



**manuale per Sportelli
di informazione
ed Orientamento per il disturbo
da Gioco D'azzardo**

indice

1. Introduzione

- 1.1. Informazioni relative all'attivazione del progetto
- 1.2. Informazioni relative agli Sportelli

2. Il comitato scientifico

- 2.1. Onofrio Casciani
- 2.2. Maurizio Fiasco
- 2.3. Matteo Iori
- 2.4. Claudio Leonardi
- 2.5. Leopoldo Grosso
- 2.6. Armando Zappolini

2

3. Il ruolo dell'operatore di sportello

- 3.1. Operatore come nodo centrale della rete;
- 3.2. I confini dell'intervento.

4. La persona che soffre di Disturbo da Gioco D'Azzardo

- 4.1. Epidemiologia, cenni sociologici
- 4.2. Forme di manifestazione
- 4.3. Cenni psicologici (Blazinsky e Nower)
- 4.4. Criteri per il riconoscimento e per l'autovalutazione

5. Multiproblematicità e varietà dei bisogni

- 5.1. Aspetti psicologici e relazionali
 - 5.2. Aspetti medico - psichiatrici
 - 5.3. Aspetti economici: La gestione del denaro e la strutturazione del debito
 - 5.4. Aspetti sociali e lavorativi.
 - 5.5. Lavorare con le famiglie
 - 5.6. Motivare ed accompagnare al trattamento
-

6. Consulenze tipo con giocatore e famiglia (orientativamente 3 colloqui, integrabili)

6.1. 1° colloquio - valutazione / raccolta scheda / prime assicurazioni ed indicazioni + appuntamento al quale si indica di invitare almeno un familiare

6.2. 2° colloquio - “sedazione” del conflitto con descrizione della patologia (mediazione) indicazioni di base per gestione denaro e tempo; approfondimento analisi dei bisogni; esplorazione risorse familiari e sociali

6.3. 3° colloquio - restituzione e invio tramite contatti diretti, possibilmente con organizzazione appuntamenti seduta stante

7. Animazione Sociale

7.1. Fare rete: Sensibilizzazione ed empowerment del territorio

7.2. Buone pratiche (esperienze territoriali: SlotMob, SenzaSlot, NonAzzardiamoci, ...).

8. La Cornice Normativa

9. La gestione della raccolta dati e della privacy

Bibliografia

1. introduzione

La Regione Lazio, nel rispetto delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di quelle della Commissione Europea e in armonia con i principi costituzionali in merito alla tutela della salute, vara la Legge Regionale n° 5/2013, *Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico*¹ (GAP)²: definisce dunque delle regole regionali in materia di gioco d'azzardo.

Nello specifico:

- *l'articolo 5* istituisce il marchio regionale "Slot free R.L." teso a valorizzare gli esercizi commerciali che non hanno al loro interno apparecchiature per il gioco d'azzardo;

- *l'articolo 6* vara un *Osservatorio Regionale sul Gioco d'Azzardo* al fine di monitorare il fenomeno in tutte le sue componenti (culturali, legali, di pubblica sicurezza, commerciali, sanitarie ed epidemiologiche, sociali e socio-economiche) e con il compito di formulare strategie, linee di intervento, campagne informative e di verificare l'impatto di tali politiche redigendo un rapporto annuale;

- il successivo *articolo 10* istituisce il piano integrato socio-sanitario per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio dalla dipendenza GAP; in particolare tale piano dovrà prevedere ad esempio interventi di prevenzione, cura e trattamento del rischio dalla dipendenza da GAP, interventi di formazione per operatori pubblici e del terzo settore, l'attivazione di un numero verde regionale in grado di fornire un primo servizio di ascolto, assistenza e consulenza (800001133).

¹ Per il testo completo della legge <http://www.nonprofitonline.it/docs/normative/3461.pdf>

² GAP = Gioco Azzardo Patologico

DGA = Disturbo Gioco Azzardo

DGA e GAP sono le formulazioni diagnostiche delle due ultime edizioni del Manuale Statistico dei Disturbi Mentali edito dall'APA (American Psychiatric Association). Nonostante differiscano in alcuni aspetti su cui l'APA ha deciso di riformulare criteri diagnostici e definizione stessa del disturbo, nelle pagine che seguiranno saranno considerati alla stessa stregua.

Nel quadro degli interventi promossi da questa legge, è prevista l'attivazione di 51 sportelli (uno per ogni distretto della regione) aventi il compito specifico di svolgere animazione territoriale, sensibilizzazione, informazione e di accogliere eventuali Giocatori d'Azzardo Patologici e i loro familiari per orientarli ai servizi socio-sanitari sul territorio.

Dopo aver varato negli anni precedenti, una serie di programmi di informazione alla popolazione su tre fenomeni di consumo significativi nel nostro territorio tra cui il GAP (psicofarmaci e alcol), con questa legge l'istituzione intende evidentemente affrontare con decisione un fenomeno sociale che preoccupa tanto i cittadini quanto gli amministratori.

Il successivo *D.G.R. Lazio n. 314 del 27/5/2014* programma quindi l'erogazione di contributi per interventi e servizi sociali, destinandone una parte alla realizzazione di progetti che possano supportare tali azioni regionali per la prevenzione dei rischi dovuti al Gioco d'Azzardo Patologico; nello specifico, l'erogazione del contributo per il GAP era destinato ad attività di mappatura dei servizi utile alla rilevazione dei soggetti operanti sul territorio; ad attività di aggiornamento seminariale e alla predisposizione di un vademecum sul tema. Il progetto "*LazioInGioco*" ha risposto specificatamente a questo impianto: obiettivo ultimo è appunto quello di rafforzare la strutturazione di una rete di servizi a livello regionale capace di promuovere sul territorio una ampia consapevolezza sociale in merito al gioco d'azzardo patologico e di offrire risposte alle richieste specifiche di conoscenza ed intervento avanzate da soggetti collettivi (centri socio-culturali, centri anziani, ecc.), da istituzioni (scuole, municipi, ecc.), da cittadini e famiglie in merito al Gioco d'Azzardo Patologico.

1.1. Informazioni relative all'attivazione del progetto

Il progetto *LazioInGioco* ha preso avvio nel mese di marzo 2015 e ha durata biennale.

E' realizzato da un Raggruppamento Temporaneo di Scopo composto dalla *Cooperativa Sociale Parsec* (capofila), dalla *Cooperativa Sociale Il Cammino*, dall'*Associazione Psy+ Onlus* e dall'*Auser Lazio*: la scelta dei partner è stata

effettuata tenendo presente l'esigenza di raggiungere tutti i settori della popolazione attraverso la competenza di strutture che da anni si occupano di temi legati alle dipendenze con e senza sostanze.

Le attività sono realizzate anche attraverso il supporto di un articolato partenariato di enti, sia regionali che extraregionali e di un comitato scientifico composto da riconosciuti esperti nel settore, che sostengono l'intervento nelle diverse fasi in relazione alle specifiche competenze ed esigenze.

Beneficiari dell'intervento sono diverse tipologie di target:

- a) operatori degli sportelli dei distretti socio assistenziali previsti dalla Regione Lazio;
- b) operatori sociali dei distretti socio assistenziali del Lazio (istituzioni pubbliche);
- c) operatori dei Ser.T. e del Terzo Settore coinvolti nella *policy* regionale sul GAP;
- d) organizzazioni socio culturali, sindacali e di categoria, stakeholder territoriali, parrocchie, scuole, organizzazioni giovanili, centri anziani, operatori di sale da gioco e bar

Obbiettivi specifici dell'intervento sono:

- a) favorire l'avvio e l'implementazione della rete di Sportelli di distretto specifici per GAP;
- b) creare una competenza diffusa ed omogenea sul tema, promuovendo momenti di aggiornamento sul fenomeno rivolti agli operatori dei distretti socio assistenziali del Lazio, agli operatori del Terzo settore e ad altri soggetti coinvolti nella specifica *policy* regionale;
- c) abilitare gli Sportelli al loro compito di promozione socio culturale sul tema del GAP, fornendo strumenti e competenze per un primo ascolto dei casi specifici portati alla loro attenzione dai cittadini.

Per la realizzazione di tali obbiettivi si è dapprima realizzata una mappatura (aggiornata durante tutta la durata progettuale), finalizzata a definire l'insieme delle risorse territoriali e dei soggetti che potevano essere coinvolti nella specifica *policy* regionale e poi si è costruito un database che al suo interno fornisce anche eventuali indicazioni di particolari sperimentazioni di

intervento a livello nazionale (raccolta delle *best practices*).

Si è poi proceduto con la realizzazione di un sito internet³ in cui è presente il database, una rassegna dei riferimenti normativi in materia, articoli a carattere scientifico e materiale vario.

Dal mese di settembre 2015 ad oggi e per tutta la durata progettuale, si sta svolgendo un'ampia attività formativa su ogni provincia della Regione Lazio differenziata in relazione al target (operatori di sportello, operatori numero verde, operatori coinvolti nella *policy* regionale sul GAP, pubblici e privati).

1.2. Informazioni relative agli sportelli

Come anticipato, la Regione Lazio per il contrasto al GAP, ha finanziato per ogni suo distretto uno sportello di ascolto della durata annuale.

In particolare sono stati previsti:

4 sportelli a Frosinone

5 sportelli a Rieti

5 sportelli a Viterbo

5 sportelli a Latina

15 sportelli a Roma Capitale

17 sportelli nei Comuni della Provincia di Roma

Ogni sportello ha il compito di: diffondere informazioni in merito al tema al fine di sensibilizzare la cittadinanza e creare saperi comuni; diffondere la conoscenza dei servizi preposti ad accogliere GP e famigliari; accogliere essi stessi chiunque necessita di informazioni e consulenze in modo da orientare e effettuare invii efficaci.

Centri anziani, scuole, parrocchie, complessi sportivi, ma anche piazze, feste patronali e sagre, saranno alcuni dei luoghi sensibili che gli operatori di sportello raggiungeranno per le loro attività progettuali.

Servizi per le Dipendenze, ASL, Centri di Salute Mentale, comunità terapeutiche, servizi del Terzo Settore saranno altrettanti luoghi con i quali gli operatori di sportello interagiranno al fine di creare buone prassi per il confronto, l'invio e la presa in carico di eventuali GP o anche per la concertazione di eventuali interventi sul territorio.

³ www.lazioingioco.it

2. introduzione al comitato scientifico

Le attività del progetto LIG sono realizzate anche attraverso il contributo di un disponibile Comitato Scientifico composto da riconosciuti esperti nel settore, che sostengono l'intervento nelle diverse fasi in relazione alle specifiche competenze ed esigenze.

I componenti del Comitato rappresentano voci forti sulla sensibilizzazione ai rischi del gioco d'azzardo e sulla spinta verso una gestione attenta e consapevole della materia da parte dei soggetti statali preposti, nonché attori dell'intervento di cura vero e proprio, capace di ridare speranza e sostegno a chi ha rimesso personalmente delle proprie finanze, relazioni ed affetti.

In questo capitolo ciascuno dei membri del Comitato ha pubblicato un messaggio in cui evidenzia lo stato attuale nell'impegno per curare questa dipendenza così diffusa, ma anche propositi, sforzi ed impegni tuttora necessari da parte di tutti per far sì che non si perda tempo e non ci si limiti ad arginare il fenomeno.

2.1. Onofrio Casciani

Circa 30 – 40 anni fa , quando il problema della tossicodipendenza stava iniziando ad assumere le dimensioni di drammatico fenomeno sociale, si poteva assistere ad un rapido proliferare di offerte di trattamento, poco o per nulla basate su modelli scientifici o su protocolli validati. La carenza di conoscenze scientifiche in tale ambito sembrava giustificare lo sviluppo di modelli/non modelli di intervento, ossia paradigmi di riferimento che in alcuni casi potevano sovrapporsi del tutto ai convincimenti personali di qualche leader carismatico. Era l’inizio di un periodo in cui la professionalità stava diventando poco popolare. Anche negli USA, dove nacquero alcune tra le più significative esperienze di Comunità Terapeutica, i professionisti erano letteralmente banditi, nella convinzione che ci si poteva comprendere ed aiutare solo tra chi aveva vissuto la terribile esperienza della dipendenza, anzi della tossicodipendenza.

