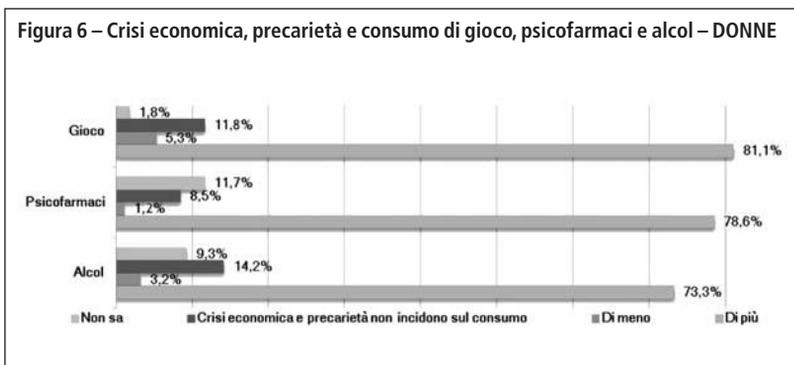
Parallelamente, il 13% degli intervistati non sa se crisi economica e precarietà incidano sul consumo di psicofarmaci (rispetto al consumo di alcol la percentuale scende al 10,2% ed addirittura al 2,4% per quanto riguarda il gioco d’azzardo). Certamente, il consumo di psicofarmaci è un fenomeno meno conosciuto, rispetto al quale non sembra esserci particolare attenzione e su cui i cittadini sembrano aver riflettuto meno.

Complessivamente, come vedremo, le domande poste sull’uso degli psicofarmaci spesso sono state accolte con notevole perplessità. Molte tra le persone incontrate durante la realizzazione del progetto hanno chiesto alle operatrici perché venisse affrontata una questione come quella degli psicofarmaci, quasi ignorando la possibi-

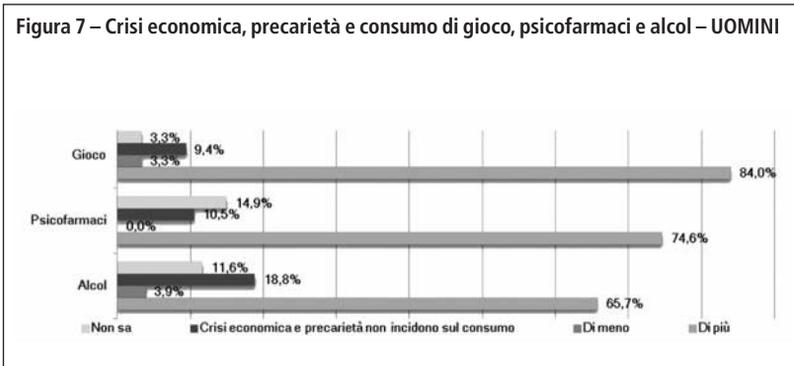
lità che queste sostanze possano portare a comportamenti di abuso e dipendenza. Le percentuali più alte dei “Non sa” presenti in tutte le risposte legate agli psicofarmaci ci permette di poter dire che questo fenomeno continua ad essere misconosciuto e, probabilmente, sottovalutato.



Non ci sono vistose differenze tra i generi nella individuazione dell’incidenza di crisi economica e precarietà sui comportamenti indagati, anche se il raffronto tra le figure 6 e 7 ci mostra un campione maschile tendenzialmente più incerto, in particolare in relazione al consumo di psicofarmaci (il 14,9% degli uomini non sa se la crisi influisca sul consumo di psicofarmaci, mentre solo l’11,7% delle donne non ha un’opinione in materia).



In relazione al consumo di alcol, invece, le donne attribuiscono alla crisi un ruolo maggiore intermini di incremento.



3.4. Il limite

In relazione al concetto di limite, il questionario ha voluto indagare le soglie oltre le quali un comportamento viene percepito e definito come un “problema”. Il termine “problema”, con tutto il suo portato di ambiguità, è stato volutamente utilizzato in sostituzione di lemmi scientificamente più corretti (es. abuso o patologia), al fine di rilevare quelle percezioni e rappresentazioni che vanno a determinare il “senso comune” intorno ai fenomeni indagati. Il termine “problema”, quindi, che certamente ha una portata semantica vaga, indica comunque una condizione negativa senza definirla in maniera univoca. Questa ambivalenza ha permesso all’equipe di avviare, in fase di somministrazione, alcune riflessioni con gli intervistati, evitando di predeterminarle a causa dell’utilizzo di una terminologia più specifica.

Vediamo nel dettaglio la prima batteria di domande volte ad indagare la dimensione del limite in relazione al fenomeno del gioco d’azzardo.

Item 4 – Secondo lei, il gioco può diventare un problema?

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Si	96,6%	97,5%	95,0%	96,5%	95,9%	97,3%	96,0%	100,0%
No	1,9%	0,7%	3,9%	2,1%	2,7%	0,9%	2,0%	0,0%
Non sa	1,5%	1,8%	1,1%	1,4%	1,4%	1,8%	2,0%	0,0%

Item 5 – Se si, può diventare un problema quando si gioca:

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Due o tre volte al mese	9,9%	8,4%	12,2%	8,1%	7,1%	13,2%	16,7%	6,2%
Da una a tre volte a settimana	38,6%	42,3%	32,6%	39,0%	41,4%	34,9%	35,4%	43,8%
Ogni giorno	35,4%	30,7%	43,0%	30,9%	37,9%	38,7%	33,3%	37,5%
Più volte al giorno	16,1%	18,6%	12,2%	22,0%	13,6%	13,2%	14,6%	12,5%

Item 6 – Se si, può diventare un problema quando, in una settimana, un cittadino con un reddito medio (circa 1.200€ al mese) spende:

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Meno di 50€	27,8%	25,5%	31,4%	22,8%	26,4%	32,1%	33,3%	37,5%
Tra i 50€ ed i 150€	48,7%	52,2%	43,0%	46,3%	52,8%	48,1%	43,8%	50,0%
Tra i 150€ ed i 300€	14,8%	13,9%	16,3%	20,6%	12,9%	12,3%	12,5%	6,3%
Oltre i 300€	8,7%	8,4%	9,3%	10,3%	7,9%	7,5%	10,4%	6,2%

Item 7 – Quali sono, a suo avviso, i giochi più "a rischio"? (3 risposte possibili)

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Gratta e vinci	46,9%	42,7%	53,5%	52,9%	46,4%	36,8%	52,1%	50,0%
Casinò	12,6%	14,2%	9,9%	14,7%	10,0%	14,2%	12,5%	6,3%
Lotto	7,6%	7,3%	8,1%	5,9%	7,1%	7,5%	14,6%	6,3%
Superenalotto e Win for life	16,1%	19,3%	11,0%	21,3%	18,6%	6,6%	18,8%	6,3%
Slot machine e Video-poker	81,6%	79,2%	85,5%	77,9%	84,3%	85,8%	79,2%	68,8%
Scommesse	30,3%	32,8%	26,2%	25,7%	33,6%	33,0%	27,1%	31,3%
Poker on line	43,5%	43,4%	43,6%	41,2%	47,1%	42,5%	39,6%	50,0%
Lotterie	1,3%	1,1%	1,7%	1,5%	1,4%	1,9%	0,0%	0,0%
Bingo	11,7%	13,1%	9,3%	15,4%	10,0%	11,3%	8,3%	6,3%
Giochi di carte con denaro	13,5%	14,6%	11,6%	9,6%	11,4%	20,8%	14,6%	12,5%
Altri giochi on line	10,8%	12,0%	8,7%	9,6%	12,1%	9,4%	12,5%	12,5%

Quanto ai comportamenti di gioco, la grandissima maggioranza degli intervistati (il 96,6%) riconosce il loro potenziale di problematicità.

Assistiamo invece ad una maggiore differenziazione nelle risposte a quelle domande che cercano di identificare delle soglie-limite oltre le quali il comportamento può effettivamente definirsi come problematico.

Per il 38,6% degli intervistati, infatti, il gioco può diventare problematico quando, settimanalmente, il soggetto vi si dedica da una a tre volte; ma non è trascurabile la percentuale di quanti (9,9%) ritengono che anche chi gioca due o tre volte al mese possa sviluppare problematiche legate all'azzardo. Per il 51,5% degli intervistati, infine, il gioco è identificato come problematico quando ricorre con frequenza quotidiana (35,4%) o addirittura più volte al giorno (16,1%).

Può essere interessante notare come la soglia della frequenza risulta essere più alta per gli uomini: complessivamente il 55,2% degli intervistati ritiene che il limite che determina la problematicità del comportamento sia “ogni giorno” (43,0%) o “più volte al giorno” (12,2%).

Per il 76,5% degli intervistati, inoltre, il gioco diventa problematico quando un cittadino con un reddito medio (circa 1.200€ al mese) spende in una settimana fino a 150€. Per il 14,8% dei rispondenti la cifra si alza fino a 300€ a settimana e per l'8,7% il gioco diventa problematico quando un singolo individuo gioca oltre 300€ a settimana, investendo quindi in azzardo più del suo stesso reddito. Anche in questo caso gli uomini dichiarano una soglia limite più alta: per il 25,6%, infatti, il quantitativo di spesa che può indicare l'insorgere di una problematica supera i 150€ a settimana. È inoltre interessante notare come la popolazione under 35 (tendenzialmente con un reddito più basso e con minore capacità economica) indichi nel 30,9% dei casi il valore soglia oltre i 150€ settimanali; il livello di tolleranza si alza, forse, quando l'azzardo sembra offrire una possibilità concreta di fuoriuscita da una pesante condizione di incertezza economica e lavorativa. Sotto la media rimangono invece le fasce d'età 35-44 anni, 45-54 anni ed over 65.

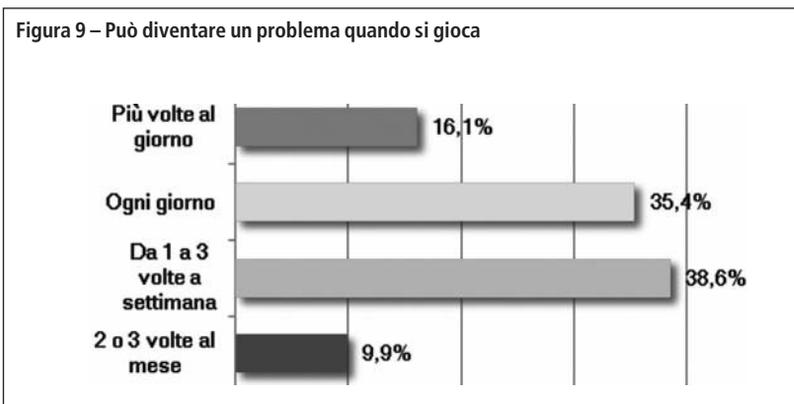
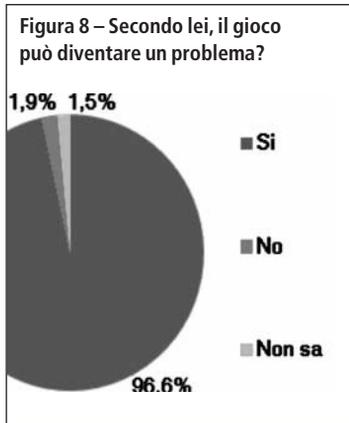
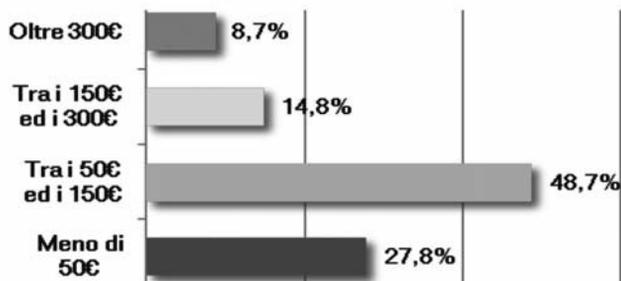
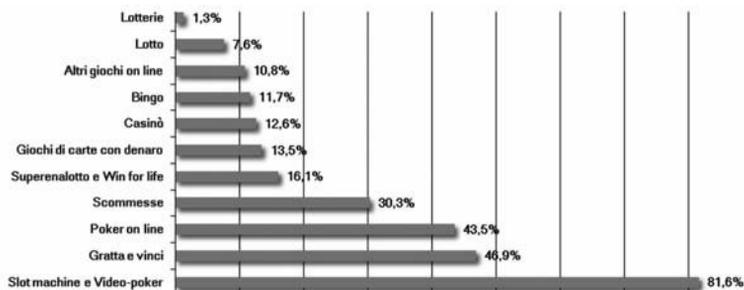


