

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO



Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Educazione Professionale

SOLO UN GIOCO?
LA PROPOSTA EDUCATIVA ALL'INTERNO DEL
TRATTAMENTO GAP

Relatore: Nicoletta Albergo

Correlatore: Susanna Fedele

Tesi di laurea di:

Sara Guzzetti

Matricola 662842

Anno Accademico 2005-2006

*“Il gioco d’azzardo è un’attività ricreativa come le altre,
ma affinché possa continuare ad essere considerato tale,
il gioco deve rimanere, appunto, un gioco.”*

*-Guerreschi C., 2000, Giocati dal gioco,
edizioni San Paolo, p. 13-*

INDICE

INTRODUZIONE	6
PARTE PRIMA “QUANDO IL GIOCO SI FA DURO”	12
1. Fase Vincente	13
1.1 DAI GIOCHI SOCIALI AI GIOCHI ASOCIALI	13
1.2 LA LUNA DI MIELE	15
1.3 VERSO LA DIPENDENZA PSICOLOGICA	17
2. Pareggiare i Conti	23
2.1 LE PRIME PERDITE	23
2.2 LA RINCORSA	25
3. Toccare il Fondo	30
3.1 VICINI AL CROLLO	30
3.2 PERDITA DELLA SPERANZA	32
PARTE SECONDA “LA RICOSTRUZIONE”	36
4. L’Arrivo ai Servizi	37
4.1 LA RICHIESTA DI AIUTO	37
4.2 MALATTIA, NON VIZIO	41
4.3 LE PRIORITA’ DI INTERVENTO	43
5. Il Percorso di Cambiamento	48
5.1 RETE DEI SERVIZI	48
5.2 SVILUPPI DELLA TERAPIA	52
5.3 LE RICADUTE	58
5.4 UNA GUARIGIONE POSSIBILE?	60
6. Lo Spazio per l’Educatore Professionale	63
6.1 RUOLO E COMPETENZE	63

6.2 LA PRESA IN CARICO DEL GIOCATORE	66
6.3 GLI STRUMENTI	71
6.4 UN MODELLO DI TRATTAMENTO: IL SERT DI PARABIAGO ASL-MI	74
CONCLUSIONI	78
BIBLIOGRAFIA	83

INTRODUZIONE

A tutti è nota la fondamentale importanza rivestita dall'attività ludica nello sviluppo cognitivo, affettivo e sociale del bambino. Giocando egli impara a essere creativo, sperimenta le proprie capacità e potenzialità, si misura con i propri limiti, entra in relazione con il mondo esterno e ha la possibilità di scaricare istintualità ed emotività.

Giocare, per quanto si possa considerare uno stadio fisiologico delle prime fasi dello sviluppo evolutivo, non è prerogativa del mondo infantile. Il gioco è un elemento della natura umana e una delle esperienze che più ci accomuna. Svagarsi, come dice la parola stessa, è un modo di alleggerire la vita, allontanarsi temporaneamente da un'occupazione per riposarsi e divertirsi, staccare la spina e interrompere la routine di una quotidianità a volte caotica e stressante, è un modo di evadere e lasciarsi andare. Si gioca per divertimento, ma anche per rispondere a bisogni di socializzazione, sfida al pericolo o spirito d'avventura.

Una particolare forma di gioco che da sempre ha appassionato l'umanità è il gioco d'azzardo.

Il termine azzardo deriva dall'arabo az-zahr, che significa dado. Tracce di tale tipologia di gioco si trovano già nelle antiche civiltà cinesi, egizie, indiane -con utilizzo dei dadi per predire il futuro, scommesse alle corse dei carri, ecc- e si sono sviluppate nell'arco dei secoli, fino ad arrivare ai giorni nostri in cui si assiste a un sempre più rapido sviluppo nelle forme di gioco.

Il gioco d'azzardo consiste nella scommessa di denaro o altri beni sul futuro esito di un evento. In genere questo evento può essere l'uscita di un numero, come alla roulette o ai dadi, l'ordine di arrivo di una gara, come nelle corse dei cavalli, o il raggiungimento di un punteggio, ma in linea di principio qualsiasi attività che presenti un margine di incertezza si presta a puntate sul suo risultato finale.

Il fascino di questo fenomeno è tale proprio in virtù delle sue caratteristiche di incertezza e sfida: la possibilità di scommettere su un evento non ancora

verificatosi permette di mettersi alla prova nella sfida contro il destino, nel tentativo di controllare ciò che per definizione sfugge a qualsiasi logica razionale. È parte della natura umana provare un brivido di eccitazione quando si corrono dei rischi mettendo in campo sé stessi. I giochi sono per natura stimolanti, trascinano chi vi partecipa in un mondo fittizio, separato dalla vita comune, in cui le normali regole risultano alterate. Il coinvolgimento è totale, perché solo chi si lascia andare nello spazio del gioco sta veramente giocando. Certamente non è da trascurare l'aspetto economico: la possibilità di vincere denaro o premi in modo apparentemente facile e veloce risulta essere un'ulteriore ragione che spinge a tentare la sorte per sperare in un magico cambiamento della propria vita.

Il Codice Penale del nostro ordinamento definisce giochi d'azzardo quelli in cui si rincorre il fine di lucro, e la vincita o la perdita è interamente aleatoria.

Le caratteristiche fondanti questo tipo di attività sono dunque le seguenti:

- lo scopo del gioco è l'ottenimento di un premio;
- per parteciparvi è necessario rischiare una somma di denaro o equivalenti;
- la vincita è più dovuta al caso che alla perizia del partecipante.

Questi elementi distinguono i giochi d'azzardo dalle altre tipologie di gioco.

Secondo il modello di Roger Caillois, sociologo francese morto nel 1978, i giochi possono essere divisi in quattro categorie, a seconda che predomini il ruolo della competizione, del caso, della finzione o della vertigine: rispettivamente agon, alea, mimicry e ilinix.

Tutte e quattro appartengono a pieno titolo al campo dei giochi: sia che si disputi una sfida di calcio o scacchi (agon), che ci si abbandoni alla sorte alla roulette o alla lotteria (alea), che si reciti una parte in una commedia (mimicry) o che si vada sulle giostre al luna park (ilinix). Ognuno è caratterizzato da regole proprie che lo governano, prima tra tutte quella di essere una attività fittizia, con limiti di tempo e spazio, totalmente convenzionale. Ma cosa diventano i giochi se la convenzione non è più accettata o rispettata come tale? Se viene a sgretolarsi la barriera che separa le loro regole ideali dalle leggi della realtà?

Callois parla di "degenerazione dei giochi", individuando per ognuna delle categorie una perversione specifica che altro non è che la risultante dell'assenza di freno. Per agon la "perversione" consiste in un antagonismo ossessivo non più temperato da un sano spirito di competizione; per i giochi di mimicry si manifesta quando l'imitazione non è più tale e colui che è mascherato crede alla realtà del travestimento; per ilinix quando la ricerca di vertigine irrompe nella vita quotidiana come bisogno permanente, per i giochi di alea si insinua un processo attraverso cui si cessa di considerare il caso come una forza senza logica. La degenerazione nasce quando il giocatore, nel tentativo di prevedere le decisioni della dea bendata o di conciliarsene i favori, inizia ad attribuire valore a ogni sorta di fenomeni che correla alla buona sorte in un circolo di superstizione.

Questi atteggiamenti si presentano nella loro forma più esasperata nella pratica dei giochi d'azzardo patologico (GAP) e problematico.

La seguente tesi vuole prendere in considerazione questa parte di gioco d'azzardo che si trasforma in malattia.

Parlare di gioco d'azzardo significa riferirsi ad un universo estremamente complesso e variegato, all'interno del quale si trovano persone differenti. È un mondo popolato da famiglie che si trovano a giocare a Bingo il sabato sera, giovani che si cimentano nel Totogol, distinti uomini d'affari che si perdono fra i tavoli del casinò, casalinghe che allungano le proprie mani davanti a una slot machine, padri di famiglia ridotti sul lastrico a causa dei debiti contratti, ecc. L'elenco potrebbe essere infinito.

Per addentrarci in questo mondo occorre innanzitutto operare una prima distinzione fra una realtà di gioco innocua, socialmente accettata e parte integrante della nostra cultura, diffusa su larga scala, che richiama immagini di benessere e svago e un'altra popolata da fantasmi di grande sofferenza, dolore e solitudine. La prima coinvolge i cosiddetti giocatori sociali che considerano il gioco come un passatempo e un'occasione per socializzare e sono in grado di smettere quando lo desiderano; la seconda rappresenta la fetta di giocatori patologici, in cui la dimensione di svago è ribaltata in

comportamenti distruttivi tali da sfociare in situazioni che spesso divengono intollerabili sul piano personale, familiare e sociale.

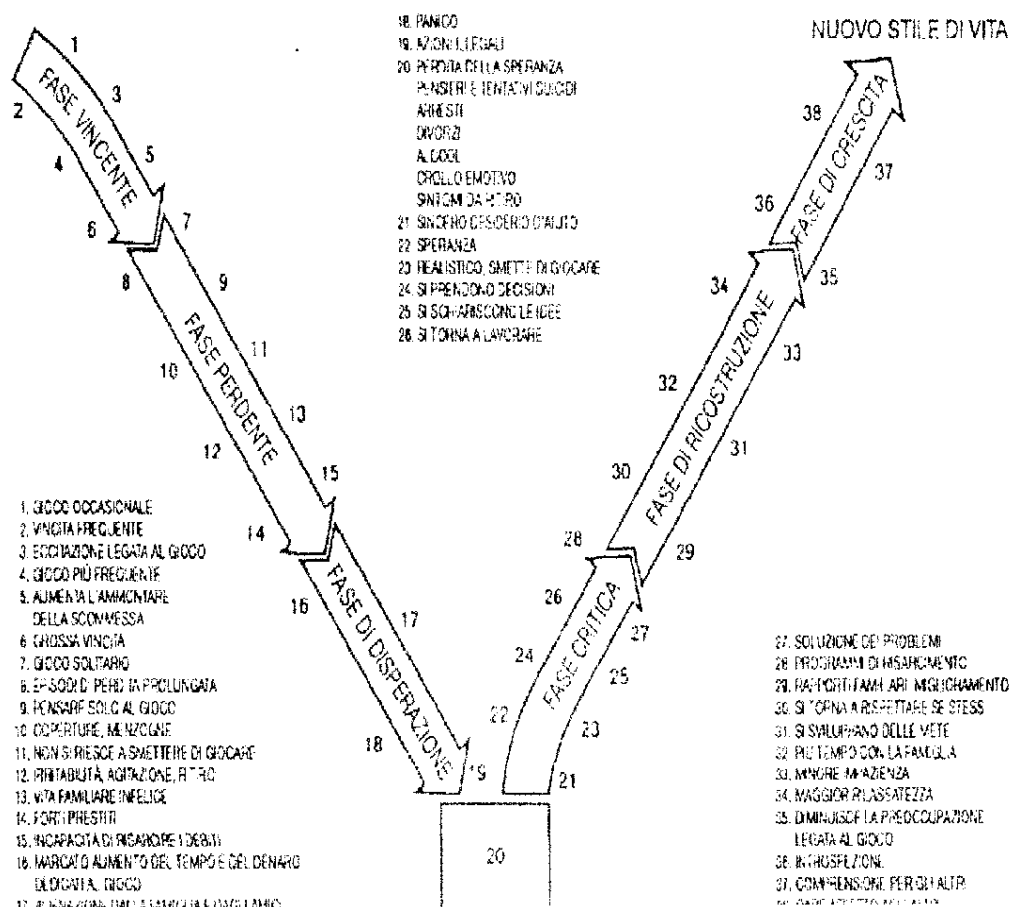
In Italia il pubblico del gioco raccoglie l'80% della popolazione adulta e sono valutati fra l'uno e il tre per cento i giocatori problematici e patologici. Sono dati in costante aumento data la capillare diffusione di offerte sul territorio e da una politica statale incentivante la legalizzazione a causa dei grossi introiti economici.

Per farsi una idea della popolarità del fenomeno basta pensare all'aumento del denaro speso negli ultimi anni nei soli giochi venduti dal monopolio di Stato: 23 miliardi di Euro nell'anno 2004, 28 nel 2005 e 33,4 nel 2006.

Se è vero che le case da gioco presenti sul suolo italiano sono limitate a quattro (San Remo, Campione d'Italia, Venezia e Saint-Vincent), macchinette e videopoker esistono ormai in molti bar e in ogni grande paese si trovano ricevitorie del Lotto e sale da Bingo. Per non parlare poi dei collegamenti ad Internet diffusi quasi in tutte le case che permettono di accedere ai casinò on line 24 ore su 24 seduti comodamente a casa propria con un solo click.

La trattazione del fenomeno segue, anche nella suddivisione dei capitoli, il modello di interpretazione a fasi inerente l'evoluzione della patologia elaborato da Robert Custer, uno dei pionieri nello studio del gioco d'azzardo, noto per aver creato nel 1971 la prima unità di trattamento per giocatori adattando metodi per il trattamento degli alcolisti, presso il Veteran Administration Hospital di Breckesville in Ohio-USA.

Sebbene le storie dei giocatori patologici siano diverse le une dalle altre è possibile individuarne degli elementi comuni: tappe che vanno dal gioco sporadico a quello abituale, dal gioco problematico a quello patologico in un percorso che ha inizio da un approccio inoffensivo basato sul divertimento e la socializzazione, sfocia in un atteggiamento ossessivo, monopolizzante il tempo, gli affetti e i valori e può risolversi in percorsi di ricostruzione e crescita.



[Diagramma di Custer]

Non si tratta chiaramente di passaggi obbligati: tutti hanno giocato d'azzardo almeno una volta e non per questo hanno sviluppato delle problematiche di dipendenza. Si può affermare che un giocatore patologico debba attraversare le fasi, anche se diverse nei tempi e nell'intensità, ma che non tutte le persone che si avvicinano al gioco d'azzardo siano necessariamente destinate a divenire patologiche. È piuttosto l'incontro fra un particolare individuo e una situazione in un dato momento a costituire un fattore di vulnerabilità. Si stima che per cento persone che convivono tranquillamente con l'azzardo, un paio o forse tre sviluppano il problema. Molto diversi fra loro appaiono i percorsi di avvicinamento, di mantenimento di fasi di gioco non patologico, di significati e aspettative attribuite ad esso. La dipendenza è un processo lento, insidioso, che richiede generalmente un coinvolgimento pluriennale.

All'interno della trattazione, particolare attenzione sarà rivolta al ruolo svolto dall'educatore professionale nel trattamento della patologia. Ciò che si vuole arrivare a definire è se esiste uno spazio educativo nella riabilitazione di questa tipologia di utenza che non differisce molto da quella tossicodipendente. L'ipotesi scaturisce dalla convinzione che l'educatore professionale possieda le competenze necessarie per gestire il problema, nonostante sia una figura professionale ancora poco presente nei servizi deputati alla cura.

Nell'approfondire l'argomento, vengono privilegiate le voci dirette dei protagonisti di queste vite in gioco attraverso interviste, lettere, autobiografie e articoli di cronaca per arrivare a comprendere le emozioni di chi questa storia l'ha vissuta sulla propria pelle.

Parte prima
“Quando il gioco si fa
duro”

1. FASE VINCENTE

Oggi è una giornata fortunata, lo sento!

1.1 DAI GIOCHI SOCIALI AI GIOCHI ASOCIALI

Si può venire a contatto col gioco d'azzardo sin da bambini, partecipando alla tombolata della sera di Natale, accompagnando il papà a disputare una mano a carte o la mamma a scegliere i numeri da puntare al Lotto, o da adolescenti trovandosi al pub con gli amici davanti alle macchinette o facendo le prime scommesse al Totogol, o ci si può avvicinare a questo variegato mondo da novelli sposi in luna di miele a Las Vegas, in compagnia dei colleghi di lavoro al casinò, ecc.

Iniziare a illustrare la dipendenza da gioco d'azzardo risulterebbe privo di senso se non venisse prima effettuata una panoramica sulle tipologie di giochi esistenti, esattamente come non si potrebbe definire la tossicodipendenza senza considerare le differenze intercorrenti fra le varie droghe sul mercato: una cosa è parlare di uso di marijuana, altra di eroina, altra di cocaina e così via. Come le sostanze, anche i giochi d'azzardo hanno "proprietà" diverse, differenze simboliche e diverse modalità di "consumo".

Esistono giochi che si praticano in società, come i giochi "nobili" al casinò (black jack, roulette, poker, ecc.), le scommesse sportive o il Bingo, e giochi decontestualizzati e solitari, come le slot machine e i videopoker. I primi si attuano in ambienti e orari specifici e con regole e riti condivisi, i secondi in qualsiasi luogo, a qualsiasi ora e generalmente in solitudine; i primi richiedono la conoscenza di un sistema di regole e implicano il rapporto con altre persone, i secondi si consumano velocemente e sono semplificati al massimo.

Si assiste a una trasformazione della funzione sociale del gioco da fenomeno collettivo a fenomeno solitario, trasformazione che trova apice nella diffusione del gioco on line.

Tradizionali	Moderni
<i>Lentezza</i> (mischiare le carte, aspettare gli esiti di una scommessa o un'estrazione).	<i>Velocità</i> (abbassare una leva, un click del mouse, premere un pulsante).
<i>Ritualità</i>	<i>Consumo</i>
<i>Socialità</i>	<i>Solitudine</i>
<i>Manualità</i> (presenza del croupier o altre figure che reggono la scommessa).	<i>Tecnologia</i> (gioco automatizzato, uomo sostituito dalla macchina, ripetizione).
<i>Visibilità</i> (ambienti frequentati da molte persone).	<i>Invisibilità</i> (discrezione, totale privacy fornita dal gioco on line).
<i>Contestualizzazione</i> (limitato nel tempo dalla cadenza delle estrazioni, orari di apertura).	<i>Decontestualizzazione</i> (gioco globalizzato senza vincoli di spazio e tempo).
<i>Bassa soglia d'accesso</i> (per entrare al casinò è necessario aver raggiunto la maggiore età, presentarsi in una determinata maniera).	<i>Alta soglia d'accesso</i> (adolescenti, anziani, donne, interi nuclei familiari con bambini).
<i>Complessità</i> (esistenza di un sistema di regole da conoscere per essere ammessi).	<i>Semplicità</i> (regole semplici e universalmente valide).