Anche in Italia molte di queste esperienze, che all’inizio vantavano successi entusiasmanti, successivamente si ridimensionarono di fronte alla evidente caratteristica di cronicità della dipendenza patologica.

Nel corso dei decenni successivi gli studi e le ricerche in questo settore, ma anche il lavoro quotidiano ed anonimo di tanti operatori dei servizi pubblici che prima erano additati come distributori di metadone, “droga di stato”, hanno di fatto consentito un notevole sviluppo delle conoscenze scientifiche e di validi protocolli di trattamento. Grazie a ciò, oggi chi si accinge a formarsi e ad operare nelle dipendenze non deve cominciare da zero, perché può disporre di modelli etiopatogenetici e di trattamento della dipendenza patologica riconducibili ai principi della *Evidence Based Medicine* (EBM).

Sarebbe auspicabile che per il gioco d’azzardo patologico non si verificasse quanto sopra sommariamente descritto per la droga.

Certamente il rapido sviluppo di questo problema ha trovato le Istituzioni impreparate, sia a livello legislativo che socio-sanitario, oltre che imbrigliate, alcune di esse, in alcune contraddizioni di fondo, ancora più che per l’alcool e il fumo: da una parte si autorizza l’apertura di luoghi appositamente allestiti per lucrare sulle vulnerabilità di alcuni cittadini, dall’altra si stabilisce che i servizi si organizzino per garantire il trattamento delle persone che cadono

vittime di questa malattia.

Nella fretta di rispondere a questa crescente domanda c'è il rischio, tuttavia, di farsi tentare dal fascino delle "sperimentazioni". Quale sarebbe il rischio? Quello di partire da zero, inventandosi i propri personali modelli d'intervento, con il risultato che in un servizio si opera in un certo modo e in quello accanto in un modo molto, troppo differente. Quale sarà quello giusto?

Ma oggi a differenza di 3 o 4 decenni fa, sebbene ancora insufficiente, la conoscenza di cui disponiamo circa i meccanismi della dipendenza e i conseguenti modelli di trattamento, ci permette di avvicinarsi a questo problema avendo a disposizione un patrimonio di conoscenze certamente non esaustivo ma assolutamente imprescindibile, essendo costituito dalle esperienze nazionali e internazionali più studiate e più accreditate in quanto risultate le più efficaci alla prova dei fatti.

Disponiamo di riferimenti indiscussi come Robert Ladouceur per la sua ormai consolidata proposta di trattamento secondo il modello CBT; Alex Blaszczynski per la classificazione dei *gamblers* in sottotipi, classificazione preziosa per la corretta definizione dei percorsi di cura; Tony Toneatto per gli studi critici e comparativi dei diversi approcci nel trattamento dei *gamblers*; Mark Griffith per la elaborazione di un modello bio-psico-sociale della dipendenza, utile anche per la comprensione del disturbo da gioco d'azzardo, e per i suoi studi sul ruolo di internet nello sviluppo di questo disturbo negli adolescenti; Enrique Echeburua e Javier Fernandez Montalvo per i loro studi sulla efficacia delle terapie; Marc Potenza e Jon E. Grant per i loro contributi sulla clinica del gioco d'azzardo e in particolare sugli aspetti psichiatrici dello stesso; Nancy Petry per le sue proposte di percorsi di cura in sessioni secondo il modello CBT e per i suoi studi sulla efficacia della CBT in confronto al modello GA; Bujold per i suoi protocolli di trattamento secondo il modello CBT, e tanti altri ancora, che hanno iniziato ad affrontare questo problema già da diversi decenni poiché nei loro paesi il Disturbo da Gioco d'Azzardo aveva già assunto dimensioni da problema sociale, come in Canada, Australia, Stati Uniti, ecc. Anche in Italia, d'altra parte, abbiamo esperienze decennali di tutto rispetto dalle quali abbiamo molto da attingere.

In conclusione, ci sono le condizioni per evitare di disperdere troppe energie come accadde nel passato sul fronte della dipendenza da sostanze. Per

questo scopo sarebbe peraltro auspicabile lavorare alla definizione di linee d'indirizzo, regionali o nazionali, che possano costituire un riferimento solido per gli operatori chi si accingono ad affrontare questa complessa malattia sociale.

2.2. Maurizio Fiasco

Scrivo queste note a L'Aquila, il giorno che sono sette anni dal terremoto. Tra poco parlerò qui, ai ragazzi delle scuole superiori, convocati nell'auditorium della Dompè, società farmaceutica danneggiata dal sisma, eppure ricostruita e in piena attività. Raro esempio persino di rilancio di capacità produttiva.

La sofferenza e la speranza manipolata di questa popolazione abruzzese mi paiono un paradigma: dell'impostura raffinata che ha supportato l'avvento del gioco d'azzardo industriale di massa sull'intero Paese. Vediamo perché.

Il primo messaggio, fallace, di una sorta di addiction fiscale. La fretta di reperire fondi per l'emergenza ha portato a formulare la motivazione di un colpo di mano per aumentare l'offerta di scommesse, slot machine e casinò virtuali. Per speculare sulle immagini rimbalzate nei media del dolore degli abitanti. Associare un "male" (l'azzardo, trasvalutato in "oggettiva" necessità) a una "buona causa" è infatti un espediente, anzi un pilastro portante di una menzogna. Della creazione di un popolo di giocatori in dipendenza da gioco per una causa d'interesse collettivo.

L'Aquila, in poche settimane, ha riassunto, bruciando le tappe, quel che è stato imposto all'Italia a partire dalla metà degli anni Novanta a oggi. La progressione dell'"emergenza" debito pubblico – già con la recessione del 1992 – ha motivato l'abbandono della tradizionale moderazione nell'offrire consumo di azzardo. E, per contro, ha giustificato la Cavalcata delle Valchirie di lotto, lotterie (semplici, super e istantanee), in un crescendo. Fino alla saturazione del territorio urbano.

All'Aquila tale balzo è montato in pochi mesi e ha fatto della sua provincia l'ambiente in Italia a più elevata esposizione e di azzardo procapite e per superficie territoriale. Gli aquilani – come del resto gli italiani nel complesso – sono diventati giocatori d'azzardo accaniti, abbandonando la loro inveterata

propensione a esser risparmiatori di reddito familiare.

L'effetto del gioco d'azzardo industriale di massa è simile a quello della nicotina. È stabilizzazione dell'atteggiamento passivo. Poiché non è l'eccitazione, ma la sedazione la spinta attuale a giocare d'azzardo. Tale uso "farmacologico" del gambling non c'è da stupirsi che abbia attecchito molto tra le popolazioni "terremotate". Una ristrutturazione psicologica della comunità: trattata con una sequenza da inverted totalitarism, prima con lunghi mesi di soggiorno in tendopoli, poi con l'insediamento in 19 grottesche New Town (che dopo cinque anni si stanno sbriciolando già fradice) e nel frattempo colonizzata con una slot machine ogni 100 abitanti.

Da pretesto per le "indiscutibili" misure del "decreto Abruzzo" (che appunto aumentò le slot machine in Italia e aprì ai casinò on line) a territorio della dipendenza da gioco d'azzardo. E come ogni impostura verso la povera gente ha portato con sé un beffardo contrappasso. L'azzardo ha drenato reddito dei cittadini aquilani in misura molto maggiore di quanto il fisco ve ne abbia redistribuito (dopo essersi rifornito con le imposte sui giochi). In questo caso, lo Stato appare esso stesso un macrosoggetto in "addiction fiscale": ha bisogno di soldi, li ricerca attraverso il gioco d'azzardo; si vuole "rifare" come banca (o banco) del gioco. Che però perde (incassa meno di quanto spende) e quindi rigioca.

Unico o comunque raro esempio dove giocatore e banco perdono entrambi, rilanciando d'azzardo. Capolavoro assoluto dell'arte perversa del moderno ciclo di puntata con denaro, per denaro e a scopo di lucro.

2.3. Leopoldo Grosso

I giocatori patologici più "pesanti" sono maschi, di mezza età, padri di famiglia. La posta giocata e perduta, raggiunge, se non le centinaia, molte decine di migliaia di euro, in bilanci familiari che si misurano mediamente intorno ai 2000 euro mensili. Mariti e padri che si sono giocati la casa, la liquidazione, e si sono indebitati oltremisura: prima con chiunque, poi con le banche, le finanziarie e talvolta con l'usura. Sempre all'insaputa della moglie.

Si giunge a un momento topico, quando subentra la nota fase della

disperazione; non si hanno ormai più di risorse a cui attingere, ci si sente schiacciati da un peso irrimediabile. Si è a un bivio: far collassare anche la propria vita a seguito del tracollo economico, o riuscire a dire, a rivelare il proprio segreto fino all'ultimo dettaglio, riconoscendo e consegnando la personale follia mentale a coloro a cui si è sottratto senso di sicurezza e un'idea di futuro. Si vive un grande timore a dire; vergogna e colpa impongono gli occhi bassi; il confronto, che per anni si è accuratamente evitato, ora richiede lo show-down. Rivelare e rivelarsi è tutto il contrario di un nuovo azzardo, né calcolo né eccitazione, mero atto di umiliazione. Alcuni ne sono capaci, altri soccombono nella vergogna, preferendo sparire. Non c'è aspettativa di remunerazione nel disvelare la colpevolezza delle azioni; ogni confessione richiede solo penitenza. Prevale un disperato bisogno di liberazione. Si resta nudi, attendendo un giudizio delle persone danneggiate, vittime ignare, con le quali si è condiviso una buona parte della vita, ma mai il segreto, sempre taciuto, ostinatamente minimizzato, accortamente camuffato. "La risposta è nel vento": nella reazione dell'altro, nella disperazione indotta, nella qualità del legame familiare "nonostante tutto"; nella capacità dell'altro di ritrovare una bussola tra disorientamento, paura e rabbia, nella probabilità di essere lasciato solo.

La liberazione nella confessione richiede il pentimento sincero. L'atto pubblico del rivelarsi può costituire l'inizio della riabilitazione. E' il principio di un percorso che non ha nulla di significativamente diverso da quanto si sia già visto nella nostra tradizione giudaico-cristiana. Il perdono richiede una promessa verso chi è rimasto vicino; il rinnovo di fiducia sottende la speranza di un impegno. Sul pentimento si costruisce l'"espiazione" della rinuncia. Il cambiamento assume i caratteri della conversione. Il grande dissipatore si accinge a percorrere il cammino dell'instancabile formichina, che, con i suoi piccoli, ma incessanti e febbrili guadagni della fatica quotidiana, rimetterà i propri debiti, non solo economici, ma di "destino". E' la cruna d'ago che per la persona tossicodipendente è rappresentata dalla comunità terapeutica, per quella alcolodipendente dal CAT¹ o dagli A. A.², per il gambler patologico dalla ricostruzione di una comunità familiare tradita. Ripianare il debito dovuto

¹ CAT, Club Alcologici Territoriali;

² A.A., Alcolisti Anonimi.

costituisce il senso più profondo del programma di recupero, scandisce il lungo tempo della riabilitazione, rifonde tranquillità e speranza alla famiglia, si erge a simbolo pubblico di una riguadagnata immagine di sé.

Ai servizi il compito di grandi accompagnatori di questo processo: stendono la rete di protezione nella fase di disperazione, rendono possibile la “confessione”, mediano il mediabile con la famiglia, negoziano i debiti di gioco nei limiti non solo dovuti ma anche sostenibili, predispongono un piano di restituzione e di rientro, supportano la fatica della rinuncia nella quotidianità, alimentano il senso di fiducia e di speranza, oliano le dinamiche familiari, creano supporto sociale allargato, accorrono nel cercare di dipanare le varie e inevitabili difficoltà di percorso.