Figura 10 - Può diventare un problema quando, in una settimana, un cittadino con un reddito medio (circa 1.200€ al mese) spende



Tra i giochi considerati più “a rischio” emergono con forza slot machines e video-poker, che per l’81,6% degli intervistati sono le tipologie di gioco più rischiose. Certamente si tratta di apparecchi che sono stati al centro dell’attenzione mediatica negli ultimi mesi ed intorno ai quali si è costruito un vero e proprio immaginario, come conferma anche l’osservazione condotta dalle operatrici nell’ambito delle attività di comunicazione di Giochi, Gocce e Gocchetti. Eppure questi dati, che sottostimano alcuni giochi di successo (ad esempio Superenalotto e Win for life, 16,1%) o che viceversa sovrastimano fattispecie di azzardo ormai in crisi (Scommesse e Casinò, rispettivamente indicati come giochi più “a rischio” dal 30,3% e dal 12,6% dei rispondenti), sembrano dimostrare come le opinioni degli intervistati appaiono più orientate da luoghi comuni e da una sorta di “allarme generalizzato” piuttosto che dalla reale conoscenza del fenomeno.

Figura 11 – I giochi considerati più “a rischio”



Anche in relazione agli psicofarmaci, sono state poste due domande volte ad indagare il limite oltre il quale il consumo viene considerato problematico.

Item 8 – Secondo lei, l'assunzione di psicofarmaci può diventare un problema?

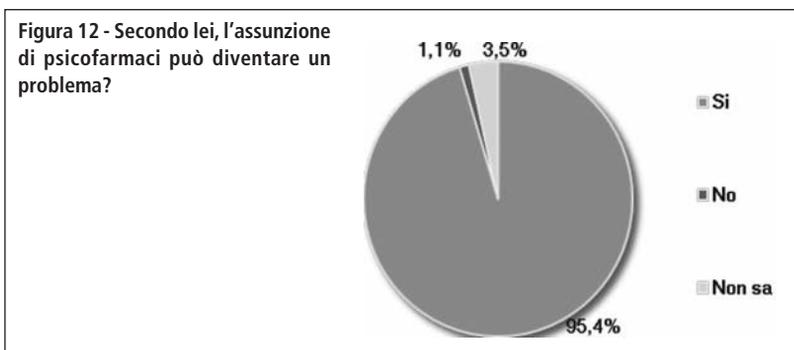
	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Si	95,4%	95,0%	96,1%	96,5%	95,2%	95,4%	94,0%	93,7%
No	1,1%	1,1%	1,1%	0,0%	1,4%	1,8%	0,0%	6,3%
Non sa	3,5%	3,9%	2,8%	3,5%	3,4%	2,8%	6,0%	0,0%

Item 9 – Se sì, l'assunzione di psicofarmaci può diventare un problema quando: (più risposte possibili)

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Si assumono psicofarmaci fuori dalla prescrizione medica	68,9%	67,4%	71,3%	64,7%	66,2%	73,1%	74,5%	86,7%
Si assumono molti psicofarmaci con prescrizione	17,9%	16,5%	20,1%	22,8%	17,3%	21,2%	2,1%	6,7%
In assenza di patologie diagnosticate, lo psicofarmaco appare indispensabile per garantire una prestazione	30,4%	30,7%	29,9%	27,9%	32,4%	30,8%	29,8%	33,3%
In assenza di patologie diagnosticate, lo psicofarmaco appare indispensabile per condurre una vita "normale"	57,8%	61,0%	52,9%	51,5%	64,0%	58,7%	53,2%	66,7%

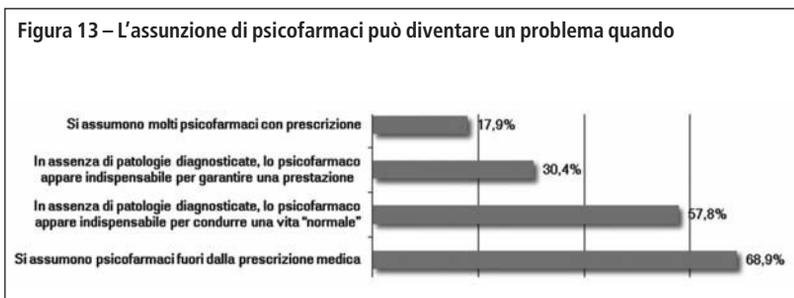
Anche in questo caso ci troviamo di fronte a risposte molto orientate: il potenziale di problematicità del consumo di psicofarmaci è riconosciuto dal 95,4% degli intervistati, con una lieve preponderanza maschile (96,1%) e della popolazione under 35 (96,5%). Risulta inoltre superiore rispetto al fenomeno del gioco la percentuale di quanti asseriscono di non avere un'opinione in merito (3,5%).

Più articolata l'analisi offerta dal collettivo intervistato in merito alle condizioni che determinano il consumo come problematico; in relazione a questo item, per altro, gli intervistati hanno avuto la possibilità di esprimere più d'una risposta. Per il 68,9% degli intervistati il consumo diventa un problema quando si assumono psicofarmaci fuori dalla prescrizione medica. Questa percentuale aumenta lievemente per gli uomini (71,3%) e cresce progressivamente oltre i 45 anni di età (rispettivamente: 73,1% per la fascia 45-54 anni, 74,5% per le persone tra i 55 ed i 65 anni, 86,7% per gli over 65). Ma anche la neces-



sità, in assenza di patologie diagnosticate, di assumere psicofarmaci per condurre una vita normale viene indicata da una larga maggioranza dei rispondenti (57,8%) come indice di problematicità del consumo. In questo caso lo scarto tra donne (61,0%) e uomini (52,9%) è piuttosto significativo. Sono per altro le donne oltre i 45 anni di età e gli anziani ultra settantacinquenni, secondo gli ultimi dati epidemiologici, le fasce di popolazione che più facilmente ricorrono agli psicofarmaci⁹. Tra gli under 35 la percentuali di quanti indicano questa risposta scende al 51,5%.

È interessante notare come, anche in presenza di prescrizione medica, quasi un quarto degli intervistati, e precisamente il 17,9%, indichi come problematico il consumo di molti psicofarmaci. Questa percentuale sale tra gli uomini (20,1%), tra gli under 35 (22,8%) e nella fascia d'età 45-54 anni (21,2%) e sembra significare un livello di fiducia più basso nell'opzione farmacologica per la cura dei disagi psichici.



9. Cfr. Agenzia Nazionale del Farmaco, L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2011, Luglio 2012

3.5. La normalizzazione

Come ultima dimensione conoscitiva, si è voluto indagare il processo di normalizzazione di alcuni comportamenti. Viviamo, infatti, un periodo di grande espansione nella popolazione generale di almeno due dei fenomeni oggetto di studio, il consumo di psicofarmaci ma soprattutto il gioco d'azzardo; una diffusione che, inevitabilmente, conduce a considerare normali comportamenti altrimenti stigmatizzati. Agli intervistati è stato quindi chiesto di esprimere un giudizio in termini di "normalità" ed "anormalità", anche in questo caso utilizzando una coppia concettuale certamente ambigua ma che ha consentito agli intervistati l'immediata comprensione del quesito posto.

Item 10 – Capita che mi vengano proposti biglietti della lotteria o gratta e vinci:

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Spesso	16,0%	15,7%	16,6%	13,5%	19,2%	18,3%	10,0%	12,5%
Raramente	41,1%	43,1%	38,1%	49,6%	41,8%	35,8%	32,0%	25,0%
Mai	42,2%	40,9%	44,2%	36,9%	39,0%	45,0%	56,0%	56,2%
Non sa	0,7%	0,3%	1,1%	0,0%	0,0%	0,9%	2,0%	6,3%

Item 11 – Secondo lei è normale trovare una slot machine:

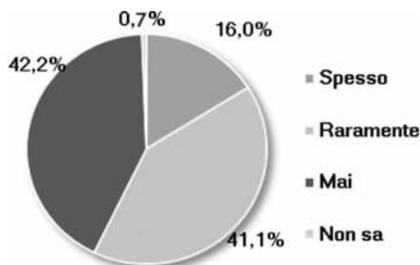
	Totale		Donne		Uomini		Under 35		35-44 anni		45-54 anni		55-65 anni		Over 65	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Alle poste	1,7%	98,3%	1,4%	98,6%	2,2%	97,8%	1,4%	98,6%	2,1%	97,9%	1,8%	98,2%	0,0%	100%	6,3%	93,7%
Al ristorante	4,3%	95,7%	3,9%	96,1%	5,0%	95,0%	3,5%	96,5%	4,8%	95,2%	6,4%	93,6%	0,0%	100%	6,3%	93,7%
In una sala gioco per ragazzi	22,1%	77,9%	23,1%	76,9%	20,4%	79,6%	28,4%	71,6%	17,8%	82,2%	23,9%	76,1%	16,0%	84,0%	12,5%	87,5%
In un circolo ricreativo o simili	32,5%	67,5%	28,5%	71,5%	38,7%	61,3%	26,2%	73,8%	34,2%	65,8%	33,0%	67,0%	42,0%	58,0%	37,5%	62,5%
Al bar	53,2%	46,8%	54,8%	45,2%	50,8%	49,2%	59,6%	40,4%	51,4%	48,6%	49,5%	50,5%	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%
All'auto-grill	30,5%	69,5%	31,7%	68,3%	28,7%	71,3%	31,9%	68,1%	29,5%	70,5%	32,1%	67,9%	24,0%	76,0%	37,5%	62,5%
Al super-mercato	5,0%	95,0%	4,3%	95,7%	6,1%	93,9%	2,8%	97,2%	4,8%	95,2%	7,3%	92,7%	4,0%	96,0%	12,5%	87,5%

Item 12 – Gli spot che promuovono il gioco sono: (2 risposte possibili)

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Simpatici	2,8%	2,1%	3,9%	2,8%	4,1%	2,8%	0,0%	0,0%
Troppo frequenti	53,0%	53,7%	51,9%	57,4%	51,4%	57,8%	36,0%	50,0%
Utili per conoscere nuovi giochi	0,9%	0,7%	1,1%	1,4%	0,0%	0,9%	2,0%	0,0%
Ingannevole	72,1%	70,8%	74,0%	63,1%	74,0%	79,8%	70,0%	87,5%
Mi sono indifferenti	19,5%	16,7%	23,8%	19,9%	19,9%	16,5%	26,0%	12,5%
Non sa	3,9%	4,6%	2,8%	3,5%	4,8%	1,8%	6,0%	6,3%

Non sembra esserci una grande pressione all'acquisto di lotterie o gratta e vinci da parte degli esercenti. La grande maggioranza dei respon-

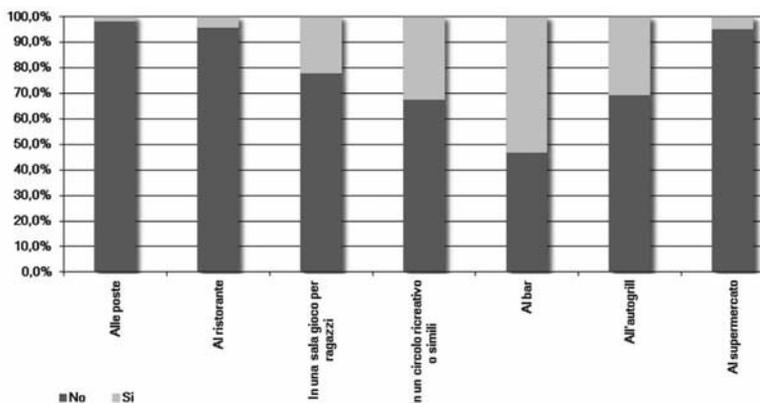
Figura 14 - Capita che mi vengano proposti biglietti della lotteria o gratta e vinci



denti (83,3%) afferma che gli vengono proposti biglietti della lotteria o gratta e vinci “mai” (42,20%) o “raramente” (41,1%). Certamente, il fatto che il 16% dei cittadini raggiunti riferisca di sentirsi spesso offrire biglietti e grattini non è un dato rassicurante: dato che preoccupa ancora di più se si considera che nella fascia di età 35-44 tale percentuale sale al 19,2% e in quella 45-54 è del 18,3%. Insomma, nelle fasce di età che presumibilmente hanno una maggiore propensione all’acquisto, quasi un cittadino su cinque viene invitato a tentare la fortuna.

