



ALEA



BULLETIN

Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio

VOLUME 1, NUMERO 2

GIUGNO 2013

ALEA è una associazione scientifica senza fini di lucro che riunisce i maggiori studiosi italiani sul gioco d'azzardo. La sua missione è studiare e promuovere interventi sul fenomeno del gioco d'azzardo e le sue ricadute personali, familiari e sociali, prima fra tutte lo sviluppo della patologia di dipendenza correlata (Gioco d'azzardo Patologico). Promuove la formazione degli operatori, lo scambio scientifico e la diffusione di una cultura responsabile e prudente in tema di gioco d'azzardo.

SOMMARIO:

Editoriale Daniela Capitanucci	1
Quando solo la cronaca ci fa riflettere Fulvia Prever	3
Commento sul manuale di G. Serpelloni Gianmaria Zita	5
It's a long way to Tipperary Graziano Bellio	6
Orthos: programma residenziale di PT intensiva Riccardo Zerbetto	9
Recensione del libro "Troppe Vite in Gioco..." di Lucio De Lellis Roberta Smaniotto	14
Recensione del film sperimentale "Il Tarlo" di Marco Lanzafame Fulvia Prever	14
Vignetta Stefano Acerbi	15

Il mondo sta negli occhi di chi guarda - Daniela Capitanucci



Commento critico al decreto istitutivo dell'Osservatorio sui rischi del gioco, aprile 2013.

Il 22 aprile 2013 è stata convocata la prima riunione dell'Osservatorio istituito presso l'AAMS ai sensi dell'art. 7, comma 10, del D.L. 13.09.12, n. 158, convertito in legge l'8.11.2012, n. 189 (cosiddetta DDL Balduzzi). Presenti gli "esperti" individuati dai Ministeri della Salute, dell'Istruzione, dello Sviluppo Economico e dell'Economia e Finanze, "inclusi esponenti di associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani", nonché rappresentanti dei Comuni.

Già al momento dell'uscita della norma, ALEA aveva manifestato alcune perplessità, di seguito riassunte. In particolare erano tre i punti critici rilevati.

Il primo riguardava la stessa lodevole finalità dell'Osservatorio, che *dovrebbe essere quella di valutare le misure più efficaci per contrastare la 'diffusione del gioco d'azzardo' e del fenomeno della dipendenza 'grave'*. Tale formulazione della norma ha del comico in quanto da un lato fa riferimento al gioco d'azzardo tout court (veramente il legislatore intende promuovere una limitazione del gioco d'azzardo?) e dall'altro parla di "dipendenza grave" (da quando esiste una distinzione tra dipendenza 'grave' e dipendenza 'leggera'?). Questa formulazione grossolana e di scarsa qualità scientifica la dice lunga sull'ascolto che il legislatore e, più in generale, la macchina amministrativa statale, ha porto agli esperti della materia dal punto di vista scientifico.

Il secondo punto, in ossequio a quella che potremmo definire "la nuova moralità politica", *la partecipazione ai lavori dell'osservatorio sarà a completo titolo gratuito non essendo previsto nemmeno il rimborso delle spese di trasferta*. La gratuità della partecipazione ai lavori dell'osservatorio avrebbe potuto comportare una oggettiva difficoltà alla partecipazione di rappresentanti di associazioni locali o che comunque possono contare su budget assai limitati, a tutto vantaggio di funzionari e rappresentanti di poteri forti. Problema risolto a monte, dato che nessuna realtà che, sebbene piccola e volontaristica, storicamente si è occupata di azzardo è stata sino ora invitata a partecipare.

Il terzo punto si collega al precedente. La diffusione dell'azzardo ha aperto la strada a problematiche sociali e sociosanitarie tali da richiedere attento studio, monitoraggio dei fenomeni e ricerche epidemiologiche in grado di guidare le decisioni politiche in materia di giochi. Appariva quindi necessario individuare strutture, persone e risorse che fossero in grado di garantire un metodo di ricerca e validazione scientifica indipendente. *Ma il DDL Balduzzi non definiva purtroppo, neppure in termini generali, i criteri per individuare i componenti dell'osservatorio*. Questo atto mancato rischia non solo di vanificare, ma anche di costituire un pericolo concreto per la neutralità di quanto si andrà ad osservare. Infatti, se da un lato l'apertura di un osservatorio a livello centrale è senz'altro un atto positivo, ci pone ampie perplessità nel momento in cui esso viene ad operare nell'ambito dell'AAMS, ovvero di chi ha il compito primario di acquisire proventi fiscali dall'azzardo e che non ha finora dimostrato particolare attenzione alle istanze delle forze sociali e delle società scientifiche. Mano libera dunque nella scelta degli "esperti" che espletano questo ruolo cruciale.

Eccoli allora, i "saggi" che sono stati sin qui identificati e resi noti:

MINISTERO ECONOMIA E FINANZE – Giovanni Serpelloni, Capo Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri. Non poteva mancare chi si occupa di dipendenze in un simile osservatorio. Un po' solo solletto però, non vi pare? E sebbene di carattere istituzionale, la referenza al Ministero Economia e Finanze appare meno dignitosa di una appartenenza ad altro ministero. Salute? Welfare? Interni? Questa specifica attribuzione forse non è dunque del tutto casuale.

MINISTERO DELLA SALUTE – Giuseppe Ruocco, DG Prevenzione (il cui supplente è Pietro Ganuzzi), e Rossana Ugenti, DG Sistema informativo e statistico sanitario (la cui supplente è Lidia Di Minco). Nulla da segnalare.

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO – Vincenzo Maria Di Maro – Dipartimento per l'Impresa e l'Internazionalizzazione (la cui supplente è Antonia Martelli). Di Maro si occupa di politiche e normative per i consumatori, proponendo ed elaborando la normativa in materia di tutela del consumatore, anche recependo

Il mondo sta negli occhi di chi guarda - Daniela Capitanucci

direttive comunitarie, svolgendo attività connesse all'attuazione del Codice del Consumo, si occupa di problematiche generali inerenti agli interessi economici e ai diritti dei consumatori e connessi rapporti con Regioni, Enti locali, e Camere di Commercio ed altre Amministrazioni centrali, tiene l'elenco delle associazioni dei consumatori e degli utenti e gestione dei relativi procedimenti. La Martelli fa parte della divisione XII - Consiglio Nazionale dei Consumatori e degli Utenti (CNCU) con compiti relativi. Focus sul consumo e sul consumatore, quindi. Appropriato.

ANCI - Associazione Nazionale Comuni Italiani - Stefano Campioni, Resp. Dipartimento Attività Produttive, e Lamberto Baccini, Resp. Dipartimento Servizi Sociali. L'ANCI parrebbe equilibrare le due facce della medaglia azzardo sull'ente locale: impresa e danni sociali.

MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITA' E RICERCA - Giovanna Boda, DG Direzione per lo Studente e Alessandro Vienna, Uff. IV DG Studente. La dr.ssa Boda è psicologa, da anni in seno alla Direzione Generale per lo Studente, e di certo ha potuto avere il polso degli accadimenti relativi alle azioni preventive (e anche *non* preventive) occorse negli anni passati nelle scuole d'Italia relativamente al gioco d'azzardo. Solo il suo futuro incedere ci consentirà di collocare le sue azioni tra le risorse o i problemi del neonato osservatorio. Ma il prof. Vienna, che ci pare essere biologo, pur occupandosi di scuola e alimentazione, quali competenze può vantare nel trattamento dell'azzardo?

I restanti "esperti", quelli da nominarsi ai sensi dell'art.2 del decreto istitutivo dell'osservatorio, sono esponenti di associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani all'esito dell'istruttoria condotta dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. Al momento, i loro nomi non sono stati resi noti. Ma dove sono le associazioni che si sono occupate di azzardo, studiando il fenomeno e accogliendo le inascoltate richieste di aiuto nei passati 15 anni?

Una ulteriore domanda: stante che questo osservatorio tutto ha meno che essere di taglio prettamente socio-sanitario, cosa dire del vuoto di rappresentanti del Ministero degli Interni? Eppure le connessioni tra criminalità e azzardo legale sono state ampiamente documentate dalle forze dell'ordine e rese palesi in Parlamento e Senato con circostanziati rapporti...

E' tuttavia la presidenza dell'Osservatorio che lascia davvero perplessi. E ciò non soltanto per quanto contestato dagli operatori del gioco lecito che ritengono oltraggioso chi, come noi, si è permesso di evidenziare che l'Agenzia dei Monopoli di Stato non sarebbe la sede appropriata per l'insediamento dell'*Osservatorio Nazionale per i Rischi da Dipendenza da Gioco* introdotto dalla Legge Balduzzi a causa dei 'conflitti di interesse' che governerebbero l'Amministrazione Finanziaria. Avete letto la denominazione dell'Osservatorio? Ebbene, a parere di costoro (cfr. Jamma del 15 aprile 2013) "affermare che i Monopoli di Stato non dovrebbero coordinare l'attività dell'Osservatorio in quanto Entità che si prefigge di aumentare il gioco e non di diminuirlo (ciò

generando l'assunto che altra e terza struttura avrebbe dovuto assumere tale ruolo), costituisce gravissimo atto di "rottura istituzionale", equivale ad una accusa di infedeltà "sistemica" di una pubblica diramazione dello Stato rispetto ai compiti che la legge ad essa assegna, peraltro in sinergia con il Dipartimento Antidroga della Presidenza del Consiglio (forse in conflitto di interessi anch'essa, a questo punto, dato il rapporto tra esistenza del gioco lecito e il gettito erariale)". *In realtà, l'assunto che "altra e terza struttura" avrebbe dovuto assumere il ruolo di diminuire il gioco, come già detto, era stato proprio il DDL Balduzzi a dichiararlo, nel momento stesso in cui finalizzava l'Osservatorio a valutare le misure più efficaci per contrastare la 'diffusione del gioco d'azzardo', cioè per determinarne la riduzione.*



Gli operatori dell'azzardo legale si chiedono chi sia più "terzo" dello Stato rispetto all'esigenza di salvaguardare la salute dei cittadini, e quale altro strumento possa essere più funzionale, alla risoluzione del G.A.P., se non la "fotografia" esatta del fenomeno sotto il profilo numerico e comportamentale.

Vero. Ma ci sono molte parti in gioco, anche nello stesso Stato. E non tutte vedono la questione dalla stessa prospettiva. E' evidente quindi che anche nel fare una fotografia, sia proprio il fotografo a fare la differenza, ed è puerile e seccante che venga negato.