2.4 Claudio Leonardi

Lo storico Johan Huizinga, nel suo saggio “Homo Ludens”, edito in Italia nel 1946, scriveva come il gioco fosse una funzione umana fondamentale, sempre esistita, caratterizzato da aspetti dinamici ed evolutivi, necessario a sperimentare nuove relazioni, nuove esperienze e, di conseguenza, a fronteggiare le difficoltà e a superarle.

Per tali ragioni quando giochiamo, il nostro cervello genera sensazioni piacevoli e gratificanti ma, quando quest’automatismo si deteriora, il gioco perde le sue caratteristiche ludiche e si trasforma in un comportamento compulsivo.

Il giocatore patologico non smette mai di giocare indipendentemente dal fatto che vinca o che perda e la condizione di assuefazione progressiva alla quale va incontro, lo induce a non smettere nel tentativo di rievocare dentro se stesso “antiche” e ormai “perse” sensazioni piacevoli.

Appare evidente, quindi, perché il Gioco d’Azzardo Patologico (GAP) è classificato tra le malattie mentali e, specificatamente, tra i “disturbi del controllo degli impulsi”.

Poiché la stessa collocazione nosografica riguarda i comportamenti d’abuso e le dipendenze da sostanze psicotrope, da circa dieci anni a questa parte, molti servizi per le dipendenze italiani (Ser.D.), hanno iniziato, in modo del tutto spontaneo, a trattare sempre più pazienti affetti da GAP.

In tali servizi, seppur con modi e tempi diversi, i professionisti hanno iniziato a sviluppare particolari procedure di accoglienza, di consulenza specialistica e una serie di programmi terapeutici rivolti ai giocatori patologici.

L'avviamento di tali servizi è avvenuta, spesso, in forma pionieristica, nella maggior parte dei casi su spontanea iniziativa degli stessi professionisti della cura delle dipendenze da sostanze stupefacenti e, forse troppo frequentemente, senza una preparazione di fondo adeguata.

Ciò nonostante, nel tempo il numero di giocatori in carico ai Ser.D. è andato sempre più aumentando determinando, in talune Regioni, la necessità di aprire dei veri e propri centri per la cura del GAP.

Nonostante questo incremento esponenziale del numero di persone trattate nei Ser.D. e/o in strutture separate, il GAP non è stato ancora inserito tra i livelli essenziali di assistenza, non ha determinato la costituzione di una chiara normativa nazionale che regoli le competenze e assegni risorse, lasciando ad alcune Regioni la determinazione di normative locali, come di consueto differenti tra loro e, naturalmente, non estendibili a tutto il nostro Paese.

Inoltre, se le sedi legali per giocare che lo Stato autorizza per evidenti cointeressi finanziari, aumentano di giorno in giorno, l'incremento delle sedi dove poter assistere i giocatori che virano verso un comportamento patologico, non s'incrementano parimenti o, a causa delle contingenti difficoltà che lo Stato continua ad avere nel finanziare l'intero SSN, non aumentano il numero dei professionisti che potrebbero dedicarsi a tale terapia in maniera efficace.

Per questo appare spontaneo chiedersi: quando si potranno attivare dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali condivisi sufficientemente validi ad affrontare questo fenomeno dilagante? Quando sarà possibile costruire una formazione specifica dei professionisti dedicati, spesso ancora fortemente necessaria? Quando si potranno sviluppare degli specifici progetti a respiro nazionale? Quando si potranno attivare degli univoci flussi informativi che permettano di misurare correttamente la prevalenza e l'incidenza di questa malattia? Quando sarà possibile rendere concreto un reale sostegno sociale e finanziario dei pazienti affetti da GAP, concomitante alla loro terapia e con l'intento di supportare l'evitamento delle loro frequenti ricadute?

L'arrivo di nuove risorse economiche potrebbe permettere l'adeguamento delle dotazioni organiche dei servizi, sostenere la formazione dedicata dei

professionisti dei Ser.D., l'attivazione di specifici progetti di prevenzione e di ricerca scientifica.

È evidente che solo il superamento di queste criticità potrà permettere ai professionisti dei Ser.D. di uscire, ribadisco come ancora avviene in talune situazioni, da una condizione pionieristica e gli permetterebbe di sviluppare degli adeguati sistemi di cura del gioco d'azzardo patologico.

Per fortuna comunque, i Ser.D. che hanno iniziato a trattare i giocatori patologici e pur seguendo un percorso complesso, continuano la loro opera terapeutica di sostegno di tali persone e di prevenzione delle loro ricadute.

La psicoterapia individuale ma più spesso quella di gruppo, rappresenta, senza dubbio, lo strumento terapeutico più idoneo alla luce delle evidenze scientifiche sino a qui raccolte. È pur vero, che lo scardinamento dei meccanismi patologici che sottendono la dipendenza da gioco d'azzardo, si giova anche della partecipazione "terapeutica" delle loro famiglie, spesso vittime o complici involontari dei giocatori patologici, nonché dei loro amici o dei colleghi di lavoro.

2.5. Matteo Iori

Il gioco d'azzardo nel nostro Paese è costantemente cresciuto negli ultimi anni e ciò è sicuramente attribuibile anche agli impulsi generati dalle varie manovre economiche. Dalla metà degli anni '90 tutti i Governi hanno costantemente introdotto nuove offerte di gioco d'azzardo pubblico; l'ultimo governo Berlusconi, nel triennio 2009-2011, ha poi liberalizzato una grande quantità di giochi d'azzardo che hanno portato l'Italia a primeggiare a livello mondiale nella spesa pro-capite sull'azzardo. Se l'Europa, con il suo 34%, rappresenta un terzo del totale della raccolta mondiale sul gioco d'azzardo, l'Italia svetta sulle nazioni europee con cifre molto eloquenti, ed esempio con una spesa in azzardo quasi tre volte superiore a Francia o a Spagna. In Italia nel 2014 sono stati spesi in azzardo 84,4 miliardi di euro e mentre la crisi, secondo l'Istat, ha indotto le famiglie a risparmiare anche su generi alimentari e a toccare i minimi dal 1995 sui risparmi, le spese per l'azzardo sono cresciute costantemente: in Italia si è passati dai 14,3 miliardi di euro

giocati nel 2000, ai 24,8 del 2004, ai 47.5 miliardi del 2008, agli 87-88 miliardi che sono stimati per il 2015. Inoltre queste spese non riguardano equamente tutti gli italiani in quanto, come ha sottolineato la Corte dei Conti, *«il consumo dei giochi interessa prevalentemente le fasce sociali più deboli ed è legato alla scarsa diffusione della cultura scientifica, oltre che al desiderio di comprarsi un sogno»*. E sulla possibilità di comprarsi un sogno insistono in modo pressante le pubblicità che inducono i giocatori a credere che la grande vincita, che potrà “cambiare loro la vita”, sia a portata di mano... Del resto un fiume di pubblicità invade i mass media; basti pensare che nel solo 2013 sono stati spesi 105 milioni di euro per pubblicizzare il gioco d’azzardo (fonte: rapporto annuale agenzia Nielsen) su televisioni (52%), web (26%), carta stampata (8%), radio (7%) e mezzi outdoor (7%). Oltre ad altri 87 milioni di euro spesi nello stesso anno in sponsorizzazioni. Molte persone, affascinate dall’idea di una vincita facile, vedono il gioco d’azzardo come un’opportunità di riscatto ed una soluzione alle difficoltà quotidiane; ma sono soprattutto le persone un po’ più fragili a crederci maggiormente: secondo la ricerca nazionale CONAGGA-CNCA 2011 il gioco d’azzardo aumenta con la diminuzione della scolarizzazione o con la diminuzione delle certezze lavorative, e una parte delle persone ha un problema di dipendenza da gioco d’azzardo. Tradotto in numeri, secondo una ricerca del CNR, su 16 milioni di italiani che hanno giocato d’azzardo nell’ultimo anno, quasi un milione di persone ha un gioco problematico e una parte di questi (250mila) sono addirittura patologici. La cosa ancora più preoccupante è che il gioco d’azzardo non risparmia neppure i più giovani; le ricerche IPSAD ed ESPAD 2013 del CNR di Pisa ci dicono che il 44% degli studenti fra i 15 e i 19 anni hanno giocato nell’ultimo anno, che ben il 7,5% degli studenti risultano giocatori con un profilo problematico e che, sebbene qualsiasi gioco d’azzardo sia vietato ai minorenni, nell’ultimo anno hanno giocato il 43% dei diciassetenni, il 40% dei sedicenni e il 36% dei quindicenni.

Paradossalmente se l’Italia è uno degli stati in cui si gioca di più, è anche uno dei pochi stati occidentali che non riconosce ancora una cura garantita ai dipendenti da gioco d’azzardo; nel nostro Paese il gioco d’azzardo non è ancora stato inserito nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e questo non consente a chi ha questa forma di patologia di avere diritto alle stesse cure

o terapie garantite dal Sistema Sanitario per altre forme di dipendenza. E' in questo grave quadro complessivo, fatto di un'offerta di gioco d'azzardo amplissima, immersa in una pubblicizzazione capillare, nel quale non viene neppure garantita la cura ai giocatori patologici, che dal 2000 denunciemo i rischi sul gioco d'azzardo; nella speranza che la promozione di una maggior consapevolezza su questo fenomeno e sulle sue ripercussioni sociali, possa favorire un cambiamento e l'aumento di maggior consapevolezza della cittadinanza e di chi la rappresenta.

Matteo Iori (Presidente del Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo)

2.6. Armando Zappolini

Davanti al fenomeno ormai dilagante del gioco d'azzardo in Italia, una delle domande che maggiormente vengono poste e' quella che riguarda l'identikit del giocatore ed un'altra - specialmente da parte delle famiglie - su come sia possibile accorgersi in tempo utile del problema.

I giocatori sono diversi a seconda dei giochi. Ci sono quelli più apprezzati dalle donne (lotto), quelli più apprezzati dagli uomini (scommesse e slot machine), quelli fatti da tutti (gratta e vinci), quelli per anziani e per giovani. L'identikit è difficile. Però sappiamo che ne sono più facilmente attratte le persone di ceto medio basso e con minori garanzie. La precarietà e' la condizione che accomuna persone di età e ceti diversi: da quella strutturale di giovani senza lavoro e senza futuro a quella economica di precari, pensionati e disoccupati. Una pubblicità martellante e pervasiva presenta la facilità della vincita come una soluzione alla condizione di precarietà o di povertà.

Ma gioco non significa necessariamente e sempre patologia: la maggior parte delle persone infatti gioca in modo consapevole, per passare il tempo e senza eccedere. Se invece si volesse sapere quale è l'identikit delle persone che hanno ecceduto, l'esperienza ci dice che sono soprattutto uomini dai 35-45 anni, che giocano soprattutto alle slot, che hanno un lavoro, una famiglia e che giocano a diversi giochi ma tendono a instaurare la dipendenza primaria dalle slot machine.

I campanelli di allarme che ci fanno capire quando un giocatore supera i limiti ed entra nel patologico sono quelli che si riscontrano anche nelle altre forme di dipendenze. Sono collegati essenzialmente al denaro speso ed al tempo dedicato al gioco: quando una persona gioca più denaro di quanto si può permettere o di quanto si era prefissato, oppure quando passa più tempo a giocare di quanto aveva stabilito, ecc...

Nella patologia da gioco d'azzardo si manifestano perciò le stesse situazioni delle dipendenze da sostanze: il giocatore non riesce a fermarsi perché considera il fermarsi l'ennesima sconfitta e pensa di poter gestire la situazione e smettere quando vuole. Sa che se continua a giocare la vittoria prima o poi arriverà (così crede) e che la ruota della fortuna stia per girare dalla sua parte ... Quindi pensa che se si ferma ha solo perso tutti i soldi al gioco e non si potrà mai rifare. mentre se continua a giocare, probabilmente vincerà. Purtroppo la vincita arriva solo a pochissimi e il giocatore finisce per rovinarsi. Quando non ha più nulla o quando il contesto familiare lo costringe a chiedere aiuto può scattare qualcosa di positivo. Ma come in tutte le dipendenze deve essere lui e solo lui a voler davvero smettere altrimenti è tutto inutile.