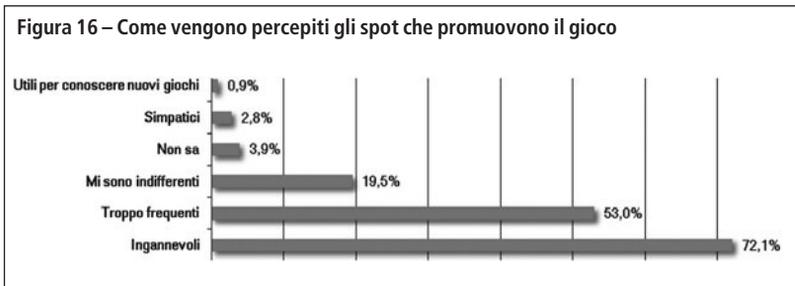
Con l’eccezione del bar, la maggioranza degli intervistati non ritiene “normale” trovare slot machine in luoghi in cui, a volte, si possono incontrare. La domanda volutamente ambigua “Secondo lei è

Figura 15 – Dove è “normale” trovare una slot machine



normale trovare una slot machine...” stimola l’intervistato a riflettere sulla congruità di apparecchiature elettroniche per giocare d’azzardo in contesti diversi, tutti aperti al pubblico. Ci sono alcuni luoghi in cui per la quasi totalità degli intervistati non è “normale” trovare una slot machine; si tratta per altro degli esercizi in cui difficilmente sono presenti simili apparecchi: alle poste (98,3%), al ristorante (95,7%), al supermercato (95,0%). Ma anche laddove è molto probabile che siano installate slot machine, una numerosa minoranza ritiene che non sia “normale” la loro presenza: per il 46,8% dei rispondenti, non è “normale” trovare una slot machine all’interno di un bar, nonostante questi apparecchi siano ormai capillarmente diffusi in tali esercizi commerciali. C’è poi un 22,1% del campione che ritiene viceversa “normale” trovare una slot machine in una sala gioco per ragazzi, nonostante il gioco sia vietato ai minorenni.

Gli spot che promuovono il gioco vengono considerati dagli intervistati con una notevole diffidenza e una grande insofferenza. Per il 53,0% dei rispondenti essi sono troppo frequenti, mentre il 72,1% li ritiene ingannevoli. Quasi un intervistato su cinque, il 19,5%, dichiara che gli spot che promuovono il gioco gli sono indifferenti.



Complessa anche l’analisi dei dati che riguardano l’eventuale processo di normalizzazione dei consumi di psicofarmaci.

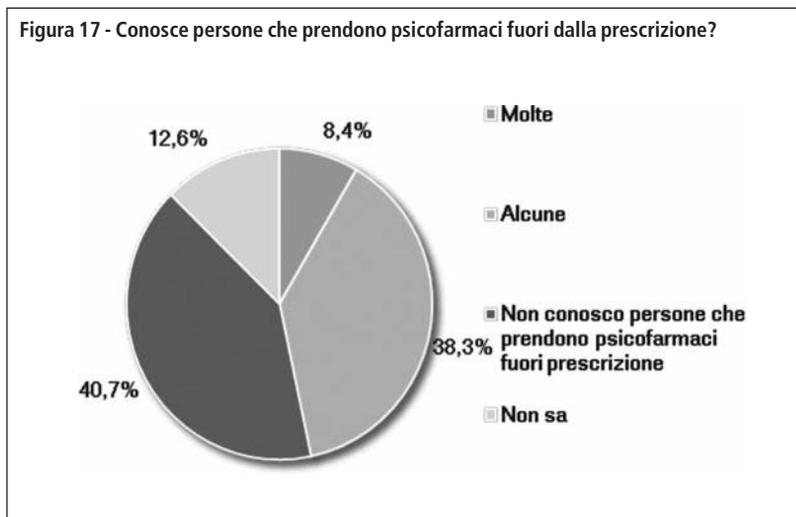
Item 13 – Conosce persone che prendono psicofarmaci fuori dalla prescrizione?

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Molte	8,4%	6,4%	11,6%	9,2%	7,5%	8,3%	8,0%	12,5%
Alcune	38,3%	43,1%	30,9%	37,6%	38,4%	39,4%	36,0%	43,8%
Non conosco persone che prendono psicofarmaci fuori prescrizione	40,7%	37,7%	45,3%	40,4%	41,1%	40,4%	42,0%	37,5%
Non sa	12,6%	12,8%	12,2%	12,8%	13,0%	11,9%	14,0%	6,2%

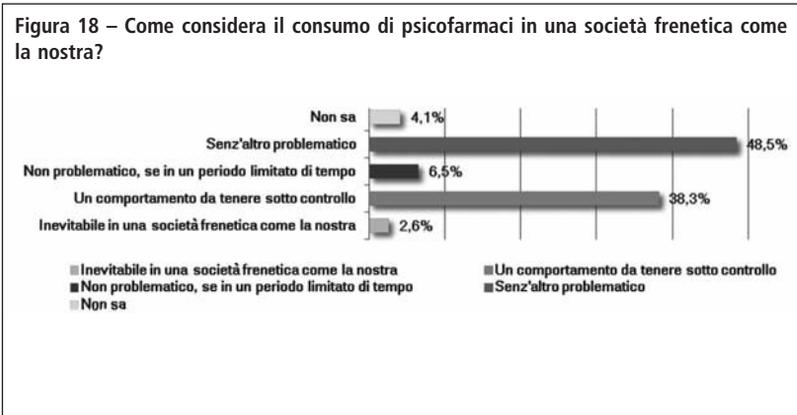
Item 14 – Il consumo di psicofarmaci, in persone che non abbiano una patologia diagnosticata, è:

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Inevitabile in una società frenetica come la nostra	2,6%	2,1%	3,3%	5,0%	2,0%	0,9%	0,0%	6,3%
Un comportamento da tenere sotto controllo	38,3%	40,9%	34,3%	36,9%	40,4%	33,0%	46,0%	43,7%
Non problematico, se in un periodo limitato di tempo	6,5%	7,1%	5,5%	5,7%	4,8%	6,4%	12,0%	12,5%
Senz'altro problematico	48,5%	46,3%	51,9%	48,2%	47,3%	56,0%	40,0%	37,5%
Non sa	4,1%	3,6%	5,0%	4,2%	5,5%	3,7%	2,0%	0,0%

Quasi la metà degli intervistati, infatti, specificamente il 46,7%, afferma di conoscere persone (molte o alcune) che assumono psicofarmaci fuori dalla prescrizione medica. Questa percentuale sale al 49,5% nel campione femminile ed arriva al 56,3% tra gli ultra sessantacinquenni. Si tratta, per altro, dei cluster che appaiono più “indulgenti” in relazione al consumo di psicofarmaci in assenza di una patologia diagnosticata, che per il 48,5% del campione totale è un comportamento senz'altro problematico, ma la percentuale scende al 46,3% nel caso delle donne, al 40,0% nella fascia di età 55-65 anni e addirittura al 37,5% tra gli ultra sessantacinquenni (cfr. item 9).

Figura 17 - Conosce persone che prendono psicofarmaci fuori dalla prescrizione?

Per il 6,5% dei rispondenti il consumo di psicofarmaci in persone che non abbiano una malattia riconosciuta è un comportamento non problematico, se limitato ad un periodo di tempo; inoltre, la percentuale aumenta per il cluster femminile (7,1%), ma soprattutto per i rispondenti più maturi (rispettivamente, 12% nella fascia di età 55-65 anni e 12,5% tra gli over 65). È infine interessante notare come ben il 5% degli under 35, la fascia di popolazione maggiormente investita dalla precarietà, affermi che il consumo di psicofarmaci in persone che non presentino patologie diagnosticate sia inevitabile in una società frenetica come la nostra (a fronte del 2,6% del campione totale).



Durante il lavoro di campo condotto nei diversi territori della Regione Lazio, l'équipe ha osservato come il consumo e l'abuso di psicofarmaci sia il fenomeno meno conosciuto dai cittadini tra i tre fenomeni portati al centro dell'attenzione attraverso le attività di Giochi, Gocce e Gocchetti. Lo conferma quel 40,7% di intervistati che dichiara di non sapere se, nella propria cerchia di conoscenze, ci siano persone che assumono psicofarmaci fuori dalla prescrizione medica. Eppure molti beneficiari dell'intervento hanno espresso preoccupazione circa l'utilizzo che vedono fare di questa tipologia di medicinali, riportando casi di familiari e amici che ne fanno uso senza una consulenza medica. I farmacisti incontrati in occasione delle attività di comunicazione e sensibilizzazione, in linea con i recenti dati epidemiologici, hanno riferito di un aumento delle vendite di psicofarmaci negli ultimi anni, soprattutto di ansiolitici e antidepressivi.

A chiudere la sezione del questionario destinata ad indagare i processi di “normalizzazione”, gli intervistati sono stati invitati ad esprimere il loro grado di accordo con alcune affermazioni che riguardano in particolare i consumi di gioco d’azzardo e psicofarmaci.

Item 15 – È d’accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni?