A capo dell'osservatorio quindi ci si aspettava un ruolo tecnico, super partes, con competenze scientifiche specifiche indiscutibili strettamente correlate alla finalità dell'Osservatorio che è quella di *contrastare la 'diffusione del gioco d'azzardo' e del fenomeno della dipendenza*. Se stiamo parlando di un *osservatorio che ha a che fare con la salute pubblica*, il tandem cui è stata effettivamente affidata la presidenza avrà dunque le caratteristiche più opportune? Giudicate voi stessi.

PRESIDENTE DELL'OSSERVATORIO - Luigi Magistro, Vicedirettore Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (il cui supplente è Antonio Tagliaferri, oggi DG Agenzia Dogane e Monopoli, direttore strategie AAMS, ex direttore giochi per i monopoli di stato, fino al 2010). Magistro è appena arrivato. Ma Tagliaferri, dirigente AAMS di vecchia data e navigato, ha partecipato alle politiche pro azzardo sin dagli albori della riorganizzazione del comparto del gioco lecito, e possiede un curriculum sul quale riflettere. Punta dell'iceberg è la condanna ricevuta dalla Corte dei Conti, dopo una annosa querelle, con sentenza n. 214 del 2012, a pagare una somma di circa 2,6 milioni di euro per non aver adempiuto agli obblighi di trasparenza negli anni 2004-2006 (è stato condannato assieme al DG dell'epoca Tino e alle concessionarie di slot machine per il fatto che queste ultime non avrebbero collegato gli apparecchi alla Sogei al fine di consentire gli opportuni controlli da parte dell'Amministrazione dei Monopoli di Stato): la sentenza è stata impugnata e la sua efficacia sospesa. Quindi, Tagliaferri è ancora innocente fino a prova contraria.

Il mondo sta negli occhi di chi guarda - Daniela Capitanucci

Tutto qui? Non proprio. Altri fatti che possono concorrere a farsi una idea dell'appropriatezza e della neutralità di questa presidenza, stanno nell'analisi di qualche recente frase del nostro riferita dalla stampa di settore. Ad esempio, Tagliaferri ha affermato che "i Monopoli, a legislazione vigente, non hanno poteri di intervento diretto, né di tipo censorio né di carattere sanzionatorio, sulla pubblicità dei prodotti da gioco" e anche che "eventuali modifiche legislative dovrebbero, comunque, essere attentamente ponderate, in quanto un divieto generalizzato di pubblicità, come avviene per esempio per il settore dei tabacchi, potrebbe essere considerato lesivo della libertà di imprese delle aziende del settore". Secondo Tagliaferri "una sia pur ridotta e controllata forma pubblicitaria dei giochi è utile al fine di consentire ai consumatori di poter distinguere l'offerta di giochi legali da quella di giochi illegali e alle aziende che operano legalmente nel settore di farsi conoscere e presentarsi alla luce del sole, a differenza degli operatori del mercato nero" (Gioconews, 23.10.12). Ammesso e non concesso che si possano condividere le premesse del nostro circa l'utilità del marketing dell'azzardo di Stato al fine di scongiurare l'accesso al mercato illegale, appare comunque assai lontano dalla realtà dei fatti che la pubblicità sui giochi oggi sia ... "ridotta" e "controllata".

E ancora, a testimonianza dell'imparziale prospettiva, il 9.2.2012 Tagliaferri, intervenendo alla presentazione di Sistema Gioco Italia (federazione aderente a Confindustria che raggruppa 5800 aziende di gioco) affermava che simili "manifestazioni e iniziative contribuiscono a migliorare l'immagine del settore del gioco. Un'immagine che si arricchisce ulteriormente quando si presta attenzione al valore della responsabilità sociale. I concessionari,

così come tutti gli operatori, sono fortemente impegnati nel veicolare un giusto messaggio su quella che è la realtà del comparto. *L'amministrazione non può che accogliere con favore iniziative di questo tipo, nell'auspicio che si rafforzino ulteriormente lo spirito propositivo e collaborativo dei rapporti tra operatori e amministrazione*" (Jamma, 9.2.12).

Del resto, il buon giorno si vedeva già dal mattino: nel 2004 quando Tagliaferri era Direttore Centrale per le Concessioni Amministrative di AAMS, presentando il rapporto annuale sottolineava quanto gli interventi svolti dalla sua struttura per il controllo e la regolamentazione del settore, avessero permesso una crescita del comparto giochi molto evidente. Affermava: "Con gli apparecchi da intrattenimento è stato colmato un buco nel settore ed in pochi mesi AAMS è stata già in grado di far funzionare e controllare circa 120.000 apparecchi, con una raccolta del settore che è passata in breve tempo a 4 miliardi di euro, con 500 milioni già finiti nelle casse dell'Erario. La nostra struttura" precisava Tagliaferri "sta operando per un riequilibrio del settore ed ha aperto il mercato anche a provider stranieri. Tutto questo anche a fronte di attacchi immotivati e fuorvianti, da parte di qualche organo di stampa, come quello che ha coinvolto il Bingo che invece va benissimo e per il quale sono in arrivo importanti novità per il 2005 (il Bingo interconnesso, quello nazionale, ecc). La riorganizzazione di AAMS ha anche permesso alle Scommesse Sportive di far segnare nel 2004 un significativo +17% ed alle Lotterie, il cui nuovo corso è partito solo da pochi mesi, di crescere del 90%" (Agicos, 02.12.04). Erano gli anni oggetto dell'indagine di cui sopra.

Evviva il presidente vicario dell'Osservatorio, con i migliori auguri di buon lavoro da parte dell'associazione ALEA.

Daniela Capitanucci

Quando solo la cronaca ci fa riflettere ... Ma i buoi sono già scappati - di Fulvia Prever

Di questi giorni notizia dell'ennesimo atto di disperazione e violenza..in qualche modo connesse al gioco d'azzardo. "Preiti spara ai carabinieri davanti a Palazzo Chigi..voleva che gli sparassero.."

Ovviamente tante sono le componenti di questo disastro, di una vita dove la perdita dell'attività lavorativa si intreccia coi i fallimenti esistenziali, la crisi e la disoccupazione.fino all'estremo rilancio nel gioco.. Il gioco d'azzardo certo non è l'unico componente, ma ne è amplificatore, acceleratore del disastro..ciò che mi colpisce e come il gioco rappresenti sempre più spesso per molti, troppi, l'ultima spiaggia..

Una spiaggia di cui non si sente francamente l'esigenza,a fronte di già altre occasioni di impoverimento collettivo, e non sto parlando solo di quello strettamente economico..

Finire nel tritacarne del gioco d'azzardo non è solo passare rapidamente dai sogni illusori di una ricchezza salvifica a una brusca caduta nella miseria, alla disperazione nera di rubare i soldi dal salvadanaio dei propri figli, ma anche l'angoscia di rimanere completamente soli, di vedere il proprio tempo depauperato e snaturato dalla febbre dell'azzardo..non si perdono solo i propri averi giocando, ma si perde il proprio tempo, i propri affetti, la propria vita..

I piccoli comuni, di questo malessere generalizzato e indotto, se ne stanno accorgendo meglio e prima che le grandi città, dove tutto è mastodontico e immobile..I comuni hanno capito, già da tempo, che i proventi (sempre minori per altro) che arrivano allo stato, non bilanciano in nessun modo i danni che il gioco diffuso in modo così capillare provoca coinvolgendo sempre più i loro concittadini nell'azzardo patologico. Sempre più famiglie coinvolte che non riescono più a pagare bollette o affitti, sempre maggiori le richieste ai servizi sociali di un contributo economico; gli assistenti sociali e i sindaci scoprono di dover fronteggiare una vera emergenza che coinvolge

Quando solo la cronaca ci fa riflettere ... Ma i buoi sono già scappati - di Fulvia Prever

anziani, pensionati, donne, giovani, e che la mancanza di occupazione, spesso correlata al gioco, non è più l'unica causa della bancarotta.

Del resto ma recente ricerca svizzera sui costi sociali dell'azzardo, dimostra che, ancorché i proventi del gioco d'azzardo non ritornano mai ai comuni, ma rimangono nelle casse statali, lo stato stesso non ne beneficia più di tanto. Infatti i costi sociali e sanitari, diretti e indiretti ammontano, con una traduzione della ricerca svizzera (Università di Neuchatel) sulla situazione italiana, a 5/6 miliardi di euro!

È a questi vanno aggiunti i costi della lotta alla criminalità organizzata, riciclaggio e usura che il gioco, anche legale, comporta (come da ultima audizione in Parlamento di Libera, lotta alle Mafie).

Ecco due conti della serva..

Costi sanitari diretti: ricorso al medico di base del 48% più alto rispetto ai non giocatori, interventi ambulatoriali psicologici, ricoveri sanitari, cure specialistiche per la dipendenza

Costi sanitari indiretti: perdita di performance lavorativa del 28% maggiore rispetto ai non giocatori, perdita di reddito..

Costi per la qualità della vita: problemi che ricadono sui familiari, violenza, rischio di aumento di depressione grave, ansia, deficit di attenzione, bassa resistenza ad altri tipi di dipendenze, idee suicidarie, ossessione per il gioco e per i soldi necessari a giocare..

Tutto questo a fronte di un ricavo di "soli" 8 miliardi di euro da parte dello Stato! Il gioco..vale la candela??

Già tre anni fa il comune di Empoli, col vicesindaco Torreggiani, si era mosso radunando più di 100 comuni per trovare insieme una strategia di contrasto al fenomeno dilagante delle concessioni di sale scommesse, sale slots o VLT, e installazioni di slots nei locali pubblici..trovare una strategia usando le poche leggi su cui i comuni possono avere autonomia di delibera non è stat facile, come insegna l'esperienza di Verbania; i gestori hanno impugnato, dopo anni, la restrizione degli orari degli esercizi,

atte a proteggere minori e anziani dal passare l'intera giornata davanti alle slot, e hanno ottenuto persino un risarcimento danni dal Comune!!

Questo ha portato i comuni, a perseguire strade sempre più organizzate, facendo riferimento anche ai regolamenti di urbanistica, traffico, pubblica sicurezza..

il sindaco di Pavia Alessandro Cattaneo, (città più colpita dal gioco d'azzardo in Italia)

Ha aderito in quanto vice presidente dell'Anici (Associazioni dei comuni italiani) al Manifesto NO SLOT, e mano mano tutti i comuni stanno adottando questo Manifesto che permette di dare visibilità e incentivi ai locali che scelgono di non tenere più slots.

Ci auguriamo che lo Stato, con lo spiraglio di legge che il decreto Balduzzi ha aperto, si interroghi sulla necessità di limitare la diffusione e la pubblicità dell'azzardo, sul dovere di investire in una ricerca sul reale impatto del gioco patologico in Italia, e sulla possibilità di dare concreto accesso alla cura di questa patologia presso il servizio sanitario nazionale e il privato sociale accreditato. Che questo possa avvenire anche attraverso diversi meccanismi di tassazione del gioco che vadano a creare un budget, svincolato da interessi economici di alcun genere, per implementare lo studio delle migliori terapie disponibili per contrastare questa dipendenza e per la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria/strutturale, atti a ridurre l'accesso alle situazioni di rischio.