Anche da questa dipendenza naturalmente si può guarire, ma necessitano come per altre alcune condizioni fondamentali: essere realmente motivato, non pensare di poter diventare un giocatore responsabile che sa gestire il gioco senza prendere contatto con i servizi pubblici del territorio (SERT, che sapranno dirgli anche se sul suo territorio c'è qualcosa di specifico), parlarne con i familiari per farsi aiutare anche nella gestione quotidiana del denaro e per resistere alle miriadi di tentazioni che continuerà a trovare intorno a sé.

In mancanza di una legislazione nazionale che permette una regolamentazione del gioco d'azzardo ed offra strumenti di tutela delle persone più deboli è perciò urgente rafforzare l'allarme sociale sul fenomeno e sulle conseguenze di un rapporto non corretto con il sistema dell'azzardo in tutte le sue forme. Il primo passo concreto di cambiamento che la politica potrebbe subito dare sarebbe l'approvazione della legge sul divieto assoluto di pubblicità diretta ed indiretta, una legge che aprirebbe la strada ad un confronto più libero e aperto sul tema. Non so se il nostro sistema politico avrà questa forza e questa dignità.

don Armando Zappolini

3. Il ruolo dell'operatore di sportello

Come detto nell'introduzione, con la Legge Regionale n 5/ 2013 – Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico – il Lazio si è dotato di 51 Sportelli in altrettanti distretti regionali.

La parola "sportello" non deve ingannare in merito ai compiti assegnati agli operatori impegnati: tali servizi, infatti, non si esauriscono nella attività che si possono condurre all'interno di un ufficio (accoglienza dei cittadini con problemi di abuso o dipendenza da gioco d'azzardo, dei loro familiari o dei loro amici), ma, al contrario, prevedono azioni che vanno incontro alla cittadinanza, in modo particolare alla cittadinanza organizzata e verso le istituzioni e le aggregazioni territoriali. Le attività degli operatori di sportello sono, quindi, sia *indoor* che *outdoor*, sia di accoglienza e consulenza che di animazione territoriale.

La cornice a queste attività è data inoltre dall'azione di monitoraggio e ricerca che l'operatore conduce durante le sue prestazioni, attraverso gli strumenti messi a disposizione dal progetto Lazio in Gioco, utili a restituire un'immagine maggiormente precisa sulla realtà del gioco d'azzardo nella nostra Regione (Link Scheda di Contatto www.lazioingioco.it).

3.1. Operatore come nodo centrale della rete

La duplice funzione a cui è chiamato lo sportello, animazione territoriale e accoglienza, lo situa in una posizione che possiamo definire intermedia, ovvero tra la cittadinanza e i servizi di cura. Un punto dunque di snodo a cui la popolazione

da esso stesso informata, può rivolgersi in caso di bisogno per essere orientata. Promuovere e animare il dibattito pubblico, fornire informazioni e sensibilizzare la cittadinanza di ciascun distretto sul fenomeno del gioco d'azzardo, è dunque **obbiettivo** e risultato finale, ma anche attività strategica e propedeutica affinché, nel tempo, ciascuno sportello possa diventare luogo **appuntamento** di accoglienza a cui giocatori problematici e loro famigliari possano rivolgersi.

Per realizzare tali obiettivi, l'operatore di sportello dovrà trovare l'alleanza e il coinvolgimento delle associazioni culturali, del terzo settore, delle organizzazioni sindacali dei lavoratori e pensionati, delle parrocchie e delle organizzazioni cattoliche, delle comunità dei lavoratori stranieri, delle organizzazioni sportive; attraverso tali collaborazioni organizzerà momenti di informazione rivolti alla cittadinanza, utilizzando ogni occasione pubblica, sagra, festa patronale, ogni occasione culturale per proporre interventi, diffondere materiale informativo e informare sugli obiettivi, i recapiti e gli orari dello sportello GAP.

Soltanto infatti una presa di coscienza collettiva sulla pericolosità dell'azzardo di massa e sui suoi riflessi sulle economie familiari e, più in generale, sull'economia del Paese, potrà frenare un consumo che coinvolge cittadini di ogni fascia di età, di reddito e di entrambi i generi.

3.2. I confini dell'intervento

Animazione territoriale, intesa come informazione, sensibilizzazione, empowerment; Accoglienza, intesa come ascolto, analisi, orientamento e invio. Questi i confini dell'intervento dell'operatore di sportello.

Indispensabile diventa dunque la conoscenza del territorio (servizi e operatori coinvolti nella *policy* regionale sul GAP, organizzazioni socio culturali, sindacali e di categoria, stakeholder territoriali, Associazioni del Volontariato, parrocchie, scuole, organizzazioni giovanili, centri anziani, operatori di sale da gioco e bar), dei Ser.D (Servizio per le Dipendenze ASL) e degli altri servizi dedicati alla cura di Giocatori problematici (Terzo Settore).

Tale conoscenza agevolerà da una parte l'azione dell'animazione territoriale e

faciliterà dall'altra l'eventuale accesso di un giocatore problematico nei servizi di cura. A tal proposito segnaliamo infatti che lo sportello accoglie, orienta e invia il giocatore o il familiare che arriva alla sua attenzione, ma non effettua interventi di cura a lungo termine, per i quali invece invierà appunto ai servizi territoriali preposti. A tale scopo dunque, sarà cura dell'operatore di sportello prendere contatti con tali servizi, presentare la propria attività, informarsi sulle prestazioni offerte (psicoterapie, gruppi di autoaiuto,...) e concertare forme, modi e tempi per gli eventuali invii.

Per molti cittadini, accanto alla necessità del superamento della dipendenza da gioco, insiste il problema dell'eventuale debito, più frequentemente di diversi debiti che la persona ha contratto nel tempo a causa della sua problematica. L'operatore di sportello, a tale riguardo, deve poter disporre quindi anche di riferimenti e indirizzi di organizzazioni in grado di prendere in carico tali debiti, possibilmente ricomporli, proponendo un piano di rientro adeguato.

Link Data Base dei servizi dedicati al GAP – Regione Lazio: www.lazioingoco.it – Risorse territoriali

4. La persona che soffre di Disturbo da Gioco D'Azzardo

4.1. Epidemiologia, cenni sociologici

Per comprendere il senso di un disturbo come quello del DGA, oltre a valutare le variabili individuali, che ogni giocatore problematico e patologico porta con sé, è necessario considerare il contesto sociale, culturale e normativo in cui il disturbo si è sviluppato e si mantiene; in Italia da quando il mercato legale del gioco d'azzardo si è allargato e diversificato, ha probabilmente occupato spazi che prima erano "condivisi" e deputati ad altre forme di progettazione, speranza, divertimento, cultura e scambio generazionale.

Roger Callois, sociologo francese, nel 1958 ha pubblicato "I giochi e gli uomini", approfondendo il tema delle caratteristiche di tutti i giochi in tutte le società.

Callois ha descritto il Gioco come un'attività:

- libera, ovvero il giocatore non può essere costretto a giocare;
- separata dal resto della vita e quindi caratterizzata da alcuni limiti di spazio e di tempo;
- consapevole, ovvero il giocatore è consapevole del fatto che l'attività di gioco è irrealistica e prevede un termine ed un ritorno alla realtà;
- improduttiva, ovvero non crea beni e ricchezze nuovi.

Nelle situazioni che consideriamo manifestazione di DGA, queste caratteristiche sono infrante ed il giocatore non appare più libero e consapevole dei limiti del gioco, anzi l'azzardo sembra pervadere nella realtà al punto da arrivare

a coincidere con la storia della persona, con il suo pensiero e con la sua progettualità. Non si tratta più di un gioco.

Epidemiologia

Avere una stima della popolazione giocatrice d'azzardo in Italia ed in particolare di quella a rischio di sviluppare un vero e proprio disturbo, ci aiuta a quantificare un fenomeno che è solo in parte visibile ed emergente.

I dati epidemiologici diventano quindi risorse preziose da affiancare a tutte le informazioni cliniche che gli addetti ai lavori già ottengono nell'incontro con le persone o le famiglie che chiedono aiuto per risolvere questi problemi; possono beneficiarne i progetti di prevenzione, la strutturazione degli interventi di cura ed ancor più le politiche normative di regolazione di queste attività.

I dati relativi ad alcune ricerche svolte sul territorio italiano possono rimandarci alcuni elementi interessanti:

La IPSAD 2013/2014 (Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs)¹ condotta dal CNR di Pisa su un campione di oltre 8 mila intervistati tra i 15 e i 64 anni offre una stima rispetto alla popolazione italiana nel suo complesso: il numero totale di giocatori italiani, ovvero chi ha giocato d'azzardo almeno una volta nell'ultimo anno è stimato in circa 17 milioni di persone, ovvero il 42,9% della popolazione.

La ricerca del CNR distribuisce i giocatori d'azzardo in quattro categorie:

- *i giocatori "sociali"* che rappresentano circa l'80% dei giocatori (ovvero circa 13 milioni se stimato su base nazionale), non considerati a rischio;
- *i giocatori a basso rischio* di sviluppare DGA sarebbero circa 2 milioni (ovvero il 14,6% dei giocatori d'azzardo);
- *i giocatori considerati a rischio moderato* o problematico sarebbero circa 900 mila, il 4% dei giocatori d'azzardo;
- *i giocatori "problematici"* sarebbero circa **256 mila**, l'1,6% dei giocatori d'azzardo.

Due nuove ricerche condotte dal CNR/IFC di Pisa evidenziano interessanti aspetti specifici ancora:

- nella popolazione giovanile;

¹ CNR/IFC - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari, 2014, IPSAD.

- in quella anziana.

Per quanto riguarda quest'ultima, la ricerca condotta nella provincia di Bergamo² racconta come nella popolazione tra 65 ed 84 anni, il 42% degli intervistati ha giocato almeno una volta nell'ultimo anno e di questi il 69% dei giocatori ha giocato a lotterie passive come il gratta e vinci; i luoghi più frequentati da questa popolazione di giocatori sono i bar tabacchi. Il 17,7% dei giocatori si possono considerare a rischio rispetto alla possibilità di sviluppare problematiche legate al gioco d'azzardo. Non si riscontrano rilevanti differenze di genere, mentre incidono stato civile e percezione del proprio stato di salute. «L'essere celibi/nubili, vedovi o separati comporta una maggiore probabilità di diventare giocatori a rischio o problematici, così come soffrire di depressione, ansia o disturbi di natura nervosa. I giocatori coniugati, in buona salute, in una condizione di vitalità, benessere e positività, hanno minori probabilità di cadere nel gambling patologico».

Per quanto riguarda invece la popolazione giovanile, l'ESPAD 2014³ (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) ha coinvolto oltre 30mila studenti di 405 istituti scolastici superiori del nostro Paese;

La percentuale di studenti di 15-19 anni che giocano d'azzardo è al 39%. Sono stati oltre 900mila gli studenti che hanno giocato d'azzardo almeno una volta nello scorso anno.

I giovani giocatori a rischio o problematici (sulla base del test Sogs-Ra⁴) sono circa 170mila, il 7% di tutti gli studenti (il 4% a rischio e il 3% problematici).

Sono più attratti i maschi che le coetanee (49% vs 30%), scommettono soldi soprattutto i maggiorenni (il 43% tra i 18enni ed il 46% tra i 19enni), anche se ha giocato d'azzardo quasi un terzo dei 15enni, nonostante la legge italiana lo vieti ai minorenni.

I giochi più giocati sono: il 'Gratta e Vinci' (71%), seguono scommesse sportive (49%), bingo (33%) e totocalcio (28%). Non mancano coloro che giocano a carte (24%) e al video poker o slot (14%).

² IFC/CNR Pisa - ASL Dipartimento dipendenze e osservatorio dipendenze di Bergamo, 2015.

³ IFC/CNR Pisa, ESPAD 2014.

⁴ K. C. Winters, R. D. Stinchfield e J. Fulkerson hanno sviluppato "The South Oaks Gambling Screen-revised Adolescent (SOGS-RA)" nel 1993. Si tratta dell'adattamento del famoso SOGS alla popolazione adolescenziale.