[Tabella di confronto fra giochi tratta da "Psicologia del gioco d'azzardo", di G. Lavanco, McGraw Hill, p.161]

Un ex giocatore descrive bene questo passaggio con le seguenti parole "Anni fa il gioco lo dovevi cercare: i casinò erano lontani, le agenzie ippiche erano poche e non c'erano grosse possibilità. Oggi è il gioco a cercare te".

1.2 LA LUNA DI MIELE

Il gioco d'azzardo è un passatempo concepito per essere un divertimento e un momento di svago, ed è in quest'ottica che generalmente vi si avvicinano le persone, anche quelle che in seguito strutturano la patologia. Sono fasi di gioco occasionale, in cui si viene attratti dalla possibilità di vincere denaro facilmente, di rilassarsi in modo piacevole o semplicemente di stare in compagnia divertendosi.

Durante i primi periodi, il giocatore è circondato dagli amici o dai familiari con cui si reca a giocare e condivide il passatempo, investe modeste somme di denaro e sa frenarsi quando inizia a perdere: in sostanza il suo comportamento non si distingue rispetto a quello dei comuni giocatori sociali. Se si escludono rari casi in cui si cade nella dipendenza sin dalla prima giocata, la maggioranza delle persone vive un periodo di benessere e "brivido da gioco". I giocatori sono al corrente delle conseguenze disastrose a cui può portare il gioco, grazie a campagne di sensibilizzazione o a testimonianze di personaggi famosi, ma credono di poterne essere immuni. Sono convinti di controllare la loro attività traendone gli elementi di piacere e evitando quelli spiacevoli ("io smetto quando voglio"). Esattamente come per le sostanze psicoattive, il consumo iniziale è associato a eccitazione, adrenalina e senso di potere. Solitamente le vincite sono frequenti e portano a stati di piacere e soddisfazione e alla percezione che si possa vincere con facilità. Questi rinforzi fanno sì che mano a mano il gioco si faccia più frequente e diventi un'abitudine, con una crescita nell'ammontare di denaro speso. Il giocatore acquista via via esperienza e competenza nel gioco, su come riconoscere delle buone mani o come combinarle per avere buoni risultati.

Questa fase di euforia dura generalmente dai tre ai cinque anni e i giocatori possono vincere più spesso di quanto perdano. Si può registrare anche una grossa vincita, come avviene nella maggior parte dei casi, che insinua ulteriormente il pensiero di essere fortunati. Quello che conta non è tanto l'ammontare oggettivo del guadagno, quanto l'idea che si possa vincere e

magari addirittura sbancare. Si afferma la convinzione di essere dei grandi giocatori, dotati di abilità particolari.

Si vive uno stato di onnipotenza rafforzato dal contesto circostante. La famiglia in primis accetta di buon grado quest'attività, anche perché si vede oggetto di regali e attenzioni, finanziate proprio dalle vincite al gioco. Il sistema familiare si fa complice immergendosi anch'esso nelle fantasie di successi strabilianti.

Le sale da gioco sono un mondo in grado di offrire emozioni forti, un mondo capace di stimolare tutti i sensi: i loro colori funzionano come un miraggio, le luci e i rumori sembrano lo scenario del paese dei balocchi, le ambientazioni ricche e suggestive, la calca di gente che sorride e un'adrenalina da gioco che si spande per la sala. Addirittura i casinò americani fanno a gara a chi sa offrire l'intrattenimento più goloso: spettacolari ottovolanti che attraversano il soffitto delle sale, esibizioni ai limiti del possibile, soggiorni in suite da migliaia di dollari a notte, ecc. L'aria che si respira invita a pensare che siano uno spazio situato al di fuori della vita comune, uno spazio in cui si possono lasciare gli abituali ruoli per vestire nuovi panni, liberi da limiti, fatiche, scelte.

“Al casinò si sentivano al centro dell'attenzione, coccolati, vezzeggiati. Gli diedero la tessera rossa, riservata ai clienti abituali, qualche tempo dopo quella d'oro, il riconoscimento più ambito. Avevano diritto a cenare gratis, ad assistere allo spettacolo serale. A condividere ogni tipo di iniziativa promossa dal casinò [...]. Il casinò organizzava viaggio premio gratuiti. Di promozione. Dieci, quindici giorni di totale immersione nel gioco. Passaggi in aereo in prima classe, alberghi con suite esclusive. Una vita da sballo sulla soglia dei sessant'anni. Illusioni e lustrini. Spettacoli, musica e champagne. E gioco. Privilegiati. Proprio come quei personaggi da rotocalco che ogni tanto incrociavano nei saloni delle sale da gioco. loro, proprio loro, erano riusciti ad allontanarsi dalla vita banale e piatta che avevano sempre avuto ed erano riusciti a proiettarsi in quella dorata ed emozionante dei casinò di mezzo mondo”. ⁽¹⁾

¹ Mazzocchi S. (2005), *Mi gioco la vita*, Baldini Castoldi Dalai editore, Milano, pp. 116- 119.

1.3 VERSO LA DIPENDENZA PSICOLOGICA

Ci sono altri elementi che contribuiscono ad aumentare il fascino nei confronti del gioco che si pongono come basi per l'innesto della dipendenza psicologica; uno di questi è il cosiddetto rinforzo variabile. Questo meccanismo, che fonda tutti i giochi d'azzardo, è uno dei più potenti sistemi di funzionamento psichico in grado di sviluppare dipendenza con straordinaria rapidità: le persone non sono in grado di prevedere quante risposte allo stimolo debbano fornire prima di essere ricompensate. Il premio arriva in modo del tutto casuale, dopo la prima volta così come dopo la decima. Le slot machine sono la forma più casuale e meno calcolabile dell'azzardo; nessuna aritmetica delle probabilità può intercettare le loro combinazioni vincenti, non esistono previsioni, intuizioni o strategie ed è per questo che spingono alla disperazione chi vi gioca nel giro di breve tempo, condensando in pochi anni le fasi che gli altri giocatori attraversano in decenni. Significativa è l'origine del nome di questi apparecchi che si paragonano a delle macchine che possiedono il braccio per prendere il denaro, ma sembrano essere prive del braccio per renderlo.

Sempre restando sulla scia degli studi cognitivo-comportamentali, altro elemento che favorisce l'acquisizione e il mantenimento del comportamento patologico è il processo di ricompensa associato al gioco, che non necessariamente è di tipo monetario. Il giocatore all'interno dello spazio di gioco si costruisce una diversa identità che gli può portare dei vantaggi in termini relazionali. Si pensi al giro di "accompagnatrici" nei casinò o al gruppo di compagni nelle agenzie di scommesse considerato alla stregua di una seconda famiglia. Spesso questi legami rafforzano le dinamiche di gioco molto più del gioco in sé stesso ponendosi come contenitore rassicurante in caso di fallimenti. I legami che si formano fra i giocatori sono relativi a quattro aree: la raccolta di informazioni ("il tale videopoker è tanto che lavora senza pagare"), la possibilità di ottenere prestiti immediati, la condivisione degli imprevisti e l'interazione con chi condivide interessi simili.

L'apprendimento del meccanismo gioco-rinforzo è tanto più rapido quanto più si susseguono le partite nel tempo, la riscossione del premio è immediata e l'accesso alle macchine è costante. Inoltre l'utilizzo di fiches, carte di credito elettroniche e altro che sia diverso dal denaro contante attenua l'inibizione legata al "mettere mano al portafogli" e vedere che i soldi si esauriscono.

Le probabilità di incorrere in problema di gioco patologico aumentano quando si crede di esercitare un controllo sull'esito. Soprattutto in alcuni giochi di carte o nelle scommesse sportive, si ritiene che non sia tanto la sorte a determinare il successo, quanto le proprie abilità. Alcuni definiscono i giochi come pura matematica, come semplice calcolo di probabilità: basta applicare una formula per arrivare alla soluzione.

Tuttavia è concezione consolidata il fatto che non esistano formule aritmetiche in grado di prevedere l'esito dei giochi di azzardo. Tutte le teorie sul conteggio delle carte, sui numeri ritardatari e sui riti scaramantici non hanno alcun fondamento matematico.

"I casinò fanno in modo che il sistema sia truccato a loro favore. Non è diverso da qualsiasi altro business. Non apri un cinema e poi lasci entrare la gente gratis. Li fai pagare per lo spettacolo. È quello che fa Las Vegas. Il margine del banco è il prezzo del biglietto al cinema. Quando ti siedi a giocare, il casinò ti fornisce un servizio di intrattenimento, e tu paghi perdendo più di quello che vinci. A lungo andare nessuno batte la casa. Questa è la regola fondamentale." (2)

Nella mente dei giocatori patologici queste nozioni vengono ribaltate fino alla convinzione di essere dotati di intuizioni magiche o grandi abilità nella previsione di risultati.

L'illusione del controllo è una distorsione cognitiva ricorrente e si presenta nel momento in cui le persone trattano gli eventi di tipo aleatorio come fossero sotto il loro controllo, è una griglia erronea che si assume per interpretare la realtà.

² Mezrich B. (2005), *Blackjack Club*, Saggi Mondadori, Milano, p. 65.

Questo concetto, introdotto per la prima volta nel 1975 da Langer e Roth, due psicologi inglesi, rappresenta un'aspettativa di successo personale eccessivamente alta rispetto alle probabilità oggettive. Le ricerche realizzate da tali studiosi documentano che questo pensiero si manifesta maggiormente in presenza di quattro fattori: la competizione, la scelta, la familiarità col compito ed il coinvolgimento personale. Ad esempio, negli esperimenti effettuati, due gruppi venivano invitati a comprare un biglietto della lotteria, e solo a uno di questi veniva data la possibilità di sceglierlo. Quando lo sperimentatore chiedeva ai soggetti a quale prezzo sarebbero stati disposti a rivendere il proprio biglietto, scoprì che coloro che l'avevano scelto chiedevano di più rispetto agli altri, come se il fatto di averlo selezionato personalmente avesse aumentato la probabilità che fosse quello vincente.

All'illusione di controllo si accompagna la fallacia di Montecarlo, considerata una sovrastima della probabilità di vincere a seguito di una serie di scommesse perse e una sottostima della probabilità di vincere a seguito di scommesse vinte. È come se il giocatore dicesse "più tempo passa dall'ultima uscita di un numero, più aumentano le probabilità che questo esca".

Sono presenti anche correlazioni illusorie, ad esempio tirare i dadi delicatamente quando si desidera un punteggio basso e lanciarli invece con più vigore per farne uscire uno alto; pensieri di pregiudizio sulla disponibilità, quando cioè un soggetto, per valutare la probabilità di vincere, si basa sulla facilità con cui esempi rilevanti gli vengono alla mente (le slot machine sono raccolte l'una vicina all'altra affinché il suono delle monete che cadono venga udito di continuo, dando l'impressione che ciò accada di frequente) e infine pensieri superstiziosi. Il giocatore può arrivare a convincersi che una macchinetta sia migliore di altre, che la presenza di un determinato croupier gli impedisca di vincere, che una combinazione fortuita di eventi abbia un significato speciale e via dicendo fino ad arrivare a consultare cartomanti e astrologi nella speranza di ricavarne suggerimenti proficui.

Sebbene sia in questa fase di gioco vincente che si strutturano i meccanismi alla base della dipendenza, è il passaggio al gradino successivo che segna l'ingresso vero e proprio nella patologia.

Esistono alcuni fattori predisponenti questo passaggio e sono riconducibili ai seguenti:

- 1) squilibri neurobiologici
- 2) fattori psicologici
- 3) familiarità
- 4) ambiente
- 5) comorbilità

La tematica del gioco d'azzardo patologico è stata affrontata secondo diversi paradigmi (cognitivo-comportamentale, psicanalitico, sistemico, medico, ecc.) ognuno dei quali ha fornito una interpretazione sull'eziopatogenesi secondo il proprio campo di studio.

Un'integrazione fra i diversi approcci permette di comprendere quanto l'origine sia multifattoriale: così come per altre condotte di dipendenza non è il semplice incontro fra una persona e una sostanza che di per sé determina o scongiura una dipendenza in maniera immediata. Il gioco patologico è la risultante di un processo lento e insidioso, legato a caratteristiche specifiche del soggetto, del contesto, del tipo di gioco e del momento specifico nella vita di ciascuno.

1) Fattori neurobiologici

Alterata funzionalità dei sistemi di serotonina, dopamina e noradrenalina, legati ai meccanismi di gratificazione e ricompensa, al controllo degli impulsi, al tono dell'umore, a comportamenti quali inibizione e aggressività.

2) Fattori psicologici

Si riscontrano nei forti giocatori tratti di personalità particolari che sembrano favorire l'instaurarsi della dipendenza. Alcune persone, i cosiddetti giocatori d'azione, presentano amore per il rischio, impulsività, competizione, ricerca di sensazione intense o del brivido, scarsa tolleranza per noia ed eventi ripetitivi. I giocatori per fuga rispondono invece al profilo della persona con

scarsa stima di sé che gioca per evadere dal quotidiano e alleviare sentimenti negativi come frustrazione e depressione. Per i primi il gioco è funzionale a metterli in azione, per i secondi a sfuggire ai problemi. Diversi sono i giochi a cui si rivolgono, diverse le motivazioni e diverso il decorso della malattia. I giocatori per fuga diventano dipendenti molto più velocemente dei giocatori d'azione dal momento che prediligono videopoker, slot machine, Bingo, Lotto e simili. Per questi l'ingresso nel mondo del gioco ha poco a che fare con il denaro, non si registrano grosse vincite e la fase vincente è bruciata in poco tempo. Generalmente sono soprattutto le donne a rispondere a questo profilo.

3) Familiarità

Avere genitori con problemi di gambling patologico risulta essere un importante fattore favorente lo sviluppo della malattia. Questo può indicare la possibilità che siano implicati fattori genetici nella predisposizione e che i modelli appresi in famiglia risultino rilevanti.

4) Fattori ambientali

Questi fattori sono inerenti sia l'educazione ricevuta sia il contesto. Situazioni familiari problematiche, tendenza a considerare il denaro come fonte di felicità, presenza di difficoltà economiche unite a strategie di marketing, aspetti culturali permissivi da parte della società costituiscono fattori di rischio.

5) Comorbilità

Il gioco patologico si riscontra spesso in compresenza di disturbi comportamentali, abuso di sostanze (in particolare alcool), disturbi dell'umore e della personalità.

La possibilità di diventare un giocatore patologico è due volte maggiore negli uomini e inversamente proporzionale al livello di istruzione. Le fasce più a rischio sembrano, tra le donne, le casalinghe e le lavoratrici autonome dai quaranta ai cinquant'anni e, tra gli uomini, i disoccupati o i lavoratori autonomi che hanno un frequente contatto col denaro ed un'età intorno ai quarant'anni. Sempre più frequentemente si riscontrano casi di gioco patologico fra i giovani intorno ai vent'anni. È però da ricordare che il decorso è

estremamente lento e quindi i comportamenti disadattivi possono iniziare in adolescenza e manifestarsi come patologici solo in età adulta.

2. PAREGGIARE I CONTI

La Fortuna è una ruota che gira.

2.1 LE PRIME PERDITE

Le emozioni dovute alle vincite -piacere, soddisfazione e eccitazione- portano il giocatore ad aumentare l'energia spesa nella sua attività. Inizia a recarsi da solo per soddisfare il suo bisogno e questo passaggio segna l'ingresso nella patologia. L'andare in solitudine viene giustificato agli stessi occhi del giocatore come un modo per "passare una serata", non ne viene percepita la gravità. Solitamente avviene in segreto, per non destare inutili allarmismi nei parenti e familiari, per non dover rendere conto a nessuno e per poter godere appieno l'atmosfera. Le visite si intensificano: più aumentano, maggiore è la voglia di trascorrervi sempre più tempo. Si possono trascorrere anche ore e ore di fila senza sentire fame, sete o sonno: *"non mi rendevo più conto né dell'orario né dei soldi che ci buttavo dentro. Mi alzavo un'ora prima al mattino, alle cinque, per poter giocare prima di recarmi al lavoro"*. (Testimonianza di Angelo, ex giocatore)

Se si è impossibilitati a giocare per lunghi periodi, si è preda di un'ansia insopportabile e di un desiderio sfrenato che si pacifica solo quando si torna al gioco. La ricerca dell'azzardo diviene un bisogno irrefrenabile al quale si accompagna una forte tensione emotiva ed una incapacità di ricorrere a pensieri razionali e logici. Questo impulso viene definito craving e persiste come pensiero nascosto in agguato: è un atto incontrollabile, un desiderio di provare quella euforia con compulsione a ricercare ciò che lo induce, esattamente come avviene con le sostanze stupefacenti.

Quando il gioco invade la vita, da passatempo diviene necessità.

Nelle donne questa fase di isolamento compare sin dagli inizi. Le donne sono tipicamente giocatrici per fuga che si appassionano a videopoker e slot

machine. La macchina le assorbe completamente tanto che diventano incapaci di separarsi da essa. Generalmente si affezionano a un apparecchio in particolare con cui istaurano un rapporto esclusivo. La macchina è "sua": la parla, la ringrazia quando paga, impreca contro di lei quando perde, la sogna, la accusa di tradimento se fa vincere altre persone arrivando a manifestare crisi di gelosia. Tutto ciò la allontana progressivamente dalla vita reale, arrivando a costruirsi un'esistenza parallela.

I giocatori vivono due esistenze opposte: una all'interno del loro ambiente di gioco, l'altra nella propria casa con una famiglia, un lavoro, degli interessi. Ognuna porta un con sé un bagaglio di ricordi, emozioni, personaggi ed eventi che difficilmente potrebbero coesistere sotto lo stesso tetto. Si avvertono dei cambiamenti perché sempre più spesso la "vita d'azzardo" si intromette nella quotidianità: basta chiudere gli occhi per rivivere quei momenti carichi di adrenalina, basta osservare un oggetto che richiama il gioco per sentirne i brividi.

Il giocatore finanzia la propria attività con i soldi ottenuti dalla grossa vincita e investe somme sempre maggiori. Il denaro smette di avere valore in sé e diventa un mezzo atto a perpetuare l'attività: ciò che realmente conta è la possibilità di sentirsi in azione, lo stato di euforia che ne deriva. Più si alza la posta più il rischio diventa accattivante e più profonde le emozioni da esso scaturite.