		Per niente d’accordo	Poco d’accordo	Abbastanza d’accordo	Molto d’accordo
Totale	Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un “grattino”	52,2%	38,3%	8,4%	1,1%
	Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker	87,6%	11,3%	0,9%	0,2%
	Se sono certo dell’efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico?	87,0%	9,9%	2,2%	0,9%
	I migliori rimedi contro l’ansia me li consigliano gli amici	65,4%	24,7%	7,1%	2,8%
Donne	Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un “grattino”	52,7%	38,4%	7,8%	1,1%
	Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker	87,2%	11,7%	0,7%	0,4%
	Se sono certo dell’efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico?	87,5%	9,6%	2,1%	0,8%
	I migliori rimedi contro l’ansia me li consigliano gli amici	68,0%	24,2%	6,4%	1,4%
Uomini	Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un “grattino”	51,4%	38,1%	9,4%	1,1%
	Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker	88,4%	10,5%	1,1%	0,0%
	Se sono certo dell’efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico?	86,2%	10,5%	2,2%	1,1%
	I migliori rimedi contro l’ansia me li consigliano gli amici	61,3%	25,4%	8,3%	5,0%
Under 35	Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un “grattino”	43,3%	41,8%	12,1%	2,8%
	Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker	86,4%	10,6%	2,8%	0,0%
	Se sono certo dell’efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico?	85,1%	12,8%	1,4%	0,7%
	I migliori rimedi contro l’ansia me li consigliano gli amici	56,0%	31,2%	8,5%	4,3%
35-44 anni	Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un “grattino”	50,7%	40,4%	8,2%	0,7%
	Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker	87,7%	11,6%	0,0%	0,7%
	Se sono certo dell’efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico?	87,0%	8,9%	3,4%	0,7%
	I migliori rimedi contro l’ansia me li consigliano gli amici	65,8%	24,6%	8,9%	0,7%
45-54 anni	Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un “grattino”	62,4%	31,2%	6,4%	0,0%
	Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker	87,2%	12,8%	0,0%	0,0%
	Se sono certo dell’efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico?	95,4%	4,6%	0,0%	0,0%
	I migliori rimedi contro l’ansia me li consigliano gli amici	72,6%	19,3%	3,7%	4,6%

55-65 anni	Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un "grattino"	60,0%	34,0%	6,0%	0,0%
	Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker	90,0%	10,0%	0,0%	0,0%
	Se sono certo dell'efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico?	80,0%	14,0%	4,0%	2,0%
	I migliori rimedi contro l'ansia me li consigliano gli amici	72,0%	22,0%	6,0%	0,0%
Over65	Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un "grattino"	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
	Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker	93,7%	6,3%	0,0%	0,0%
	Se sono certo dell'efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico?	68,8%	18,8%	6,3%	6,3%
	I migliori rimedi contro l'ansia me li consigliano gli amici	75,0%	12,4%	6,3%	6,3%

Sul gioco è stato chiesto di esprimere un giudizio sulle seguenti affermazioni:

Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un "grattino";

Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina al video-poker.

Tendenzialmente gli intervistati si sono dichiarati in disaccordo, in particolare in merito al video-poker (87,6% per niente d'accordo; 11,3% poco d'accordo; 0,9% abbastanza d'accordo; 0,2% molto d'accordo).

Meno osteggiato appare essere l'acquisto di gratta e vinci: il 9,5% del campione ritiene che sia piacevole, al bar, bere un caffè e comprare un "grattino" (8,4% abbastanza d'accordo, 1,1% molto d'accordo); le percentuali salgono in particolare tra gli intervistati under 35: il 12,1% è infatti abbastanza d'accordo ed il 2,8% molto d'accordo con l'affermazione.

In relazione agli psicofarmaci, le frasi su cui è stato chiesto agli intervistati di esprimere il proprio grado di accordo sono state:

Se sono certo dell'efficacia di uno psicofarmaco, perché andare dal medico?

I migliori rimedi contro l'ansia me li consigliano gli amici.

I rispondenti sembrano dimostrare, in questo caso, una grande attenzione alla prescrizione medica, dichiarando nell'87,0% dei casi di disapprovare la frase "Se sono certo dell'efficacia di uno psicofarmaco, perché andare dal medico?". La percentuale però scende tra gli under 35 (85,1%), ma soprattutto tra gli intervistati più maturi (80,0% per la fascia di età 55-65 anni e il 68,7% tra gli ultra sessantacinquenni). Si tratta degli stessi cluster che avevano dichiarato con le percen-

tuali più elevate che il consumo di psicofarmaci in persone che non abbiano una patologia diagnosticata è un comportamento non problematico, se in un periodo limitato di tempo.

Colpisce, infine, la valutazione dell'affermazione "I migliori rimedi contro l'ansia me li consigliano gli amici". Solo il 9,9% degli intervistati si dice abbastanza o molto d'accordo, mentre il 24,7% del campione è poco d'accordo ed il 65,4% in totale disaccordo. Questa risposta sembra indicare, in linea con quanto ascoltato direttamente dai cittadini durante le attività di comunicazione sociale sul campo, una discreta consapevolezza del rischio rappresentato da approcci di "autocura" nelle situazioni di disagio: parlando di ansia gli intervistati rimandano ad una condizione non generica di malessere e ritengono necessario l'intervento specialistico di un medico, ritenendo reti sociali e legami affettivi un supporto non sufficiente.

Figura 19 – Grado di accordo con alcune affermazioni



3.6. L'intervento istituzionale

Item 16 – In relazione al fenomeno del gioco, le Istituzioni locali dovrebbero prioritariamente: (3 risposte possibili)

	Totale	Donne	Uomini	Under 35	35-44 anni	45-54 anni	55-65 anni	Over 65
Investire fondi per la prevenzione	57,1%	61,6%	50,3%	59,6%	59,6%	54,1%	58,0%	31,3%
Investire fondi per la cura dei comportamenti patologici	41,8%	45,2%	36,5%	41,8%	41,8%	41,3%	40,0%	50,0%
Limitare la pubblicità	47,0%	44,1%	51,4%	48,2%	47,3%	47,7%	44,0%	37,5%
Limitare le concessioni	56,3%	55,2%	58,0%	56,0%	58,2%	54,1%	58,0%	50,0%
Inserire interventi formativi obbligatori nei piani scolastici	45,2%	44,8%	45,9%	33,3%	44,5%	53,2%	56,0%	68,8%
Non è compito delle Istituzioni intervenire	0,6%	0,4%	1,1%	1,4%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Altro	6,3%	5,0%	8,3%	7,1%	6,8%	6,4%	2,0%	6,3%

A chiusura del questionario, è stato chiesto quali interventi prioritari dovrebbero attivare le Istituzioni locali in relazione al fenomeno del gioco d'azzardo. Si è trattato della fase più delicata della somministrazione: la maggioranza degli intervistati, infatti, ha espresso in questa occasione il proprio disappunto nei confronti delle Istituzioni che consentono il proliferare di luoghi in cui è lecito giocare d'azzardo. Giudizio quasi unanimemente espresso peraltro anche dai cittadini contattati dalle unità di strada che non hanno partecipato alla rilevazione. Infatti, tra le opzioni maggiormente indicate troviamo la richiesta di limitare le concessioni (56,3%), preceduta solo dall'investimento nella prevenzione (57,1%). Seguono le richieste di limitare la pubblicità (47,0%), di inserire interventi formativi obbligatori nei piani scolastici-

Figura 20 – Aree di intervento prioritarie per le Istituzioni locali



ci (45,2%), di investire fondi per la cura dei comportamenti patologici (41,8%). Solo per lo 0,6% dei rispondenti non è compito delle Istituzioni intervenire.

Da quest'ultimo item emergono infine alcuni suggerimenti, da parte di quel 6,3% del campione che ha voluto specificare delle indicazioni non presenti tra le opzioni di risposta del questionario. Tra questi, diversi dimostrano un approccio proibizionistico nei confronti dell'azzardo, che dovrebbe essere proibito o per lo meno vietato in luoghi ad alta frequentazione (ad esempio i bar). Altri suggeriscono di aumentare la tassazione sul gioco.

Non mancano, poi, interventi polemici tesi a rimarcare il disaccordo verso il riconoscimento continuo e progressivo di concessioni. Solo a titolo di esempio, alcuni cittadini hanno lasciato commenti di questo tenore: "Lo Stato non dovrebbe sponsorizzare e guadagnare sulla dipendenza degli esseri umani", "Smettete di svaligiare la gente un po' alla volta!", "Non considerare il gioco come una fonte di guadagno".

Alcuni suggeriscono interventi formativi rivolti a particolari categorie, ad esempio ai medici di base, che possono avere un ruolo determinante nell'invio a servizi specifici di persone che si trovano in condizione di abuso o dipendenza, oppure agli esercenti che si trovano a gestire dispositivi per il gioco d'azzardo nel proprio locale. Secondo altri, infine, tutti gli interventi indicati tra le risposte possibili sono prioritari.

3.7. Conclusioni

L'analisi dei dati raccolti attraverso i questionari è stata incrociata, in questo breve report, con il prezioso lavoro di osservazione, contatto e relazione condotto sul campo dall'équipe del progetto. L'intervento di comunicazione e la ricerca sono stati condotti da un gruppo di lavoro altamente qualificato, con pluriennale esperienza di lavoro sociale ed animazione territoriale, che ha avuto la possibilità, in pochi mesi, di confrontarsi con migliaia di cittadini sulle tematiche legate ai consumi di gioco d'azzardo, psicofarmaci ed alcol. Ne sono emerse alcune indicazioni che riteniamo utili per lo sviluppo di ulteriori azioni di prevenzione e di contrasto allo sviluppo di forme di abuso e dipendenza.

Come era inevitabile, nei mesi di lavoro svolto sul campo l'équipe si è trovata di fronte alla questione, il fenomeno che pervade il quotidiano di molti cittadini italiani ed europei: la crisi. In una società che sempre di più si sente oppressa ed in balia della precarietà (economica, sociale, relazionale), dove sembrano essersi persi definitivamente molti riferimenti fondamentali per pensare la possibilità di un futuro migliore, si è rilevato come, in molte persone, sia aumentata l'incapacità di gestire le pulsioni e di comprendere i bisogni e i desideri che se ne trovano alla base. Si è rivelato difficile parlare sia di comportamenti considerati normali e strutturati nella nostra cultura (il gioco con una posta in denaro, il consumo di alcol), sia di altri che riguardano la nostra psiche e la sua salute (la gestione dell'ansia, dello stress, delle difficoltà psichiche e relazionali) tematizzandoli come fonti di problemi comportamentali complessi in grado di favorire e creare stati di dipendenza. Dipendenza che, come scrive il Censis, «si ascrive all'incapacità di governare la pulsione, ad una ricerca del soddisfacimento immediato del bisogno di provare sensazioni piacevoli che, nello stesso tempo, aiuta a sottrarsi al peso, spesso opprimente, della realtà»¹⁰.

In un primo momento, l'obiettivo della campagna di comunicazione è stato allertare la cittadinanza dei rischi insiti nei comportamenti d'abuso ed informare il target dell'esistenza di servizi presenti sul territorio che si occupano della presa in carico delle persone che incontrano difficoltà o sviluppano una dipendenza legata ai tre temi oggetto dell'intervento. Strada facendo, si è palesata la necessità di fare un ulteriore passo ed offrire ai cittadini incontrati prima di tutto uno spazio di sensi-

Dall'eroina al gioco d'azzardo

Negli anni Ottanta faceva parte del cosiddetto triangolo dell'eroina ed ha rappresentato uno dei principali mercati di questa droga nel panorama capitolino. Oggi Guidonia si sta progressivamente riempiendo di slot machine, tanto che i cittadini si sono impegnati in diverse iniziative di protesta contro le nuove installazioni dell'azzardo. Si tratta di una zona ad alto rischio di disagio, in buona parte costruita in modo spontaneo ed abusivo negli anni immediatamente successivi al secondo conflitto mondiale. Potrebbe, a distanza di anni, rappresentare ancora una volta un luogo emblematico di nuove forme di dipendenza?

10. Censis, *La crescente sregolazione delle pulsioni*, collana *Fenomenologia di una crisi antropologica*, 6 Giugno 2011.

bilizzazione e riflessione, invitandoli a considerare l'abuso di alcol, di gioco d'azzardo o di psicofarmaci non tanto e non solo come un problema dei più deboli o "viziosi", quanto un comportamento disfunzionale legato all'ambito delle dipendenze, che può coinvolgere chiunque.

L'incontro tra équipe e cittadini è diventato così uno spazio di riflessione nel quale si è cercato di affrontare il problema relativo alla scarsa informazione che i cittadini hanno in relazione a questi fenomeni. Anche le persone più interessate e che hanno partecipato alla rilevazione, hanno dimostrato di conoscere poco queste forme di dipendenza e di non essere supportati, nella espressione delle loro opinioni in merito, da concreti dati di realtà.