Se il Nuovo Osservatorio che si sta creando a livello nazionale non sarà solo una vetrina politica ma attore di intervento reale e incisivo di cambiamento, si vedrà presto.

Per farlo potrà fare tesoro del "know how" delle storiche associazioni no profit che da anni lavorano grazie a professionisti e esperti del settore, in un vuoto istituzionale preoccupante, per creare una cultura contro l'azzardo patologico, laica e svincolato da ogni interesse politico o economico delle lobbies dei gestori.

Fulvia Prever

Esempi di manifesti pubblicitari "NO SLOT"



Commento sul manuale di G. Serpelloni: Gambling - inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione - Gianmaria Zita

Nel febbraio 2013 è stato pubblicato il manuale sul Gambling a cura di Giovanni Serpelloni del Dipartimento per le Politiche Antidroga; il manuale sembra chiarire da subito l'intento di trattare il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) come una malattia e non come vizio o devianza. Nella introduzione infatti viene più volte ribadito come il GAP sia una *malattia neuropsicobiologica del cervello*, e quindi, una dipendenza patologica *tout court* o, meglio, una *addiction*.

È il primo scritto ufficiale in Italia che tenta di sistematizzare le ricerche scientifiche attuali con l'obiettivo di orientare gli sforzi degli operatori su questa patologia; per diversi motivi, tra i quali la complessità della patologia e la veloce evoluzione degli studi nazionali ed internazionali, questo manuale, che ha il pregio della novità, segna un inizio che sarà necessario sviluppare velocemente. Questo manuale è stato infatti pensato come un *contributo* e non come una linea guida per gli operatori dei servizi. Rimane quindi ancora la necessità di codificare le modalità operative per fornire una guida pratica/obiettiva basata su modalità standard e condivise che possa essere utilizzata dagli operatori coinvolti nell'assistenza ai malati di gioco d'azzardo.

Il libro si sofferma a lungo sugli aspetti patogenetici, sulla vulnerabilità e sul decorso della malattia. Viene infatti dato ampio spazio agli aspetti neurofisiologici che confermano l'impronta biologica del libro; non mancano però alcune curiosità, tra queste va citata la tabella dei prodotti naturali che possono aumentare la tendenza al gioco d'azzardo patologico. Risulta interessante il capitolo sul *percorso evolutivo* del Gioco d'Azzardo patologico come anche il più controverso capitolo 7 sui *possibili benefici del gioco d'azzardo* che ricalca in diversa misura quanto già espresso da Shaffer e altri sulla "Guida Clinica al Trattamento" di Grant e Potenza; la lettura di questo capitolo pone alcuni dubbi sulla effettiva possibilità di trarre dei *benefici del gioco d'azzardo* poiché spesso sembra che si tenda a confondere il "gioco" inteso come attività ludico-ricreativa, momento di crescita della persona con coinvolgimento della sfera emotiva e dell'interazione con l'altro, con il gioco d'azzardo *per se*. Alcune affermazioni quali *aumento della socializzazione* oppure *miglioramento della memoria, delle competenze matematiche, della coordinazione mano-occhio* a prima vista sembrano non



coincidere con le descrizioni dei pensieri ossessivi ricorrenti, dell'impulsività incoercibile e con il senso impotente di "sudditanza cognitiva" riferite dai nostri pazienti. Inoltre, esercitando la professione, viene da domandarsi come il Gambling possa essere considerato utile per la "riduzione di ansia e stress negli adulti" dal momento che le maggiori richieste di trattamento derivano proprio dall'angoscia e dal senso di disistima personale generati dal gioco.

Un capitolo corposo è quello sulla prevenzione del Gioco d'Azzardo in cui vengono ripercorsi i noti step fondamentali che regolano i principi della prevenzione in ambito sanitario; ci uniamo all'autore nell'auspicare che vengano messe in pratica politiche preventive efficaci sul Gioco d'Azzardo Patologico.

L'approccio diagnostico, punto fondamentale per l'inquadramento e la cura del Gambling, è a nostro avviso poco rappresentato in questo manuale. Gli step diagnostici vengono suddivisi in 7 aree di valutazione che rimangono però poco approfondite; vengono citati come strumenti utili all'assessment i criteri del DSM-IV, il SOGS (South Oaks Gambling

Screen) e il GABS (Gambling Attitudes & Beliefs Survey). A nostro avviso sarebbe importante segnalare alcuni importanti lavori sulla sottotipizzazione dei pazienti Gamblers in diversi sottogruppi (ad es. il modello di Blaszczynski) che stanno dimostrando una sempre maggiore importanza della pianificazione di un assessment diagnostico mirato per un migliore approccio terapeutico.

Il neuroimaging trova uno spazio rispettoso dell'importanza che questa tecnica sta avendo nel campo delle neuroscienze e riesce a destare interesse la documentazione pubblicata e la sintesi dei lavori pubblicati in questo campo.

Il breve capitolo sulla terapia rappresenta un punto debole del manuale; già il titolo tradisce l'infruttuoso tentativo di condensare tre argomenti che meriterebbero di essere trattati in tre capitoli diversi: *Principi di cura, riabilitazione e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*. In questo capitolo si mischiano, in un continuum sfumato e poco coerente gli interventi psicoeducativi con le tecniche di psicoterapia cognitivo-comportamentale e la ristrutturazione



cognitiva, il problema della doppia diagnosi e i trattamenti farmacologici: decisamente troppi contenuti in troppo poco spazio. In questo senso il manuale sembra subire le conseguenze del momento di impasse della ricerca farmacologica sul GAP connotato da poche certezze e da molte sperimentazioni su fronti opposti: il paragrafo sui trattamenti farmacologici è telegrafico e risulta ancora non sufficientemente sviluppato.

Il manuale pone una giusta attenzione al crescente rischio suicidario nei Giocatori patologici, un problema che rischia di essere sottovalutato in molti degli attuali servizi di cura; a tal proposito ci si domanda: quanti Sert o centri del privato sociale prevedono una consulenza psichiatrica nell'assessment di routine sul Giocatore?

In coda al manuale vengono riportati alcuni consigli sull'organizzazione dei dipartimenti delle dipendenze e su come monitorare i flussi di giocatori patologici tramite alcuni indicatori epidemiologici, si concorda con l'autore che sarebbe molto importante che le maggiori organizzazioni sanitarie iniziassero a farlo.

In conclusione il manuale ha l'utilità di fare il punto sulle ultime conoscenze in campo del Gioco d'Azzardo Patologico al fine di stimolare la curiosità ed amplificare la voce di chi sta già trattando, con le poche risorse a disposizione, il fenomeno Gambling. Come premesso dall'autore, il manuale vuole essere "un contributo a focalizzare il problema per evitare scelte basate sulla spinta emotiva e sul clamore mediatico" per questo l'aspetto terapeutico è solo parzialmente analizzato. A complemento di questo lavoro è necessario al più presto definire linee guida e chiari protocolli operativi per permettere un'assistenza del paziente basata su dati concreti, condivisi e confrontabili. Purtroppo ancora oggi la mancanza di chiari riferimenti mette a rischio, oltre che il malato, anche gli stessi operatori delle dipendenze che tuttora si trovano a dover affrontare condizioni di patologia a volte molto delicate scoprendo il fianco anche a problematiche medico-legali. Questo rischia di alimentare la ben nota prassi del "chi non fa non sbaglia" di cui l'Italia è, questa volta sì, riconosciuta come eccellenza anche all'estero.

Gianmaria Zita

It's A Long Way To Tipperary: verso la validazione empirica della tipologia di Blaszczynski - Graziano Bellio

Letture e commento di: Lia Nower, Silvia S. Martins, Keng-Han Lin, Carlos Blanco (2013). Subtypes of disordered gamblers: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Addiction, 108/4: 789-798.

I presupposti dello studio

Il gioco d'azzardo patologico, similmente alle altre forme di addiction, è una sindrome sotto la quale emergono prepotentemente aspetti di disomogeneità ed eterogeneità della popolazione coinvolta. I giocatori patologici manifestano differenze intragruppali legate a vari fattori quali ad esempio il genere, l'età, le motivazioni, la comorbilità psichiatrica, l'uso di alcool e altre sostanze, le preferenze dei giochi, i tratti temperamentali e la personalità.

Con due articoli del 2000 e 2002, Blaszczynski e Blaszczynski e Nower proposero una classificazione che integrava elementi clinici, neurobiologici, cognitivi, psicopatologici e ambientali, e che è conosciuta come *tipologia di Blaszczynski*.

In realtà, più che una tipologia in senso stretto, Blaszczynski e Nower ipotizzano tre percorsi etiologici alternativi (pathways) lungo i quali la persona che gioca giunge alla condizione di problematicità. Secondo gli Autori il giocatore avvia la fase di intensificazione del gioco a partire da condizioni ambientali (accessibilità, disponibilità, pressione dei pari, apprendimento), dallo sviluppo di distorsioni cognitive e dall'instaurarsi di un condizionamento sia con meccanismo classico pavloviano che operante. Il condizionamento operante è ottenuto mediante l'applicazione di un rinforzo, in questo caso intermittente, da parte delle slot machine o di altre modalità di gioco d'azzardo. Il condizionamento classico si evidenzia attraverso l'associazione del rinforzo a stimoli presenti nell'ambiente (cues). Il primo tipo di

Keywords: Tipologie di Blaszczynski, classificazione, Classi alcolismo Cloninger

Blaszczynski mostrerebbe un percorso etiologico simile, in assenza di particolari vulnerabilità temperamentali o psicopatologiche. La eventuale presenza di disturbi d'ansia o dell'umore sarebbe da attribuirsi ad eventi stressanti legati al gioco e alle problematiche familiari e sociali correlate.

Il secondo tipo di Blaszczynski si caratterizza per la presenza di una vulnerabilità emotiva, di disturbi affettivi primari, cioè insorti prima dei problemi azzardo-correlati, di sofferenza e traumi emotivi nel corso dello sviluppo, storia di abusi, altri eventi traumatici significativi, scarso sviluppo delle abilità sociali, di coping e di problem-solving. Queste situazioni complicano significativamente il quadro del gioco patologico, pur essendo i meccanismi che ingaggiano la persona nel gioco eccessivo i medesimi del primo tipo. La presenza della vulnerabilità emotiva e/o di franchi problemi psicopatologici primari influenzano la prognosi e la terapia.