Inevitabilmente la fortuna lo abbandona, anche perché le cifre investite sono crescenti e dunque risulta più difficile coprire le spese con piccole e sporadiche vincite. Iniziano a verificarsi i primi episodi di perdite consistenti, a cui però il giocatore non dà peso, credendo si tratti di passeggere manifestazioni di cattiva sorte. È tipico del giocatore patologico attribuire le perdite alla scarsa fortuna e le vincite alle proprie abilità: non riesce ad ammettere quanto l'esito sia imprevedibile e completamente aleatorio. Continua con convinzione a mettere in campo le abilità acquisite e tutte le strategie che conosce, ma invano perché la dea bendata è contro di lui. Comincia così a sperimentare dispiacere, rabbia, frustrazione e

insoddisfazione. La sua autostima è legata alla possibilità di vittoria e dunque risente del periodo di perdita. Tutto intorno a lui si era creato un mondo in cui era posto su un piedistallo, sempre in primo piano e ammirato, un mondo a cui adesso non è disposto a rinunciare, anche perché ciò implicherebbe una sconfitta personale. Ammettere le perdite equivale ad arrendersi ad una situazione indesiderabile e quindi il giocatore si trova costretto a mentire sia sulla frequenza delle giocate che sull'entità delle esse, dando risalto esclusivamente alle vincite, peraltro scarse.

“Il punto sta nel fatto che basterebbe un solo giro della ruota della fortuna perchè tutto cambiasse, e questi stessi signori moralisti verrebbero a farmi le loro congratulazioni battendomi la mano sulla spalla, e certo non mi volterebbero tutti quanti le spalle come fanno ora. Cosa sono io adesso? Uno zero. Cosa potrei essere domani? Domani potrei risorgere dai morti e ricominciare nuovamente a vivere. [...] Allora non mi facevano gola i soldi! Io desideravo soltanto che il giorno dopo tutti non facessero altro che parlare di me, raccontare la mia storia, ammirarmi, lodarmi e inchinarsi di fronte alla mia nuova vincita”.⁽³⁾

Non è più solo il denaro a essere in gioco, è la propria persona.

2.2 LA RINCORSA

Dopo alcuni anni di gioco forsennato e senza limiti si avvertono i primi problemi economici. Sebbene si posseda ancora un lavoro o un'attività, che magari rende bene, le uscite cominciano ad andare ben oltre il bilancio mensile e divenire insostenibili. Le carte di credito non sono più utilizzabili, si inizia a dar fondo ai risparmi familiari e vendere i propri possedimenti. Sono atti che possono andare contro i principi morali della persona, ma vengono percepiti come prestiti da restituire non appena possibile.

La rabbia spinge così a giocare per rifarsi.

³ Dostoevskij (1995), *Il giocatore*, Guaraldi Ennesima editore, Rimini, pp. 226-227.

L'obiettivo del normale giocatore deve essere il divertimento; quando gioca per rifarsi non fa altro che accelerare la discesa verso l'abisso. Semplicemente, l'obiettivo di vincere non è realisticamente perseguibile, in quanto, di norma, in ogni gioco organizzato si gioca con le probabilità a proprio sfavore e ciò vuol dire che la perdita, nel lungo termine, è quasi sempre assicurata. Questo si dimostra attraverso il concetto di "speranza matematica" che rappresenta la media delle vincite ottenibili con una giocata. Se prendiamo ad esempio il gioco dei dadi la possibilità di uscita di ciascun numero è pari a $1/6$. Moltiplicando tale valore per l'importo che si spera di vincere (ad esempio 12 Euro) si ottiene il valore della speranza matematica (in questo caso due). Quando il numero ottenuto è pari alla giocata iniziale il gioco viene definito equo, perché, supponendo di giocare abbastanza a lungo, la media delle vincite ad ogni giocata è di 2 Euro, quindi si tendono ad avere i soldi iniziali. Questo comportamento è dimostrato da un teorema detto "del limite centrale". Se però si ottenessero 6 Euro per ogni lancio vincente, la speranza matematica scenderebbe a uno, e se la puntata richiedesse 2 Euro il gioco non sarebbe più equo. Questo non significa che ad ogni giocata si perdono soldi: in caso di vittoria giocando 2 Euro se ne guadagnano 6. Il caso potrebbe far vincere anche un gran numero di volte di fila, ma il teorema matematico prima citato assicura che, puntando a lungo, si perde in media 1 Euro a giocata, e, spendendone 2 per volta, i soldi prima o poi finiscono. Questo problema di probabilità è stato definito non a caso dai matematici "problema della rovina del giocatore".

Nonostante i persistenti fallimenti il giocatore continua nella falsa credenza che si ripeterà una grandiosa vincita in grado di sistemare tutto, possibilmente in una volta sola. Cambia la tipologia di scommesse per affidarsi a giochi che promettono vincite alte, seppure in percentuale molto bassa, come le slot machine. Secondo la modalità di pensiero erroneo su cui i giocatori fondano i propri ragionamenti, le perdite vengono trasformate in quasi vincite, come a dire "non ho vinto questa volta, ma ci sono andato vicino e la volta successiva vincerò sicuramente". Se ad esempio manca il numero 13 per realizzare Bingo e viene estratto il 12, il 14 oppure il 31, o ancora il 4 (somma di tre e

uno) ci si convince che valga la pena riprovare.

In un periodo tanto nero il giocatore si convince che la fortuna tornerà per ricompensarlo dei grandi sacrifici e della fedeltà mostrata: per poter essere premiati occorre dimostrarsi meritevoli e, se necessario, soffrire e toccare il fondo. Persiste il pensiero irrazionale che il denaro speso per il gioco sia un investimento che prima o poi debba fruttare.

Gioca, sia per vincere che per perdere. L'importante è essere in azione assolti dalla giustificazione di rifarsi. Si instaura un circolo vizioso di auto-inganno in cui il giocatore se perde giustifica la sua insistenza col tentativo di rifarsi e di recuperare i soldi persi, se vince affermando che è un giorno fortunato e deve approfittarne. Se perde è convinto che l'ondata di sfortuna debba prima o poi avere un limite e quindi continua; allo stesso modo, se vince, gioca ancora proprio perché convinto che anche il flusso di buona sorte presto si estinguerà.



[Schema sul circolo vizioso del gioco]

Ben presto la necessità di avere denaro contante si fa più impellente, impossibile da arginare con i piccoli furti in casa. Arrivano le richieste di prestiti, in primo luogo a parenti e amici, perché le risorse a disposizione si stanno rapidamente esaurendo.

Perde totalmente il controllo sull'attività e non riesce a smettere. Racconta a sé stesso che, in caso di vincita consistente, sarà l'ultima volta. Sono promesse che fa a sé stesso prima ancora che agli altri, che sono ancora all'oscuro. Tuttavia dei problemi già ci sono.

“Volevo smettere di giocare, non ne potevo più, ma ormai ero terrorizzato dalle conseguenze che avrebbe comportato dire la verità a tutti. Continuavo a pensare che l'unica soluzione potesse essere una grossa vincita per coprire la voragine e ricominciare.”⁽⁴⁾

Le menzogne divengono una necessità quotidiana per coprire le ingenti uscite di denaro e le frequenti mancanze al lavoro e in famiglia. A casa il giocatore giustifica i ritardi adducendo la scusa di contrattempi o straordinari sul lavoro, al lavoro portando la scusa di parenti o amici in difficoltà o ammalati. Si fanno strada i primi sospetti, le prime domande e i litigi, dovuti alle sempre più prolungate assenze e ai cambiamenti di umore. Nessuno arriva comunque a intuire la situazione: non conoscendone la causa, vengono attribuiti a una situazione transitoria. Frequentemente le mogli dei giocatori giungono a pensare che egli abbia un amante con cui trascorre il proprio tempo e a cui dedica le energie un tempo destinate alla famiglia. Il giocatore tuttavia non si accorge di trascurare la famiglia, di aver smesso di coltivare i propri interessi: è cieco di fronte all'attività che assorbe i suoi pensieri. I suoi sogni e le sue aspirazioni non vanno oltre i numeri da giocare, le combinazioni vincenti, ecc.

Parla delle vincite, anche se esigue, e molto meno delle perdite, ormai all'ordine del giorno. Cerca di mantenere l'idea di persona abile e fortunata che gli altri si sono fatti di lui come copertura per chiedere prestiti, che frequentemente ottiene perché nessuno è al corrente della reale entità della situazione. Tuttavia il denaro non viene usato per risanare i debiti, ma funziona alla stregua di una grossa vincita e come ulteriore “carburante” per la folle rincorsa.

⁴ Baldini M. (2005), *Il giocatore*, Baldini Castoldi Dalai Editore, Milano, p. 158.

Ben presto esaurisce anche queste fonti e, non potendo più fare richieste ai familiari e, sotto pressione, si rivolge a usurai o inizia a commettere crimini di natura non violenta, quali appropriazione indebita, frode ai danni del datore di lavoro, contraffazione di assegni, accettazione di scommesse clandestine. Il giocatore è consapevole dei rischi cui va incontro se dovesse essere sorpreso o se non dovesse far fronte a un debito, ma continua a giocare, perdere, chiedere più soldi, giocare e perdere ancora. Ricorrere agli usurai peggiora la situazione economica: accettando le loro offerte non si fa altro che accrescere di migliaia di euro l'ammontare dei debiti che, come una spada di Damocle, restano sospesi sopra la testa del giocatore e della sua famiglia, fin quando non vengono reclamati. Per far fronte alle richieste più minacciose, si contraggono ulteriori debiti.

La famiglia è vicina al collasso, non ci si dedica più alle precedenti attività.

Esiste solo il gioco e basta.

Il circolo potrebbe non avere termine se non sopraggiungesse alla fine qualcosa che porta a un momento critico di rottura.

3. TOCCARE IL FONDO

*I soldi vinti al gioco sono soldi presi in prestito,
prima o poi li restituisci con gli interessi.*

3.1 VICINI AL CROLLO

La fase finale della progressione della “carriera” del giocatore patologico dura alcuni mesi e viene definita fase della disperazione.

Tutti gli atteggiamenti messi in atto fino a questo punto -perdita di controllo, menzogne, debiti, assenze- vengono portati all’exasperazione fino a giungere a una situazione insostenibile sia per il giocatore che per le persone che lo circondano. In genere si arriva a questo punto quando gli eventi precipitano senza che il giocatore possa fare alcunché per impedirlo o per arginare i danni, come era solito fare.

Più si prolunga questa condizione il tempo più egli si rende conto di avere un bisogno di soldi crescente. Vincere è diventato un evento raro, nonostante si giochi in continuazione. I prestiti vengono richiesti per coprire i debiti più urgenti. Si insinua la consapevolezza di avere dei problemi economici, familiari e lavorativi. In certi momenti il giocatore percepisce con lucidità la propria condizione arrivando a sviluppare stati di vero e proprio panico, che poi scaccia ostentando nuova sicurezza e ributtandosi a capofitto nel gioco. Come nell’ambito della tossicodipendenza, alla fine gioca non più per stare bene, ma per non stare troppo male perché è l’unica cosa in grado di alleviare i sentimenti di angoscia e depressione. Questo malessere si manifesta anche a livello fisico con alterazione dei ritmi del sonno o dell’appetito, emicranie, irritabilità, difficoltà di memoria e di concentrazione e nervosismo.

Il gioco ha portato ad alienazione dagli affetti e dagli amici. Trascorrere del tempo con i propri cari non dà più emozioni, anzi spesso suscita disagio e

incrementa il malumore dato che la situazione è tesa e critica. Le persone non credono più alle bugie e quando chiedono spiegazioni ottengono reazioni spropositate che vanno dall'aggressività alla fuga, dalle accuse al silenzio. Neanche svolgere quelle attività a cui ci si dedicava con zelo ed entusiasmo riesce a provocare piacere: il gioco, e tutto quanto ad esso connesso, assorbe completamente la mente e i pensieri impedendo di vivere altre emozioni.

I piccoli furti sono visibili e le ripercussioni si fanno sentire a livello di rapporti interpersonali. In ambito lavorativo l'assenteismo, le truffe e la scarsa produttività si rivelano tanto costosi per il soggetto quanto per il datore di lavoro che può decidere per un licenziamento o una denuncia. Le sofferenze che si riversano sui familiari si manifestano in vari modi: sono indietro con i pagamenti di affitti o mutui, i risparmi si sono estinti, hanno difficoltà a procurarsi denaro, alcuni parenti non rivolgono loro più la parola, le carte di credito sono state bloccate, il bilancio economico è al collasso. I legami affettivi fra i vari membri sono deteriorati: il matrimonio è seriamente compromesso e i figli, spesso abbandonati e trascurati, in certi casi si trovano costretti a prendersi delle responsabilità che non competono loro, assumendo il ruolo che il genitore giocatore ha abbandonato. Nelle famiglie dei giocatori tipicamente si riscontrano sensi di colpa da parte del coniuge, che si sente responsabile dell'accaduto, manifestazioni di depressione, violenza e un aumento del rischio di suicidio. I bambini inoltre hanno maggiori probabilità di sviluppare comportamenti di addiction rispetto alla normalità della popolazione.

Dopo anni di gioco la verità viene a galla.

A far luce sulla voragine può essere l'improvvisa telefonata di un creditore, della banca o dei parenti che chiedono la restituzione del denaro, la comparsa dei Carabinieri o il licenziamento dal lavoro.

Messo alle strette il giocatore confessa e dà sfogo alla propria esasperazione. Piange, si dispera, chiede aiuto promettendo di smettere di giocare, per sempre, e maledice il giorno in cui ha iniziato. Riesce a

convincere i familiari tanto che questi si rendono disposti a perdonarlo e aiutarlo pagando i debiti contratti e prendendo in mano la situazione economica. Tengono sotto controllo i movimenti del giocatore, per verificare l'attendibilità dei suoi giuramenti, gli limitano il denaro contante e lo fanno interdire dalle sale da gioco (se non ci era già arrivato il giocatore da sé). Queste soluzioni sono una prima e fondamentale strategia di riduzione del danno che può tuttavia risultare controproducente qualora tendano a non responsabilizzare il giocatore bensì a rinforzare il suo ottimismo irrazionale facendolo così ricadere nel gioco. Dal momento in cui riprende l'attività si instaurano nuovamente i pensieri che hanno portato alla patologia: illusione di controllo, rincorsa, ecc. La storia finisce col ripetersi, finché ancora una volta non viene scoperto. Se all'inizio però i parenti erano disposti a perdonare, dopo le ennesime promesse e bugie, la fiducia viene meno e scattano dei meccanismi che fanno percepire al giocatore di essere arrivato alla fine: ha ormai toccato il fondo.

3.2 PERDITA DELLA SPERANZA

Non importa quanto gravi possano essere le conseguenze della condotta di gioco; ciascuna persona ha un proprio limite oltre il quale sente di non poter andare. È quando viene meno la speranza che si giunge a un punto di snodo nello sviluppo della malattia.

Il giocatore può arrivare a questa fase dopo decenni di gioco o nel giro di qualche anno, a seconda del tipo di attività a cui si è dedicato, delle energie che vi ha investito, delle risorse esterne che ha a disposizione e così via.

“Toccare il fondo” è un'espressione che riveste un significato strettamente personale, e, come racconta Gigi, ex giocatore, “il fondo può essere sempre più fondo”. Generalmente non è associato alla crisi economica: non si decide di smettere per problemi economici, ma perché si è moralmente distrutti.

Frequentemente può essere la minaccia della famiglia che, allo stremo, prende in considerazione l'idea di abbandonarlo:

“Sono qui seduta cercando di pensare a come posso spiegare a mio marito che ancora una volta abbiamo il conto in rosso. Gli ho giurato che non sarebbe mai più successo. Ci credevo alla mia promessa, specialmente perché capisco quando duramente egli debba lavorare per pagare l’ultimo debito che ho contratto. Come posso dirgli che l’ho fatto di nuovo? Sono seduta qui e preferirei morire piuttosto che raccontargli la verità un’altra volta. Non lo incolperei se questa volta mi lasciasse. Perdere i soldi è una cosa, perdere mio marito... non posso neanche pensare a questa opzione. Spero che qualcuno mi possa aiutare.”⁽⁵⁾

Questa minaccia viene percepita dal giocatore come fondata e reale. Nei vari tentativi di dissuadere la persona dal gioco la famiglia può avere percorso varie volte questa strada, ma è quando la possibilità si fa concreta che viene percepito come un vero ultimatum.

La paura di perdere le persone care e di restare solo spinge generalmente a una presa di decisione, anche se non è una risoluzione scontata. Per certi giocatori le separazioni e i divorzi non costituiscono la molla che fa scattare il cambiamento.

Per alcuni può rappresentare il trovarsi a compiere azioni che mai si era ritenuto possibile, come si legge dall’articolo “Niente soldi per il videopoker, ragazzo picchia la madre” sul quotidiano “La repubblica” del 15 febbraio 2000 che illustra la vicenda di un giovane minorenne accusato di tentata estorsione aggravata e continuata e di lesioni per aver picchiato più volte la madre che gli negava i soldi.

Spesso il momento critico viene raggiunto quando si varca il confine fra legalità e illegalità.

“Nell’alzarsi dal tavolo vide sul tappeto una fiche da un milione. Era poco più in là. Nessuno lo guardava. Posso ancora fare una puntata, è un segno della sorte, tentò di autogiustificarsi. Si avvicinò, furtivo. Si guardò in trono. La raccolse. Cambiò tavolo e gioco, vinse tre milioni. Fuggì. Si sentiva di nuovo soffocare. Di nuovo arrivò la tachicardia. Era diventato un ladro. Lui, Roberto,

⁵ Lettera anonima, tratta dal sito www.hcpgambling.org, sezione “Real voices”.

il grande uomo d'affari, l'imbattibile. Si era abbassato a rubare una miseria per nutrire un'altra miseria. Guidò piano, fino a casa. Aveva toccato il fondo dell'abisso.”⁽⁶⁾

Non tutti i giocatori sono orientati all'uscire allo scoperto con manifestazioni criminose o atti scandalosi; il ritiro è un atteggiamento tipico di molte persone che, in silenzio e solitudine, capiscono di non poter più andare avanti e all'ultimo, provate fisicamente e psicologicamente, tentano il suicidio. Quando presenti, questi atti vanno presi in considerazione seriamente perché il desiderio di farla finita è reale.