"Eh si, c'è gente che butta via lo stipendio alle macchinette e gente che beve dalla mattina alla sera. Ma no, gli psicofarmaci no! Non è possibile che c'è gente che prende i farmaci senza che il medico gliel'abbia detto!"

Un cittadino raggiunto dal progetto,
Roma

GIOCHI

Certamente il fenomeno del gioco d'azzardo appare essere quello intorno a cui si è creato, negli ultimi anni, maggiore allarme. I cittadini, orientati dai media che hanno dedicato al gioco d'azzardo patologico uno spazio crescente, riconoscono il ruolo determinante che la crisi economica e la precarietà hanno nel sempre maggior successo che incontrano i giochi di alea. È interessante notare, a questo proposito, come le fasce di popolazione che sembrano essere maggiormente colpite dalla crisi, in particolare i giovani sotto i 35 anni di età, abbiano identificato soglie più alte nell'individuare i limiti oltre i quali i comportamenti di gioco possono caratterizzarsi come problematici: per il 22,1% di loro, infatti, il gioco diventa problematico quando il comportamento ricorre più volte al giorno; per il 30,9% quando un cittadino spende in azzardo oltre i 150€ a settimana. Questa maggiore tolleranza verso l'azzardo fa pensare che a molti componenti di quella giovane fascia d'età la scarsità delle opportunità rende maggiormente accettabile soluzioni individuali basate sul rischio e l'azzardo.

Il gioco d'azzardo, negli ultimi mesi va suscitando un sempre maggiore allarme ed è considerato da molti una "emergenza sociale". Trattare un fenomeno di questo tipo in chiave emergenziale, però, non aiuta a comprenderlo, a capire quali sono stati i processi che hanno portato al suo sviluppo, a creare quegli anticorpi societari che posso-

no contenere le forme di abuso e dipendenza. Occorre, dunque, continuare con politiche informative e preventive, giustapponendole a quelle necessarie riforme della legislazione in materia invocate da gran parte della società civile.

GOCCE

Tra i tre fenomeni trattati all'interno del progetto Giochi, Gocce e Gocce, certamente l'abuso di psicofarmaci è quello meno conosciuto dai cittadini e, riteniamo, più sottovalutato. Molte persone raggiunte nella campagna hanno espresso una certa perplessità nel sentire accostare gli psicofarmaci all'alcol e al gioco d'azzardo. Anche l'analisi dei dati raccolti attraverso i questionari ci permette di dire che si tratta di un fenomeno intorno a cui la riflessione collettiva è ancora poco sviluppata. Eppure, tra il 2001 ed il 2009 in Italia si è assistito ad un incremento del consumo di psicofarmaci pari al 114,2%. Il dato è riportato nella ricerca del Censis dal titolo: *La crescente sregolazione delle pulsioni e lo studio mostra come, oltre agli antidepressivi, i farmaci più richiesti siano gli ipnotici (utilizzati in particolare per i disturbi del sonno) e gli ansiolitici (funzionali contro la stanchezza e per potenziare le capacità di concentrazione)*. Si tratta quindi di farmaci che rispondono a quel disagio legato all'incertezza verso il futuro, alla situazione di forte crisi economica, politica, sociale e culturale che stiamo attraversando. Il disagio sociale, che sempre più si esprime anche come disagio psichico, sembrerebbe essere investito da un processo di patologizzazione che interpreta dei normali «cambiamenti d'umore in disordine mentale, la timidezza in un Disturbo Sociale Ansiogeno, una difficoltà ad addormentarsi in insonnia cronica»¹¹. Inoltre, le persone parlano con difficoltà delle problematiche psichiche, o non ne parlano affatto, perché i disturbi psichici – o forme di disagio ed essi assimilabili – continuano ad essere oggetto di un forte stigma. Questo atteggiamento di chiusura potrebbe aver contribuito a far collocare l'Italia al quarto posto tra i 35 Paesi europei per consumo di tranquillanti e sedativi in assenza di prescrizione medica. La percentuale femminile è addirittura doppia rispetto a quella maschile (13% contro 7%)¹².

11. Cfr. Censis, *La crescente sregolazione delle pulsioni*, collana *Fenomenologia di una crisi antropologica*, Luglio 2011.

12. *Idem*.

Da questo punto di vista, il consumo problematico e fuori dalla prescrizione medica di psicofarmaci ha rappresentato un tema inedito per molte persone raggiunte dal progetto; per costoro, l'incontro con l'équipe ha rappresentato forse uno dei pochi spazi di approfondimento sul tema. Ovviamente, molto lavoro rimane da fare per rendere maggiormente consapevoli ed "attrezzati" i cittadini della Regione Lazio.

GOCETTI

Il consumo problematico di alcol non desta, tra i cittadini, particolare allarme.

Nell'ambito delle attività di sensibilizzazione del progetto Giochi, Gocce e Gocetti è stato, senza dubbio, il fenomeno su cui c'è stato minor confronto tra l'équipe e i cittadini, per quanto ne venga riconosciuta, quasi universalmente, la potenziale degenerazione in forme di abuso e dipendenza. D'altra parte, è innegabile che l'alcol rappresenti, in Italia, un oggetto di primaria importanza culturale, una sostanza che i cittadini incontrano quotidianamente ed al cui consumo vengono associati contesti ricreativi, di socializzazione, alimentari. Ne deriva una notevole tolleranza da parte di gran parte dei cittadini incontrati. Le preoccupazioni più forti, invece, sono state espresse soprattutto verso il consumo che ne fanno giovani e giovanissimi, che effettivamente rappresentano, insieme agli ultra sessantacinquenni, la parte di popolazione più esposta a comportamenti a rischio¹³.

Eppure, nel nostro paese i comportamenti considerati a rischio nel consumo di alcol (consumo giornaliero non moderato, binge drinking, consumo da parte dei ragazzi tra gli 11 ed i 15 anni) riguardano 7 milioni e 464 mila persone. Per quanto prosegua il trend discendente dei consumatori a rischio già osservato negli anni precedenti, si tratta ancora di un fenomeno che non deve essere sottovalutato e rispetto a cui sembra importante investire in piani di prevenzione rivolti in particolare ad adolescenti e giovani.

Nell'ambito di Giochi, Gocce e Gocetti, il lavoro dell'équipe è stato in particolare orientato a sensibilizzare i cittadini del Lazio rispetto alla possibilità di pensare al gioco d'azzardo come qualcosa di diverso dallo stereotipo dello "strumento usato dallo Stato per fregare la povera gente"; di pensare all'alcol non come una sostanza inoffensiva

13. Cfr. Istat, *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, Aprile 2013.

L'uso e l'abuso di alcol in Italia

Secondo l'ultimo report dell'ISTAT sul consumo di alcol in Italia, tra il 2002 ed il 2012 è diminuito del 26,4% il numero di consumatori giornalieri di bevande alcoliche (tra le donne, -32,6%). Aumenta tuttavia la quota di quanti dichiarano di bere alcolici fuori dai pasti (dal 23,1% del 2002 al 26,9% del 2012) e di chi ne consuma occasionalmente (dal 35,8% nel 2002 al 42,2% nel 2012).

Nel complesso, i comportamenti a rischio nel consumo di alcol (consumo giornaliero non moderato, binge drinking, consumo di alcol da parte dei ragazzi di 11-15 anni) riguardano 7 milioni e 464 mila persone. Rispetto al 2011, diminuisce sia la quota dei consumatori giornalieri non moderati di alcol (dall'8,4% al 7,5%) sia quella degli abitué del binge drinking (dal 7,5% al 6,9%).

Comportamenti a rischio più frequenti si osservano fra gli ultra sessantacinquenni (il 40,7% degli uomini contro l'10,1% delle donne), i giovani di 18-24 anni (il 21,0% dei maschi e il 9,5% delle femmine) e gli adolescenti di 11-17 anni (il 12,4% dei maschi e l'8,4% delle femmine).

La popolazione più a rischio per il binge drinking è quella giovanile (18-24 anni): il 14,8% dei giovani (20,1% dei maschi e 9,1% delle femmine) si comporta in questo modo, per lo più durante momenti di socializzazione.

Tra i ragazzi di 11-15 anni la quota di chi ha almeno un comportamento a rischio è pari al 10,5% senza differenze di genere evidenti.

che crea problemi solo ai più giovani; di pensare al consumo di psicofarmaci come ad un comportamento da tenere sotto controllo.

Le operatrici hanno quindi lavorato molto sul concetto di consumo problematico e di uso moderato, cercando di bypassare approcci morali come il vizio e la mancanza di volontà. Grazie a questa impostazione, l'équipe è riuscita a sostenere le persone che ha incontrato, in un processo di ripensamento e di ridefinizione dei fenomeni affrontati e di acquisizione di nuove competenze.

In particolare, si è lavorato con i gestori di attività e spazi pubblici, consapevoli della loro difficile posizione di persone che offrono/vendono cose che possono creare dipendenza (alcol, slot); a loro sono stati offerti alcuni strumenti di possibile azione, come la mappatura dei servizi che si occupano di dipendenze legali, così da sostenerli nell'affrontare quelle situazioni che loro valutano come problematiche e a volte drammatiche.

In questo contesto l'indagine, ideata e somministrata dall'équipe del progetto di concerto con il comitato scientifico, ha svolto un ruolo fondamentale di bussola: la somministrazione ai cittadini e il continuo e progressivo processo di analisi delle risposte, ha consentito di "aggiustare" e migliorare la traiettoria dell'intervento comunicativo nella Regione Lazio.

Bibliografia

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., and Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Agus A., (1998), Il gioco d'azzardo nei soggetti in trattamento con metadone. In: *Medicina delle Tossicodipendenze*, Italian Journal of the Addiction, 6,1 (18)
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4th TR). American Psychiatric Publishing
- Bagby, R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994): The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. 1. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38:23-32
- Barnes et al. *The Addiction-Prone Personality (Longitudinal research in the social and behavioral)* Springer | January 1, 2000
- Blaszczynski, A., McConaghy N., Frankova A. (1991): "A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment". *British Journal of Addictions*, 86, 11, 1485-9
- Blaszczynski, A. (1996): "Is pathological gambling an impulse control, addictive or obsessive-compulsive disorder?" Paper presented at the First International Symposium on Pathological Gambling". *Ciutat Sanitaria I Universitaria de Bellvitge, Barcelona, Spain*
- Blaszczynski A., Nower L., (2002), "A pathways model of problem and pathological gambling", *Addiction*, 97, 487-499
- Blaszczynski A. & Ladouceur R. (2003) *Gambling Screen Sydney and Laval Universities*
- Bergler, E. (1957): "The Psychology of Gambling". Hill and Wang Inc., New York
- Bergler E. (1974) *Psicologia del giocatore*. New Compton
- Bernstein Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993): "An update on the Dissociative Experiences Scale". *Dissociation*, 6(1), 16-27
- Bromberg Philip M. (2012) *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente rela-*