Il terzo tipo, o percorso, di Blaszczynski si caratterizza invece per la spiccata propensione all'impulsività. Il tratto impulsivo appare costitutivo dell'assetto temperamentale, biologico, del soggetto, in relazione a quadri di ADHD o di un disturbo antisociale di personalità. Il paziente mostra in anamnesi chiari problemi correlati all'impulsività in aree differenti dal gioco (atti antisociali, abuso di sostanze, deficit di attenzione, problemi di adattamento gravi e multipli). Il discontrollo del comportamento, le scarse ed instabili motivazione e adesione al trattamento, l'abuso di sostanze e l'eventuale presenza di tratti antisociali rendono assai difficile il trattamento, e severo il quadro complessivo e la prognosi.

Il modello dei percorsi etiopatogenetici proposto da Blaszczynski e Nower, nonostante il suo potenziale valore nella clinica e nella ricerca, ha ricevuto solo in parte un sostegno empirico in quanto nessuna ricerca è stata ancora indirizzata allo studio della gamma completa di fattori implicati nel modello e il loro rapporto temporale con lo sviluppo dei sintomi di gioco patologico. Solo pochi studi infine hanno cercato di validare la tipologia sulla base di gruppi di variabili più limitati. Con lo studio che qui viene riassunto Nower e Colleghi si ripropongono di contribuire a colmare questa carenza.

Metodologia

Gli autori hanno fatto riferimento al vasto database raccolto nella ricerca NESARC – National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions – condotta nel 2001-2002 su un campione della popolazione statunitense cui fu somministrata una intervista strutturata (AUDADIS-IV) e altri strumenti per la rilevazione della presenza di disturbi psicopatologici e abuso/dipendenza da sostanze secondo i criteri DSM-IV, il livello generale dello stato di salute e disabilità, la storia familiare, eventi stressanti recenti, dati socio demografici.

Dal campione è stato estratto un sottogruppo di soggetti che presentavano 3 criteri DSM o più tra i dieci previsti per il gioco patologico, comprendendo in tal modo sia giocatori problematici (n = 386) che patologici (n = 195). Il sottogruppo di giocatori disturbati (disordered gamblers) è stato studiato mediante la Latent Class Analysis (LCA), un metodo statistico per l'individuazione di sottogruppi sulla base di dati multivariati. Nella LCA il soggetto ha differenti probabilità di appartenere a ciascuna classe e non viene assegnato in modo definitivo all'uno o all'altro tipo.

L'analisi è stata condotta su 22 indicatori (si rimanda all'articolo originale per l'elenco dettagliato).



It's A Long Way To Tipperary: verso la validazione empirica della tipologia di Blaszczynski - Graziano Bellio

Risultati

Con l'analisi con LCA sono stati messi a confronto modelli comprendenti da una a cinque classi. Gli Autori, sulla base delle statistiche di fitness, hanno concluso che i modelli a tre e quattro classi risultavano i più adeguati, preferendo il primo poiché il modello a quattro classi è stato giudicato 'instabile'. La differenza tra le classi è più quantitativa che qualitativa. Il primo sottogruppo comprende il 51% del campione e corrisponde al primo tipo di Blaszczynski; le probabilità di esperienze di abuso recente di sostanze (ultimo anno) e di eventi stressanti sono moderate, mentre sono basse per altri indicatori. I livelli di disabilità e i punteggi relativi ai disturbi dell'umore sono minimi, così come bassa è la gravità dei comportamenti di gioco.

Il secondo sottogruppo (20% del campione) mostra una elevata probabilità di avere una storia di disturbi da uso di sostanze e moderate probabilità di avere avuto eventi stressanti nell'ultimo anno, problemi col bere, familiarità per uso di sostanze, disturbi di personalità. L'età media di esordio dei problemi con sostanze è la più elevata. I soggetti in questa classe hanno maggiori probabilità di avere problemi legali, decessi di un familiare o amico stretto, disturbi dell'umore, esordio di un episodio depressivo. Le donne e i più anziani hanno maggiori probabilità di collocarsi nel secondo sottogruppo.

Il terzo sottogruppo (29% del campione) mostra una elevata probabilità di avere un disturbo della personalità e una storia di abuso di sostanze, moderate probabilità di avere un disturbo antisociale, abuso di sostanze recente, recente decesso di un familiare, problemi col bere, genitori divorziati, con problemi di uso di sostanze e/o con storia di antisocialità. Rispetto alle altre due classi, i soggetti del terzo sottogruppo mostrano i maggiori livelli di problematicità nell'azzardo e le maggiori probabilità di avere un disturbo di personalità (compreso quello antisociale), abuso di sostanze recente e passato, una storia di disturbo d'ansia o dell'umore, divorzio o separazione, problemi col bere e familiarità.

Le conclusioni degli Autori

Nower e Colleghi considerano il loro studio il primo tentativo di supportare con dati empirici il modello di Blaszczynski e Nower utilizzando un ampio database contenente variabili relative sia la situazione recente (ultimo anno) che la situazione precedente. Sulla base delle variabili studiate il modello a tre classi si è dimostrato il più adeguato. La prima classe può essere considerata congruente con la tipologia I di Blaszczynski: i giocatori condizionati nel comportamento. Nonostante l'assenza di maggiori vulnerabilità nell'area psicopatologica, questi individui possono sviluppare rilevanti problemi correlati al gioco, ciò a dimostrare che i fattori di rischio ambientali, il condizionamento e i pensieri distorti possono essere sufficienti a spingere il soggetto dal gioco sociale

Keywords: Tipologie di Blaszczynski, classificazione, Classi alcolismo Cloninger

verso quello problematico o patologico.

La seconda classe individuata dalla LCA è congruente con il secondo tipo di Blaszczynski, e si caratterizza per l'uso di sostanze, disturbi di personalità, depressione, familiarità per abuso di sostanze o psicopatologia. Le donne e i soggetti con età media più avanzata hanno maggiore probabilità di essere classificati nella seconda classe.

La terza classe, che ricalca il terzo tipo di Blaszczynski, sembra rappresentare un sottotipo della seconda. Essa infatti si distingue per una maggior gravità degli aspetti impulsivi e di antisocialità, ed è prevalentemente maschile. Mostra i maggiori livelli di disturbi della personalità, dell'umore, di abuso di sostanze, problematiche alcool-correlate, familiarità per disturbo antisociale e/o abuso di sostanze.

Il rapporto tra le tre classi dal punto di vista della numerosità non coincide con quanto riportato nel modello originale di Blaszczynski e Nower, ma ciò può rappresentare un artefatto, in quanto lo studio è stato effettuato a partire da dati raccolti nella popolazione generale anziché clinica. Tuttavia non può essere escluso che in realtà, a differenza che nel modello teorico, siano due e non tre i gruppi maggiori di giocatori: quelli condizionati nel comportamento e quelli con vulnerabilità di tipo temperamentale, psicobiologia (terzo tipo di Blaszczynski), laddove la presenza di una psicopatologia meno grave ne rappresenterebbe una variante.

Due maggiori limitazioni vengono sottolineate dagli Autori: a) i dati NESARC utilizzati non comprendono tutte le variabili necessarie per la validazione definitiva del modello; b) i dati non consentono di interpretare correttamente il rapporto temporale tra comparsa dei sintomi affettivi e il gioco problematico, elemento importante per riuscire a discriminare correttamente i tipi di Blaszczynski.

Nonostante tali limitazioni lo studio suggerisce l'esistenza di due o tre sottogruppi di giocatori che condividono una parte di fattori di rischio, ma che si differenziano per altri, in particolare la presenza di psicopatologia pre-esistente o comorbile.

Commento

L'eterogeneità dei giocatori d'azzardo problematici ha condotto molti Autori a proporre svariate classificazioni in grado di guidare il clinico nel formulare una prognosi ed un piano terapeutico appropriato. Le classificazioni sono sempre degli artefatti che forzano la realtà all'interno di categorie che non esistono nella clinica (soprattutto nella clinica psichiatrica), e dipendono dai criteri che ogni Autore adotta per tracciare le linee di demarcazione. Ogni classificazione comporta degli indubbi vantaggi, ma anche svantaggi talora rilevanti: il sistema DSM ne è un esempio lampante. Blaszczynski e Nower, con il loro lavoro originale del 2002, si sono spinti un po' più in là

It's A Long Way To Tipperary: verso la validazione empirica della tipologia di Blaszczynski - Craziano Bellio

di una semplice classificazione, individuando tre percorsi patogenetici in cui elementi ambientali, neurobiologici, genetici, tratti temperamentali, eventi della vita, apprendimenti, presenza di sofferenza psicopatologica primaria, risultano tutti integrati tra loro. L'origine dei percorsi e il risultato finale sono gli stessi, ma le caratteristiche intrinseche dei quadri clinici vengono distinti, ricavandone indicazioni diagnostiche, prognostiche e terapeutiche differenziate.

La validazione empirica della tipologia di Blaszczynski e Nower appare assai complessa. Negli ultimi anni alcune ricerche (l'articolo di Nower e Coll. ne fa una rapida disamina) avevano suggerito che i giocatori possono essere distinti in tre o quattro gruppi, la cui congruenza con i tipi di Blaszczynski risultava parzialmente confermata al prezzo però di forzare sensibilmente le interpretazioni. L'articolo di Nower e Colleghi non fa eccezione in questo. L'elaborazione statistica con la LCA ha fornito due soluzioni: la classificazione in quattro classi è stata rifiutata poiché la variabile 'problemi emotivi' non poteva essere stimata appropriatamente. Il modello a tre classi, giudicato come il più adeguato, mostrava ampie fasce di sovrapposizione tra le classi, specie tra la seconda e terza, cosa peraltro già ipotizzata nei lavori di Blaszczynski del 2000 e 2002. Le conclusioni di Nower e Coll. sembrano suggerire che potrebbe non esserci una vera e propria distinzione tra il secondo e terzo tipo, poiché entrambi condividono una larga fetta di caratteristiche: il secondo tipo potrebbe essere considerato in realtà un sottogruppo del terzo. L'osservazione clinica in effetti conferma che la distinzione tra soggetti afferenti al secondo o terzo tipo non è sempre agevole. Se la classificazione in due classi alla fine dovesse essere accolta, la tipologia di Blaszczynski assomiglierebbe sempre di più a quella di Cloninger per gli alcolisti.