4.2. Forme di Manifestazione

Diventa pertanto necessario, anche sulla scia dei dati delle ricerche, differenziare tra i modi di giocare d'azzardo presenti tra la maggioranza di giocatori e quelli per cui l'azzardo diviene disturbo, dipendenza, deterioramento delle proprie dimensioni personali ed infine rovina.

Si ritiene utile quindi distinguere almeno tre principali modalità di gioco:

- Gioco d'azzardo sociale, informale e ricreativo
Caratterizzato dalla consapevolezza dei potenziali rischi, dall'essere saltuario od occasionale e dal coincidere con una spesa contenuta; il gioco inoltre è vissuto come un'attività piacevole.
- Gioco d'azzardo problematico
Caratterizzato da una maggiore frequenza del gioco d'azzardo e da un aumento del tempo trascorso in questa attività, nonché da un aumento delle spese riservate per il gioco che iniziano ad essere rilevanti rispetto all'economia personale;
- Gioco d'Azzardo Patologico (oggi Disturbo da Gioco d'Azzardo - DGA) connotato da un'attività di gioco d'azzardo oramai intensiva, dalla presenza di craving (ovvero desiderio e pensiero rispetto all'attività di gioco d'azzardo) e da un ulteriore aumento delle spese intraprese che arrivano fino all'indebitamento ed alla rovina economica.

Il percorso che può portare da un gioco d'azzardo sociale ad uno problematico o patologico può essere distinto in 3 fasi, come Custer (1982) riporta:

1. Fase Vincente - l'azzardo è occasionale e le vincite iniziali possono motivare ad una maggiore frequenza dell'attività che risulta piacevole e fonte di scarico delle tensioni; il giocatore, a seguito delle prime vincite, può sperimentare una sorta di senso di euforia ed onnipotenza rispetto alle possibilità ulteriori di vincita. Il gioco è perlopiù una attività sociale e condivisa.
2. Fase Perdente - le perdite iniziano a essere consistenti, ma il giocatore, che diviene via via più solitario, insiste e cerca di "recuperare" il denaro perduto. Non ha consapevolezza di avere un problema, anzi crede che la situazione dipenda esclusivamente da fattori esterni (sfortuna, irregolarità della gestione del gioco);

3. Fase della disperazione - i danni oramai coinvolgono le diverse sfere del giocatore (affetti, lavoro, risorse economiche) ed il gioco d'azzardo diviene una ossessione, soprattutto quando si è impossibilitati a giocare. La vita e le sue regolarità divengono attività secondarie rispetto al pensiero del gioco. Vi è il rischio di azioni autolesionistiche ed il giocatore può essere coinvolto in una serie di attività illegali, quali furto, frode, assegni scoperti, pur di mantenere attivo il comportamento di gioco.

Un cenno importante va fatto rispetto alle nuove manifestazioni di "azzardo" che evolvono assieme alle possibilità di connessione che oggi offrono le nuove tecnologie di comunicazione; ne è esempio il *trading online* (ed in particolare le *opzioni binarie*), che è stato reso accessibile al grande pubblico attraverso pc, smartphone e portali semplificati. Nuove forme di possibile azzardo necessitano di nuove valutazioni ed osservazioni da parte degli operatori delle dipendenze.

4.3. Cenni Psicologici attraverso la teoria di Blaszczynski e Nower

Il fenomeno del gioco d'azzardo è un fenomeno complesso, da comprendere attraverso la considerazione di tutte le sue componenti: biologiche, psicologiche e sociali.

In sede di accoglienza e valutazione dei giocatori che si rivolgono ai servizi di cura, è necessario contare su modelli di riferimento che possano aiutare a semplificare le osservazioni.

Una tipizzazione utile in questo senso è quella presentata da Blaszczynski e Nower (2002) che suddividono i giocatori d'azzardo problematici in tre gruppi tenendo conto dell'interrelazione delle componenti sopra citate, delineando per ogni gruppo uno specifico percorso di sviluppo della problematica che richiede altrettanto specifiche modalità di intervento:

1. Giocatori Normali Condizionati
2. Giocatori Emotivamente Vulnerabili
3. Giocatori Impulsivi Antisociali

I giocatori normali condizionati fluttuano fra il gioco sociale ed il gioco

patologico. Sono generalmente caratterizzati da una scarsa capacità nel prendere decisioni, da alterazione degli schemi di valutazione e dalla presenza di distorsioni cognitive relative al gioco d'azzardo. Sono stati ingaggiati nell'attività di azzardo attraverso il rinforzo di qualche vincita ed il divertimento provato. La presenza di depressione ed ansia è contestualizzata ai crack finanziari ed alla rottura dei legami affettivi e sociali; i sintomi sono la conseguenza e non la causa del comportamento di gioco problematico.

I giocatori emotivamente vulnerabili presentano disturbi affettivi primari (ansia e depressione) dovuti spesso ad una storia di esperienze familiari negative, strategie povere di coping (fronteggiamento delle situazioni emotivamente rilevanti) e di problem solving. Sono motivati a giocare proprio per modulare gli stati emotivi intensi e dolorosi già presenti.

I Giocatori Impulsivi Antisociali sono giocatori altamente problematici, caratterizzati da una intensa vulnerabilità emotiva ed alti livelli di impulsività. Presentano spesso abuso di sostanze precedente alle problematiche di gioco, idee ed atti autolesionisti e suicidari, bassa tolleranza alla noia e alla frustrazione e una storia familiare con problematiche di gioco che hanno avuto un esordio precoce con rapida escalation in intensità.

I tre gruppi tratteggiati dagli autori possono quindi aiutare, in virtù degli elementi caratteristici che presentano, ad orientare l'osservazione, la valutazione e la scelta dell'intervento di cura (counseling, psicoeducazione, psicoterapia individuale, di gruppo, terapia farmacologica, intervento residenziale).

4.4. Criteri per il Riconoscimento e per l'Autovalutazione

I criteri definiti dal DSM V per effettuare una diagnosi di DGA sono i seguenti:

1. la necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata;
 2. l'irritabilità ed inquietezza al tentativo di riduzione od interruzione del gioco d'azzardo;
 3. i ripetuti sforzi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo sono risultati infruttuosi;
-

4. sono presenti preoccupazione e pensiero costante per il gioco d'azzardo (pensieri di rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo e di problemi ad esso connessi oppure pensieri rivolti al futuro, ad esempio su come ottenere denaro con cui giocare o come non farsi scoprire);
5. il gioco d'azzardo accompagna spesso i momenti in cui la persona si sente in difficoltà (per esempio ha perso la speranza di risolvere i propri problemi, si sente in colpa, ansioso, depresso), divenendo l'unica risposta;
6. dopo aver perso soldi al gioco, invece di interrompere l'attività, la persona spesso torna a giocare d'azzardo per "recuperare le perdite";
7. presenza di bugie ed omissioni per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. la persona ha messo in pericolo o ha perso relazioni affettive importanti, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo;
9. la persona chiede aiuto economico e prestiti per cercare di alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

La presenza di almeno 4 tra questi criteri, segna il confine oltre cui gli specialisti possono diagnosticare questo tipo di problematica.

Il DSM V attribuisce al DGA lo status di dipendenza, in quanto il giocatore patologico sviluppa: tolleranza intesa come aumento della frequenza delle puntate e della quantità di denaro speso per ottenere l'eccitazione desiderata; la presenza di sintomi tipici di astinenza quali irritabilità, ansietà, insonnia, sudorazione, tremori e un intenso e irrefrenabile desiderio di giocare d'azzardo. (Capitanucci e Carlevaro, 2004).

Per la valutazione del comportamento di gioco e del suo indice di gravità ci si può avvalere di diversi strumenti standardizzati tra i quali il più conosciuto è il South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur e Blume, 1987).

Il SOGS è un questionario di autovalutazione che si compone di 20 domande alle quali rispondere in forma affermativa o negativa. Permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco e fornisce informazioni su molteplici aspetti quali, per esempio, il tipo di gioco privilegiato dal soggetto, frequenza di attività di gioco, difficoltà a giocare in modo controllato, etc. Molteplici sono invece i questionari utili per lo screening nella popolazione generale, tra cui il CAMH Gambling Screen, sviluppato dal CAMH di Toronto, che consta di 7 domande.

5. Multiproble- maticità e varietà dei bisogni

30

La genesi del Disturbo da Gioco d'Azzardo, come ogni altra manifestazione della condotta umana, è un processo che si snoda nell'arco di una biografia intrecciando molteplici fattori con effetti combinatori così complessi da rendere tutti i casi simili e al tempo stesso unici. Questa multifattorialità causale è il frutto dell'interazione, presente e passata, delle variabili solitamente associate all'individuo (predisposizione genetica, indole, caratteristiche di personalità) con le variabili ambientali legate al funzionamento dei sistemi in cui l'individuo si forma (famiglia, società, gruppi e sottogruppi sociali di appartenenza). In generale, lavorare con gli esseri umani significa estrarre da questa complessità il senso di ogni storia, senza cadere nella tentazione di semplificare le narrazioni e ridurre eccessivamente gli ambiti della ricerca e dell'osservazione.

Dietro ogni comportamento d'abuso vi è dunque la memoria e le mille sfaccettature di un disagio che investe la persona ed i suoi sistemi e, così come non esistono steccati a separarne le cause, non vi sono argini in grado di confinarne l'espressione entro una sola area della vita. Il 'giocatore d'azzardo' è dunque solo la rappresentazione iconica della persona reale, il distillato della sua complessità interconnessa e sofferente, la maschera che nasconde e al tempo stesso rende necessario lo svelamento.

5.1. Aspetti psicologici e relazionali

La ricerca e l'osservazione clinica hanno spesso documentato la correlazione tra GAP e stati ansiosi, impulsività, depressione, abuso di sostanze e problemi di salute associati allo stress. Le due principali dimensioni del malessere sperimentato dai giocatori patologici, l'ansia e la depressione, possono essere tanto il movente quanto la conseguenza dell'attività di gioco: il suo effetto eccitante è in grado di ridurre o correggere stati mentali penosi, ma rabbia e depressione vengono amplificate dall'esperienza della perdita. Uno studio sui tratti di personalità dei giocatori patologici (Savron G et al.) mette anche in evidenza una maggiore inibizione emotiva rispetto ai gruppi di controllo, con inibizione verbale, timidezza e mascheramento delle emozioni, mentre altre ricerche hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione tra GAP e alexitimia. Evidenze ottenute attraverso la somministrazione del Tridimensional Personality Questionnaire di Cloninger tratteggiano un profilo psicologico del GP caratterizzato dalla ricerca di novità e di sensazioni unitamente a distacco sociale, scarso altruismo, bassa sensibilità ed una certa indifferenza ai rinforzi sociali.

Nella relazione con gli altri significativi il giocatore si rende spesso indisponibile per l'incomprensione e la disapprovazione a cui va incontro il suo comportamento, per l'ossessione che lo lega all'attività di gioco distogliendolo da ogni altro interesse, ma anche per problemi di relazione che precedono l'insorgenza del problema. Molto presente è l'abitudine alla negazione ed alla menzogna, la quale scatena vissuti negativi che invadono l'intera sfera relazionale compromettendo il rapporto con le persone vicine e relegando sullo sfondo ogni altro contenuto.

Il giocatore patologico è dunque presumibilmente una persona che presenta uno stato di sofferenza psicologica e versa in una condizione di isolamento sociale e di solitudine esistenziale, che ha difficoltà a riconoscere e verbalizzare i suoi stati interiori, sui quali cerca di stabilire un controllo attraverso una modalità di gioco compulsiva. Il gioco gli consente di dissociarsi dagli stati disforici dell'umore e lo fa sentire euforico, attivo, eccitato, l'illusione della vincita anticipa un sentimento di gratificazione e di auto-efficacia, mentre le fantasie di vittoria edificano una realtà surrogata in cui coltivare sensazioni di potenza e soddisfare bisogni di successo.