Da anni ormai hanno fatto la loro comparsa fra le notizie di cronaca casi di suicidi con protagonisti giocatori patologici:

“Suicida a 16 anni per debiti di gioco. È questa la tragica scelta di uno studente della provincia di Rovigo, che si è impiccato nella cantina di casa per l'incapacità di sopportare le conseguenze di un debito da 30 mila euro accumulato giocando al Lotto all'insaputa dei familiari. Il sedicenne, che studiava all'istituto alberghiero, aiutava nei momenti liberi nella gestione della ricevitoria della sorella, e qui nel corso dei mesi ha giocato segretamente, senza versare in cassa il corrispettivo delle puntate. Accortasi infine dell'ammacco, la sorella ha pensato che si trattasse di una truffa telematica da denunciare. E a questo punto è uscita la verità. Sembra però che, pur nella prevedibile sorpresa per il comportamento del ragazzo, i familiari stessero già cercando di sistemare le cose. Ma evidentemente nella mente del sedicenne il senso di colpa e la vergogna si erano fatti troppo grandi, anche se la vicenda era rimasta ancora chiusa tra le mura di casa, che ha scelto di togliersi la vita.”⁽⁷⁾

Senza giungere a casi tanto stremi il crollo emotivo può portare a un esaurimento o all'insorgenza di disturbi psichici che rendono necessario il ricovero in un istituto ospedaliero.

⁶ Mazzocchi S. (2005), *Mi gioco la vita*, Baldini Castoldi Dalai editore, Milano, p. 52.

⁷ Corriere della Sera del 2 dicembre 2005.

A volte sono i creditori che attentano alla vita del giocatore. Famosa è la vicenda del personaggio radiofonico Marco Baldini che nel suo romanzo autobiografico "Il giocatore" descrive con incisività il momento in cui capisce di aver varcato un limite insostenibile:

"Quando vogliono spaventarti ti portano fuori città, ti mettono una vanga in mano e ti fanno scavare una buca. A quel punto i casi sono due. La maggior parte delle volte in quella buca non ci entri e il giorno dopo paghi. Qualche volta invece non lo puoi raccontare."⁽⁸⁾

L'esito delle vite d'azzardo è spesso tragico: si possono trovare la fuga e il dileguamento, per sottrarsi a debiti, giudizi e responsabilità, un suicidio, come atto di fuga estrema, l'arresto e la carcerazione come conseguenza di crimini violenti e rapine, l'abuso di sostanze stupefacenti, in primis alcool, come sostituto o accompagnatore del gioco.

Ma si può trovare anche uno spiraglio di speranza: è la richiesta di aiuto.

Fra le varie strade che può percorrere il giocatore giunto alla fase della disperazione c'è anche -e per fortuna- il sincero desiderio di cambiamento, per sé stessi e per le persone care. Questa è la strada che decidiamo di percorrere e approfondire per capire se dopo il crollo può esserci una via d'uscita e quale ruolo possa avere l'educatore professionale all'interno di tale percorso.

⁸ Baldini M. (2005), *Il giocatore*, Baldini Castoldi Dalai editore, Milano, p. 7.

Parte Seconda

“La ricostruzione”

4. L'ARRIVO AI SERVIZI

4.1 LA RICHIESTA DI AIUTO

Toccato il fondo, il giocatore che pensa di rivolgersi a un servizio per il trattamento del proprio problema è spinto o dall'esasperazione dei familiari o dalla volontà di interrompere l'attività che gli ha rovinato la vita. La decisione avviene solitamente dopo la fase della disperazione: è difficile intercettare i giocatori in attività in primo luogo perché mantengono segreto il loro coinvolgimento, in secondo luogo perché non mettono minimamente in discussione la loro capacità di controllo. *“Il giocatore in attività non ci sente. È come se avesse un velo sugli occhi. Puoi parlargli in qualunque maniera, gli può parlare anche il papa in persona, ma lui non ci sente. Non ti ascolta, sta pensando a come procurarsi i soldi”*. (Testimonianza di Gigi, ex giocatore).

Spesso la domanda presentata si riferisce a uno stato di costrizione: il deterioramento dello stato di salute, le pressioni della famiglia, la mancanza di soldi, il pericolo del carcere, ecc. La spinta tuttavia non può essere unicamente esterna; è quando l'attività diviene un problema per l'individuo, e non per gli altri, che si costruisce una buona motivazione al trattamento. Se non è la persona stessa ad avere la reale volontà di cambiare nessun argomento sarà mai abbastanza convincente.

L'operatore che accoglie la richiesta deve scindere fra domanda presentata e bisogno: non sempre si interviene in presenza di una domanda esplicita da parte dell'utente (spesso sono altri a porla in sua vece); molte volte ci sono dei bisogni che non trovano espressione. È competenza dell'operatore essere in grado di leggere il bisogno anche quando non è manifesto e aiutare il soggetto a prenderne coscienza in modo tale da renderlo esplicito. Questa operazione è di fondamentale importanza anche se la richiesta viene presentata a un gruppo di auto aiuto in cui non sono presenti professionisti.

Nella trattazione che segue verrà dato spazio alla presa in carico da parte dei servizi territoriali (SerT) perché si ritiene che possano essere luoghi di cura di tale patologia, anche per la frequente comorbidità con i disturbi da uso di sostanze stupefacenti. Il sistema socio-sanitario pubblico deve attivarsi per fronteggiare il problema, magari utilizzando le risorse già presenti sul territorio deputate al trattamento di dipendenze simili, opportunamente formate sull'argomento.

In generale, i diversi servizi per il trattamento GAP sono ancora poco conosciuti a livelli locale, sia perché scarsamente diffusi sia perché insufficientemente pubblicizzati. Per questo motivo, a volte, le prime richieste vengono accolte da professionisti come medici di medicina generale, psicoterapeuti privati o psichiatri, o tramite Internet attraverso i siti che trattano la questione.

Le figure con cui generalmente si entra in contatto sono medici, psichiatri, psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali. Ogni servizio struttura poi l'accoglienza secondo modalità specifiche funzionali alla propria organizzazione interna.

I primi incontri servono a raccogliere informazioni sul soggetto portatore del bisogno e ad analizzare le motivazioni sottostanti. Nella fase di valutazione vengono effettuati dei colloqui di conoscenza, che possono includere anche i familiari, allo scopo di ottenere dati sulla storia personale, sulla motivazione al trattamento, sul percorso di dipendenza, sulle relazioni significative, sulle conseguenze negative della condotta di gioco, ecc. L'accoglienza risulta funzionale all'elaborazione della domanda e a una selezione mirata congruente con le possibilità realistiche di presa in carico: può accadere che, dopo la fase di valutazione, la persona venga inviata ad altri servizi perché il gioco patologico non era che un effetto secondario di problematiche diverse, più legate ai rapporti intra-familiari o a disturbi mentali.

I primi colloqui sono fondamentali momenti di conoscenza in cui ci si presenta all'utente e si gettano le basi per l'instaurarsi di una relazione terapeutica improntata sulla fiducia, l'assenza di giudizio e l'impegno reciproco. Si cerca inoltre di aumentare la motivazione del soggetto affinché

arrivi a formulare un sincero desiderio di aiuto, indispensabile per proseguire nel percorso. La tendenza delle persone dipendenti è solitamente di minimizzare o negare il problema, ritenendo che sia rappresentato dai debiti e non dal gioco. Bisogna spostare il problema dalla crisi economica al comportamento e far emergere un sentimento di speranza che permetta di trovare la voglia di progettare un futuro senza gioco.

È necessario che l'aggancio sia un'azione sinergica da parte di tutte le figure professionali presenti in un servizio per evitare l'elevato drop out frequente con questa tipologia di utenza. In questo senso è importante utilizzare anche i contesti più informali offerti da un servizio, come ad esempio la sala d'attesa o le telefonate. Non è raro che un giocatore si presenti per un primo colloquio e poi decida di abbandonare il percorso, per cui occorre mettere in atto diverse strategie per cercare di tenerlo agganciato.

Le persone che ruotano intorno al giocatore sono, quando possibile, da coinvolgere nella presa in carico; inizialmente perché devono capire che gli sbalzi di umore, la depressione, gli eccessi di euforia sono dovuti all'astinenza e non ai capricci, poi perché durante il processo devono fornire un adeguato supporto agli sforzi del soggetto di cambiare, e infine perché devono modificare le proprie modalità di relazione. I programmi terapeutici, infatti, includono interventi che si estendono ai membri della famiglia perché la risposta di questa all'evoluzione del soggetto è spesso un fattore determinante nella riuscita. In alcuni casi è importante per il buon esito del programma terapeutico che si attui un percorso in parallelo a quello del soggetto. La dipendenza arriva a modificare il sistema familiare ed è pertanto fondamentale che si attui un cambiamento nelle relazioni per supportare il cambiamento del soggetto. La famiglia, che spesso è la prima ad avvicinarsi ai servizi, cerca uno spazio di ascolto e un luogo in cui poter comunicare i propri vissuti e le proprie difficoltà. Anche laddove accade che il giocatore abbandoni il percorso, è importante mantenere i contatti con questa per mettere in atto strategie di sostegno al giocatore efficaci e per sorreggerla

perchè in fondo si sente in colpa, prova vergogna e rabbia per essere stata ingannata per tanti anni ed essere stata messa in situazioni difficili.

Dopo aver esplorato in modo approfondito le diverse aree di funzionamento del soggetto, da quella medica e psicopatologica a quella socio-lavorativa, viene effettuata una valutazione interdisciplinare per definire le ipotesi di intervento. La condivisione di quanto emerso in sede di valutazione è indispensabile perché il soggetto presenta parti di sé differenti ai vari operatori con cui entra in contatto; la richiesta iniziale può così emergere in modo frammentario, in relazione alla percezione di urgenza o priorità che il soggetto ha dei propri problemi. L'equipe aiuta a formulare risposte più complete e ad integrare le percezioni dei vari operatori.

Il progetto terapeutico che si va a definire non prevede necessariamente il coinvolgimento diretto di tutte le figure professionali: queste comunque danno il loro contributo all'interno delle riunioni e sono disponibili qualora emergessero problematiche che vanno oltre le competenze dei referenti del caso.

Anche se i quadri clinici sono spesso somiglianti (craving, manipolazione, vita relazionale impoverita, attriti con le regole) occorre ragionare soggetto per soggetto e individuare i nodi problematici su cui intervenire per distinguere ciò che è patologico da ciò che non lo è e, nell'ambito della patologia, ciò che è curabile da quello che non lo è. Bisogna riuscire ad avere chiari obiettivi minimali da raggiungere e saperli riformulare perché non esiste una soluzione valida per tutti, ogni cosa va costantemente ridefinita e riadattata. Inoltre, abbastanza spesso, i giocatori e i loro familiari pongono comunque problemi di urgenza anche se si tratta di intervenire su storie che si protraggono da anni.

Il GAP è una malattia cronica, caratterizzato da frequenti recidive, al cui determinismo concorrono fattori biologici, comportamentali e ambientali. Solitamente uscirne richiede un trattamento a lungo termine, lento e faticoso, che necessita di tante forze in campo e in cui spesso non si riesce ad avere una misura efficace dell'esito del proprio lavoro.

4.2 MALATTIA, NON VIZIO

Un importante pensiero da scardinare è la connotazione di vizio all'attività del giocatore d'azzardo. Ancora oggi, infatti, c'è chi lo considera un comportamento volontario e non una condizione che il soggetto subisce come conseguenza di una malattia. Etichettarlo come vizio allude ad atteggiamenti contrassegnati negativamente perché non coerenti con i modelli etici propri di una società. Se ne parla in termini di cattiva abitudine che porta l'uomo a desiderare qualcosa di nocivo per sé e per gli altri, anche perché storicamente veniva associato ad ambiti e contesti illegali nei quali si esercitavano comportamenti sfrenati e non controllati. Anche l'alcool è stato per lungo tempo definito tale finché non si è giunti a riconoscergli la dignità di patologia. Parlare di vizio significa parlare di un comportamento deliberatamente messo in atto, parlare di malattia significa attenuare il concetto di responsabilità personale e libera scelta; di conseguenza l'intervento non può essere costituito da richiami moralistici, ma da azioni mirate svolte da professionisti.

Fumo, alcool, gioco d'azzardo, possono essere giudicati come vizi finché non insorgono le caratteristiche tipiche della dipendenza:

- eccessivo assorbimento in attività dirette o indirette (programmi, pensieri su come procurarsi denaro) legate al gioco d'azzardo.
- Necessità di giocare con quantità crescenti di denaro per raggiungere livelli di eccitazione desiderati (tolleranza).
- Ripetuti e infruttuosi tentativi di smettere, ridurre o controllare il proprio comportamento.
- Ansia o irritabilità quando si tenta di smettere (astinenza).
- Tendenza a ricorrere al gioco per ridurre stati affettivi negativi (colpa, impotenza, depressione, ecc.) o per fuggire a problemi.
- Abitudine di ritornare per rifarsi dalle perdite precedenti.
- Propensione a mentire per nascondere l'entità del proprio coinvolgimento.
- Ricorso a comportamenti illegali quali furti, frodi, falsificazione.

- Rischio di perdita di relazioni importanti.

Il gioco d'azzardo compulsivo è riconosciuto dai medici come una patologia, tanto che dal 1980 è entrato a far parte dei manuali diagnostici di psichiatria.

Nel DSM-IV, il manuale statistico e diagnostico per i disturbi mentali, viene classificato all'interno dei disturbi del controllo degli impulsi come patologico se sono soddisfatti cinque criteri fra quelli elencati sopra (criterio di inclusione) e non è conseguenza di episodi maniacali o disturbi antisociali di personalità (criterio di esclusione). Caratteristica principale dei disturbi del controllo degli impulsi è l'incapacità di resistere a un impulso, a un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un'azione. Esiste una sensazione crescente di tensione o eccitazione prima di compiere l'atto seguita da piacere, gratificazione o sollievo quando questo viene commesso. Le manifestazioni associate possono includere problemi scolastici, sociali, coniugali, lavorativi, interpersonali e legali. L'inclusione in tale categoria suscita dibattiti e polemiche in quanto sono presenti numerose analogie con la dipendenza da sostanze per quanto concerne lo sviluppo della patologia ed i meccanismi con cui questa agisce a livello psicologico ed a livello organico. Le caratteristiche proprie della tossicodipendenza -tolleranza, astinenza, perdita di controllo, craving- si trovano pari pari in questa patologia, sebbene non sia presente alcuna sostanza a modificare il funzionamento dell'organismo. Si tratta di una dipendenza da un comportamento, che aggiunge caratteristiche proprie rispetto alla dipendenza da sostanze: il coinvolgimento massiccio dell'ambiente familiare, molto più esposto alle conseguenze negative, la possibilità di controllo anche per decenni, il collasso finanziario e il significato attribuito al denaro.

Lo strumento specifico maggiormente utilizzato per fare diagnosi è il SOGS, South Oaks Gambling Screen, steso nel 1987 da H. R. Lesieur e S. B. Blume, un questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV in cui è necessario rispondere positivamente a cinque quesiti su venti perché vengano riconosciuti dei problemi di gioco potenziali. Sono state mosse delle critiche a tale criterio di valutazione perché considerato poco preciso; in particolare

viene accusato di individuare numerosi falsi positivi, cioè casi patologici laddove non presenti. Tuttavia si rivela utile per comprendere il coinvolgimento del soggetto nell'attività, il denaro che vi ha investito, i mezzi con cui se l'è procurato, le componenti di familiarità rispetto alle dipendenze e i vissuti connessi al gioco. Fra i numerosi strumenti esistenti per la diagnosi, si ricordano inoltre il questionario di auto-valutazione introdotto dall'Associazione Giocatori Anonimi, la check-list basata sui criteri del DSM-IV, il diagramma di Custer, l'ASI (Addiction Severity Index) di McLellan che fornisce informazioni sulla situazione medica, psichica, familiare, lavorativa, legale e di gioco e il MAC-G basato sul modello teorico del processo di cambiamento proposto da Procheska.

In caso di comorbidità con disturbi psicopatologici vengono affiancati test psicologici tradizionali, quali il MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), il MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory) o la SCID-II (Structured Clinical Interview) per i disturbi di personalità.

4.3 LE PRIORITA' DI INTERVENTO

L'obiettivo generale di qualsiasi programma terapeutico è arrecare il maggior beneficio al soggetto esponendolo al minor numero di rischi. Questo per alcuni può significare avere una vita libera dal gioco, per altri semplicemente ridurre il comportamento e contenere i problemi. Anche se non si giunge alla completa cessazione, non significa aver fallito. C'è una terapia diversa per ciascuno.

Smettere è spesso inteso dalle persone e dalla famiglia come qualcosa di irrinunciabile da porsi prima di qualsiasi altra iniziativa. In realtà è difficile che si riesca a smettere del tutto prima che siano realizzate condizioni psicologiche e ambientali tali da favorire e accompagnare il cambiamento. Decidere di smettere equivale ad arrendersi al fatto che non si potrà più recuperare il denaro perduto in un'unica grossa vincita. Non si tiene conto che la patologia non si cura quando si cessa l'attività, ma quando un processo personale molto ben radicato fa sì che si riesca a vivere senza

l'azzardo. La "disintossicazione" è soltanto l'inizio della cura e non è da sola sufficiente a ottimizzare il funzionamento.

Nel trattamento del gioco d'azzardo patologico è necessario attivare interventi multidisciplinari integrati dato che l'utente presenta problematiche in diversi aspetti della propria vita.

1. Area della psiche

(ossessione del gioco, senso di onnipotenza, distorsioni cognitive, persecutorietà, senso di colpa, ansia, alterazioni del tono dell'umore e dell'autostima, impulsività, depressione, disturbi psichiatrici).

2. Area sociale

(isolamento, impoverimento delle relazioni, danni lavorativi, difficile gestione del denaro).

3. Area familiare

(conflitti, menzogne, crollo della fiducia, debiti).

4. Area della salute personale

(alterazione alimentare, cefalea, insonnia, tremori, palpitazioni, scarsa igiene personale).