- zionale - Raffaello Cortina
- Callois R. (1981) I giochi e gli uomini. Bompiani
- Caretti V., La Barbera D. (2005) Le dipendenze patologiche. Raffaello Cortina
- Caretti V., Craparo G, Schimmenti A. (2006). Fattori di rischio della dipendenza patologica in adolescenza. *Infanzia e adolescenza*, vol. 3; p. 160-169, ISSN: 1594-5146
- Caretti V., Franzoni E., Craparo G., Pellegrini G., Schimmenti, A., (2007), “Disregolazione affettiva e dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA”. *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia*, I/2007: pp. 3-16. Roma: Il Pensiero Scientifico
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1988): “Further validation of the Dissociative Experiences Scale”. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1988
- Cippitelli C. et al. (2012), I consumatori di normalità. Iacobelli
- Codeluppi V. (2005) Manuale di sociologia dei consumi. Carocci
- Cohen J. (1972) Psychological probability or the art of doubt. Allen & Unwin
- Clerici, M., Bertolotti Ricotti, P., Malagoli, M. (2000): “Epidemiologia e diagnosi della comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze. Un modello di lavoro applicato ai programmi residenziali”. *I Quaderni di Itaca*, n° 6, pp. 40-55
- Coriale G., E. Bilotta, L. Leone, F. Cosimi, R. Porrari (2012) Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: A mediation analysis - *Addictive Behaviors*
- Croce, M., Zerbetto, R.: “Il gioco & l’azzardo. Il fenomeno, la clinica, la possibilità di intervento”. F. Angeli, Milano, 2001
- Croce M, Picone F., Zerbetto R. (a cura di) La ricerca empirica nel gioco d’azzardo patologico in Caretti V. La Barbera D. (a cura di) (2005) Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia., Raffaello Cortina Editore
- Custer, R.L. (1982) Pathological gambling. In A. Whitfield (a cura di). *Patients with Alcoholism and other Drug Problems*. New York: Year Book Publication
- Custer, R. L. (1984) Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*
- Custer, R. J. (1984) Profile of the pathological gambler. *Journal of clinical psychiatry*, 45, 35-38
- D’Andrea, G., Di Cristina, A., Lipari, A., Picone, F., Scardina, S., Spinnato, G. (2004): “La “sostanza” della dipendenza: il gioco d’azzardo e l’approccio sistemico”. In: *Personalità/Dipendenze*, Vol. 12, Fasc. II, Settembre 2006, pp. 135-144
- Dostoevskij F. (2012) Il giocatore. Feltrinelli
- Edwards G., Marshal e.J., Cook C.C. (2000) Diagnosi e trattamento dell’alcolismo. Raffaello Cortina

- Fantini-Hauwel C. (2012) Adult attachment and emotional awareness impairment: a multimethod assessment - socioaffectiveneuroscipsychol.net
- Fenton-O'Creevy, M., Nicholson, N. and Soane, E., Willman, P. (2003) Trading on illusions: Unrealistic perceptions of control and trading performance. *Journal of Occupational and Organisational Psychology* 76, 53-68;
- Freud A. (1970) Childhood symptomatology: preliminary attempt at classification. *Scritti* Vol. 7
- Freud S. (1927) Dostoevskij e il parricidio, da *Saggi sull' arte, il linguaggio e la letteratura*. Bollati Boringhieri
- Freud S. (1905) Inibizione, sintomo e angoscia. Bollati Boringhieri
- Furedi F. (2005) *Il nuovo Conformismo*. Feltrinelli
- Glatt (1974) *A Guide to Addiction and its Treatment—Drugs, Society and Man*. J.Wiley & Sons Inc.
- Gonzalez-Ibanez, A., Pastor, C., Mercadé P.V., Aymamí N. (1990): “Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico”. Libro de ponencias Socidrogalcohol; XVIII Jornadas Nacionales, Barcelona
- Gonzalez-Ibanez, A.: (2001): “ Esperienze di valutazione sui trattamenti”. In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): “Il gioco e l'azzardo”. Franco Angeli, Milano
- Greenson R. (1947), On Gambling, *American Imago*, 4, 61-77
- Guéguen N. (2010), *Psicologia del consumatore*. Il Mulino
- Jellinek E.M., (1960) Alcoholism, a genus and some of its species. *Le Journal de l'Association Médicale Canadienne*, Vol. 83, N° 26
- Keren G.; Lewis C., (1994) The two fallacies of gamblers: type I and type II, *Organizational behavior and human decision processes*, vol. 60, no1
- Klein M. (1969) *Invidia e Gratitudine*, Martinelli Editore
- Kofoed, L., Morgan, T., Buchkoski, J., Carr, R. (1997): “Dissociative experiences scale and MMPI-2 scores in videopoker gamblers, other gamblers, and alcoholic controls”. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, pp. 58-60
- Iori M. (2009), *Il gioco d'azzardo tra opportunità economiche e rischi sociali*. V Conferenza nazionale sulle droghe
- Ladouceur R, Sylvain C., Boutin C. (2001) *La psicoterapia cognitivo-comportamentale nel gioco d'azzardo*. Discussione di un caso da *Il gioco & l'azzardo*. a cura di M. Croce e Zerbetto R., Franco Angeli Ed.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003): “Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling”. Centro Scientifico Editore, Torino
- Lesieur, Henry R. and Sheila B. Blume. (1991) When lady luck loses: women and compulsive gambling. in *Feminist Perspectives on Addictions*, ed. Nan van Den Bergh, 181-197. New York: Springer Publishing Co.
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991b): “The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers”. *Am J Psychiatry*, 1987, 144, pp. 1184-1188

- Lejoyeux, M., Mc Loughlin, M., Adès, J. (2000): "Epidemiology of Behavioral dependence : literature review and results of original studies". In: *European Psychiatry*, 15 (2): 129
- Lightsey, O.R., Hulsey, C.D. (2002): "Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students". *J Couns Psychol*; 49
- Lo Iacono S. a cura di (2010), Dossier "Usi e abusi di farmaci ansiolitici"
- Lumley, M.A., Roby, K.J. (1995): "Alexithymia and pathological gambling". *Psychoterap. Psychosom.*, 63 (3-4):201-6
- McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1988): "Pathological Gambling. Reprint from *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*". Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York
- Milesi, A., Clerici, M. (2001): "Gioco d'azzardo, comorbidità e struttura di personalità". In: Croce, M., Ministero della Sanità, ICD-10 : classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati: 3 volumi, Roma: Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, 2001
- Minouchin S.(1974) Famiglie e terapia della famiglia. Astrolabio
- Moran, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-97
- Morin La Via E. (2011) Per l'avvenire dell'umanità. Raffaello Cortina
- Piaget J. (1970) Genetic epistemology
- Petry, N.M., Steinberg, K.L. (2005): "Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers". *Psychol. Addict. Behav.*, June; 19 (2): 226-9
- Relazione annuale al parlamento Alcool 2012
- Relazione annuale al parlamento stupefacenti 2012
- Rapporto nazionale l'uso dei farmaci in Italia gennaio settembre 2012
- Seligman, M.E.P. and Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco – W.H.Freeman
- Stanton D. Todd T C. (1989) The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. Guilford N.Y.Taber J.I
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997): "Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness". Cambridge, Cambridge University Press
- Winnicott D. W. (1971) *Gioco e Realtà*. Armando Editore
- Zerbetto, R. (a cura di), (2001): "Il gioco e l'azzardo". Franco Angeli, Milano
- Zerbetto R. "Filosofia di riferimento" - www.orthos.biz

Allegati

Scheda mappatura

Questionario

Gadgets

Locandina

Locandina di Roma

Cartoline

Corriere di Viterbo

Il Messaggero di Latina

Giochi Gocce Gocchetti
 Campagna di comunicazione, informazione e sensibilizzazione
 Per il contrasto al Gioco d'Azzardo Compulsivo ed altre
 Forme di dipendenza

Data contatto		Città	
Struttura			
Tipologia		Ente gestore	
Indirizzo		Territorio di competenza	
Tel.		Fax	
Responsabile		Recapito	
Contatto		Recapito	
Di cosa si occupa:			

Servizi erogati

Dipendenza Alcol
Attività del servizio e a chi si rivolge
Modalità di accesso
Orari e giorni di attività
Il servizio è gratuito? Si No _____

Servizi erogati

Dipendenza Farmaci
Attività del servizio e a chi si rivolge
Modalità di accesso
Orari e giorni di attività
Referente
Il servizio è gratuito? Si No _____

Dipendenza Azzardo
Attività del servizio e a chi si rivolge. .
Modalità di accesso: libera.
Orari e giorni di attività
Referente
Il servizio è gratuito? Si No _____

Servizi erogati

Altre Dipendenze:
Attività del servizio e a chi si rivolge
Modalità di accesso
Orari e giorni di attività
Referente
Il servizio è gratuito? Si No _____

Collaborazioni attive con altre strutture/progetti

UdS e servizio: collaborazioni/relazioni ipotizzabili

--

Parsec Coop. Soc.



QUESTIONARIO

Provincia di domicilio:	Frosinone	<input type="checkbox"/>
	Latina	<input type="checkbox"/>
	Rieti	<input type="checkbox"/>
	Roma	<input type="checkbox"/>
	Viterbo	<input type="checkbox"/>
	Altro (<i>specificare</i>): _____	<input type="checkbox"/>
Genere:	Uomo	<input type="checkbox"/>
	Donna	<input type="checkbox"/>
Fascia di età:	Under 35	<input type="checkbox"/>
	35-44 anni	<input type="checkbox"/>
	45-54 anni	<input type="checkbox"/>
	55-65 anni	<input type="checkbox"/>
	Over 65	<input type="checkbox"/>
Cittadinanza:	_____	

1 Secondo lei, nell'attuale periodo di crisi economica e di grande precarietà, le persone tendono a giocare:

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Di più | <input type="checkbox"/> |
| b. Di meno | <input type="checkbox"/> |
| c. Crisi economica e precarietà non incidono sui comportamenti di gioco | <input type="checkbox"/> |
| d. Non sa | <input type="checkbox"/> |

2 Secondo lei, nell'attuale periodo di crisi economica e di grande precarietà, le persone consumano psicofarmaci:

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Di più | <input type="checkbox"/> |
| b. Di meno | <input type="checkbox"/> |
| c. Crisi economica e precarietà non incidono sul consumo di psicofarmaci | <input type="checkbox"/> |
| d. Non sa | <input type="checkbox"/> |



3 Secondo lei, nell'attuale periodo di crisi economica e di grande precarietà, le persone tendono a bere alcolici:

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Di più | <input type="checkbox"/> |
| b. Di meno | <input type="checkbox"/> |
| c. Crisi economica e precarietà non incidono sul consumo di alcolici | <input type="checkbox"/> |
| d. Non sa | <input type="checkbox"/> |

4 Secondo lei, il gioco può diventare un problema?

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Sì (<i>vai alla domanda 4.1</i>) | <input type="checkbox"/> |
| b. No (<i>vai alla domanda 5</i>) | <input type="checkbox"/> |
| c. Non sa (<i>vai alla domanda 5</i>) | <input type="checkbox"/> |
| d. Non risponde (<i>vai alla domanda 5</i>) | <input type="checkbox"/> |

4.1 Se sì, quando

Si gioca

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a. Due o tre volte al mese | <input type="checkbox"/> |
| b. Da una a tre volte a settimana | <input type="checkbox"/> |
| c. Ogni giorno | <input type="checkbox"/> |
| d. Più volte al giorno | <input type="checkbox"/> |

In una settimana un cittadino con un reddito medio (circa 1.200€) spende

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| a. Meno di 50€ | <input type="checkbox"/> |
| b. Tra i 50€ ed i 150€ | <input type="checkbox"/> |
| c. Tra i 150€ ed i 300€ | <input type="checkbox"/> |
| d. Oltre i 300€ | <input type="checkbox"/> |

**4.2 Quali sono, a suo avviso, i giochi più "a rischio"?
(3 risposte possibili)**

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| a. Gratta e vinci | <input type="checkbox"/> |
| b. Casinò | <input type="checkbox"/> |
| c. Lotto | <input type="checkbox"/> |
| d. Superenalotto e Win for life | <input type="checkbox"/> |
| e. Slot machine e Video-poker | <input type="checkbox"/> |
| f. Scommesse | <input type="checkbox"/> |
| g. Poker on line | <input type="checkbox"/> |
| h. Lotterie | <input type="checkbox"/> |
| i. Bingo | <input type="checkbox"/> |
| l. Giochi di carte con denaro | <input type="checkbox"/> |
| m. Altri giochi on line | <input type="checkbox"/> |