5.2. Aspetti medico-psichiatrici

Il DSM-5 sposta il GAP, classificato nelle precedenti edizioni come disturbo del controllo degli impulsi, nella sezione delle dipendenze comportamentali, considerandolo l'unica forma di addiction senza sostanza documentata da sufficienti evidenze scientifiche e rinominandolo Disturbo da Gioco d'Azzardo. Se manifestazioni di disagio psicologico sono presenti nella gran parte dei giocatori problematici, una percentuale di essi manifesta anche una sintomatologia psichiatrica o disturbi di personalità che giustificano la loro inclusione nella categoria dei giocatori patologici del DSM.

A differenza di chi gioca d'azzardo in risposta ad un stress o ad problema emotivo contingente e modifica le sue abitudini di gioco quando il problema si risolve o perde la sua intensità, per il giocatore patologico il percorso di risoluzione della dipendenza è più arduo e la risposta ai trattamenti è più bassa (Shaffer, 1997).

32

5.3. Aspetti economici: La gestione del denaro e la strutturazione del debito

Se consideriamo il gioco patologico non tanto (o non solo) come la manifestazione problematica di un comportamento *deviante*, quanto piuttosto come comportamento che fa parte di un sistema familiare e di relazioni sociali problematico e in profonda crisi, possiamo percepire l'importanza della parte economica: circa il 95% di giocatori e/o delle loro famiglie producono una richiesta di aiuto quando scatta un allarme economico, che diventa la spia del disastro imminente o già prodotto.

Il problema finanziario si può presentare sotto diverse modalità:

- allarme per una perdita non giustificabile di denaro, di solito legata al gioco d'azzardo di area *grigia*, che non viene percepito come illegale (gratta e vinci, ecc.) e che genera una dipendenza 'silenziosa'

- Indebitamento¹ o sovraindebitamento² che si manifestano di solito con un'*urgenza* (pignoramenti, decreti ingiuntivi, sollecitazioni da banche e/o finanziarie, ecc.).

La situazione economica può gettare nel panico la famiglia, che vede compromesso il futuro di tutti i suoi componenti, anche se decidessero di separare il proprio destino da quello del giocatore.

Perciò, qualsiasi percorso riabilitativo e/o terapeutico per la persona dipendente da gioco d'azzardo deve prevedere un percorso dedicato per affrontare gli aspetti finanziari, anche in assenza del giocatore, partendo dall'idea che la famiglia da sola non ce la può fare neppure ad affrontare la situazione debitoria, poiché può aver subito un *mutamento disgregativo* (disgregazione dei ruoli genitoriali, bambini adultizzati, alti livelli di conflittualità, ecc.), che genera confusione e disperazione.

Il percorso per affrontare i debiti rappresenta di per sé un percorso di *educazione finanziaria*, perché anche la famiglia del giocatore deve uscire dalla situazione di dipendenza, in cui viene a trovarsi perché coinvolta economicamente, psicologicamente e socialmente nel sistema patologico del gioco d'azzardo.

Il percorso deve perciò prevedere queste componenti:

- ripristino di un *sistema di regole* e di uno stile di *coping* positivo ed efficace (mettere la famiglia in grado di affrontare la situazione problematica, riducendo progressivamente conflittualità e confusione)
- uscita dallo *stato di urgenza* anche attraverso interventi efficaci da parte di esperti tecnici
- utilizzo di risorse (finanziarie, normative, come per esempio la legge 3/2012 per la Composizione delle Crisi da sovra indebitamento e assistenziali) che consentano di affrontare la situazione debitoria
- *modalità di accompagnamento* per supportare la famiglia nella tenuta del percorso concordato.

¹ L'*indebitamento* è la situazione cui si giunge quando si ha un saldo negativo tra entrate e uscite all'interno del bilancio

² Con il termine *sovraindebitamento* si intende quella situazione patologica che viene determinata dall'impossibilità non temporanea ad adempiere regolarmente alle obbligazioni assunte attraverso il ricorso ai redditi, ai beni mobili e immobili di proprietà.

Il percorso per affrontare le difficoltà economiche, pur avendo una propria autonomia, deve essere considerato nell'insieme di interventi per riabilitare il sistema familiare e sociale, che è stato minacciato nella sua coesione e vitalità e disgregato dal gioco d'azzardo.

E' perciò indispensabile che gli operatori, anche se intervengono principalmente sugli aspetti finanziari e legali, agiscano in Rete, consapevoli e capaci di intervenire ad un comune progetto di riabilitazione non solo di una persona (il giocatore), ma di un sistema.

5.4. Aspetti sociali e lavorativi.

L'estrema pervasività delle attività di gioco d'azzardo nei territori della nostra Regione hanno modificato notevolmente il profilo, lo *skyline*, delle città, in particolare di alcuni quartieri e di alcune arterie della Capitale. Aree urbane caratterizzate da insediamenti di attività artigianali e produttive, si pensi alla via Tiburtina nel tratto che attraversa il Quarto Municipio di Roma, sono state profondamente riconvertite in favore d'installazioni destinate al gioco d'azzardo, con architetture, colori delle facciate e semantiche che intendono ricordare i grandi "templi" nordamericani dell'azzardo (Las Vegas, Reno, Los Angeles...) o luoghi globali delle scommesse (Dubai..). La penetrazione delle aree urbane da parte delle multinazionali del gioco d'azzardo, l'impovertimento delle opportunità di attività di gioco non finalizzato all'azzardo (dal flipper, bigliardino e giochi di carte – attività sociali – alla *slot machine*) e il grave danno estetico che subiscono quartieri popolari e periferici, "metticciati" con stili architettonici estranei alle tradizioni costruttive locali, spesso già compromesse dall'abusivismo edilizio. A seguire, la mancata regolazione/limitazione del GAP esaspera una tendenza all'individualismo, alla soluzione individuale dei problemi, caratteristico della tarda modernità: molti cittadini vivono il loro tempo libero in solitudine, dinanzi ad uno schermo o "grattando" le cedoline delle lotterie istantanee alla ricerca della *svolta* in una vita percepita come insoddisfacente, noiosa o, addirittura, dolorosa. Quello che una volta era la spinta a cercare soluzioni collettive, a partecipare e/o organizzare attività culturali, sociali, ricreative, di volontariato, per alcuni cittadini si è ridotto a

premere ossessivamente quel bottone della macchina che, prima o poi (!?!), garantirà la vincita risolutrice e il cambio di una condizione personale ritenuta insopportabile. Quando poi il cittadino/giocatore è anche un lavoratore o un imprenditore, i rischi tracimano dall'individuo alla società: viene assorbito un eccessivo tempo a favore del gioco; le risorse destinabili al finanziamento di attività produttive vengono spese al casinò, fenomeno che in alcuni casi può causare il fallimento di aziende e la chiusura di attività commerciali; l'ansia e l'irritabilità, che di norma accompagna la vita del giocatore, inquinano il clima degli ambienti lavorativi; cade la fiducia tra i lavoratori a causa delle menzogne che spesso caratterizzano i giocatori; infine, nei casi problematici e di dipendenza, i luoghi di lavoro vedono la messa in atto di comportamenti illegali quali furti, frodi, falsificazioni, tutti comportamenti che compromettono pesantemente l'ambiente.

5.5. Lavorare con le famiglie

Anche la famiglia del GP, sia quella estesa che quella nucleare, è pervasa da sofferenze psichiche e disagi di varia natura (economici, lavorativi sociali), con modalità di relazione disfunzionali conseguenti, concomitanti ma anche preesistenti l'esordio del problema. Secondo il modello interpretativo sistemico-relazionale applicato allo studio dei tossicodipendenti, in molte famiglie si osservano disturbi nelle dinamiche di relazione che non favoriscono la crescita degli individui. Nel caso del GAP non vi sono studi sull'eziopatogenesi familiare ma i dati epidemiologici mostrano una presenza significativa di familiari con dipendenze patologiche (comportamentali e/o con sostanza) nelle generazioni precedenti a quella del richiedente aiuto. Nel presente, le conseguenze del GAP finiscono per coinvolgere e segnare pesantemente i familiari del giocatore sia sul piano economico che sul piano affettivo e relazionale, con ripercussioni anche sulle loro condizioni psico-fisiche (Savron et al.). Le mogli dei GP lamentano problemi di ansia, depressione, disturbi psicosomatici (insonnia, cefalea, problemi gastro-intestinali) 3 volte superiori a quelli della popolazione generale, mentre le famiglie - similmente a quelle degli alcolisti - risultano meno indipendenti, con problemi di comunicazione, di

assunzione di responsabilità per i ruoli genitoriali, di coinvolgimento affettivo e di problem-solving (Lesieur H.R.). I figli dei GP hanno risultati scolastici inferiori, sono due volte più a rischio per i tentativi di suicidio, il consumo di alcool/sostanze e lo stesso gioco patologico.

Sarebbe tuttavia errato unirsi al coro dei familiari che spesso colpevolizzano il giocatore facendo risalire al suo comportamento di GP l'inizio di ogni problema, così come sarebbe ingenuo aspettarsi che la famiglia sia portatrice di una motivazione priva di ambivalenze o non strettamente mirata alla soluzione dei problemi economici e delle legittime preoccupazioni ad essi collegati. Non di rado l'aspettativa dei familiari è che il cambiamento riguardi unicamente il comportamento di gioco e aspetti di personalità del giocatore, senza che questo comporti la necessità di modificare gli assetti relazionali. Qualora lo stress derivante dalle problematiche in seno alla famiglia sia un fattore fortemente incidente sull'esito di possibili percorsi di cura è bene suggerire di intraprendere un trattamento terapeutico su base familiare (psicoterapia di coppia, psicoterapia familiare).

5.6. Motivare ed accompagnare al trattamento

È probabile che il GP che si reca a Sportello abbia preso atto della gravità della sua situazione e sia disposto a sottoporla ad un'analisi critica, consapevole che ora il suo compito è farsi aiutare a sciogliere l'intricata matassa dei suoi problemi. Sarà dunque più realistico, più disposto ad affrontare i problemi e smettere di giocare, si sentirà più responsabile e fiducioso.

Può però anche accadere che egli non abbia ancora sviluppato una disponibilità a mettersi in discussione, che non nutra speranza o fiducia nella possibilità di trovare una via d'uscita, o non ritenga necessario apportare modifiche sostanziali al suo stile di vita. In questi casi è possibile che la volontà di cambiamento sia espressa soprattutto da un familiare, generalmente quello che viene a Sportello o che vi accompagna il GP. Quest'ultimo può essere dunque portatore di un'ambiguità, combattuto tra la spinta a modificare qualcosa, che si alimenta di pressioni esterne e di sensi di colpa, e una certa resistenza a porre le sue scelte sotto una lente d'ingrandimento. Non dare per

scontata l'uniformità di motivazioni ed obiettivi tra i richiedenti aiuto significa prendere atto delle singole individualità e riconoscere eguale dignità alle differenti richieste.

La motivazione ad orientarsi verso un trattamento, soprattutto quando non ancora maturata, può essere incentivata dall'alleanza che l'operatore dello Sportello riesce a stabilire con il GP. Qui di seguito elenchiamo alcune attitudini relazionali con le quali occorre misurarsi perché implicate nella costruzione di un rapporto di fiducia.

Ascolto partecipato: ascolto intervallato da domande che hanno lo scopo di favorire la ricerca di nessi tra le cose narrate, di aiutare la persona a fare chiarezza, di verificare la comprensione da parte dell'operatore ed offrire all'utente l'occasione di precisare i suoi pensieri o di valutarne il grado di coerenza;

Comprensione empatica: costruire l'agio dell'interlocutore sull'accoglienza di ogni suo bisogno, compreso quello di continuare a giocare, evitando di misconoscere o banalizzare il piacere che egli ne trae, o gli effetti positivi che questa condotta esercita sul suo stato psicologico secondo la sua percezione.

Bilancio costi/benefici: in caso di motivazione ambivalente può essere utile analizzare serenamente con il GP i vantaggi ed i costi sia del cambiamento che del mantenimento dello stato delle cose, aiutandolo a mettere a fuoco con maggiore consapevolezza i termini della scelta e ad esplicitare le paure sottese al cambiamento. L'obiettivo è promuovere una partecipazione attiva e competente, di dialogare valorizzando la sua capacità di scelta e di giudizio.