Il tema del gioco è centrale nella fase dell'accoglienza, attorno a questo ruotano tempo, spazio, ruoli ed elaborazioni; in seguito, attraverso un faticoso approfondimento, il problema viene riformulato per portare alla luce ciò di cui il gioco compulsivo è sintomo.

1. Area del pensiero

Caratteristica di questa patologia è una distorsione dei processi cognitivi tale da ribaltare il senso di realtà. Lavorare su quest'area è indispensabile per correggere le percezioni erranee che impediscono alla persona di cogliere le componenti irrazionali dei propri ragionamenti e ristabilire il giusto concetto di azzardo nella convinzione che la motivazione a giocare scenda di conseguenza.

Il GAP si può inoltre accompagnare a diverse patologie psichiatriche, quali forme di depressioni molto gravi, che possono portare a tentativi di suicidio,

disturbi d'ansia o di personalità. Ad una terapia psicoterapica è dunque opportuno, laddove necessario, affiancare un sostegno psichiatrico e farmacologico per monitorare lo stato di salute.

2. Area sociale

Il dedicarsi ossessivamente al gioco ha portato il soggetto ad un impoverimento delle relazioni sociali e degli interessi: il giro di conoscenze era legato soprattutto all'attività, il tempo libero investito esclusivamente in questa, il lavoro risultato anch'esso compromesso.

Togliendo l'attività di gioco si liberano dei "vuoti" da riempire di nuovi significati. Pian piano il giocatore deve essere accompagnato a ricostruire la propria vita a partire dai rapporti con sé stesso e con gli altri. Ritornare a lavorare per sostenere la famiglia, concentrarsi sugli affetti, recuperare degli interessi gratificanti, sviluppare nuove amicizie, frequentare ambienti stimolanti, sono tutte azioni che permettono al soggetto di intessere relazioni sociali positive e costruttive per il proprio percorso di recupero.

3. Area familiare

Gli interventi in ambito familiare si sviluppano in due direzioni: una sui componenti stessi della famiglia, messi a dura prova sia psicologicamente che fisicamente, l'altra sul soggetto e sul proprio modo di relazionarsi all'interno del nucleo.

Il principale problema che gli anni di attività di gioco hanno arrecato al sistema familiare è la totale mancanza di fiducia. Le menzogne, i conflitti, i tradimenti hanno fatto sì che si ridefinisse nel tempo un nuovo equilibrio con ruoli cristallizzati. I comportamenti di tutti sono mutati a partire dal fatto che il giocatore è etichettato come colui che "ha il problema", colui che deve essere tenuto sotto controllo, al quale dare il minor numero di responsabilità. Ha perso i ruoli di padre e marito e di sostegno economico per la famiglia dedicandosi esclusivamente ai propri interessi e disinteressandosi del resto. L'intero nucleo risulta contagiato dalla malattia: il problema non è solo del soggetto interessato, ma anche delle persone a lui più vicine.

“Il comportamento sintomatico va riportato alla funzione omeostatica svolta all'interno del sistema relazionale nel quale la stigmatizzazione negativa dello stesso sintomo si accompagna, generalmente, a una relativa rigidità e non disponibilità al confronto autocritico, ma che pure si accompagna a una ipertolleranza nei confronti del comportamento patologico stesso.”⁽⁹⁾

Il coinvolgimento della famiglia nel programma di riabilitazione mira dunque a un cambiamento delle relazioni e del sistema comunicativo per ristabilire ruoli chiari.

4. Area della salute personale

Disturbi somatici legati allo stress e depressione sono la risultante della tendenza del giocatore a investire eccessivamente nel gioco sia sul piano temporale che su quello dell'autostima. Interrompere l'attività riduce senz'altro i sintomi dell'astinenza e le manifestazioni legate alle preoccupazioni del procurarsi il denaro, ma non è da sola sufficiente a sedare i problemi a livello di salute. Il GAP ha modificato il rapporto del soggetto con il proprio corpo per cui occorre ristabilire il valore positivo della cura del corpo opposto alla trascuratezza, ripristinando ritmi di vita regolari e le dimesse abitudini alimentari e igieniche.

Particolare attenzione va presentata ai soggetti giocatori con morbo di Parkinson: recenti studi ipotizzano che possa esserci una correlazione fra l'uso di farmaci dopaminergici, utilizzati per la cura del morbo, e lo scatenarsi della dipendenza da gioco.

Prima di iniziare il trattamento occorre stabilire quali siano le aree maggiormente compromesse per definire le priorità di intervento e gli obiettivi a breve e lungo termine. Come per le altre dipendenze, il processo di guarigione è lento e richiede anni di affiancamento ai servizi.

Il primo obiettivo è il raggiungimento di una condizione di sobrietà dal comportamento in modo da rendere possibili le condizioni per favorire il

⁹ Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*, Psicologia McGraw-Hill, Milano, p.125.

cambiamento. Come già affermato, sono da mettersi in conto delle ricadute poiché il problema non cessa con l'astinenza, ma con un corposo lavoro su di sé e sul proprio modo di vivere e relazionarsi con gli altri. Gli obiettivi a lungo termine riguardano appunto un accompagnamento a un mutamento del proprio stile di vita.

Una volta chiarite le aree su cui lavorare, il passo successivo è la stipulazione di un contratto fra soggetto, famiglia e servizio che comprende la definizione degli interventi e degli impegni reciproci. È un contratto che si modifica e si ridefinisce di volta in volta perché frequentemente gli impegni non vengono rispettati, sia per quanto riguarda gli appuntamenti che per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi. Le problematiche maggiori da affrontare nel trattamento della dipendenza sono infatti l'adesione e la tenuta dell'utente. Stipulato il contratto, è importante procedere con passi cauti: la scelta di operare su piccoli obiettivi facilita le persone, sia perché si può notare e riconoscere il raggiungimento di risultati in tempi brevi, sia perché risponde alla necessità di "tutto subito". La condivisione degli obiettivi da perseguire deve essere spiegata in modo chiaro ed essere ripresa per permettere una maggiore adesione al percorso. L'attenzione va mantenuta su tutti gli obiettivi anche quando sembrano raggiunti da mesi, modulandone di volta in volta le priorità. In questo ambito i traguardi non si possono dare mai per raggiunti in via definitiva. Il progetto è un processo che si costruisce giorno dopo giorno attraverso soste, balzi in avanti, ritorni, nostalgie e speranze, timori ed entusiasmi. È intenzionale, non lasciato al caso, voluto, seguito, sostenuto con attenzione, cura e competenza.

Cessata l'attività di gioco, si chiariscono le idee, si iniziano a prendere delle decisioni e aumenta la speranza di uscire dal problema attraverso tentativi concreti e programmati. Ogni persona, in base alle proprie personali esigenze, viene così indirizzata alla risorsa più idonea a rispondere alle proprie necessità. La riuscita del programma avviene non solo in misura della disponibilità ad accettare le proposte del servizio, ma anche da quanto i soggetti si rendono agenti attivi del proprio percorso di cambiamento.

5. IL PERCORSO DI CAMBIAMENTO

5.1 RETE DEI SERVIZI

La situazione italiana rispetto alla rete dei servizi deputati al trattamento è molto diversificata da zona a zona. Si va da regioni all'avanguardia rispetto alla presenza di servizi e alla sensibilizzazione della popolazione, come Piemonte e Friuli Venezia Giulia; a regioni in cui gli interventi sono scarsi, soprattutto al Sud, e gli incentivi regionali assenti, caso della Lombardia. Se, ad esempio, si osserva il Piano Socio Sanitario Regione Lombardia 2007-2009, piano che illustra i bisogni della popolazione e i conseguenti obiettivi di salute e benessere sociale definendo le linee di intervento prioritario, si può notare come la questione del gioco d'azzardo patologico non venga nemmeno citata. Al contrario in quello Piemontese 2006-2010 viene definito "un sempre maggiore allarme sociale" per l'impatto sulla società, l'economia e la salute pubblica. Questi aspetti sono significativi rispetto alle azioni che si possono intraprendere per dare visibilità al problema.

Ad oggi, gran parte degli interventi sono realizzati da enti privati o del privato sociale che, a vario titolo, si occupano di studiare il fenomeno a livello nazionale e internazionale al fine di acquisire informazioni sull'epidemiologia dello stesso, di capire le modalità dell'instaurarsi della patologia e definire le fasce di popolazione più colpite per elaborare interventi di prevenzione mirata. Il settore Pubblico ancora manca di grandi risorse, sia a livello di informazione per la cittadinanza, che di servizi per il trattamento, nonostante esistano i servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Locali con competenze per trattare le dipendenze in genere e i Centri Psico Sociali delle Aziende Ospedaliere per la terapia dei disturbi psichici.

Se poi si volesse paragonare la situazione Italiana rispetto a quella dei vicini paesi europei si comprende quanto il GAP sia un problema assai sottostimato, nonostante l'Italia sia uno degli Stati in cui il gioco d'azzardo, specie quello dei monopoli di Stato, sia più diffuso. In Olanda sono istituiti

programmi di formazione per i dipendenti dei casinò in modo da riconoscere in prima istanza casi problematici perché vengano segnalati ai consultori pubblici per un trattamento. Nel Canton Ticino (Svizzera) la legge federale sul gioco d'azzardo prevede contributi economici da parte dei casinò nell'ambito della prevenzione, della formazione, della ricerca e della cura. C'è maggiore attenzione a livello di operatori, cittadinanza e governo e ci sono più tutele nei confronti dei cittadini, soprattutto i più giovani: divieto di accesso alle sale da gioco per i minorenni, presenza di slot machine solo all'interno dei casinò, obbligo di esclusione in caso di gioco problematico, contributi statali per le spese della cura.

Tutto ciò si spiega sia per il "mascheramento" sociale del giocatore, privo delle manifestazioni esteriori tipiche di altre dipendenze sia per la frequente comorbidità con altri disturbi che fa trascurare la diagnosi specifica e considerare il gioco come un problema collaterale. Inoltre è ancora diffuso un atteggiamento moralista di chi colpevolizza le persone con problemi di gioco come prive di forza di volontà. I forti interessi economici che tendono a minimizzare la questione e la scarsa conoscenza in materia contribuiscono infine alla sottovalutazione del fenomeno.

Data la complessità è improponibile affrontare la problematica con le risorse di un singolo servizio, occorre aprirsi alla collaborazione con le altre agenzie e con il territorio in un'ottica di collaborazione, integrazione, riduzione della dispersione e frammentazione degli interventi.

Servizi di informazione e prevenzione

- Campagne pubblicitarie
- Prevenzione in scuole, casinò, sale da gioco, Comuni

Interventi promossi dalle Associazioni del privato sociale o dal settore pubblico con lo scopo di sensibilizzare la popolazione o gli operatori direttamente coinvolti.

- Telefonia sociale (help lines)

Linee telefoniche gratuite e riservate in grado di fornire consigli, informazioni e consulenze ai giocatori patologici ed ai loro familiari.

- Sportelli di ascolto

Servizi di accoglienza e orientamento alle offerte del territorio. Professionisti formati offrono informazioni, consulenze e sostegno.

Servizi per il trattamento

- Servizi ASL
- Gruppi di self help

Giocatori Anonimi nasce nel 1957 negli Stati Uniti sul modello rivisto degli Alcolisti Anonimi. Si tratta di gruppi di persone, auto-organizzati e auto-gestiti, che si riuniscono periodicamente, seguendo un programma che basa la sua riuscita sullo sviluppo di una spiritualità individuale e collettiva, con l'obiettivo di astenersi dal gioco e raggiungere la sobrietà. Esistono anche gruppi d'auto-aiuto per i familiari (Gam-Anon) all'interno dei quali è possibile ricevere sostegno e informazioni attraverso la condivisione dei propri vissuti.

- Comunità terapeutiche

Le strutture residenziali prevedono gruppi di incontri, terapie di gruppo e singole, gestione del denaro da parte della comunità, attività lavorative, organizzazione del tempo libero, riabilitazione fisica e psichica, integrazione sociale e condotta di vita autonoma. Ne esistono poche e sono soprattutto unite a strutture già deputate all'accoglienza dell'utenza tossicodipendente.

- Ambulatori privati

Vi si effettuano colloqui di accoglienza e trattamento, terapie psicologiche, consulenze legali e finanziarie, gruppi di auto-aiuto, supporto medico-farmacologico, ecc.

La portata del problema, sia a livello di incidenza in costante aumento, sia a livello di costi, è tale da giustificare un investimento pubblico a favore della prevenzione e della sensibilizzazione, così come l'istituzione di programmi di formazione destinati ai professionisti della salute.

Bisogna puntare alla promozione di una cultura del gioco che ne valorizzi gli aspetti ludici e socializzanti senza sottovalutarne le componenti di rischio

potenziali e, quindi, all'adozione di misure di gioco responsabile. Tale concetto implica, da una parte, la stesura di leggi e regolamenti chiari atti a tutelare le persone da forme di abuso e manipolazione degli strumenti di gioco da parte dei gestori e, dall'altra, l'educazione dei giocatori ad avvicinarsi alle attività con senso critico. Questo può avvenire attraverso campagne di informazione, sensibilizzazione e prevenzione rivolte particolare alla popolazione giovanile, più esposta ai rischi.

La prevenzione del gioco d'azzardo nella sua dimensione problematica si realizza attraverso azioni quali:

- informazione (sulle reali possibilità di vincita di ciascun gioco, sui rischi, sulle possibilità di aiuto).
- Creazione di una rete di referenti in ambito istituzionale, privato-sociale e libero professionale in grado di fare pressioni affinché vengano adottati provvedimenti mirati.
- Corsi di formazione per gli operatori dei servizi e per le persone maggiormente a contatto con i giovani al fine di fornire gli strumenti sufficienti per riconoscere i sintomi e prendere le dovute contromisure.
- Iniziative di aggiornamento destinate al personale delle agenzie di gioco (casinò, tabaccherie, ricevitorie, bar, sale giochi) perchè possano intervenire in modo precoce nel riconoscimento delle forme autodistruttive di gioco, monitorando la frequenza delle giocate, la durata, le somme investite e il comportamento, e in un loro contenimento attraverso colloqui di sensibilizzazione per persuadere i giocatori individuati come problematici a rivolgersi ad uno specialista.

È lo Stato, in quanto maggior promotore del benessere dei cittadini e in qualità di principale gestore dell'offerta di gioco in costante aumento, a doversi impegnare nella messa in atto di misure di prevenzione attraverso informazione, pubblicità, creazione di leggi, promozione di forme di gioco responsabile e un efficace utilizzo delle risorse già esistenti per attuare interventi opportuni.

5.2 SVILUPPI DELLA TERAPIA

Il programma terapeutico per il trattamento del giocatore d'azzardo patologico è corposo a causa degli innumerevoli aspetti della vita quotidiana minati dalla malattia.

Le tappe della terapia ricalcano la fase ascendente dello schema di Custer:

a) Fase di ricostruzione

Comprende i programmi di risarcimento dei debiti, il miglioramento dei rapporti familiari, la condivisione del tempo con la famiglia, il ritrovamento del rispetto per sé stessi, lo sviluppo di mete perseguibili.

b) Fase di crescita

Diminuisce la preoccupazione legata al gioco, c'è maggiore rilassatezza, introspezione, comprensione per gli altri e si riesce nuovamente a dare affetto alle persone amate.

La cura prevede interventi sia sul soggetto che sul contesto circostante con l'obiettivo di allontanarsi dalla condotta di gioco e sviluppare un nuovo stile di vita. Il giocatore non è più una persona malata chiusa nel suo isolamento, ma viene considerato all'interno del suo ambiente e con le relazioni interpersonali in ottica sistemica. Il soggetto intraprende un percorso di maturazione che gli permette di prendere coscienza dei propri limiti e dei propri bisogni, ma anche delle proprie possibilità, così da formare la coscienza critica che gli consentirà di fissare degli obiettivi a lungo termine raggiungibili. In parallelo intorno a lui si sviluppano le condizioni affinché i suoi personali sforzi di cambiamento siano adeguatamente supportati.

In primo luogo questo si traduce nel risolvere la spinosa questione dei debiti contratti e del risanamento della situazione economica.

Non di rado l'utente arriva ai servizi avendo già stabilito delle parziali soluzioni a tali difficoltà, come il controllo del denaro da parte di un familiare, e quindi occorre semplicemente vigilare e sostenere forme di contenzione già

in atto. In altri casi viene richiesto agli operatori di sviluppare un piano che permetta di affrontare gli ostacoli identificando le opzioni disponibili, anche ricorrendo a collaborazioni esterne (es. amministratore di sostegno). È sconsigliato saldare tutti i debiti in un'unica soluzione, qualora vi fosse la disponibilità, perché è una scelta che porterebbe il giocatore a ritenere che, per quanto si sia caduti in basso, esiste comunque una via d'uscita facile e potrebbe essere interpretata alla stregua di una grossa vincita, innescando i meccanismi psicologici tipici del gioco compulsivo. È parte integrante del programma portare la persona ad assumersi delle responsabilità rispetto al pagamento dei debiti cosicché sviluppi fiducia nelle proprie capacità. Si tratta di porre i debiti all'interno di una scala di gravità, collocando al primo posto quelli che possono comportare conseguenze di tipo giuridico o rischiose per l'incolumità del soggetto, fino ad arrivare a quelli che coinvolgono i parenti più prossimi. Viene abbandonata l'idea di ottenere tutto e subito, si pianifica un quadro e si capisce che per arrivare a realizzare un progetto occorrono pazienza e sacrificio. In questo modo i problemi finanziari appaiono risolvibili e non spaventano più.

Si inserisce a questo punto la figura del tutor, esclusiva per questo tipo di dipendenza, rappresentata da un operatore o da un familiare che amministra il denaro per conto del soggetto. Lo scopo è quello di effettuare un controllo sulle attività economiche per evitare che il giocatore abbia fra le mani denaro a sufficienza tale da indurlo a giocare. Nel caso di situazioni di particolare gravità questa figura agisce in collaborazione con un avvocato che interviene per gestire le questioni legali e civili legate ai reati commessi per finanziare l'attività di gioco o per ripagare i debiti e per tutelare il patrimonio del giocatore e della famiglia (es. in caso di separazioni o divorzi).