Tuttavia non è detto che per il clinico pratico ciò sarebbe utile. Per trattare i giocatori appare opportuna una classificazione che sia in grado di aggregare i soggetti attorno ad alcune variabili critiche per il trattamento. Se da un lato l'individuazione delle variabili critiche è discrezionale e non può dar luogo a tipologie 'oggettive', dall'altro è nella pianificazione del trattamento che il clinico trova il significato prevalente della classificazione. Ad esempio, la presenza di un Io indebolito da scarse abilità sociali, di coping e di problem solving è una variabile che incide significativamente sul trattamento del giocatore e sulla prognosi, potendo legittimamente aspirare a diventare un elemento critico per una corretta classificazione. Su questo punto lo studio di Nower e Colleghi sembrerebbe confermare il modello originale di Blaszczynski che prevede un maggiore livello di disabilità nel secondo tipo. Tuttavia la eccessiva genericità dello strumento utilizzato nella indagine NESARC (Short Form Health Survey - SF-12), forse più adatto alle indagini sulla popolazione generale che su una popolazione clinica come i giocatori d'azzardo problematici, non consente di trarre conclusioni particolarmente attendibili.

Nower e Colleghi in effetti sottolineano che una limitazione dello studio sta nella impossibilità di valutare tutte le variabili previste dal modello di Blaszczynski. "Le conclusioni riguardo la relazione tra risultati e modello si basano su un giudizio interpretativo". Così come, credo, i principi che hanno guidato la formulazione di questa tipologia.

In conclusione, il valore euristico della tipologia di Blaszczynski sta nella relativa semplicità con cui guida il clinico in un iniziale e sommario inquadramento del giocatore patologico per poi costringerlo a riflettere criticamente mano a mano che la conoscenza della situazione personale e ambientale del paziente diventa sempre più approfondita. Cercare di comprendere come il paziente si accosti ad una classe oppure se ne discosti porta l'operatore a riflettere sempre più riguardo a quali siano gli elementi caratterizzanti il caso specifico. Il risultato dell'operazione di classificazione è importante sia quando conferma l'impressione clinica, sia quando le evidenze vanno in una direzione diversa da quanto immaginato inizialmente. I tentativi di validazione empirica del modello di Blaszczynski sono molto importanti perché suggeriscono in che misura i singoli elementi clinici e anamnestici tendano effettivamente ad aggregarsi tra loro e quali siano le

conseguenze di ciò nel lavoro clinico. Ormai si è capito che l'eterogeneità dei giocatori problematici si può organizzare in un numero limitato di classi che fortemente assomigliano a quanto teorizzato da Blaszczynski. Nower, che condivide con l'australiano la paternità del modello, ha raccolto un ampio database di variabili e ha dimostrato che è possibile individuare una organizzazione delle variabili tale che, pur se non dimostra definitivamente la bontà del modello originale, quanto meno suggerisce che le cose non sono così distanti da come le avevano descritte poco più di dieci anni fa. Altri studi sono necessari, precisano Nower e Colleghi, per indagare tutte le variabili comprese nel modello, anche con un disegno longitudinale che possa dimostrare l'effettiva valenza ed interazione dei fattori di rischio specifici di ogni classe. Non si può che concordare su questo, e ringraziare Nower per questo stimolante studio.

Graziano Bellio

**Questo è un locale
NO SLOT!!!**



apprezzalo!

"CAMPGIONA NAZIONALE CONTRO IL GIOCO D'AZZARDO"
STAMPA ED ESPONI QUESTO STEMA SULLA PORTA DEL TUO LOCALE
Più locali il nome del tuo locale, verrà inserito in un album online dei locali NO SLOT e verrà distribuito
in una parte speciale anche in tutte le località con lo stemma speciale. @GiaccaBianca2014

*Esempi di
manifesti
pubblicitari
"NO SLOT"*



Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto

PREMESSA

Il presente contributo riporta i risultati emersi da una ricerca sugli *outcomes* dei primi cinque anni di sperimentazione del trattamento in ambito residenziale del Programma Orthos per giocatori d'azzardo patologico. Il nostro Paese si distingue per la ricchezza di trattamenti ambulatoriali e residenziali mirati al superamento delle condizioni di tossicodipendenza. Tale condizione patologica è collegata nella stragrande maggioranza dei casi alla dipendenza da eroina e, in minor misura da cocaina e alcool. Mancano allo stato attuale risorse di trattamento per altre patologie che, pur avendo all'origine una struttura di personalità predisposta alla *dipendenza (addiction prone personality)*, si diversificano in una gamma di diverse espressioni fenomeniche che vanno dal gioco d'azzardo patologico, alla *sex addiction*, all'abuso di Internet, all'abuso di ecstasy, cocaina ed altri stimolanti.

Per tali condizioni morbose, risultano talvolta insufficienti sia gli interventi medico-psicologici in ambito ambulatoriale offerti dai Ser.T., per la scarsa incisività in situazioni di comportamento compulsivo grave ed inveterato, sia di tipo comunitario a causa dei lunghi periodi generalmente previsti per i programmi di recupero.

La tipologia dei "nuovi dipendenti" si esprime inoltre in una gamma estremamente diversificata a livello sociale, culturale, di età e di censo rendendo difficile un inserimento in contesti terapeutici predisposti per popolazioni target assai più omogenee e quindi meno adatte ad immissioni da parte di soggetti con storie personali e problematiche socio-adattive diverse e fortemente diversificate.

Ne deriva un forte disagio nella possibilità di offrire utili e realistici sbocchi terapeutici in situazioni che, seppure non ricalcano la devastante drammaticità



PROGETTO ORTHOS

studio e trattamento delle dipendenze patologiche

di quadri di eroinomania primaria, comportano comunque forti elementi di sofferenza psico-adattiva ai singoli, alle famiglie ed alla collettività.

Si rende pertanto urgente sviluppare nuove forme di intervento che si confrontino con la recente evoluzione dei quadri patologico collegati alle nuove forme di dipendenza e che abbiano, a mio parere, le seguenti caratteristiche:

Essere di durata più breve e comunque tale da rendersi compatibile con la permanenza di un inserimento nel tessuto sociale, lavorativo e familiare del soggetto;

Avere una alta specificità di intervento sulla patologia specifica;

Dotarsi di programmi a prevalente orientamento psicoterapico, più che medico, e articolati in modelli intensivi e fortemente strutturati al fine di poter incidere in profondità, pur in un arco di tempo limitato, sul comportamento disadattivo e sui nuclei problematici della personalità del soggetto;

Prevedere una fase diagnostica accurata di *intake* in collegamento con i servizi sul territorio;

Prevedere una fase di accompagnamento e consolidamento del lavoro psicoterapeutico collegato alla fase residenziale che sia sufficientemente strutturata e tale da non vanificare i risultati ottenuti (Zerbetto, 2010).

Su tali linee progettuali è stata avviata una sperimentazione a partire

dalla 2007 su proposta della Associazione Orthos e finanziata dalla Regione Toscana nel contesto delle misure previste dal capitolo "Prevenzione e contenimento del gioco d'azzardo problematico e promozione di azioni mirate al sostegno di una adeguata cultura del gioco" Delibera N. 918/2004.

A seguito della Valutazione favorevole sugli esiti della sperimentazione ad opera della Commissione nominata dalla Regione Toscana, il Progetto è stato ri-finanziato anche per il 2008 per complessivi 24 utenti provenienti dalla Regione Toscana con Decreto n. 1687/2008 avente per oggetto il "Piano Integrato Sociale 2007-2010. Interventi riferiti alla popolazione con dipendenze e con forte marginalità sociale".

Per la sua "messa a norma" si rende tuttavia indispensabile l'inclusione della ludopatia tra i LEA (livelli essenziali di assistenza), provvedimento che il Decreto Balduzzi (...) ha contemplato senza tuttavia prevedere alcuna copertura finanziaria per sostenere i costi di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti coinvolti nel gioco d'azzardo problematico. Anche a livello regionale, il Progetto Orthos inserisce in modo anticipativo e coerente nelle linee previste dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 dove, al punto 7.12 "La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze" si prevede come: "Il fenomeno delle dipendenze da sostanze illegali e legali (alcool, fumo, farmaci) e delle nuove

Keywords: Gioco d'azzardo, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali

forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze, per la sua vastità e problematicità, per la natura di

"patologia cronica e recidivante", nonché per la rapidità e mutevolezza delle forme di approccio e assunzione che investono strati sempre più rilevanti della popolazione, abbisogna di uno sforzo di intervento capace di adeguarsi ed articolarsi in forme e misure anche diverse tra loro, di essere presente sull'intero territorio regionale, di garantire continuità agli interventi, di esprimere capacità di innovazione senza abbandonare le prassi e i metodi di intervento già collaudati". A questi pronunciamenti di carattere programmatico non sono seguiti, tuttavia, atti di valore normativo adeguati a creare le condizioni per una messa a regime di nuovi strumenti di cura per affrontare le dipendenze comportamentali. ci auguriamo che detti interventi non tardino e che l'esperienza raccolta in questi anni non vada perduta, ma valga a mettere a disposizione della società attuale strumenti di cura adeguati alle mutate forme di patologia dalle quali è interessata. Il Progetto viene presentato sul sito: www.orthos.biz.

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO ORTHOS

Nella sintesi che segue vengono riportati gli elementi costitutivi di un approccio terapeutico innovativo sia nella filosofia di riferimento che nei metodi adottati

2.1 FILOSOFIA DI RIFERIMENTO

Il nome del progetto, *Orthos*, nasce da un appellativo attribuito a Dioniso nella cultura greca classica. Orthos è "colui che sta in piedi" che non è reclinato (da cui cliente) o abbandonato passivamente (da cui paziente)

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto

a se stesso e non dipende quindi da altri nel *reggersi sulle proprie gambe*. Il riferimento, per quanto implicito, a Dioniso indica inoltre la scelta filosofica di fondo, all'origine del presente Progetto, di non demonizzare di per sé una inclinazione al piacere quanto l'importanza di contestualizzare all'interno di una costellazione di valori e non di disvalori tale legittima aspirazione dell'essere umano (Zerbetto, 2004).

C'è tuttavia un passaggio critico nel quale il piacere sconfinava nel *dispiacere*. Legge questa che possiamo riscontrare puntualmente nei disturbi alimentari, nell'uso di bevande inebrianti, nel gioco e nella pratica sessuale. Non è quindi nel perpetuare un'ontologica contrapposizione, ma nell'esplorare ed affinare *l'arte del buon vivere* che possiamo perseguire quella pratica di autoapprendimento, di messa a fuoco del confine critico che ognuno porta in sé inconsciamente e che dobbiamo far emergere a livello adulto e consapevole.

Non è una cronica coscienza di peccato (come nella vecchia tradizione moralistica) o peggio ancora di malattia incurabile (proposta dalla filosofia degli Alcolisti Anonimi) che può darci le premesse per una ricerca

Keywords: Gioco d'azzardo, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali

empiricamente scientifica ed antropologicamente coerente con una tradizione millenaria di possibile coesistenza con fattori dipendentogeni con i quali l'umanità da sempre si è trovata a confrontarsi. A questa sapienza millenaria si deve attingere superando il tragico empasse nel quale ci costringe una mentalità di derivazione prioritariamente statunitense all'insegna di un insanabile contrapposizione tra eccesso e rigorismo proibizionistico (Zerbetto, 2002).