Assenza di giudizio: a garanzia della credibilità della relazione d'aiuto è necessario che l'operatore eviti ogni forma di disapprovazione, condanna o giudizio, anche implicita, che inficerebbe la sua posizione di persona non coinvolta con il compito di assumere ed approfondire la conoscenza di ogni aspetto dell'utente, compresi quelli disfunzionali.

Uso di test e questionari: la somministrazione di questionari anamnestici e/o altri test diagnostici, ancorché mirata alla raccolta d'informazioni, è da intendere come un'attività che veicola il nostro interesse per l'utente e lo aiuta a mettere a fuoco la tipologia e la dimensione dei suoi problemi.

Dare risposte concrete ai bisogni dichiarati: è bene dare una risposta alle richieste che il GP avanza anche quando pensiamo che la percezione dei suoi

bisogni sia incompleta e limitata. Può accadere che egli si senta perseguitato da debiti e debitori e che tale vissuto legato alla sfera economica della sua vita prenda il netto sopravvento su ogni altra considerazione. Accogliere la richiesta indicando servizi che lo possono aiutare a gestire la sua situazione debitoria significa rispondere correttamente ad una legittima esigenza ma anche aiutarlo a liberare energie spendibili in altre riflessioni.

Mappa delle reti e delle risorse: andare alla 'scoperta' di risorse e di fonti di aiuto sottostimate può contrastare la sfiducia del GP nelle chance di cambiamento. Tale mappatura può iniziare dai contesti di vita del paziente (famiglia estesa e nucleare, vicini, amici, conoscenti, colleghi) ed esplorare la qualità/intensità delle relazioni alla ricerca di quelle su cui è possibile contare per ricevere aiuto. E' nostro compito mostrare poi le risorse della rete secondaria formata dalle istituzioni, dai servizi pubblici e del terzo settore, dall'associazionismo, avvalorando la funzione di cerniera dello Sportello, di interfaccia tra i richiedenti aiuto e le risorse del territorio spesso sconosciute o non ritenute idonee a soddisfare le proprie necessità.

6. Consulenze tipo con giocatore e famiglia

(orientativamente 3 colloqui, integrabili)

Lo sportello di ascolto ed orientamento per il gioco d'azzardo propone orientativamente 3 colloqui, finalizzati ad accogliere adeguatamente il giocatore e/o i suoi familiari, ad effettuare una valutazione complessiva delle difficoltà presenti e dei bisogni corrispondenti, nonché ad orientare l'utenza verso i servizi territoriali competenti ed a garantire assistenza per la calendarizzazione degli appuntamenti necessari. Il servizio offerto dall'operatore di sportello è quindi finalizzato al corretto orientamento dell'utenza verso i diversi servizi di cura e sostegno (Servizi pubblici per le Dipendenze, Servizi Antiusura, Servizi di Psicoterapia, Psichiatria, Gruppi di Auto Mutuo Aiuto, interventi residenziali, consulenze legali e finanziarie, altri servizi sanitari, siano essi forniti da strutture pubbliche o da organizzazioni del privato sociale). Pur non essendo all'interno di una cornice *terapeutica*, i colloqui a sportello rappresentano già un primo momento di "cura" per gli utenti: un contesto di ascolto empatico e di attenzione al giocatore ed al suo nucleo familiare, gestito da operatori capaci di contenere i timori dell'utenza attraverso una mappatura puntuale dei bisogni ed una descrizione chiara delle risorse di aiuto disponibili, può rappresentare da subito un "porto sicuro" ed un punto di partenza affidabile per l'avvio dei percorsi di recupero del benessere.

6.1. Primo colloquio

Il primo colloquio è un colloquio conoscitivo in cui l'operatore, insieme all'utente e/o ai familiari/conoscenti, raccoglie le informazioni anagrafiche ed anamnestiche

facendo riferimento alla scheda di contatto¹ sviluppata in seno al progetto “Lazio In Gioco” e disponibile nella forma cartacea ed in quella online.

Durante questo primo colloquio l’operatore di sportello offre ascolto, contenimento, e le prime descrizioni delle strutture deputate alla presa in carico e trattamento del disturbo da gioco d’azzardo.

Nel caso siano presenti esclusivamente i familiari del giocatore è utile ed importante: orientare comunque la famiglia verso servizi di consulenza con il duplice obiettivo di strutturare forme di protezione dei “beni familiari” (legami affettivi e risorse finanziarie) e strategie di accompagnamento del giocatore verso lo sportello ed i sistemi di cura. Nel caso in cui il giocatore si sia presentato da solo (situazione meno frequente) al termine del colloquio sarà opportuno invitare all’incontro successivo anche un familiare e/o altre persone di riferimento che possano sostenere l’utente e rappresentare una forma di “estensione” collaborativa del sistema di cura.

6.2. Secondo colloquio

Il secondo colloquio è lo spazio in cui riprendere, approfondire e dare seguito alle valutazioni emerse nel colloquio precedente, nonché offrire alla persona che chiede aiuto ed ai suoi familiari informazioni chiare ed aggiornate in merito alla natura del problema, garantendo per questa via una prima opera di mediazione e di contenimento delle ansie e dei conflitti che la presenza di questa patologia è in grado di produrre nei sistemi familiari.

Le difficoltà e le resistenze del giocatore o dei familiari ad avere fiducia in una possibile cura, inquadrata all’interno di una cornice di significato relativa al Disturbo da Gioco d’Azzardo vanno accolte, valutate, ed auspicabilmente superate attraverso il lavoro motivazionale dell’operatore di sportello, che illustrerà agli interessati il ventaglio di servizi territoriali che possono garantire un valido sostegno per la gestione dei problemi complessi che il disturbo da gioco d’azzardo determina. In questo secondo incontro, l’operatore di sportello avrà cura di realizzare altresì una mappatura delle risorse personali e familiari che possono avere un ruolo di supporto nel percorso di recupero

¹ Si rimanda al sito www.lazioingioco.it

(amici o parenti che possono spendere del tempo con la persona interessata, o che possono offrire occasioni di lavoro; hobbies, passioni e/o aree di “alto funzionamento” nelle quali l’utente può conquistarsi gratificazione, ...). Inoltre, è opportuno suggerire regole chiare e condivise per la gestione del tempo e del denaro: nella gestione delle problematiche connesse con le dipendenze e la perdita di controllo degli impulsi è infatti di grande aiuto concordare una calendarizzazione condivisa e trasparente degli impegni personali ed aiutare l’utente ad accettare un temporaneo “commissariamento” nella gestione delle proprie finanze, che devono essere ridotte all’essenziale e rendicontate nel dettaglio. Naturalmente, in sede di sportello l’adozione di queste misure può essere soltanto suggerita, avviata, e dovrà poi prendere effettivamente corpo nelle fasi successive, quando la persona sarà in carico ai servizi preposti.

6.3. Terzo colloquio

Nel terzo 3° colloquio: in sede dell’ultimo colloquio l’operatore di sportello avrà cura di riassumere e restituire le valutazioni e le considerazioni sviluppate nel corso degli incontri precedenti, al fine di dissipare eventuali dubbi ancora presenti e di consolidare la motivazione nei confronti del percorso di cura e di assistenza a vari livelli (legale, finanziario, clinico, ...). In base alla valutazione fatta durante i colloqui precedenti, si potranno inviare gli utenti, ed eventualmente i familiari, a servizi capaci di rispondere ai bisogni evidenziati. Accertata la motivazione dell’utente a intraprendere un percorso specifico, sarebbe estremamente funzionale che fosse lo stesso operatore di sportello a garantire i contatti telefonici e gli appuntamenti (possibilmente effettuando le chiamate seduta stante). Infatti questa cura da parte dell’operatore può contribuire all’evitamento o alla riduzione dei fenomeni di “drop out” (abbandono del percorso) che la persona e/o la famiglia non accompagnate potrebbero mettere in atto. favorire il superamento di quello spazio vuoto che si verrebbe a creare tra i colloqui svolti allo Sportello e l’auspicato contatto con i servizi individuati sul territorio. Durante il terzo colloquio, si potranno inoltre informare gli utenti del servizio circa le varie attività di sensibilizzazione e buone pratiche presenti nel loro territorio, invitandoli ad usufruirne ed a partecipare come cittadini attivi (si veda sotto: Animazione Sociale).

7. Animazione Sociale

Per animazione territoriale si intendono tutte quelle azioni tese a migliorare la vivibilità dei territori attraverso la ricomposizione e lo sviluppo delle reti sociali (iniziative culturali, ricreative, dibattito pubblico, attività informative...). Processo importante dell'animazione è il così detto empowerment, ovvero il potenziamento della resilienza delle società locali attraverso l'offerta di strumenti a natura progettuale, culturale, sociale idonei a fronteggiare problematiche e rischi di diversa natura. L'animazione territoriale di norma è un'attività prodotta dall'associazionismo e dalla cooperazione in collaborazione con le istituzioni.

42

7.1. Fare rete. Sensibilizzazione e *empowerment* del territorio.

Il fenomeno del gioco d'azzardo ha assunto nel nostro paese dimensioni tali da poter essere definito come *gioco d'azzardo di massa*. Di massa non soltanto per l'ingente numero di individui coinvolti, ma anche e soprattutto per la cultura che veicola tra larghi strati della popolazione, in particolare tra i più fragili: una cultura che propaga la risposta individuale dei problemi e che affida alla fortuna ciò che dovrebbe essere affrontato con l'impegno - personale e collettivo - e con l'attivazione delle risorse presenti nelle diverse realtà locali. Tale cultura, veicolata da costose, pervasive e performanti campagne pubblicitarie, va contrastata chiamando alla mobilitazione le organizzazioni sociali, culturali, religiose, politiche e sindacali presenti nei quartieri, annodando una rete in grado di costituire, contemporaneamente, un nucleo di pressione per richiedere un cambio della regolazione delle attività di gioco d'azzardo - a livello locale e nazionale - e un *network* in grado

di veicolare tra la popolazione i rischi legati alla proliferazione delle installazioni di gioco d'azzardo. Una rete in grado di mobilitare i cittadini:

- a chiedere conto della trasformazione di molte vie in una teoria ininterrotta di punti gioco (tabaccai, edicole, bar..) e di mega locali *ad hoc*, luoghi nei quali il tempo sociale diviene residuale in favore di un tempo saturato da pensieri "magici";
- a prendere coscienza che il fenomeno non preoccupa esclusivamente per gli individui dipendenti da GAP e le loro famiglie, ma anche per i troppi cittadini i quali, in conseguenza dell'estrema "vetrinizzazione" del gioco d'azzardo, si ritrovano a pensare che il gioco d'azzardo possa essere una possibile risposta alla crisi economica, alle scarse e/o povere relazioni sociali, ai problemi familiari, all'affievolimento dell'autostima, all'ansia societaria che scaturisce dalla visione della società in cui vivono, percepita come rischiosa e ostile;
- ad organizzarsi per promuovere momenti pubblici di informazione sui rischi e per il contrasto alla diffusione del fenomeno.

Lo sportello, in questo senso, deve avere una funzione strategica, funzionando come attivatore di risorse collettive già presenti disponibili a condurre campagne pubbliche di consapevolezza sul GAP. L'operatore di sportello curerà l'*empowerment* del distretto nel quale si colloca il suo servizio, incontrando e dotando di strumenti di informazione e prevenzione:

- le organizzazioni sportive, culturali, ricreative;
- le parrocchie, i gruppi Scout, le organizzazioni religiose delle diverse comunità di immigrati presenti;
- le organizzazioni sindacali, dei lavoratori e dei pensionati, i patronati;
- le organizzazioni politiche e i partiti;
- i centri anziani, il mondo del volontariato e della cooperazione;
- le scuole.

In particolare, le scuole potranno diventare palestre di discussione e di presa di coscienza sui rischi del fenomeno, adottando, laddove sia possibili metodologie di educazione tra pari.