Il lavoro sul risanamento dei debiti non può prescindere da un'analisi delle modalità del soggetto di rapportarsi al denaro e ai significati che egli vi attribuisce. Se nelle altre dipendenze questo è visto solo come mezzo per procurarsi la sostanza o porre in atto il comportamento da cui si è dipendenti, nel GAP esso assurge alla duplice funzione di mezzo e fine: è il mezzo con

cui giocare per ottenere denaro (fine). Serve denaro per giocare e si gioca per ottenere denaro.

Il tutoring è volto a far sì che il giocatore riacquisti un sano rapporto con il denaro per poterlo tornare ad amministrare in autonomia e coscienza. Per arrivare a ciò è necessaria una fase di controllo, che non deve essere vissuta dal giocatore come una restrizione, ma come una tappa obbligata del cammino di recupero. Di fatto il controllo del denaro è l'unico strumento in grado di interrompere realmente le occasioni di gioco. Dare tuttavia un po' di fiducia al giocatore ed evitare atteggiamenti eccessivamente autoritari chiedendo spiegazioni dettagliate sull'uso del denaro o negandone l'elargizione aiuta a prevenire umiliazioni e senso di frustrazione.

Dopo aver raccolto le informazioni necessarie nel corso dei colloqui di accoglienza, e sistemata la situazione più urgente (ricordiamo che i giocatori che si rivolgono ai servizi lo fanno con l'obiettivo di risanare prima di tutto la situazione finanziaria) si valuta la modalità più opportuna di intervento:

- psicoterapie individuali
- psicoterapie di coppia o della famiglia
- terapie di gruppo per giocatori o per famigliari
- inserimento in gruppi di auto-aiuto
- inserimento residenziale
- trattamento ambulatoriale presso un servizio

La scelta di una terapia rispetto a un'altra è legata alla sintomatologia e alla gravità dei disturbi.

Esistono risorse diverse per esigenze diverse: non è detto che lo stesso paziente funzioni in un posto che per altri è andato bene, magari arriva nel posto sbagliato o nel momento sbagliato e comunque non in tutte le fasi la persona è pronta per un certo tipo di intervento. Ciò che è importante ricordare è che nessuna risorsa è antagonista all'altra, anzi è auspicabile un solido lavoro di rete.

Psicoterapie

La psicoterapia individuale permette al soggetto di far luce sui propri vissuti, sul peso che l'attività di gioco ha rivestito nella propria storia personale e sui motivi che l'hanno spinto ad avvicinarvisi. Oltre ad arrestare la malattia si propone di esplorare temi quali l'affettività, l'emotività, la socializzazione, le forme di auto-inganno, i vissuti di onnipotenza e il rapporto dell'lo con la realtà per rimuovere le cause che hanno portato alla patologia. Ecco allora che emergono emozioni, ricordi, immagini, ansie, rabbia e angosce relative ad una vita che comincia ad essere considerata vuota, senza particolari eccitazioni, non condotta al limite. Sostare e avere tempo da dedicare a sé stessi permette di conoscere le proprie difficoltà e affrontarle con l'aiuto del terapeuta. Si comprendono i propri limiti, si abbandonano le percezioni distorte e si riscoprono le proprie potenzialità e di pari passo aumenta l'autostima grazie anche al risanamento dei debiti.

L'astinenza permette di avere più tempo da dedicare a sé stessi e alla famiglia così da migliorare i rapporti e tornare in contatto con gli altri. La famiglia, sia che partecipi alla psicoterapia sia che non venga direttamente presa in carico, rappresenta una risorsa fondamentale in quanto sostiene il giocatore sul piano affettivo e sul piano economico, frena i suoi comportamenti e si assume delle responsabilità rispetto al trattamento: insiste sulle motivazioni, assume il ruolo di "testimone" nella contrattazione, definizione e verifica degli accordi fra operatore e giocatore, minimizza le conflittualità familiari e i rimproveri e si impegna a restituire progressivamente al giocatore, in tempi e modi idonei, delle responsabilità.

Le terapie che insistono sulla coppia servono ad intervenire in situazioni notevolmente compromesse, ai limiti della separazione. Aiutano a recuperare l'equilibrio della coppia lavorando sulle dinamiche relazionali, affettive, emotive e sessuali perdute a causa della malattia. Non tutti i giocatori hanno a disposizione la risorsa famiglia in quanto magari "se la sono giocata" durante la loro attività. In tali casi si dovrà dunque dedicare parte della terapia alla lavorazione di separazioni o divorzi.

Terapie che includono eventuali genitori o figli mirano ad aumentare la consapevolezza sulla malattia e sulle dinamiche che essa innesca e a

conoscere ed accettare che il gioco d'azzardo può essere un sintomo. La famiglia viene aiutata a capire che anche le relazioni familiari possono essere o possono essere state malate, contribuendo alla nascita e allo sviluppo della patologia.

Interventi sulla coppia o sull'intera famiglia sono diversi rispetto a azioni volto unicamente al coniuge del giocatore. Questi possono risultare necessari laddove ci sia bisogno che il partner tratti in modo approfondito i propri vissuti (depressione, auto-colpevolizzazione, isolamento, incapacità a reagire).

Gruppi

Una delle risorse più efficaci in ambito di gioco compulsivo si è rivelata essere la dimensione gruppale, soprattutto nelle forme del self-help.

Per il trattamento GAP si distinguono i gruppi terapeutici, in cui è presente un conduttore e vi possono partecipare sia i giocatori che i familiari, e i gruppi di self-help completamente autogestiti. Confrontarsi con persone che hanno lo stesso problema aiuta ad uscire da una dimensione di isolamento e incomprendimento per andare incontro agli altri, costruendo nuovi legami sociali. Come in una catena, chi si trova in posizione più avanzata può aiutare chi è indietro grazie alla propria esperienza ricevendo stimoli e gratificazioni. In questo modo i vari membri del gruppo sono responsabili della tenuta e del percorso degli altri elementi.

“All’inizio sembrava una setta, una massa di matti. Però poi ho pensato –se ce la fa lui perché non dovrei riuscirci io?” (Testimonianza di Angelo, ex-giocatore).

Nel gruppo si possono ricevere informazioni, ascoltare testimonianze, trovare sostegno e motivazioni fino ad arrivare alle collaborazioni attive. Vengono riflessi elementi che se non sono già consapevoli lo diventano avendo un termine di confronto nell'esperienza altrui e si affrontano le problematiche personali e relazionali che derivano dal gioco. Il lavoro in gruppo tende a favorire il confronto fra le persone che partecipano al programma e permette loro di affrontare le tematiche trattate con maggiore libertà e minore imbarazzo facendo emergere parti di sé anche personali e

difficilmente esprimibili in altri contesti. L'obiettivo non è la rimozione delle cause, ma l'arresto della patologia e l'adozione di un diverso stile di vita.

Laddove presente il terapeuta ha la funzione di facilitare le interazioni fra i membri, soprattutto nelle fasi iniziali, lasciando gradatamente al gruppo responsabilità e iniziative.

Inserimento residenziale

Si punta su soluzioni di tipo residenziale in casi di assoluta gravità: il paziente ha grosse difficoltà a controllare l'impulso per cui peggiora la situazione debitoria già in corso con ulteriore deterioramento, esistono reali problemi di strozzinaggio o indigenza, le risorse materiali ed emotive personali, familiari e lavorative sono così compromesse che non costituiscono un valido sostegno alla cura, è presente una comorbidità con altri disturbi mentali o da uso di sostanze che rende più difficile la tenuta su un trattamento ambulatoriale e sono stati messi in atto tentativi di suicidio. In questi casi le strutture comunitarie permettono maggiori percentuali di successo in quanto si attua un radicale cambiamento nello stile di vita del soggetto all'interno di uno spazio tutelato.

Trattamento ambulatoriale

Generalmente il trattamento ambulatoriale si attua per soggetti che dispongono di risorse sufficienti per reggere un programma a lungo termine in discreta autonomia (presentazione agli appuntamenti a cadenza variabile) e vengono attuati da servizi dell'ASL o strutture private. Sono percorsi che comprendono sedute di psicoterapia, sostegno medico e farmacologico e supporto socio-educativo.

Oltre alla riabilitazione del soggetto, attuata da psicologi e psicoterapeuti, occorre dedicare energie anche alla ricostruzione delle relazioni con l'ambiente circostante.

Il ritorno al lavoro rappresenta uno step fondamentale nel percorso di recupero: non è tanto un fine quanto un mezzo per favorire nella persona una condizione di maggior autonomia, realizzazione e socializzazione. Viene socialmente riconosciuto come elemento in grado di fornire una identità

sociale, autostima, appartenenza a un setting definito, autonomia e contrattualità. L'aspetto della produzione viene messo in risalto soprattutto per la parte di guadagno che permette al soggetto di risanare la situazione economica con le proprie forze. È un processo che va accompagnato, sia permettendo al soggetto di valorizzare ciò che è in grado di fare e forse non riconosce più, sia aiutando i datori di lavoro ad accettare i tempi e i modi del recupero. Avere un'occupazione permette inoltre di strutturare il tempo, inserendosi in un più ampio quadro di ridefinizione della giornata del soggetto ex-giocatore. Orari ed attività sono concordati con il tutor in modo da distribuire il proprio tempo fra attività produttive, affetti e svago. Non essendoci più il gioco si aprono spazi per stare con i familiari ricucendo i rapporti, incontrare nuove persone o vecchi amici, iniziare nuove attività ricreative o recuperare le precedenti con l'obiettivo di ritrovare il piacere di stare in mezzo agli altri facendo ciò che piace e gratifica.

5.3 LE RICADUTE

L'iniziale facilità con cui il soggetto può raggiungere l'astinenza non va ritenuta una condizione raggiunta in definitiva tale da indurre a facili ottimismo rispetto alla scomparsa della dipendenza. Risolte le difficoltà più acute è frequente un ritorno alle abitudini di gioco o anche un'interruzione precoce del programma, spesso giustificata dall'apparente soluzione del problema.

“Mi alzo e alla radio danno i numeri da giocare al Lotto. Mi passa davanti il pullman e vedo la pubblicità del casinò. Vado al bar a bere il caffè e c'è una sfilza di Gratta & Vinci. Alla tv aprono i pacchi e vincono i soldi.”
(Testimonianza di Gigi, ex giocatore)

Nella nostra società il gioco d'azzardo si è fatto onnipresente: un giocatore che ha cessato la propria attività si trova ad essere come una persona che entra in una immensa pasticceria e decide di mettersi a dieta. Il rischio di ricadute è sempre alto, talmente frequente che è considerato una frustrante, ma inevitabile, parte del processo di recupero. Il gioco mette a dura prova anche dopo mesi perché gli stimoli sono costantemente in agguato. Avere amici che giocano, possedere molto denaro, frequentare luoghi dove sono

disponibili dispositivi, cercare uno sfogo, sentirsi depressi, sono situazioni che possono favorire la ripresa. Smettere non è difficile, è mantenersi smessi il problema. Il craving persiste come pensiero nascosto in agguato: è un atto incontrollabile, un desiderio di provare quella euforia con compulsione a ricercare ed attuare il comportamento che la induce. Per evitare la ricaduta occorre allora rendere consapevole la persona degli eventi che la favoriscono e aiutarla a programmare una via d'uscita quando si trovi in una situazione a rischio. E spiegare che comunque è sempre un risalire, un allontanarsi dall'autodistruzione, anche se poi si ricade. Anziché stigmatizzarla negativamente, ritenendola l'ennesima prova dell'inaffidabilità rispetto agli impegni presi e la conferma della debolezza, va più proficuamente letta come evidenza di un processo in evoluzione non ancora stabilizzato che necessita di un accompagnamento di più lunga durata. Invece di guardare al singolo insuccesso, si porta l'attenzione al percorso fatto, costellato da tanti piccoli traguardi. Concentrarsi giorno per giorno sui piccoli passi da realizzare permette di non scoraggiarsi di fronte ai grandi obiettivi.

“Non tutti riescono, io fortunatamente sono riuscito, FINORA, a non giocare. Domani non lo so. Per ora continuo e sto bene, sono sereno. Ho riacquisito valori come la famiglia e festeggio il primo anno di astinenza. E ci sono arrivato perchè obbligato, non è stata una scelta mia.” (Testimonianza di Gianni, ex giocatore)

Scopo dell'operatore non è la demonizzazione del gioco d'azzardo e l'assoluto proibizionismo: primo perché un atteggiamento di questo tipo non farebbe che ribadire la totale impotenza del soggetto, e poi perché è realisticamente poco probabile che questi si astenga da qualsiasi forma di gioco. Si cerca di promuovere un'assunzione di responsabilità rispetto alle proprie modalità di giocare invitando la persona ad autoregolarsi o lasciare che altri lo facciano in sua vece.

Le strategie messe in atto per la prevenzione della ricaduta sono solitamente di tipo cognitivo-comportamentale, messe in atto dagli psicologi sul piano dei pensieri e dagli educatori sul piano relazionale-sociale, per lo

sviluppo di strategie di evitamento di situazioni ad alto rischio e degli stimoli associati al craving fino alle modificazioni necessarie dello stile di vita. Questo avviene innanzitutto fornendo delle informazioni sulla natura del problema e della dipendenza: non basta dire di evitare qualsiasi gioco, ma occorre aiutare le persone a rivedere abitudini e comportamento nei confronti dell'azzardo, e sviluppare vere e proprie strategie. Riconosciuta la debolezza del soggetto rispetto a tali stimoli, si attuano misure di riduzione del danno, come il stabilire quanto denaro e quanto tempo dedicare al gioco, forme di contenimento, ad esempio l'esclusione dalle sale da gioco, libertà sorvegliata e limitazione del denaro contante, e interventi di informazione per promuovere una cultura di gioco ricreativa basata sullo stare in compagnia, sulla predilezione di giochi in cui prevalga la dimensione di *agon* rispetto a quella di *alea*.

Si tratta di azioni di riduzione del danno nel caso in cui il giocatore non riesca a rinunciarvi che sono tuttavia rischiose in quanto, se mai dovesse verificarsi una vincita, si rinebberebbero con estrema facilità i meccanismi sottesi alla patologia.

5.4 UNA GUARIGIONE POSSIBILE?

È difficile parlare di guarigione in ambito di dipendenza e di disturbi mentali. O meglio, non è del tutto corretto. Il gioco compulsivo non si cura, ma si arresta e il mantenimento di questa situazione permette nel tempo di ristabilirsi. Pur avendo acquisito un controllo sul comportamento e sulla ricaduta, è difficile che il giocatore possa avvicinarsi a forme di gioco d'azzardo senza provare l'impulso a spingersi oltre. Esattamente come un ex-tossicodipendente non può resistere allo stimolo di ricominciare con una sostanza se ha avuto occasione di provarla nuovamente.

“Ci sono persone che per un anno non hanno mai giocato, però è capitato che tante volte si vuole sfidare il gioco, ci si vuole mettere alla prova convinti di essere guariti...E' abbastanza iniziare a mettere pochi euro e, a quel punto, si ricade, si ricade peggio di prima. Un amico dice che il nostro rapporto col gioco è come un incontro di boxe con Myke Tyson, cioè Mike Tyson è il gioco

e io sono l'avversario. Ovviamente se vado su questo mi ammazza ...Eppure io pretendo di salire sul ring e scontrarmi perché penso di poter vincere [...].

La mattina mi alzo e dico "cosa faccio oggi? Gioco o non gioco?", poi mi rispondo "ieri non ho giocato, sono stato bene, sono uscito con 100 euro, sono rientrato con 99 perché ho bevuto il caffè, ho incontrato degli amici e ho parlato, sono andato a trovare mia mamma e ci siamo abbracciati, ho parlato con mio figlio e non ho litigato. Se tornassi a giocare ritornerei nel baratro, cancellando tutto quello che ho conquistato". Oggi scelgo di non giocare ed è una mia scelta, oggi io sono libero di scegliere se giocare o meno".

(Testimonianza di Claudio, ex- giocatore)

Non si dispone, purtroppo, di dati a livello nazionale circa l'esito dei trattamenti dei giocatori d'azzardo, ovvero non si sa con precisione quanti giocatori che intraprendono un percorso di recupero riescono effettivamente a risolvere il problema. Il dato certo è che per poter parlare di scomparsa del sintomo occorrono anni di astinenza e aggancio ai servizi.

Coloro che riescono a lasciarsi alle spalle il gioco hanno accettato la propria impotenza di fronte alla malattia, sono riusciti a controllare gli impulsi. Il pensiero ossessivo del gioco appartiene al passato, ora tempo ed energie sono impiegate a ricostruire gli affetti familiari, la carriera, il bilancio economico e nuovi interessi che hanno sostituito il gioco. La scarsa autostima, l'incapacità di sopportare le frustrazioni, la depressione, l'ansia che sono tipiche di una persona il cui comportamento legato al gioco è fuori dal controllo non sono più il denominatore comune della sua vita. Il soggetto ha imparato che per ottenere ciò che si desidera occorrono grandi sforzi e impegno, sa gestire le sofferenze, i conflitti interiori, la propria impulsività e ha capito come ridare valore alle azioni di vita quotidiana. Si sente sereno anche se riconosce di aver perso qualcosa, primo fra tutti la possibilità di divertirsi giocando come fanno in molti. Smette di guardare al passato e perdona se stesso per quello che ha fatto, a sé e alla famiglia.

Questi risultati, raggiunti a prezzo di rinunce e fatiche, fanno parte di un processo di recupero che dura tutta la vita poiché entrare in trattamento

segna l'inizio di una crescita personale che il soggetto porterà poi avanti da solo, con i familiari o grazie alle risorse incontrate.

6. LO SPAZIO PER L'EDUCATORE PROFESSIONALE

*Quando curi una malattia puoi vincere o perdere,
quando ti prendi cura di una persona puoi solo vincere.*

Patch Adams

6.1 RUOLO E COMPETENZE

L'educatore professionale, come riconosciuto a livello nazionale dal Decreto del Ministero della Sanità del 8 Ottobre 1998, n°520, è un operatore socio-sanitario che attua progetti educativi volti a promuovere lo sviluppo equilibrato della personalità.

Ha competenze per realizzare interventi di riabilitazione su situazioni di disagio conclamato e azioni di prevenzione nei confronti della popolazione generale. L'abilità di coniugare e declinare tali capacità in relazione alla diversa tipologia di utenza gli permette di lavorare con flessibilità all'interno di qualsiasi contesto socio-sanitario.