In altre parole non è necessario introdurre ed enfatizzare un ontologica contrapposizione tra principio del piacere e "di realtà", secondo una prospettiva che la stessa psicoanalisi fa propria salvo rispecchiare una tradizione millenaria di orientamento spiritualistico a partire dalla contrapposizione tra anima (psychè) e corpo (soma) di platonica memoria sino a S. Paolo ("vedo ciò che vorrei fare e faccio ciò che non voglio") e all'esistenzialismo kierkegaardiano. Giova, semmai, ricordare l'indicazione del filosofo Epicuro - in genere ingiustamente sottovalutato - che ci ricorda come il *senso della misura* (coerentemente all'etica greca del *"metron aristoi"*, del fatto cioè che la cosa migliore sta appunto nella misura) è intrinseco alla logica del piacere e non ad essa contrapposto. C'è infatti un *acmé* nella curva di Gauss delle esperienze di piacere (vedi l'assunzione di alcolici) oltre la quale il piacere, appunto, si trasforma in sofferenza.

Se il gioco rappresenta una attività intrinseca alla dimensione dell'uomo e quindi non marginale, risulta conseguentemente difficile eradicarlo completamente dall'individuo o dalla società. Se tale discorso è vero in generale, lo è in particolare per persone che, per vari motivi di carattere psicologico, genetico o socio-culturale, risultano particolarmente predisposte alle attività di gioco. L'unica strategia realistica in nostro possesso è quindi quella di non estremizzare una dialettica gioco-non gioco che, seppure utile ed inevitabile in certe fasi della vita (come lo può essere il digiuno) non può realisticamente rappresentare sempre la soluzione definitiva. Si tratta quindi di confrontarsi con il tema del "giusto equilibrio" in una ricerca sofferta e paziente che consenta di riportare sotto controllo un comportamento che tendenzialmente a questo controllo è

sfuggito. In casi estremi questo tentativo è destinato a fallire e, analogamente a quanto può dirsi per un diabetico grave, non c'è nessuna possibilità di "convivere con gli zuccheri". In molti casi, tuttavia, tale riequilibrio è possibile e risulta quindi più appropriata una strategia terapeutica che si proponga obiettivi più realistici e moderati che più irrealistici e radicali. Secondo tale orientamento, recepito anche da molti programmi di recupero, non esiste nessuna possibilità di mediazione tra comportamento astinente e comportamento orientato al gioco eccessivo dal momento che, sempre secondo questa impostazione, anche un minimo compromesso con una attività di gioco, come anche giocare una schedina al totocalcio, farebbe scattare la molla di un ritorno a forme di gioco incontrollate analogamente a quanto un mezzo bicchiere di vino farebbe ripiombare l'alcolista nel baratro del bere fuori controllo.

Nella prospettiva filosofica come nella metodologia applicativa ci siamo quindi orientati alla promozione dei seguenti principi:

nella salvaguardia di criteri generali di indirizzo, la terapia si esprime in modo "personalizzato" e tale da tener conto delle specifiche caratteristiche di ciascun Utente

la astinenza totale viene generalmente raccomandata come regola che si giustifica per la vulnerabilità di fondo alle ricadute che comunque permane in un soggetto che è incorso in forme gravi di gioco compulsivo.

la totale astinenza dal gioco viene richiesta per una prima fase del programma successivo alla cura (minimo da tre mesi a un anno) salvo prendere in considerazione, successivamente, forme di gioco "controllato" che, per definizione, non significa solo "autocontrollato" ma monitorato con l'intervento di un familiare o persona vicina che mantenga un monitoraggio vigile sull'andamento del gioco controllato stesso

l'intervento di Orthos si definisce, tendenzialmente, con finalità curative di tipo "causali" e non "sintomatiche". Abbiamo infatti verificato per consolidata esperienza come la ricaduta nel GAP rappresenta l'espressione di un disagio o di una perdita di controllo generalmente collegata a periodi di difficoltà, ad una struttura personale, ad uno stile di vita o ad una costellazione valoriale che rappresentano il vero obiettivo dell'intervento terapeutico al di là del sintomo del quale, comunque, è necessario farsi carico in una prima fase dell'intervento terapeutico.

2.2 DESTINATARI

Sono soggetti di ambo i sessi e di maggiore età che risultano sostanzialmente inseriti nel tessuto socio-economico e che ancora dispongono di una rete minima di legami familiari. Il Progetto si rivolge a soggetti con personalità non fortemente compromesse da elementi caratterologici disturbati ed una forma di dipendenza non gravemente invalidante. La eventuale rilevanza dei carichi penali viene valutata caso per caso. L'impostazione fortemente orientata alla responsabilizzazione dei residenti non consente l'accettazione di soggetti affetti da patologie di tipo grave, sia sul versante delle dipendenze multiple che dei disturbi di personalità.

Tale programma è destinato in particolare ai "giocatori patologici non patologici" e ai "giocatori emotivamente disturbati" secondo la classificazione di Blaszczynski (2000)

2.3 LE FIGURE PROFESSIONALI

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto

Lo staff è attualmente rappresentato da: un direttore del Programma con funzione di psicoterapeuta supervisore, due coordinatori organizzativi, uno, due psicologi-psicoterapeuti, un consulente psichiatra, sei counselors, un arte-terapeuta psicologo e un ludo-arteterapeuta, un operatore di supporto per le attività lavorative e di manutenzione, un operatore culturale per l'aspetto psicoeducativo, di stimolo alla crescita culturale e di allargamento della prospettiva esistenziale, un referente amministrativo e un consulente finanziario. Allo staff, che garantisce una presenza media di 4 operatori, si aggiungono minimo due tirocinanti con funzione di raccolta della documentazione sullo sviluppo del lavoro clinico.

2.4 OBIETTIVI DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO

Alla luce di quanto sintetizzato a proposito della filosofia di intervento, gli obiettivi terapeutici si identificano nei seguenti punti:

ricostruire attraverso una rivisitazione della storia personale l'instaurarsi di fenomeni di fissazione nella crescita psico-emotiva che hanno messo in atto e successivamente perpetuato meccanismi disregolativi della capacità di adattamento creativo e di realizzazione di un soddisfacente *life project*

riappropriazione (*reowning*) delle componenti emozionali, cognitive, relazionali e comportamentali disfunzionali assumendone la personale responsabilità come individui adulti evitando la proiezione di comode situazioni esterne, il mondo o gli altri

analisi della attuale situazione disregolativa negli investimenti libidici ed esplorazione delle alternative da perseguire per elaborare un più soddisfacente *progetto di vita*.

2.5 LE COMPONENTI DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO

Si riportano in sintesi alcuni degli elementi peculiari del Programma:

a) *Interrompere i comportamenti compulsivi*: ovvero interrompere, a livello concreto oltre che simbolico, il ripetersi di comportamenti coattivi ed autolesivi; questo attraverso la creazione di un contesto teso a favorire l'auto-osservazione, la analisi esistenziale, il confronto con i compagni di corso. Trova senso in questa prospettiva la collocazione in una casa colonica della campagna senese. La sua particolare ubicazione consente un piacevole soggiorno ai pazienti in un ambiente tranquillo e confortevole dotato di stanze da letto, spazi comuni, biblioteca specializzata e ambienti per lo studio, ambiente per le attività terapeutiche, atelier per le attività di espressione artistica e corporea, spazi per attività occupazionale e lavoro al computer;

b) *Vivere secondo natura*: dove vivere 'secondo natura' rappresenta la metafora di una ricerca di elementi essenziali e 'costitutivi' del vivere al di là dei moduli spesso alienanti della urbanizzazione; un ritorno al 'naturale' per sottrarsi ad un eccesso di 'virtualità', tipica del nostro tempo, dove le simulazioni del gioco, di realtà virtuali e fittizie hanno spesso il sopravvento sulla dimensione reale;

c) *Affrontare il vuoto e la nostra "ombra"*: in tale contesto è infatti possibile affrontare quell'*horror vacui*, a cui tanti comportamenti assuntivi si riconducono, perché stare con il 'vuoto' può rappresentare quel punto di svolta da una continua fuga dalla propria ombra verso una ritrovata familiarità con se stessi, le proprie paure, i propri mostri persecutori che tali non sono più se solo c'è la possibilità di essere aiutati ad affrontarli e a conoscerli con l'aiuto di un terapeuta formato e di compagni di viaggio con cui condividere l'esperienza di un nuovo incontro con se stessi;

d) una più agevole possibilità di *impegno lavorativo* per alcune ore al

giorno, a contatto con aspetti della natura da cui trarre un nutrimento estetico, emozionale e, perché no, spirituale;

e) fermarsi e *fare il punto sul personale percorso esistenziale*; di qui la possibilità di affrontare i nodi esistenziali irrisolti, avendo a disposizione finalmente quel tempo e quella concentrazione che servono con l'aiuto di persone che a questo compito hanno dedicato la loro professione; rivisitare il proprio percorso di vita cogliendone luci ed ombre per farne un bilancio che permetta al giocatore di sanare 'il rosso' che è stato accumulato non solo a livello economico, ma soprattutto affettivo e recuperare quei valori su cui poter reimpostare una esistenza piena e soddisfacente;

Keywords: Gioco d'azzardo, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali

f) per non ripetere gli stessi errori e poter riprendere un percorso evolutivo: gli obiettivi terapeutici si possono sintetizzare in un'*esplorazione della storia personale* e nell'identificazione di eventuali disturbi della personalità che hanno originato e successivamente perpetuato l'incapacità di regolare i propri impulsi e di realizzare un soddisfacente *progetto di vita*, nella riappropriazione delle componenti emozionali, cognitive, relazionali e comportamentali assumendone la personale responsabilità come individui adulti e evitando l'attribuzione a situazioni esterne (locus of control esterno);

g) *focalizzazione sulla situazione economico-lavorativa* con un programma di rientro da eventuali situazioni debitorie e di reinvestimento su possibili prospettive di lavoro; tale compito consiste in un vero lavoro applicato alla analisi, ristrutturazione, riprogrammazione di diversi aspetti inerenti la propria vita personale, passando da quello lavorativo a quello affettivo o dell'uso del tempo libero. Il programma scritto sul *Life Project* diventa anche oggetto del confronto nelle successive verifiche previste per il periodo post-residenziale;

h) uno specifico *lavoro sul pensiero magico*: tra le varie attività di gruppo, una è dedicata ad elementi di carattere informativo su aspetti meno conosciuti del gioco (teorie matematiche, etc.), come ad aspetti squisitamente cognitivi che recentemente sono stati individuati all'origine di comportamenti compulsivi. Sia le ricerche in ambito analitico di Freud (1927) e di Bergler (1957) che di Ladouceur in ambito cognitivista (Ladouceur & Walker, 1996; Ladouceur et al., 2003), hanno evidenziato l'importanza del "pensiero magico" nel sostenere comportamenti sostenuti da meccanismi apparentemente irrazionali, ma alimentati da una logica parallela che rischia di determinare le scelte del giocatore o di altre forme di patologia collegata alla dipendenza.