7.2. Buone pratiche, reti, campagne.

In molte Regioni del nostro paese sono attive organizzazioni promosse spontaneamente da cittadini preoccupati per le dimensioni che il fenomeno GAP è andato assumendo negli ultimi anni. Lo sportello, nel perseguire il suo compito di promuovere *l'empowerment* del suo territorio di riferimento, potrà trovare in tali organizzazioni dei validi partner e utili alleanze. Di seguito una breve rassegna delle sigle maggiormente attive.

La campagna **Slotmob** è nata a Luglio 2013, promossa da vari esponenti della società civile, per combattere il dilagare del gioco d'azzardo legalizzato. L'idea di fondo è quella di premiare come consumatori i bar che hanno scelto di rinunciare alle *Slot machines* attraverso una colazione o aperitivo in centinaia, "per allenarci a votare con il portafogli e sensibilizzare sul tema". **Slotmob**, utilizza la logica del mercato, utilizzandola per scopi etici. Inoltre, in ogni **Slotmob** si organizza un torneo di biliardino. <http://www.economiafelicità.it/slotmob/>

SenzaSlot.it, lanciato nel febbraio 2013, nasce dall'iniziativa del Collettivo Senza Slot, costituito da alcuni cittadini i quali, vivendo nella città con 1 slot machine ogni 110 abitanti, Pavia, hanno deciso che avrebbero bevuto il caffè solo ed esclusivamente nei bar, appunto, senza slot. <http://www.senzaslot.it/chi-siamo/>

La rete di associazioni "**Non azzardiamoci!**" organizza in alcuni Municipi della Capitale attività di sensibilizzazione della cittadinanza. Compongono la rete Slotmob, Libera - Presidio IV Municipio "F. Borrelli", Croce Rossa - Comitato Locale Municipio 4 Roma, Con un Gioco, Psy+ Onlus, Movimento dei Focolari.

"Mettiamoci in gioco" – campagna nazionale contro i rischi del gioco d'azzardo è un'iniziativa nata nel 2012 per sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni sulle reali caratteristiche del gioco d'azzardo nel nostro paese e sulle sue conseguenze sociali, sanitarie ed economiche, avanzare proposte di regolamentazione del fenomeno, fornire dati e informazioni, catalizzare

l'impegno di tanti soggetti che – a livello nazionale e locale – si mobilitano per gli stessi fini.

La campagna è promossa da una pluralità di soggetti: istituzioni – organizzazioni di terzo settore, associazioni di consumatori, sindacati: **Acli, Ada, Adusbef, Anci, Anteas, Arci, Associazione Orthos, Auser, Aupi, Avviso Pubblico, Azione Cattolica Italiana, Cgil, Cisl, Cnca, Conagga, Ctg, Federazione Scs-Cnos/Salesiani per il sociale, Federconsumatori, FeDerSerD, Fict, Fitel, Fp Cgil, Gruppo Abele, InterCear, Ital Uil, Lega Consumatori, Libera, Scuola delle Buone Pratiche/Legautonomie-Terre di mezzo, Shaker-pensieri senza dimora, Uil, Uil Pensionati, Uisp.** <http://www.mettiamociingioco.org/>

8. La Cornice Normativa

A livello europeo non esiste una legislazione specifica per il contrasto al gioco d'azzardo. Tuttavia, la Commissione Europea nel 2014, ha emanato dei principi volti a tutelare i consumatori dal gioco online.

In particolare la Commissione suggerisce che gli Stati Membri forniscano ai consumatori adeguate informazioni in merito ai rischi del GAP; che le comunicazioni commerciali siano effettuate responsabilmente; che sia garantito che i minori non abbiano accesso al gioco d'azzardo on-line; che possa essere possibile monitorare la condotta di un giocatore al fine di allertarlo sul suo eventuale comportamento di gioco disfunzionale; che siano disponibili linee telefoniche alle quali giocatori problematici possano rivolgersi; che vengano formati gli operatori di sale da gioco riguardo i problemi di dipendenza dal gioco d'azzardo; che vengano realizzate campagne di sensibilizzazione sui rischi legati al gioco.

Al livello nazionale, l' Art. 721 Codice Penale definisce "Sono giochi d'azzardo quelli nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria."

Gli Artt. 718-719 Codice Penale sanzionano:

- l'esercizio (ovvero l'organizzazione) del gioco d'azzardo, la partecipazione al gioco d'azzardo;
- la tenuta o la gestione di case da gioco in luoghi pubblici, aperti al pubblico o in circoli privati

L'Art. 110 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza n. 773 del 1931 puniva come reato l'uso o l'installazione di apparecchi semiautomatici o elettronici per il gioco d'azzardo, ma poi la Legge n. 266 del 2005 (Legge finanziaria per l'anno 2006) lo ha trasformato in illecito amministrativo.

Da quanto esposto, il Gioco d'Azzardo, appare non consentito. Tuttavia esistono eccezioni.

Ad esempio il Regio Decreto Legislativo N.636 del 27 aprile 1924, autorizza all'esercizio del gioco e della scommessa, alcuni Casinò con la giustificazione che gli eventuali ricavi costituiscono entrate dello Stato utili al finanziamento di interventi utili alla popolazione (sentenza n. 152 del 1985). Il Regio Decreto Legislativo N.1933 Del 19 ottobre 1938 vieta ai privati l'organizzazione del gioco del Lotto e delle lotterie nazionale, riservandola però esclusivamente allo Stato.

Il Decreto 31 gennaio 2000 n.29 (Ministero delle Finanze), emana delle norme per l'istituzione del gioco "Bingo". Il Decreto 16 novembre 2000 n.363, istituisce il gioco del "TotoBingo". Il Decreto 11 Febbraio 2003 (Ministero Dell'economia e Delle Finanze), approva il modello di denuncia degli apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici per il gioco lecito. Il Decreto 8 aprile 2004 (Ministero Dell'economia e Delle Finanze), definisce le funzioni della rete telematica per la gestione del gioco lecito tramite collegamento degli apparecchi e congegni da divertimento.

Accanto a tali "permessi", vediamo una serie di normative atte a limitare e regolamentare il gioco d'azzardo.

La legge 266 del 2005 (legge finanziaria per il 2006, art.1), al fine di contrastare i fenomeni di illegalità connessi alla distribuzione on line dei giochi con vincite in denaro, attribuisce all'Azienda Autonoma Monopoli di Stato la regolamentazione del settore.

La legge 88 del 2009 impone nuovi requisiti per la concessione delle licenze e prevede l'adozione di strumenti sia per l'esclusione al gioco on line da parte di minori sia per un'eventuale autolimitazione delle spese del giocatore che decide di stabilirsi dei propri limiti.

Il decreto Balduzzi, legge 158 del 2012 (convertito in legge 189 del 2012) limita e regolamenta i messaggi pubblicitari; istituisce un osservatorio sul fenomeno.

Ogni Regione si è poi dotata di proprie regole e norme.

Nello specifico dalla Regione Lazio, viene emanata la Legge Regionale n 5/2013, *Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)*, per la quale si rimanda all'introduzione del presente volume.

9. La gestione della raccolta dati e della privacy

Definiamo dati personali (D. lgs. 196 / 2003) tutte le informazioni relative ad una persona fisica, che la rendono identificata o identificabili anche indirettamente (esempi di dati personali: nome e cognome della persona, l'indirizzo, codice fiscale, partita IVA..).

Definiamo dati sensibili (D. lgs. 196 / 2003) tutti i dati tesi a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale.

Tali dati in Italia sono soggetti a tutela.

Il 31 dicembre 1996 fu emanata in Italia la legge n. 675, in merito appunto alla *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali*, intendendo per trattamento qualunque operazione concernente la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati.

Ulteriori leggi e modifiche sono approdate nel Testo Unico Decreto legislativo n. 196/2003 intitolato "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", entrato in vigore il 1° gennaio 2004.

Il decreto tutela il diritto del singolo sui propri dati personali e sensibili e, di conseguenza, disciplina le diverse operazioni di gestione dei dati. Qualsiasi professionista, al momento di un'eventuale raccolta dati che rende il suo assistito identificabile, è obbligato ad informarlo circa le finalità e le modalità del trattamento.

Link <http://www.garantepriacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1311248>

Bibliografia

Biganzoli A., Capelli M., Capitanucci D., Smaniotto R., Alippi M., 2004, *Indagine sui comportamenti di gioco d'azzardo in provincia di Pavia*, Casa Editrice Dream, Gavirate (Va);

Black D.W., Moyer T., 1998, *Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior*, in "Psychiatric Serv", 49, 1434-1439;

Blaszczynski A., Steel Z., 1998, *Personality disorders among pathological gamblers*, in "Journal Gambling Studies", 14, 51-71;

Blaszczynski A., Farrell E., 1998, *A case series of 44 completed gambling-related suicides*, in "Journal of Gambling Studies", 14, 93-109;

Blaszczynski A., 1999, *Pathological gambling and obsessive compulsive spectrum disorders*, in "Psychol Rep", 84, 107-113;

Blaszczynski A., 2000, *Pathways to Pathological gambling: identifying typologies*, in "Journal of Gambling Issues", 1;

Blaszczynski A., Nower L., 2002, *A pathways model of problem and pathological gambling*, in "Addiction", volume 97, 5, 487-499;



Bolwby J., 1989, *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano;

Callois R., 2000, *I Giochi e gli Uomini*, Bompiani, Milano, ed. orig. 1958;

Capitanucci D., Carlevaro T., 2004, *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*, Hans Dubois Editore, Bellinzona, Svizzera;

Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R., 1996, *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina, Milano;

Custer R., 1984, *Profile of the pathological gambler*, in "Journal of Clinical Psychiatry", 45, 35-38;

Custer R., 1984, *Pathological gambling*, in "Patients with Alcoholism and other Drug Problems", (a cura di Whitfield), Year book Publ., New York;

Grant J.E., Potenza M.N., *Una guida clinica al trattamento (edizione italiana a cura di Clerici M.)*, in "Il gioco d'azzardo patologico", Springer, 2010;

IFC/CNR - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari, 2014, *IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs)*, Pisa.

IFC/CNR - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari, 2014, *ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)*, Pisa;

IFC/CNR Pisa - ASL Dipartimento dipendenze e osservatorio dipendenze di Bergamo, 2015, *Studio sul gioco d'azzardo nella popolazione di 65-84 anni della provincia di Bergamo*;

Jacobs D.F., Elia C., Goldstein M., 1991, *Prevalence of problem gambling among hospitalized male adult substance abusers*, First National Conference of Gambling, Minnesota

Lesieur H.R., Blume S.B. e Zoppo R.M., 1986, *Alcoholism, drug abuse and gambling* in "Alcoholism, Clinical and Experimental Research", 10 (1) 33-38;

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

Lesieur H.R., 1998, *Cost and treatment of pathological gambling*, in "Annals, AAPSS", 556, March;

Linden H.R., Pope H.G., Jonas J.M., 1986, *Pathological Gambling and major affective disorder: preliminary findings*, in "Journal Clinical Psychiatry", 47, 201-203;

Mc Cormick R.A., Russo A.M., Ramirez L.F. et al., 1984, *Affective Disorders among pathological gamblers seeking treatment*, in "American Journal of Psychiatry", 141, 215-218;

Moran E., 1970, *Varieties of pathological gambling*, in "British Journal of Psychiatry", 116, 593-597;

Savron G., Pitti P., De Luca R., Guerreschi C., 2001, *Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici*, in "Rivista di Psichiatria", 36,1, 14-21;

Savron G., Pitti P., De Luca R., 2003, *Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari*, Rivista di Psichiatria, 38, 5;

Shaffer H.J., Hall M.N., Vander Bilt J., 1997, *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a meta analysis*, Boston, M.A., Harvard Medical School, Division on Addiction;

Specker S.M., Carlson G.A., Edmonson K.M. et al., 1996 *Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment*, in "Journal Gambling Studies", 12, 67-81;

Suck W.K., Grant J.E., 2001, *Personality dimensions in pathological gambling disorders and obsessive-compulsive disorder*, in "Psychiatry Research", 104, 205-212

K. C. Winters, R. D. Stinchfield e J. Fulkerson, 1993b, *Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale*, in "Journal of Gambling Studies", 9, 63 – 84;