L'educatore possiede competenze cognitive e metodologiche a cui si aggiungono predisposizioni personali. Schematicamente si possono dividere per aree:

- Sapere: conoscenze in ambito pedagogico, psicologico, sociologico, medico-sanitario. Conoscenza della situazione legislativa italiana in materia di gioco d'azzardo e della rete dei servizi dislocati sul territorio con le loro funzioni.
- Saper fare: ricorrere a metodologie basate su tecniche di ascolto attivo, osservazione partecipe, colloqui individuali e di gruppo, comunicazione, conduzione e gestione di gruppi, elaborazione e valutazione di progetti, raccolta di dati e analisi. Capacità di contrattare, stabilire accordi, fare rendicontazioni di attività, interagire

con altre figure professionali e istituzioni, organizzare e promuovere percorsi di autonomia per un uso diretto dei servizi.

- Saper essere: autenticità nel rapporto, autoriflessività, umiltà, curiosità e interesse per l'altro, partecipazione, pazienza, riconoscimento dei propri pregiudizi, atteggiamento di continua ricerca, dubbio come motore delle azioni.

Professionalità è avere delle competenze specifiche e saperle modificare a seconda delle persone e del contesto.

A tutto ciò va aggiunta una conoscenza dell'utente con i suoi desideri, capacità, vissuti, emozioni, storia perché le persone con cui si viene in contatto non si riducono al loro problema. È necessario che l'educatore sviluppi capacità empatiche: saper "vestire" momentaneamente i panni dell'altro per andare alla radice della sua sofferenza e capirne le ragioni. Essere empatici è una posizione intermedia rispetto a una identificazione totale (con la quale si rischierebbero la confusione e la sostituzione) e una eccessiva distanza (che non permette la comprensione): insomma la capacità di avvicinarsi senza confondersi e confondere. Le storie degli utenti suscitano spesso forti emozioni perché sono storie di vita estrema, difficili da accettare; tuttavia le emozioni, non vanno negate, ma riconosciute ed esplicitate, per accogliere tutte le implicazioni della relazione. La capacità di capire l'altro richiede stimoli, incoraggiamenti, esplicitazioni, per prestare attenzione a tutto ciò viene espresso sia a livello verbale che non verbale: stati emotivi, motivazione e interesse.

Per quanto riguarda il trattamento di questa tipologia di utenza, oltre alle caratteristiche personali di ciascun soggetto, esistono specificità proprie dei giocatori d'azzardo patologici che richiedono l'adattamento e l'acquisizione di competenze particolari. Il target dei giocatori è costituito in prevalenza da persone adulte, spesso anche anziane, soprattutto uomini. Quindi in tale contesto servono all'educatore competenze e tecniche maggiormente legate al lavoro con gli adulti.

Non si chiede all'educatore di trasmettere nuove competenze o valori, piuttosto di aiutare chi si trova ad aver già vissuto diverse esperienze di vita a ripensarle e riorganizzarle, sia per quanto riguarda quelle negative connesse all'attività di gioco, sia quelle che si possono intraprendere con l'astinenza. Si creano le condizioni per consentire di coltivare nuovi interessi o recuperare quelli perduti, eventualmente nell'ottica di un reinserimento lavorativo, ma anche di soddisfare il bisogno di crescita personale sul piano umano e culturale. Gli adulti entrano in contatto con l'esperienza pedagogica data dall'incontro con l'educatore professionale con tutta la loro esperienza di vita; risulta pertanto importante valorizzare quanto l'utente ha da raccontare di sé attraverso la maturazione della consapevolezza del percorso fatto, con le proprie ricchezze e debolezze.

Il ruolo dell'educatore si configura così come un accompagnamento alla gestione della vita quotidiana con tutto ciò che essa comporta: le relazioni con i familiari, la dimensione occupazionale, il tempo libero, i rapporti amicali. Lavorando in un'ottica sistemica vengono considerate le dimensioni esistenziali dell'individuo negli aspetti di corporeità, psiche, relazioni e ambiente di vita. Scopo dell'intervento educativo è sostenere, attraverso un lavoro di riconoscimento delle potenzialità e di acquisizione di nuove capacità, le persone con risorse sufficienti per affrontare in autonomia la propria vita. L'incontro con l'educatore, e la relazione che si instaura, vogliono essere una opportunità di crescita e ripensamento dei propri modelli di pensiero e di comportamento per aprirsi a nuove possibilità.

Usando una metafora a tema, suggeritami da una educatrice che per anni ha lavorato a contatto con giocatori patologici, l'educatore professionale si potrebbe paragonare a una carta da gioco. Parlando di caso, lo spazio educativo può rappresentare una possibilità fra le tante di vincere o perdere. Chiaramente entrano in gioco componenti sia di alea che di agonia, abilità e fortuna. La capacità di decidere come giocare questa carta, di stabilire se si tratti di una buona mano o meno, mette in campo l'esperienza e l'impegno del giocatore: per farne un buon uso va utilizzata in modo coerente e razionale. Tale è l'esito positivo del percorso di cambiamento in mano agli sforzi del

soggetto di mettersi in gioco fino in fondo. Il caso poi interviene a rendere complesse tutte le variabili connesse alla riabilitazione: spazi e momenti adeguati, terapie opportune, ecc.

6.2 LA PRESA IN CARICO DEL GIOCATORE

Qualsiasi trattamento riabilitativo prevede interventi di cura (“to cure”) a carattere medico-sanitario, e interventi di presa in carico della persona e del proprio disagio (“to care”). I primi prevedono il supporto nelle situazioni di emergenza, la prescrizione di esami, la somministrazione dei farmaci; i secondi aiutano il paziente a vivere senza il gioco e modificare il proprio stile di vita. Accanto alla specificità dell'intervento medico trovano dunque spazio bisogni a carattere socio-educativo che necessitano di risposte adeguate. Lo stato attuale dei servizi e delle risorse investite nel problema GAP non definisce con chiarezza quali professionalità debbano occuparsi del trattamento: è lasciata libertà ad ogni singolo servizio di organizzarsi autonomamente.

Così detto, sembrerebbe che non esistono differenze se un intervento è condotto da un educatore piuttosto che da un assistente sociale o da un altro operatore formato sul GAP. In realtà, ciò che differenzia un intervento dall'altro è il taglio con cui si affronta il problema e l'approccio alla persona. È come se ciascun professionista guardasse l'utente con delle lenti diverse e agisca di conseguenza in base al proprio orientamento.

L'intervento medico è basato sulla diagnosi e sulla cura, cioè su tempi brevi e definiti, quello dell'educatore sulla relazione educativa, cioè su tempi lunghi e continuativi perché finalizzato alla crescita cognitiva, sociale e relazionale della persona. Il medico interviene per curare il malato, cioè per eliminare il sintomo e risanare la parte lesa, l'educatore aiuta e guida il soggetto per permettere alle potenzialità di emergere: è un lavoro di cura, presa in carico, sostegno delle risorse e sviluppo delle parti più deboli affinché si costruiscano le condizioni per una crescita personale. È un lavoro che richiede tempo, perché legato ai ritmi individuali, il cui risultato finale non è prevedibile. La

terapia psicologica serve ad abituare il paziente a vedere il mondo con occhi diversi, così che non risponda più negativamente agli stimoli dell'ambiente e ritrovi il giusto equilibrio tra la sua realtà interiore e quella esterna, quella di riabilitazione sociale si occupa di dati molto concreti e accompagna ad affrontare le attività di tutti i giorni. L'assistente sociale si occupa di tenere i fili del percorso e di organizzare al meglio il lavoro di rete, e agisce in prima persona dove sono presenti minori da affidare e condanne in atto.

Educare è un “prendersi cura” e un “prendere in cura”, un'attività di sostegno e sollecitazione, di collaborazione e di affiancamento all'interno di un processo complesso e carico di fatiche, accelerazioni, svolte, crisi e incertezze che è appunto il processo di cambiamento. Stare in questo processo significa accompagnarlo, con attenzione e sollecitudine, ma anche favorirne lo sviluppo, nella direzione della conquista di una piena (la più piena possibile) autonomia e partecipazione alla vita sociale. Per il giocatore compulsivo l'attività di gioco è stata un aspetto essenziale della vita tanto da averlo portato a rinunciare a impegni e relazioni importanti. I trattamenti socio-educativi insegnano come ricostruire la propria vita dopo aver deviato il focus dal comportamento e aiutano il soggetto a scoprire come impiegare il tempo libero, instaurare relazioni con amici che non hanno problemi di dipendenza, ristabilire rapporti gratificanti con i familiari, adattarsi alle diverse situazioni di vita quotidiana, migliorare il funzionamento lavorativo e la gestione finanziaria.

La pratica educativa viene vista come un percorso evolutivo nella direzione di un miglior funzionamento globale della persona a livello personale e interpersonale. I progetti realizzati dall'educatore sono volti a far raggiungere ai soggetti maggiore autonomia, apprendere abilità per spenderle nelle relazioni rispettando le esigenze di ogni singolo senza chiedere all'utente prestazioni superiori alle proprie capacità. Compito dell'educatore non è togliere i problemi o fornire delle soluzioni, ma aiutare ad elaborare le esperienze negative cogliendole come occasioni di crescita, stimolare le persone ad attuare riflessioni su se stesse, sulle esperienze da loro vissute e sui significati che queste assumono.

Anche in un campo in cui il controllo del comportamento è parte integrante e fondamentale della terapia, l'educatore non agisce in termini di sorveglianza o divieto, ma stimola a riflettere sul significato e sulle conseguenze delle proprie azioni in modo da far compiere scelte più consapevoli, aiutando ad osservare le situazioni da punti di vista differenti per scoprire che esistono e sono possibili diverse risposte ai propri bisogni di affermazione, benessere, svago, evasione, sfogo, ecc. Soprattutto con i giocatori d'azzardo è fondamentale rimanere agganciati alla realtà, per fare i conti con le situazioni quotidiane e imparare ad affrontare con le proprie forze i piccoli problemi di ogni giorno e ridimensionare i sogni perché si tratta di persone che credono davvero di poter cambiare il proprio tenore di vita in un sol colpo con grosse vincite.

Gli obiettivi dell'intervento educativo sono diversi a seconda della fase in cui si trova l'utente:

- accoglienza
- presa in carico
- monitoraggio

1) Accoglienza

Nella condizione iniziale la finalità primaria è costruire l'aggancio e ottenere informazioni sul soggetto portatore della domanda. Conoscere la persona e farsi conoscere sono i passi fondamentali per costruire la motivazione al trattamento e porre le basi per un rapporto improntato sulla fiducia e sul rispetto. Prerequisito per l'attuazione di un qualsiasi intervento è l'instaurarsi di una relazione educativa: questa è mezzo e fine, il filo conduttore lungo il quale si sviluppano i vari progetti che permette di dare un senso a ciò che si fa e anche a ciò che non si riesce a realizzare.

I giocatori che arrivano ai servizi, soprattutto se si tratta di Sert, non sanno bene dove si trovano e con quali figure professionali hanno a che fare; non è scontato che comprendano le diversità fra gli operatori e dunque è utile, in fase di presentazione, esplicitare e collocare il proprio ruolo all'interno del percorso che si intende svolgere, anche attraverso esempi di attività che si

possono proporre. Spesso i SerT sono identificati come luoghi di cura per i tossicodipendenti rendendo diffidente e difficoltoso l'approccio per una utenza diversa. Le difese nei primi incontri, specie se l'utente si presenta spinto da motivazioni non proprie, sono alte anche perché non si è instaurato un rapporto con l'operatore e non si sa bene cosa aspettarsi, né da lui né dal servizio.

Durante i primi scambi si cerca di ottenere una panoramica generale sulla vita della persona, focalizzata sul qui e ora, dando credito a ciò che l'altro porta (anche laddove si tratti di palesi menzogne per non creare distanza e giocare subito la relazione) senza necessariamente insistere sulle motivazioni al gioco. Tali domande possono essere vissute come intrusioni o accuse e suscitare difese, sfide e provocazioni. È per questo motivo che uno degli strumenti frequentemente utilizzati nella fase di conoscenza è la psicoeducazione, un programma di informazione e sensibilizzazione che verrà approfondito nel paragrafo 6.3 del corrente capitolo. L'utente viene preso in considerazione nella sua globalità: lui e il suo stato di dipendenza con attenzione particolare ai contesti di vita familiare, sociale e lavorativa.

Il setting dei primi colloqui deve avere alcuni spazi contrattuali partecipati che definiscono le regole del tipo di interazione che si instaura. Elementi del contratto educativo sono:

- obiettivi condivisi
- impegni reciproci
- strumenti
- tempi previsti
- valutazione

Arrivare a definire quali siano i passi che operatore e utente possono fare assieme permette di passare alla fase di progettazione dei singoli interventi sui bisogni specifici. La responsabilità dell'educatore è sulla relazione, quella dell'utente di presidiare il proprio benessere e il proprio percorso. La relazione che si instaura prescinde dai vari progetti che vengono formulati andando oltre: non viene valutata in base ai suoi esiti se un obiettivo non dovesse

essere raggiunto. La relazione lascia un segno, a prescindere dai risultati, perché dà all'altro la misura di quanto sia importante.

2) Presa in carico

L'azione educativa è azione intenzionale che partendo dal disagio espresso e dall'osservazione di tutti gli elementi presenti, con criticità e risorse, mira al cambiamento attraverso la formulazione dei progetti educativi. L'educatore non si fa carico dell'intero processo riabilitativo, ma necessita di un confronto con le altre figure professionali affinché il lavoro di ogni operatore, su un particolare pezzettino di vita dell'utente, sia risorsa per l'intero trattamento.

La programmazione educativa, a partire da una conoscenza della situazione particolare e del contesto, definisce obiettivi generali e specifici, da realizzarsi attraverso strumenti e modalità definite, sottoposti a verifica finale e intermedia.

Particolare attenzione deve essere posta nel considerare l'utente come una persona che può e deve contribuire alle decisioni che lo riguardano. Il rischio nel quale può incorrere l'educatore è di sostituirsi ad esso e di incentivarne la dipendenza o soddisfare le richieste pressanti dei familiari. Porre come scopo l'autonomia del soggetto, l'aumento della sua autostima e della consapevolezza delle sue potenzialità, non significa assumere atteggiamenti buonistici, sempre in agguato, basati su interventi istruttivi composti da consigli e massime su cosa è bene e cosa è male fare, giusto o sbagliato: solitamente i consigli rimangono della persona che li dà e creano una dipendenza che offre poche possibilità di sviluppo. L'educatore ragiona insieme al soggetto sulle possibili conseguenze delle proprie azioni e sugli eventuali pro e contro, ma le decisioni devono essere prese dall'utente così che si impegni in un processo che lo renda sempre più autonomo.

3) Monitoraggio

Frequentemente dopo i primi incontri gli utenti vengono indirizzati verso la risorsa più atta a rispondere alle richieste portate, per cui è possibile che non ci sia più necessità di proseguire il trattamento con l'educatore. Ciò che egli può fare in questa fase è dare la propria disponibilità rispetto ad eventuali

esigenze e ribadire la propria presenza volendo seguire gli sviluppi del trattamento. La relazione educativa implica infatti una dimensione emotiva che porta l'operatore a prendersi a cuore le situazioni di quelle persone che magari non segue più lui direttamente. Dedicare del tempo è messaggio di cura e attenzione, segno di un sincero interesse per l'altro e di fiducia nelle capacità e possibilità di successo nel percorso. Come già affermato, l'obiettivo non è per tutti l'astinenza, per cui un programma può ritenersi concluso anche quando si raggiunge una stabilizzazione nell'attività e un accettabile livello di vita: il gioco c'è, si impara a convivere, ma magari si ha una famiglia e un lavoro come rete di supporto. In questi casi si cerca di spingere ulteriormente all'autonomia e alla consapevolezza delle proprie risorse ricordando i successi ottenuti, rinforzando positivamente gli sforzi fatti, dando consigli, evitando di assumere atteggiamenti che possano rievocare una presa in carico e assicurare circa le difficoltà che si potranno ancora riscontrare. Con questo tipo di utenza, con alle spalle storie disastrose che proseguono per anni, è importante che l'operatore sappia mettere da parte i propri "deliri di onnipotenza" che lo portano ad agire. Molte volte ciò che bisogna fare è aspettare, lasciare che il tempo scorra affinché il soggetto possa maturare pensieri e motivazioni nuove. Questa attesa è diversa dal non intervenire, dall'abbandonare la persona a sé stessa: è una scelta consapevole e intenzionale.

La fase di monitoraggio è importante per evitare fughe tardive dalla terapia, dopo la scomparsa del sintomo. Si tratta di abbandoni che coinvolgono giocatori e familiari che dimostrano come le persone, una volta liberate dalle manifestazioni dell'azzardo, non intendano analizzare ed elaborare a fondo le dinamiche disfunzionali presenti al loro interno, individuando nel solo sintomo l'origine dei problemi.

6.3 GLI STRUMENTI

Per raggiungere le finalità fin qui illustrate, l'educatore usa strumenti che sono propri anche di altre figure professionali, ma coniugati secondo la propria specificità. Molti operatori che esercitano il proprio ruolo in ambito

socio-sanitario effettuano colloqui, progetti, osservazioni e instaurano relazioni con gli utenti. Ciò che rende diverso l'educatore dagli altri è il modo in cui usa tali tecniche e le finalità che intende perseguire. Ad esempio, durante un colloquio presta attenzione sia sul piano dei contenuti che della relazione, offrendo tutta l'attenzione per comprendere i significati profondi espressi dall'altro. I toni della conversazione sono diversi a seconda che si debba aiutare l'altro a divenire consapevole di un problema o a prendere delle decisioni, fornire un'accurata informazione, sostenere in un momento di crisi, incoraggiare il cambiamento delle abitudini, contenere la rabbia. Il linguaggio verbale è poi sostenuto e ribadito da quello non verbale: bisogna infatti concentrarsi sia sui messaggi che si inviano sia su come questi vengono percepiti dall'interlocutore.