i) *rivisitazione della storia affettiva* ed analisi dei possibili meccanismi di compensazione della possibilità di impostare soddisfacenti rapporti di intimità o relazioni costruttive; il giocatore patologico risulta spesso solo (single o separato) o coinvolto da relazioni intense ma tempestose e prive di quelle caratteristiche che consentano la costruzione di relazioni affettive profonde e durature. In alcuni casi, si evidenziano situazioni di dipendenza affettiva con elementi di forte ambivalenza e conflittualità. L'opportunità per una riflessione sulla vita affettiva rappresenta così uno degli elementi più importanti del programma, come pure quello di verificare la componente di "alesittimia", di difficoltà, cioè, a familiarizzare con il mondo emozionale e degli affetti. In questa prospettiva

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto

seppur muovendosi in un contesto (*setting*) di gruppo, l'attenzione è quella di *mantenere una metodologia che privilegia la traiettoria di ogni singolo individuo nel percorso terapeutico*.

m) Attraverso l'adozione di tecniche specifiche viene, quindi, enfatizzata l'importanza di procedere *in cordata* nel difficile percorso "sul ghiacciaio" pieno di insidie e di possibilità di perdere il controllo e ricadere. Lo stesso programma terapeutico inizia e si conclude con gruppi di utenti ben definiti i quali compiono in modo solidale e sincrono il percorso previsto e non prima di un esplicito *commitment* reciproco sulla determinazione di portare a compimento il percorso che si intende intraprendere.

3. LE FASI DEL PROCESSO TERAPEUTICO

la fase dell' *intake*

Tale fase viene svolta presso i SerT della regione Toscana o di altre regioni da cui sono stati inviati gli Utenti.

Per coloro che hanno avuto le informazioni tramite Internet o dalla stampa, si svolge presso la sede ambulatoriale del progetto Orthos che, allo stadi attuale, dispone di riferimenti a Roma, Milano e Siena.

La sede della programma residenziale di "Noceto" è sita nel comune di Monteroni d'Arbia (Siena). Tale fase prevede uno o più colloqui necessari per raccogliere: dati socio-anagrafici, anamnesi personale e familiare, test di personalità e specifici sul gambling e analisi motivazionale ad intraprendere il programma in oggetto

fase del trattamento residenziale di 21 giorni

Tale programma prevede un intervento intensivo di tre settimane ed un lavoro *di full immersion* estremamente strutturato in ambito residenziale nel quale le diverse fasi del percorso terapeutico vengono strutturate secondo 12 *aree di criticità* che vengono affrontate in modo specifico

3.3 Fase dell'accompagnamento e dei richiami

Tale fase prevede un attento monitoraggio sulla fase del reinserimento sociale, familiare e lavorativo.

Al completamento del programma residenziale segue un incontro di 2 giornate, dopo 3 mesi dal trattamento intensivo, di richiamo per l'approfondimento di problematiche residue o sopravvenute e, per ultimo, incontri di una o due giornate di trattamento intensivo di mantenimento a distanza per un periodo minimo di un anno. Con l'esperienza, si è deciso di garantire agli utenti anche degli incontri mensili presso la sede della comunità nei pressi di Siena, a Milano per gli utenti del Nord Italia e a Roma per il Centro-Sud. Questo, ovviamente, in aggiunta agli incontri regolari che gli utenti portano avanti con gli operatori dei SerT laddove si sia stabilito un soddisfacente rapporto terapeutico, cosa che ovviamente gli operatori di Orthos raccomandano strenuamente di perseguire.

LE COMPONENTI STRUTTURALI DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO E LO SVOLGIMENTO DELLA GIORNATA IN COMUNITÀ

4.1 Prendersi cura di sé

La giornata inizierà con la cura della persona, del posto letto e della stanza unitamente ad altri compagni se condivisa. La cura di sé, nei due aspetti citati, ha un valore metaforico oltre che pratico ed economico (nel senso di consentire una riduzione dei costi di ospitalità). Ha infatti il significato di verificare e rinforzare lo stato di crescita personale inteso come condizione di autonomia e non-dipendenza da persone cui delegare il compito l'onere dell'accudimento.

4.2 Il dare-e-il-ricevere

Secondo un programma concordato in precedenza, ognuno si occupa

dell'apparecchiatura, della preparazione degli ingredienti e del lavaggio delle stoviglie. Ognuno dei residenti si trova nella condizione di *dare-e-ricevere* avendo la possibilità di rispecchiarsi nella tendenza a isolarsi pensando solo a se stesso evitando di prendersi cura anche degli altri realizzando, nel piccolo, la dimensione del "noi" come condizione essenziale per una dimensione solidale e condivisa del vivere.

4.3 Pratica di autoascolto e auto osservazione

Dalle 9 si tiene una pratica meditativa di autoascolto e autoosservazione. Ognuno sarà invitato ad esplorare la possibilità di *stare con se stesso* o a sostenere la fatica e la paura del farlo nel caso non avesse sviluppato nella sua vita una consuetudine minimale a "stare con le proprie cose" (sentimenti, fantasie, timori, emozioni negative, pensieri). A tale momento viene riservato un grande significato e non potrà quindi essere eluso se non in casi effettivamente eccezionali. Molti dei comportamenti assuntivi sono determinati dalla compulsione a "riempire un vuoto" psichico. Tale *horror vacui* è quindi all'origine di *acting out* sotto forma di comportamenti compulsivi (agiti) e anancastici (determinati da meccanismi coattivi e non determinati da libera scelta) con le conseguenze ben note.

4.4 Programmare la giornata

Segue un breve incontro di programmazione della giornata. Anche in questo caso, al di là degli aspetti organizzativi che si presentano imprescindibili in una dimensione associativa di vita, si tratta di mettere a fuoco la capacità di non "vivere alla giornata" ma di strutturare il tempo in modo utile e produttivo evitando spazi morti ed inutili perdite di tempo. Se "l'ozio è il padre dei vizi", come un antico proverbio ricorda, è nella capacità di non lasciare tempi "morti" (da non confondere con quelli dedicati al piacere ed al relax) la possibilità di non sciupare il dono prezioso del tempo che ci è dato da vivere.

4.5 Lo studio

Occasionalmente viene riservato un tempo allo studio. Da soli o in piccoli gruppi, se non assistendo a lezioni o conferenze di esperti su diversi temi inerenti la problematica in oggetto, viene prevista l'opportunità di una crescita anche culturale ed informativa sui molti aspetti collegati alla patologia da affrontare. Tale aspetto ha anche il significato di favorire un percorso autonomo di affrancamento da aiuti esterni e quindi di assimilazione di strumenti utili a procedere con risorse autonome. Da parte dei responsabili della comunità vengono forniti testi, utili a sostenere tale processo di apprendimento.

Il lavoro

Due ore dalle giornata, a seconda della stagione, vengono riservate ad una applicazione lavorativa di carattere prevalentemente fisico. Osservando un programma di lavoro settimanale, i residenti si occupano di: lavori domestici (manutenzione degli spazi comuni), partecipazione alla preparazione dei pasti, giardinaggio, accudimento degli animali domestici o di allevamento, manutenzione degli immobili (tinteggiatura, riparazioni etc.), lavori di segreteria (fotocopiatrice, scrittura, ricerche su Internet etc). Le forme di lavoro proposto avranno anche il significato di una riconciliazione con aspetti concreti della vita con cui spesso il soggetto aveva perso la consuetudine rifugiandosi una dimensione di "realtà virtuale" fittizia ed estraniante.

4.7 I pasti

Un'occasione non solo necessaria alla propria alimentazione, ma anche

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto

di scambio, di confronto, di gioco e di crescita nelle relazioni interpersonali. Anche in questo caso si tratta di dare "anima" alle cose che si fanno, fossero anche semplici e routinarie. Anche la cura del cibo viene affidato all'apporto creativo dei residenti che, sotto il coordinamento di un operatore a questo designato, si impegnano a turno per proporre ricette conosciute e tipiche della terra da cui provengono.

4.8 Il riposo

Dopo il pranzo si prevede un'ora di riposo che ognuno gestisce a piacere, vuoi ritirandosi nella propria stanza per una "pennica", vuoi scrivendo ai familiari, chiacchierando o sentendo musica. Questo periodo viene anche utilizzato per le telefonate con i familiari. Le stesse vengono consentite, anche se si ricorda l'invito a fare un uso sobrio del cellulare e delle comunicazioni con esterni. Tale indicazione è stata generalmente rispettata tranne in alcuni casi nei quali, a seguito di un serrato confronto con il gruppo, si è addenuti alla decisione di stabilire norme più restrittive. In un caso, per decisione del gruppo, si è anche deciso di sperimentare una settimana di black out telefonico. Con l'eccezione di due casi, tale indicazione è stata scrupolosamente osservata.

4.9 LE TERAPIA IN GRUPPO

Il lavoro in gruppo rappresenta il cardine del processo terapeutico proposto e si sviluppa secondo modalità e obiettivi diversi che si articolano nei diversi giorni della settimana come segue:

4.9.1 gruppo di psicoterapia e autonarrazione. A turno ognuno dei residenti ha l'opportunità di "raccontarsi" al gruppo facendo emergere sia gli aspetti di luce che di ombra della propria esperienza personale. Viene inoltre invitato ad evidenziare i passaggi critici che possono essere identificati all'origine dei propri comportamenti problematici nonché le situazioni di rinforzo o di mancato superamento.

4.9.2 Gruppo di arte terapia. Questa attività avrà due versanti privilegiati:

a) quello delle tecniche espressive (disegno, acquarello, pittura, modellamento della creta, fotografia, etc)

b) quello della musica, movimento, poesia e teatro, secondo un calendario di iniziative proposto dall'operatore competente e confrontato con i residenti. Per quanto riguarda la drammaterapia, in particolare, vengono previste sessioni con la possibilità di lavorare su testi densi di significato evocativo sulle tematiche inerenti la problematica in oggetto. Particolare significato ha avuto l'allestimento della rappresentazione teatrale di "Gradus" di Giulio Capanna che tocca in modo specifico la problematica del gioco d'azzardo.