5 Secondo lei, l'assunzione di psicofarmaci può diventare un problema?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| a. Sì (vai alla domanda 5.1) | <input type="checkbox"/> |
| b. No (vai alla domanda 6) | <input type="checkbox"/> |
| c. Non sa (vai alla domanda 6) | <input type="checkbox"/> |
| d. Non risponde (vai alla domanda 6) | <input type="checkbox"/> |

5.1 Se sì, quando:
(più risposte possibili)

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Si assumono psicofarmaci fuori dalla prescrizione medica | <input type="checkbox"/> |
| b. Si assumono molti psicofarmaci con prescrizione | <input type="checkbox"/> |
| c. In assenza di patologie diagnosticate, lo psicofarmaco appare indispensabile per garantire una prestazione | <input type="checkbox"/> |
| d. In assenza di patologie diagnosticate, lo psicofarmaco appare indispensabile per condurre una vita "normale" | <input type="checkbox"/> |

6 Capita che mi vengano proposti biglietti della lotteria o gratta e vinci:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| a. Spesso | <input type="checkbox"/> |
| b. Raramente | <input type="checkbox"/> |
| c. Mai | <input type="checkbox"/> |
| d. Non sa | <input type="checkbox"/> |

7 Le sembra normale trovare una slot machine:

- | | Sì | No |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Alle poste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Al ristorante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. In una sala gioco per ragazzi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. In un circolo ricreativo o simili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Al bar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. All'autogrill | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Al supermercato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 Gli spot che promuovono il gioco sono:
(2 risposte possibili)

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| a. Simpatici | <input type="checkbox"/> |
| b. Troppo frequenti | <input type="checkbox"/> |
| c. Utili per conoscere nuovi giochi | <input type="checkbox"/> |
| d. Ingannevoli | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi sono indifferenti | <input type="checkbox"/> |
| f. Non sa | <input type="checkbox"/> |

9 Conosce persone che prendono psicofarmaci fuori dalla prescrizione medica?

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Molte | <input type="checkbox"/> |
| b. Alcune | <input type="checkbox"/> |
| c. Non conosco persone che prendono psicofarmaci fuori prescrizione | <input type="checkbox"/> |
| d. Non sa | <input type="checkbox"/> |

10 Il consumo di psicofarmaci, in persone che non abbiano una patologia diagnosticata, è:
(una sola risposta possibile)

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Inevitabile in una società frenetica come la nostra | <input type="checkbox"/> |
| b. Un comportamento da tenere sotto controllo | <input type="checkbox"/> |
| c. Non problematico, se in un periodo limitato di tempo | <input type="checkbox"/> |
| d. Senz'altro problematico | <input type="checkbox"/> |
| e. Non sa | <input type="checkbox"/> |

11 E' d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni?

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Al bar è piacevole bere un caffè e comprare un "grattino" | |
| a. Per niente d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| b. Poco d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| c. Abbastanza d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| d. Molto d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| b. Nella pausa pranzo, o dopo il lavoro, è normale farsi una partitina a video-poker | |
| a. Per niente d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| b. Poco d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| c. Abbastanza d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| d. Molto d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| c. Se sono certo dell'efficacia di uno psicofarmaco, perché andare da un medico? | |
| a. Per niente d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| b. Poco d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| c. Abbastanza d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| d. Molto d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| d. I migliori rimedi contro l'ansia me li consigliano gli amici | |
| a. Per niente d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| b. Poco d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| c. Abbastanza d'accordo | <input type="checkbox"/> |
| d. Molto d'accordo | <input type="checkbox"/> |

12 In relazione al fenomeno del gioco, le Istituzioni locali dovrebbero prioritariamente
(3 risposte possibili)

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Investire fondi per la prevenzione | <input type="checkbox"/> |
| b. Investire fondi per la cura dei comportamenti patologici | <input type="checkbox"/> |
| c. Limitare la pubblicità | <input type="checkbox"/> |
| d. Limitare le concessioni | <input type="checkbox"/> |
| e. Inserire interventi formativi obbligatori nei piani scolastici | <input type="checkbox"/> |
| f. Non è compito delle istituzioni intervenire | <input type="checkbox"/> |
| d. Altro (specificare): _____ | <input type="checkbox"/> |

GADGET



LOCANDINA GENERALE

CUBE
ADVERTISING

PRESENTANO

DIPENDE DA TE 2013

CALENDARIO APPUNTAMENTI

INGRESSO GRATUITO



ROMA

- 28 Marzo Cesv, Via Liberiana, 17 Ore 10-13 - CONSUMI CONTEMPORANEI: GIOCO, ALCOL E FARMACI. *Marangi / Cippitelli*
- 5 Aprile In collaborazione con "Rete di cittadini e Associazioni interessate al tema del gioco d'azzardo" Centro Sociale Anziani Cinecittà Est Largo Zappalà, 2 Ore 17.30-20.30 - POKER ONLINE, SLOT E GRATTA E VINCI: TRA MERCATO E VITA QUOTIDIANA. *D'Aniello / Dalpiaz*
- 7 Maggio Cesv, Via Liberiana, 17 Ore 10-13 - SOSTANZE D'ABUSO E COMPORTAMENTI D'ABUSO (farmaci e gioco). *Zerbetto / Pellegrino*

LATINA

- 22 Marzo Cesv, Viale Pier Luigi Nervi s.n.c. (c/o Latinafiori Torre 5 Gigli), Ore 10-13 - POKER ONLINE, SLOT E GRATTA E VINCI: TRA MERCATO E VITA QUOTIDIANA. *Fiasco / Cippitelli*
- 12 Aprile Cesv, Viale Pier Luigi Nervi s.n.c. (c/o Latinafiori Torre 5 Gigli), Ore 10-13 - SOSTANZE D'ABUSO E COMPORTAMENTI D'ABUSO (farmaci, internet e social network). *Pellegrino / Dalpiaz*
- 14 Maggio Cesv, Viale Pier Luigi Nervi s.n.c. (c/o Latinafiori Torre 5 Gigli), Ore 10-13 - CONSUMI CONTEMPORANEI: GIOCO, ALCOL E FARMACI. *Cippitelli / De Luca*

FROSINONE

- 21 Marzo Cesv, Via Pierluigi da Palestrina, 14 Ore 10-13 - CONSUMI CONTEMPORANEI: GIOCO, ALCOL E FARMACI. *Cippitelli / De Luca*
- 18 Aprile Cesv, Via Pierluigi da Palestrina, 14 Ore 10-13 - SOSTANZE D'ABUSO E COMPORTAMENTI D'ABUSO (alcol e gioco). *Fiasco / Catallo / D'Ambrosi*
- 22 Maggio Sala Teatro ASL Frosinone Città della salute, Via Armando Fabi s.n.c. Ore 10-13 - SOSTANZE D'ABUSO E COMPORTAMENTI D'ABUSO (farmaci e gioco). *Pellegrino / D'Ambrosi / Zainni / Cippitelli*

VITERBO

- 11 Aprile Cesv, Via Igino Garbini, 29/G. Ore 10-13 - CONSUMI CONTEMPORANEI: GIOCO, ALCOL E FARMACI. *Cippitelli / De Luca*
- 9 Maggio Sala Regia del Comune di Viterbo, Piazza del Plebiscito, 1⁹ settimana del Volontariato Ore 16-19- POKER ONLINE, SLOT E GRATTA E VINCI: TRA MERCATO E VITA QUOTIDIANA. *Zerbetto / Fiasco*
- 30 Maggio Cesv, Via Igino Garbini, 29/G Ore 10-13 - FARMACI: TRA ABITUDINE E DIPENDENZA. *Pellegrino*

RIETI

- 27 Marzo Cesv, Piazzale Enrico Mercatanti, 5 Ore 10-13 - CONSUMI CONTEMPORANEI: GIOCO, ALCOL E FARMACI. *De Luca / Cippitelli*
- 30 Aprile Cesv, Piazzale Enrico Mercatanti, 5 Ore 10-13 POKER ONLINE, SLOT E GRATTA E VINCI: TRA MERCATO E VITA QUOTIDIANA. *Zerbetto*
- 24 Maggio Cesv, Piazzale Enrico Mercatanti, 5 Ore 10-13 SOSTANZE D'ABUSO E COMPORTAMENTI D'ABUSO (farmaci, internet e social network). *Pellegrino / Dalpiaz*

REGIONE
LAZIO

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

www.giochigoccegocchetti.it Numero Verde 800 189 499 attivo dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 13.00



CUBE
ADVERTISING

PRESENTANO



DIPENDE DA TE 2013

CALENDARIO APPUNTAMENTI

INGRESSO GRATUITO

ROMA

28 Marzo

Cesv, Via Liberiana, 17
Ore 10-13 - CONSUMI CONTEMPORANEI: GIOCO, ALCOL E FARMACI.
Marangi / Cipitelli

5 Aprile

In collaborazione con "Rete di cittadini e Associazioni interessati al tema del gioco d'azzardo"
Centro Sociale Anziani Cinecittà Est Largo Zappalà, 2
Ore 17.30-20.30 - POKER ONLINE, SLOT E GRATTA E VINCI: TRA MERCATO E VITA QUOTIDIANA.
D'Aniello / Dalpiaz

7 Maggio

Cesv, Via Liberiana, 17
Ore 10-13 - SOSTANZE D'ABUSO E COMPORTAMENTI D'ABUSO (farmaci e gioco).
Zerbetto / Pellegrino

Claudio Cipitelli: Sociologo, ricercatore e formatore, esperto nuovi consumi e politiche giovanili
Riccardo Zerbetto: Neuropsichiatra. Direttore Scientifico CSTG e Progetto Orthos -
Esperto in dipendenze patologiche
Claudio Dalpiaz: Psicologo-Psicoterapeuta, esperto in dipendenze patologiche - Presidente
Michele Pellegrino: Medico specialista in dipendenze
Rosa D'Aniello: F.I.C.S. Roma
Michele Marangi: Media Educator



REGIONE
LAZIO

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

www.giochigoccegocetti.it

Numero Verde 800 189 499 attivo dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 13.00

CARTOLINE

ANOTHER DRINK

Per festeggiare,
per stare con gli amici,
per passare una serata,
per piacere,
per digerire,
per stimolare l'appetito:
se ogni ragione
è buona per bere,
potrebbe esserci
una ragione
più seria.

Grappa
ANOTHER DRINK
La Sera

ANOTHER PILL

Allevia
le tensioni,
attenua gli
stati d'ansia,
sopisce le passioni,
spegne le emozioni.

ANOTHER BET

Il nuovo **gioco** che ti cambia la vita

Più giochi, più perdi.
Più perdi, più giochi.