4.9.3 Gruppo sul pensiero magico. Tale gruppo viene riservato sia ad elementi di carattere informativo su aspetti meno conosciuti del gioco (teorie matematiche etc), sia ad aspetti squisitamente cognitivi che recentemente sono stati individuati all'origine di comportamenti compulsivi. Sia le ricerche in ambito analitico di Freud e di Bergler che di Laduceur (2003) in ambito cognitivistico, hanno evidenziato l'importanza del "pensiero magico" nel sostenere comportamenti sostenuti da meccanismi apparentemente irrazionali, ma alimentati da una logica parallela che rischia di determinare le svolte del giocatore o di altre forme di patologia collegata alla dipendenza (Zerbetto, 2011).

4.9.4 Gruppo di verifica

Tale riunione ha il significato di valutare il percorso fatto nella settimana

di lavoro e di stimare sia gli obiettivi conseguiti che quelli mancati. L'importanza di tale momento sta nel sostenere una attitudine a "consultare la mappa" nel percorso di cambiamento e di crescita intrapreso. In ogni navigazione è infatti importante consultare le stelle di riferimento a darsi un'idea del percorso fatto. L'attitudine a monitorare l'andamento del percorso sarà infatti importante per sostenere la fase di rientro nel periodo post-residenziale.

4.10 Il valore del denaro e la verifica sulle situazioni debitorie

Il rapporto con il denaro rappresenta generalmente un elemento problematico nella vita del giocatore, a prescindere dallo specifico coinvolgimento nel gioco d'azzardo che, di questa problematica di fondo, rappresenta generalmente l'espressione ultima e, per certi aspetti, "coerente".

4.11 Il gioco creativo

Nel dopo-cena viene previsto uno spazio dedicato alla socializzazione informale nella quale riemergono spesso le tematiche affrontate nel corso del giorno ma anche al gioco creativo. Tale attività si rende importante in particolare per un programma che, per quanto concerne l'aspetto collegato al gioco d'azzardo patologico, non si propone una radicale e spesso irrealistica interruzione delle attività di gioco di qualsiasi tipo, quanto un riorientamento di tale inclinazione in direzione di attività meno autodistruttive. Solo attraverso una sperimentazione "in vivo" di tali meccanismi potremo avere l'opportunità di analizzare i diversi patterns condottuali e verificarne l'impatto sui comportamenti che generalmente vengono messi in atto.

4.12 Il lavoro con le famiglie

Risulta assai improbabile attendersi un cambiamento durevole nei comportamenti di un dipendente senza un contemporaneo cambiamento delle modalità relazionali che coinvolgono le persone a lui più strettamente legate da vincoli familiari (Scardina, Lipari e Picone, 2006). L'esperienza sino ad ora maturata insegna che tale lavoro, in parallelo, riveste una importanza ineludibile e strutturale. E' comunque impegno primario da parte degli operatori coinvolgere i familiari nella ricostruzione di una rete affettiva.

Si richiede quindi che, sia nella fase di intake che residenziale che infine dell'accompagnamento, i familiari maggiormente legati al soggetto problematico partecipino ad incontri di verifica sulle dinamiche in atto nell'ottica di un progressivo superamento degli aspetti comunicativi disfunzionali. E' evidente, tuttavia, che un vero accompagnamento delle situazione a livello sistemico sia possibile solo nel contesto di un intervento strutturato a livello territoriale. Tale compito viene generalmente svolto da operatori competenti nel territorio e che seguono il processo lungo tutto l'arco del programma terapeutico attraverso incontri periodici con i familiari con o senza la presenza del soggetto sintomatico.

Riccardo Zerbetto

Keywords: Gioco d'azzardo, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali

Continua nel prossimo numero con:

5 - La valutazione degli Outcome

6 - La ricerca sui risultati del programma Orthos

RECENSIONE

Recensione del libro *“Troppe Vite in Gioco - I familiari, vittime sconosciute del gioco d’azzardo”* di Lucio De Lellis - Roberta Smaniotto

L'autore, giocatore patologico da più di 30 anni, da 11 anni dichiara di aver smesso di giocare. Partendo dalla propria esperienza, che viene descritta nel libro e consapevole di quanto il perdere il controllo sul gioco d'azzardo distrugga la vita non solo del giocatore ma anche dei propri familiari, l'autore si rivolge direttamente a loro.

E' un libro molto pratico, all'interno del quale i familiari possono trovare suggerimenti molto utili ed anche efficaci su come affrontare il problema all'interno del proprio nucleo: i comportamenti da evitare, le azioni efficaci, nuove modalità comunicative, strumenti operativi per pianificare il rientro economico. Infine un capitolo ad hoc sulla cura e i trattamenti, seguito dall'appendice con l'elenco dei gruppi di Giocatori Anonimi e di Gam-Anon, oltre che l'elenco dei centri di trattamento per il gioco d'azzardo. Ahimè questo elenco non è completo!

E una parte importante che meriterebbe un ulteriore approfondimento è la sofferenza di questi familiari. Lavorando con le famiglie, quello che in prima battuta si raccoglie e che si dovrà aiutar loro a rielaborare, attenti a non peggiorarne il malessere, è (tutta) la parte emotiva di frustrazione, rabbia, senso di impotenza, fallimento, impossibilità di comprendere cosa sia accaduto (sia al proprio congiunto che al proprio nucleo familiare).

Uscire dalla spirale distruttiva del gioco d'azzardo patologico è possibile, affrontando, tutta la famiglia insieme, i problemi ad esso correlati.



Recensione del film sperimentale *“Il Tarlo”*, di Marco Lanzafane (2012) e presentato in anteprima a Ispra dall'associazione AND - Fulvia Prever

RECENSIONE

Un film che anche per gli addetti ai lavori è un pugno nello stomaco. Ai giocatori, alle giocatrici in terapia va sottoposto con cautela, perchè sollecita emozioni molto forti che vanno prontamente elaborate, o gli aspetti depressivi possono avere il sopravvento. girato a Bagheria da questo giovane regista siciliano, Marco Lanzafane, il film pare un manuale sul gioco d'azzardo femminile, nel senso che ne contiene praticamente tutte le caratteristiche, anche se si muove sui toni di una favola...



Il richiamo a Cappuccetto rosso nel bosco, con tanto di lupo cattivo è evidente nella trattazione della storia di abuso, in cui il tratto fiabesco, delicato non toglie nulla al dramma che si svela poco a poco.

C'è la costruzione del dramma personale attraverso la storia familiare, il presente del lavoro insoddisfacente e la solitudine degli affetti e i sogni della vita, che si intrecciano con l'offerta spropositata e incombente del gioco: un particolare importante e curioso... questa volta sono i gratta e vinci i protagonisti incontrastati che danno il la alla tragedia, non le solite slots...ma la drammaticità dell'evolversi della dipendenza è altrettanto forte e ben delineata, e gli elementi psicologici connessi sono descritti con grande realismo.

Immagini evocative di grande impatto mettono in risalto il suo rapporto col gioco assolutamente privato, individuale e intimo, proprio come un rapporto d'amore fino al dramma dell'abbandono.

La vicenda tratta della vita di Greta, una cameriera di piano d'albergo e delle sue colleghe, solidali e sollecite ma al tempo stesso tenute lontane quando il vortice del gioco risucchia la protagonista...il finale amaro

ricomporrà il puzzle della sua vita, aprendo gli occhi anche all'amica/collega...

E' davvero uno spaccato dell'universo femminile che affronta tematiche attuali: la profonda crisi economica ed etica, la solitudine della ricerca di una via d'uscita, il gioco d'azzardo patologico, la depressione e gli abusi familiari.

Storie di donne che a tratti si intrecciano, che condividono momenti di lavoro, sprazzi di vita quotidiana pur senza riuscire a condividere gli affanni e i pensieri più intimi.

Vite di donne ma anche degli uomini che ne hanno condiviso il percorso, sia nel bene sia nel male.

Fulvia Prever

Qui puoi entrare sicuro!



Locale libero dal Gioco d'Azzardo



Qui puoi entrare sicuro!



Locale libero dal Gioco d'Azzardo



Campagna NO-SLOT promossa da AND nel 2011;
Obiettivo: la sensibilizzazione di adolescenti e famiglie.



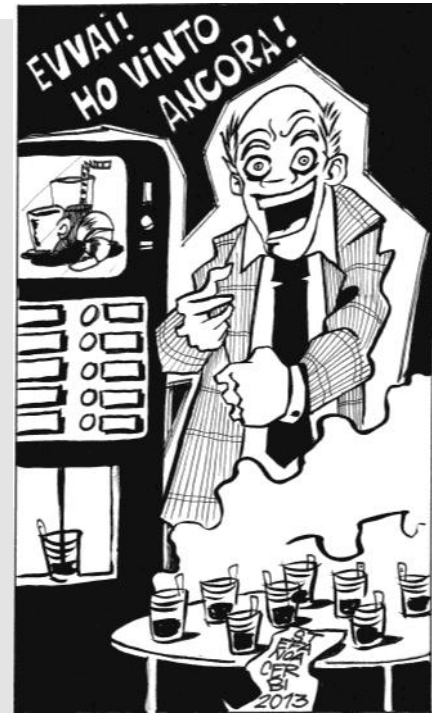
ALEA
Associazione per lo studio del gioco d'azzardo
e dei comportamenti a rischio

Il tandem alla presidenza



Graziano Bellio
(biennio 2011-2012)
&
Daniela Capitanucci
(biennio 2013-14)

Fumettista d'azzardo: Stefano Acerbi, 39 anni, vive a Milano con moglie e figlia. Ha terminato gli studi presso la Scuola d'Arte Applicata del Castello Sforzesco di Milano, corso di fumetto.



L'assemblea di ALEA tenutasi a Milano l'8 giugno scorso ha ratificato il previsto passaggio della presidenza da Graziano Bellio, che è stato in carica per il passato biennio, a Daniela Capitanucci, già president-elect, di fatto sostanzialmente riconfermando il gruppo di lavoro incaricato di portare avanti ALEA nei prossimi due anni.

Comitato di redazione:

Graziano Bellio
Daniela Capitanucci
Mauro Croce
Cesare Guerreschi
Fulvia Prever
Gianni Savron
Gianmaria Zita
Webmaster: Claudio Dalpiaz



Sede legale:

Via Manin 69
21100 - Varese
tel. 339 6126598
Contatto Email:
presidenza.alea@gmail.com



La responsabilità dei testi pubblicati è degli autori. Il comitato di redazione si riserva il diritto di richiedere agli autori di apportare modifiche ai contenuti e alla forma dei testi al fine di adattarli allo stile, alle finalità della pubblicazione e della Associazione stessa.



www.gambling.it



ALEA Bulletin è una pubblicazione culturale e scientifica di ALEA con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale Condividi allo stesso modo 3.0 Unported.

Per non ricevere più il Bulletin, scrivere a:
Newsletter.Alea@gmail.com