50€

REGIONE LAZIO
ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

DIPENDE DA TE 2013

Giochi Gocce e Gocchetti .it

CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE
PER LA PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI
A RISCHIO PROMOSSA DALL'ASSESSORATO ALLE
POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

A volte i nostri comportamenti presentano rischi di cui non ci rendiamo conto. Nessun problema: può capitare a tutti. L'importante è accorgersene in tempo: facciamo un salto su www.giochigoccegocchetti.it

Numero Verde 800 189 499 attivo dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 13.00

Nonostante la recessione economica i viterbesi continuano a sfidare la sorte. Nel 2011 investiti 252 milioni

Il giro d'affari del gioco d'azzardo non conosce crisi

► VITERBO

Ben 252 milioni di euro "bruciati" nel gioco d'azzardo. A tanto ammonta il "tesoretto" che i viterbesi hanno investito in giochi nel 2011 e che ci mostra come, nonostante la crisi che morde e i bilanci familiari sempre più in rosso, anche nella Tuscia si continui a giocare d'azzardo sperando nel fatidico "bacio" della dea bendata. I dati, elaborati dalla Consulta nazionale anti-tuscia, sono stati resi noti nell'ambito della campagna regionale di sensibilizzazione "Giochi, gocce e goccetti" che lo scorso giovedì ha fatto tappa in via Garbini con un incontro sui "Consumi contemporanei: gioco, alcol e farmaci". Per quanto riguarda il nostro territorio, i numeri che ruotano attorno al gioco d'azzardo lasciano ben poco spazio all'immaginazione. La spesa pro capite in giochi in provincia di Viterbo nel 2011, ammonta a 851 euro a testa e vede in pole position newslot e videolottery, giochi in cui i viterbesi hanno investi-

La campagna Attivo anche un numero verde

"Giochi Gocce e Goccetti" Combattere le dipendenze

► VITERBO

E dopo uno stop di un anno, ritorna la campagna "Giochi Gocce e Goccetti" che si propone di informare e sensibilizzare i cittadini laziali sull'uso eccessivo di alcol, l'abuso di psicofarmaci e il gioco d'azzardo patologico. La campagna tenterà anche di far emergere le situazioni di dipendenza o di rischio vissute da singole persone, promuovendo un'azione di primo orientamento ai servizi sanitari e sociali del territorio e, successivamente, di presa in carico da parte delle strut-

ture di assistenza e cura.

Tra le novità di questa seconda edizione anche il numero verde 800 189 499.

Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 13, fornisce informazioni e raccoglie domande e bisogni specifici, favorendo anche il contatto con i servizi del proprio territorio.

Attiva anche una pagina Facebook e il sito web www.giochigoccegocchetti.it che contiene informazioni sul progetto e sulle droghe legali quali alcol e psicofarmaci, nonché



Tra lotto, superenalotto, bingo, newslot, e lotterie istantanee la spesa pro capite in provincia di Viterbo si attesta a 851 euro per singolo cittadino

Vizio Si continua a sperare nella "dea bendata" ma il passo che separa la passione del gioco patologico è sempre più corto. Aumentano i giocatori che chiedono aiuto ai gruppi Ama

cio che è una sana passione dalla patologia del gioco compulsivo, sembra essere davvero corto. Non per nulla anche i gruppi di auto-mutuo-aiuto della provincia stanno registrando un aumento esponenziale dei giocatori patologici che chiedono aiuto. Un allarme sociale per cui pochi mesi fa la dottoressa Anna Rita Giaccone e il dottor Luca Piras, coordinatori volontari dei gruppi Ama, hanno lanciato un appello ai sindaci della Tuscia affinché intervenissero repentinamente per fermare quella che non hanno esitato a definire una vera e propria piaga sociale. E, proprio come riportato dal dottor Piras, nonostante non vi siano statistiche ufficiali, le persone affette dalla sindrome del gioco d'azzardo compulsivo (Gap) nella Tuscia potrebbero essere circa 2.800. Insomma l'industria del gioco d'azzardo sembra non risentire affatto della crisi e continua più che mai a prosperare.

Elisa Conti

to ben 114 milioni di euro. Seguono le lotterie istantanee, tra cui rientrano i comuni "gratta e vinci", che fanno registrare un incasso netto di 68,2 milioni di euro, ovvero 231 euro pro capite. Ancora

gettonatissimo il gioco del lotto per cui nel Viterbese sono stati spesi complessivamente 29,1 milione di euro, in media 99 euro a cittadino. Ben 13,9 milioni di euro sono andati, invece, per il gioco del tingo

(43,3 euro a persona), mentre l'incasso annuale del superenalotto registrato in provincia è stato di 10,5 milioni di euro, ovvero 35 euro a testa. Parliamo, quindi, di ben 252 milioni di euro complessivi,

cui vanno aggiunti gli investimenti nei giochi d'azzardo in modalità on-line non calcolati nell'indagine. Insomma, in barba alla crisi, lotterie e casinò continuano a pullulare di clienti e il passo che separa



E che succede se vi chiedo di rateizzare tutte le spese, oppure di fare un finanziamento?

Va benissimo. Vogliamo finanziare il sorriso degli italiani.



Numero Verde
800-196959
da rete fissa e mobile

Intesa

IL MESSAGGERO del 15/04/2013

Latina

(C) Il Messaggero S.p.A. | ID: 00022902 | IP: 10.9.1


Il Messaggero

 latina@ilmessaggero.it
 www.ilmessaggero.it

 Lunedì 15
 Aprile 2013

Redazione: Piazza del Mercato, 11 T 0773/663235 F 0773/663282

**Sul litorale
 Prove d'estate:
 spiagge
 affollate
 e primi bagni**

Gionti e Pierini a pag. 51


**Calcio
 Terracina flop:
 battuta 1-0
 perde anche
 la leadership**

Cruciani a pag. 45


**Basket, nella DnA
 La Benacquisi
 annichilisce C**

 Ottima prova d'assieme per il team
 Milani e Santolamazza in grande fo
 Urgera a pag. 54

Gioco, a Latina spesa record

- I pontini sperperano di più rispetto agli altri cittadini del Lazio: 1.633 euro all'anno
- Parte una campagna per contrastare la dipendenza e aiutare chi è caduto nel vortice

I dati sulla diffusione del gioco a Latina descrivono una notevole propensione dei pontini a spendere soldi sperando, quasi sempre invano, di vincere. Secondo la Consulta Nazionale Antiusura la spesa totale pro capite nella provincia pontina è la più alta nel Lazio: ogni giocatore pontino spende in media 1.633 euro all'anno contro i 1.357 euro di Roma. Molto alta anche la spesa a Frosinone (1.498 euro) mentre scende a Rieti (973) e Viterbo (851).

Slot machine e videolotterie sono le preferite visto che da sole rappresentano una gran fetta del

mercato: 1.035 euro di spesa pro capite a Latina contro i 750 di Roma. Si spende tanto anche per le cosiddette lotterie istantanee, i gratta e vinci che ormai si trovano ovunque: 247 euro all'anno. Piacciono molto meno il Bingo e il Sperenalotto. La dipendenza da gioco è un problema sempre più diffuso, tanto che anche Latina è partita la campagna "Giochi Gocce e Gocetti" che si propone di informare e sensibilizzare i cittadini su alcune dipendenze molto subdole e pericolose. Attivo un numero verde per orientarsi e chiedere aiuto.

Cusumano a pag. 50


Alcune slot machine

**Gaeta, un immigrato moldavo
 Arrestato per un documento falso**

Si spacciava per regolare in Italia grazie a una carta d'identità falsa. Un uomo di origini moldave. 41 anni, è stato arrestato dai carabinieri a Gaeta per il documento contraffatto. I militari del capitano Daniele Puppini, inoltre, hanno trovato in possesso dell'immigrato mezzo

grammo di marijuana per il quale lo hanno segnalato alla Prefettura. Il documento e la sostanza stupefacente sono stati sequestrati, mentre il moldavo è stato ristretto presso le camere di sicurezza della compagnia in attesa del rito direttissimo in programma questa mattina.

Sagra del carciofo e buon gusto Pienone a Sezze

Folla di visitatori tra stand gastronomici ed eventi culturali sotto un sole primaverile

L'EVENTO

Un fiume di visitatori, un record d'affluenza per l'edizione numero 44 della Sagra del carciofo, che si è svolta ieri a Sezze. La giornata pienamente pri-

una vetrina per i prodotti d'eccezza». Anche quest'anno qualche malumore tra i produttori agricoli è stato creato dalla presenza di qualche venditore ambulante non autorizzato nelle zone più esterne alla Sagra. «Gli agricoltori che partecipano

Calcio. In Prima divisione, capolista battuta


Latina

Gioco d'azzardo a Latina spesa record

►Ogni giocatore spende 1.633 euro all'anno: più di Roma

NUMERI

Sono allarmanti i dati sulla diffusione del gioco a Latina. Secondo la Consulta Nazionale Antiusura la spesa totale pro capite nella provincia pontina è la più alta nel Lazio. Ogni giocatore pontino spende in media 1.633 euro all'anno contro i 1.357 euro di Roma. Molto alta anche la spesa a Frosinone (1.498 euro) mentre scende a Rieti (973) e Viterbo (851).

Che a Latina il gioco sia molto, troppo diffuso, lo testimoniano anche i numeri relativi alle slot machine e alle videolotterie che da sole rappresentano una gran fetta del mercato: 1.035 euro di spesa pro capite a Latina contro i 750 di Roma. Si spende tanto anche per le cosiddette lotterie istantanee, i gratta e vinci che ormai si trovano ovunque: 247 euro all'anno. Piace molto meno il Bingo (30 euro all'anno pro capite) e il Superenalotto (55 euro all'anno). Più alta la spesa per il tradizionale Lotto: i giocatori pontini spendono 154 euro all'anno a testa, anche qui record regionale (Roma si ferma a 136 euro). Considerando la spesa

complessiva per tutti i giochi autorizzati, Latina arriva a ben 836 milioni di euro. I numeri si riferiscono al 2011 perché i monopoli non hanno ancora reso disponibili i più recenti dati del 2012, creando qualche malumore tra chi lavora nel costante monitoraggio del gioco. La dipendenza è infatti un problema sempre più diffuso, tanto che anche Latina è partita la campagna "Giochi Gocce e Gocce" che si propone di informare e sensibilizzare i cittadini su alcune dipendenze molto subdole: l'uso eccessivo di alcol, l'abuso di psicofarmaci e il gioco d'azzardo patologico. Il progetto si rivolge a persone tra i 35 e i 65 anni e tenterà di far emergere le situazioni di dipendenza o di rischio vissute da singole persone, promuovendo un'azione di primo orientamento ai servizi sanitari e sociali del territorio e, successivamente, di presa in carico da parte delle strutture. Venerdì si è svolto un incontro su "Sostanze d'abuso e comportamenti d'abuso (farmaci, internet e social network)" presso il Centro Servizi per il Volontariato a Latinafiori alla presenza di Claudio Dalpiaz, psicoterapeuta esperto in dipendenze patologiche, e Michele Pellegrino, medico specialista in dipendenze. Per informazioni sulle attività numero verde 800189499.

Marco Cusumano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una slot machine

Si toglie la vita, a Sabaudia secondo suicidio in pochi giorni

►Due suicidi a distanza di pochi giorni. Accade a Sabaudia dove ieri, attorno alle 11, un uomo si è tolto la vita impiccandosi nella sua abitazione, nella zona Arcigliani. Sul posto sono intervenuti, attorno alle 11.30, anche i carabinieri di Sabaudia ma per l'uomo non c'era più niente da fare. Si tratta di un uomo di 58 anni che negli anni scorsi aveva aperto un ristorante in centro ma che era stato chiuso da diverso tempo. La notizia si è rapidamente diffusa in città dove l'uomo era conosciuto per via della sua attività di ristorazione. Non avrebbe

lasciato nessun messaggio per spiegare questo tragico gesto. I funerali si svolgeranno questo pomeriggio, alle 16, nella parrocchia Santissima Annunziata di Sabaudia. Un suicidio che scuote la città perché avviene a pochi giorni di distanza da quello di un giovane di 24 anni, figlio del titolare di una pizzeria, che si è tolto la vita impiccandosi ad una veranda esterna alla sua abitazione. Due gesti estremi compiuti a pochi giorni di distanza e che lasciano insolite molte domande.

Ebe Pierini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Finito di stampare nel giugno 2014
presso Arti grafiche La moderna, Roma*