L'accompagnamento al percorso di maturazione avviene attraverso gli strumenti della progettazione educativa e della relazione interpersonale. Questa costituisce il fulcro del lavoro educativo e si basa, come già detto, su elementi concreti, sulla condivisione di attività che non rappresentano un fare fine a sé stesso ma svolgono una funzione di mediazione, sulla vicinanza emotiva, sulla quotidianità, sull'uso di setting formali e informali. Tutte le attività proposte fungono da tramite nella costruzione della relazione educativa, perché questa non è fatta di sole parole, ma soprattutto di esperienze, attività e proposte. Definirla in termini di accoglienza, sostegno, ascolto e rispetto aiuta l'utente a sentirsi a proprio agio e ad aprirsi manifestando il proprio bisogno; al contrario atteggiamenti giudicanti e di controllo inducono chiusure. L'altro va riconosciuto per quello che è: come diverso da me, ma anche come differente dall'immagine che ci si fa di lui, legata allo stigma della dipendenza o del vizio incontrollabile. Sono passi che si compiono a fatica, in tempi lunghi, e non è detto che si arrivi sempre alla meta: un legame basato sulla fiducia può essere possibilità di cambiamento, ma a volte sono necessari avvenimenti esterni, totalmente imprevedibili, a mutare una situazione (es. decreti di allontanamento dei figli, divorzi, ecc).

La relazione interpersonale, vero oggetto del lavoro educativo, non è lasciata al caso, ma sorretta dall'intenzionalità pedagogica, filo conduttore

della professionalità. Essere intenzionali significa innanzitutto comprendere che il proprio intervento si snoda lungo un arco di tempo definito, con un inizio e una fine, e progettare cosa si può fare insieme lungo tale spazio perché la relazione è vissuta nel presente, ma orientata verso il futuro. Avere un progetto mirato, focalizzato sugli obiettivi da perseguire, permette di evitare azioni estemporanee, effettuate per tentativi ed errori. Essere consapevoli di ciò che si vuole, permette di gestire i contenuti della relazione e trovare il modo di trattare ciò che avviene, senza lasciarlo all'istinto o al caso.

È l'intenzionalità pedagogica che permette all'educatore di usare la relazione come strumento principale del proprio intervento: l'incontro diventa esso stesso esperienza da cui poter imparare. Una relazione si può definire educativa se *in-segna*, ovvero se lascia un segno.

Tutte le tecniche che si inseriscono nello spazio della relazione servono a facilitare la comunicazione e a raggiungere gli obiettivi. Fra queste vanno menzionati i molteplici giochi psico-pedagogici, legati all'immagine e alla creatività, che stimolano a raccontarsi aiutando a ridurre le difese nel parlare di sé e a comunicare aspetti che potrebbero non emergere avvalendosi semplicemente della parola. Nella pratica con gli adulti si utilizzano tecniche quali la scrittura e la narrazione come recupero dei momenti passati, positivi o negativi che siano stati, al fine di aumentare i processi di consapevolezza del sé, di cura dei propri vissuti e di inserimento dei propri apprendimenti in una cornice di senso. La scrittura autobiografica, ad esempio, rappresenta un metodo per la valorizzazione di sé stessi e lo sviluppo di capacità cognitive e diverse forme di pensiero. Si sviluppano percorsi di strutturazione del tempo libero, impiegandolo in attività ludico-ricreative, oppure in attività che stimolino la crescita culturale e civile e lo sviluppo della socialità, o ancora che promuovano l'impegno verso impegni socialmente utili di volontariato, o attività occupazionali in grado di valorizzare la professionalità acquisita in precedenza. Con l'utenza più adulta l'intento è di preparare ad affrontare il momento del distacco dal lavoro per favorire una senilità non emarginata, inserita nella comunità di appartenenza.

Un discorso a parte merita la tecnica della psicoeducazione, uno strumento elaborato nel 2002 da Tazio Carlevaro, medico specialista in psichiatria e psicoterapia operante nel trattamento GAP in Svizzera.

Il programma si compone di tre blocchi, da distribuire su tre diversi incontri, che indagano l'attività di gioco, forniscono informazioni su come uscirne e come non ricaderci e lasciano all'utente dei compiti da fare a casa. Di questi ultimi l'educatore non valuta tanto i contenuti quanto l'impegno: servono a misurare la motivazione, rendono il soggetto partecipe e responsabile, facilitano la riflessione e il ricordo del materiale proposto in sede di colloquio. Il presupposto su cui si basa è che sapere e riconoscere i danni del GAP costituiscono importanti condizioni per un cambiamento. Chiaramente da solo ciò non è sufficiente a indurre una modificazione, tuttavia aiuta a decidere con maggiore coscienza. Viene proposta non solo al giocatore ma anche ai familiari per garantire loro un livello di informazione e sensibilizzazione rispetto alla malattia attraverso una serie di indicazioni operative che la pongono in una posizione fortemente partecipata.

In anni di esperienza si è osservato come sia una proposta facilmente accettata perché centrata sul problema con obiettivi chiari che non costringe la persona a mettersi in gioco su altri livelli: suggerisce indicazioni su come fare per affrontare un periodo difficile aprendo spazi di riflessione rispetto alle dinamiche di gioco. Oltre a favorire l'aggancio per un'alleanza terapeutica è utile per scardinare il pensiero magico che domina il giocatore.

6.4 UN MODELLO DI TRATTAMENTO: IL SERT DI PARABIAGO ASL-MI

La presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici e dei loro familiari al SerT di Parabiago (MI) è stata possibile grazie al progetto "Reti d'Azzardo" finanziato coi fondi della Legge 45/99 per le annualità 2004-2005 e 2005-2006.

Il nome dato al progetto da un lato vuole sottolineare quanto l'azzardo possa diventare una trappola per coloro che vi rimangono "imprigionati", dall'altro vuole puntare alla creazione di una fitta trama di servizi fra loro collegati per la gestione del problema.

Ente gestore è la Cooperativa "Il Progetto" di Castellanza (VA) che collabora strettamente alla realizzazione con l'Azienda Sanitaria Locale di Milano 1 -in particolare con il SerT di Parabiago- in qualità di ente co-finanziatore e con l'Associazione AND- Azzardo e Nuove Dipendenze- in qualità di consulente scientifico.

Il progetto, nato in via sperimentale sui distretti di Legnano e Castano Primo, si è posto come obiettivo la strutturazione di prese in carico cliniche presso il Servizio Tossicodipendenze e la comunità residenziale "Il Progetto" attraverso l'attivazione delle reti esistenti sul territorio.

Dopo un fase iniziale di ricerca volta a indagare la percezione circa la presenza del fenomeno tra gli interlocutori privilegiati della rete inviante (medici di base, assistenti sociali dei Comuni, operatori dei SerT, consultori familiari, Centri Psico Sociali, Nuclei Operativi Alcologia, e altre realtà significative del territorio come la Caritas) si è passati a far conoscere, attraverso campagne informative e pubblicità, l'esistenza e l'ubicazione dei servizi di cura specialistici cui inviare i pazienti affetti dal disturbo.

La presa in carico al Servizio Tossicodipendenze è stata così strutturata:

Fase 1

Colloquio di accoglienza svolto congiuntamente dal medico e da una figura socio-educativa con l'obiettivo di raccogliere e analizzare la domanda e contrattare la realizzazione del programma di psicoeducazione. La presenza di due operatori di professionalità diverse si è dimostrata utile: ai pazienti perché si rivolgono portano prioritariamente una sintomatologia sanitaria (ansia e depressione), agli operatori perché permette di formulare in tempi ridotti delle prime ipotesi di intervento per orientare le azioni immediatamente successive (es. necessità di un supporto farmacologico).

Fase 2

Tre incontri di psicoeducazione effettuati da un operatore socio-educativo, opportunamente formato, per valutare la persona e la sua problematica alla presenza dei familiari se disponibili. Si è osservato come la psicoeducazione sia uno strumento utilizzabile da figure diverse permettendo comunque una omogeneità rispetto alla raccolta delle informazioni, come sia efficace rispetto agli obiettivi definiti e come, essendo molto strutturato, tuteli gli operatori rispetto alla poca esperienza specifica nel trattamento dei problemi di gioco, facilitando l'aggancio.

Fase 3

Riunione in equipe di discussione del caso per l'elaborazione del progetto terapeutico individualizzato da proporre alla famiglia e alla persona. Sono presenti spazi mensili di supervisione clinica.

I programmi proposti riguardano:

- sostegno e intervento psicologico e psicoterapico, il cui andamento è sottoposto a verifica in equipe, realizzato dagli psicologi appartenenti all'Associazione AND o alla Cooperativa "Il Progetto".
- Sostegno sociale o educativo al giocatore con verifiche periodiche realizzato dagli operatori del SerT.
- Inserimento residenziale nella Comunità Terapeutica "Il Progetto" per un periodo breve (circa due mesi).
- Invio a gruppi di auto-aiuto (Giocatori Anonimi).
- Percorsi di psicoterapia di gruppo condotti da esperti dell'Associazione AND per giocatori o per giocatori e familiari.
- Invio ad un avvocato dell'Associazione AND per il riordino economico.

Nei due anni di durata del progetto sono state richieste quaranta consulenze telefoniche e aperte complessivamente trentuno cartelle:

Prima annualità

Da marzo 2005 a dicembre 2005:

prese in carico 19 persone (di cui 14 maschi e 5 femmine)

Seconda annualità

Da gennaio 2006 fino a ottobre 2006:

prese in carico 12 persone (tutti maschi)

Il target è rappresentato da persone di età compresa fra i 28 ai 68 anni sostenuti dalla famiglia (in tutti i casi eccetto 4). La maggior parte possiede un lavoro (n. 23), 6 sono pensionati, 1 casalinga e 1 disoccupato. Arrivano al SerT attraverso locandine o articoli sui giornali (n.12), inviati dalla psichiatria SPDC o CPS (n.4) o da altri servizi come Assistenti Sociali e Caritas (n.10), medici di base (n.3) o porofessionisti privati (n.2). I giochi prediletti sono: "slot machine" (n. 17), scommesse sportive (n. 7), lotto (n. 1), bingo (n. 1), casinò (3) e gratta e vinci (2).

Dati di follow up:

- Programma terminato (dimessi con esito positivo): n. 6
- Programma interrotto: n. 8
- Invio ad altri servizi: n. 4
- Attualmente in trattamento: n. 13

CONCLUSIONI

Questa tesi di approfondimento sul gioco d'azzardo patologico potrebbe chiudersi con uno schema circolare, riportandoci al punto di inizio.

L'obiettivo, infatti, era di stimolare una ricerca in merito allo spazio proprio dell'educatore professionale all'interno del trattamento del disturbo e verificare come questi disponga di competenze e tecniche idonee.

Avendo tuttavia analizzato i sistemi dei servizi, i modelli di trattamento, gli attori coinvolti e le risorse investite, sono giunta a ripropormi il quesito con cui mi sono accinta a scrivere tale elaborato "esiste per l'educatore uno spazio specifico nel percorso di cura?".

La risposta è contenuta nella domanda stessa e dipende dal peso che riveste il predicato *esistere*. Se ci riferiamo ai dati di realtà, si è arrivati alla conclusione di come sia ciascuna risorsa ad organizzarsi distintamente per far fronte alle richieste emergenti; se si parla invece di possibilità il terreno è ampio da coltivare.

È a discrezione dei singoli servizi se ad occuparsi dei giocatori e dei loro familiari siano educatori professionali, assistenti sociali, psicologi, infermieri o altro. L'unica specificità riconosciuta all'unanime è quella medico/ psichiatrica; in merito alle altre i confini si fanno più sfumati. Ma trattandosi di una dipendenza da comportamento, in cui gli aspetti sanitari e farmacologici non rivestono un ruolo centrale, definire con chiarezza le peculiarità degli interventi psico-socio-educativi risulta cruciale per riconoscere il problema come patologia con bisogni determinati da gestire professionalmente al pari delle altre dipendenze in cui i ruoli dei vari attori in campo sono meglio stabiliti.

Non ci sono ad oggi provvedimenti normativi uniformi, a livello nazionale, che sanciscano chi e in che misura debba attivarsi per fronteggiare il GAP. Viene lasciata ampia autonomia che spesso si concretizza nella curiosità di singole persone rispetto alle tematiche e alla loro volontà e convinzione di poter fare qualcosa a favore dei soggetti coinvolti.

Abbiamo esaminato come il giocatore che si presenta in un servizio esprima molteplici bisogni. Trattarli, normalmente, significa trovare per ciascuno di essi la risposta più adeguata. Così avviene nell'ambito della presa in carico dell'utenza tossicodipendente: ad esempio, un eroinomane all'arrivo in un SerT viene visitato dal medico e dagli infermieri per i sintomi fisici e la terapia metadonica, dall'assistente sociale per le pendenze sociali e dagli altri operatori a seconda delle richieste formulate.

Per i giocatori d'azzardo l'iter non è lo stesso. Si è andato strutturando, sulla scia della consolidata esperienza svizzera, un modello di trattamento -quello da me conosciuto tramite osservazioni, interviste, partecipazioni e letture- ancora in fase sperimentale nella realtà italiana in cui la presa in carico è uniforme. Come si diceva prima, ogni servizio stabilisce quali operatori si debbano occupare dell'accoglienza e dei successivi interventi di psicoeducazione. Il ventaglio di ipotesi che poi si struttura è il medesimo: monitoraggio o interventi al SerT, invio ai gruppi di auto-aiuto, inserimenti residenziali, psicoterapie. Questa modalità è quella che prevale nei servizi di cura della persona, sia pubblici che del privato sociale. Un interrogativo che mi sorge a questo punto è se questa sia l'unica risposta data sinora al problema o se ne esistano altre. La volontà di soddisfare con questo lavoro di approfondimento un mio desiderio di conoscenza mi ha portato alla formulazione di un'ulteriore domanda, che lascio aperta a futuri approfondimenti.

Si può affermare in sostanza come ci sia una certa ambivalenza nel trattamento, sia rispetto all'organizzazione dei servizi, sia alla pluralità dei ruoli in gioco.

L'ambiguità, d'altra parte, è caratteristica intrinseca del GAP.

In primis perché, sebbene sia riconosciuta come una malattia dal DSM-IV sin dal 1980 -quindi da oltre 25 anni- è ancora connotata come vizio e definita dagli stessi operatori che si trovano a doverla gestire come problematica recente; tant'è che si sta iniziando in questi anni a premere per forme di intervento specializzate. Doppia valenza che si ripete anche nella

connotazione di gioco e malattia: nasce come passatempo e può sfociare in una dipendenza.

Oltre alla dimensione di disagio individuale esiste poi una componente che va a toccare la comune idea di divertimento, liceità di comportamento, illusione di guadagno facile, ecc.

E' sì una patologia individuale, ma anche una questione socio-culturale. A questo proposito, si apre il tema di legalità connessa all'attività. Lo Stato deve garantire e promuovere la salute e il benessere dei cittadini, ma in questo caso è il primo ad indurre al gioco. Non si tratta di un comportamento illecito, come nel caso del consumo di stupefacenti, per cui è faticoso comprenderne la reale entità. I dati vengono ricavati in base al numero di giocatori che vengono intercettati dai servizi; ma spesso si assiste a situazioni in uno stadio di patologia avanzata.

Questa è la condizione attuale che incontra una persona che, come me, desidera informarsi su come venga gestito il GAP. Questo è dunque lo spazio lasciato all'educatore nei servizi. Uno spazio non legittimato formalmente, che egli si deve ritagliare su misura in relazione alle altre professionalità con cui collabora. Allo stato corrente non viene riconosciuta da alcuna norma la specificità di un intervento rispetto ad un altro; non ci sono leggi che giustificano le ragioni per cui un giocatore possa incontrare lungo il suo cammino un educatore.

Sul piano delle possibilità però questi stessi spazi si estendono. L'educatore si può occupare di trattamento, riabilitazione e prevenzione perché dotato delle competenze e degli strumenti necessari. Sa elaborare progetti tesi al cambiamento, all'apprendimento di abilità, all'acquisizione di conoscenze e alla promozione di uno sviluppo armonico della persona. Sa muoversi sul piano pratico del fare e su quello riflessivo del pensare. Promuove la ricerca di significati e il senso di responsabilità non solo negli spazi ristretti dei servizi, ma anche sul territorio, non solo per i singoli, ma anche per la comunità.

Ho sottolineato più volte il ruolo centrale che si auspica possano ricoprire i Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze anche perché in questi contesti l'educatore professionale è stato introdotto da parecchi anni con il DPR n° 309/90 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".

I SerT possono svolgere il ruolo di regia della rete territoriale di supporto al giocatore, di intervento diretto sulla persona, di promozione di iniziative per dare risalto al fenomeno e aumentare la soglia di attenzione mettendo in campo tutte le risorse professionali di cui dispongono.

Lo stimolo alla stesura della seguente tesi è nato nel corso della mia esperienza di tirocinio di terzo anno, presso il SerT di Parabiago. È lì che ho sentito per la prima volta nominare la sigla GAP e ho iniziato ad interessarmi. Questa tesi è nata con l'intento di dare una risposta a mia domande professionali, ma anche di dare visibilità a un'area di disagio che non viene molto presa in considerazione durante la formazione universitaria. Forse è questa una delle maggiori difficoltà rispetto al GAP: la sua invisibilità, soprattutto agli occhi degli operatori che potrebbero un giorno trovarvicisi in contatto.

Vuole essere un invito ai singoli operatori a non accomodarsi sui saperi acquisiti negli anni di lavoro, a non arrestarsi sulla preparazione di base, ma aggiornarsi continuamente per stare al passo con i tempi e i bisogni che cambiano.

Una tesi dunque per far luce sulla realtà che ci circonda e nella quale siamo immersi ogni giorno, una realtà di cui però non conosciamo tutti i risvolti.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare in primo luogo la prof.ssa Nicoletta, docente in guida al tirocinio, e Susanna, educatrice professionale del SerT di Parabiago che mi hanno ispirato con i loro utili consigli seguito nella stesura di questa tesi, dedicandomi tempo ed energie.

Roberta Cantù, educatrice del SerT di Cittiglio, che mi ha fornito preziose informazioni ed utili consigli; gli operatori del SerT di Parabiago, fra le cui mura è nata l'idea di questa tesi, che mi hanno dato la possibilità di partecipare come osservatrice al progetto Reti D'Azzardo.

Tutti i docenti della vecchia ESAE per avermi accompagnato in questi tre anni di formazione infondendomi la passione per la professione.

BIBLIOGRAFIA

Alippi M., Biganzoli A., Capelli M., Capitanucci D., Smaniotto R. (2005), *Il gioco d'azzardo nel territorio*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 1, pp. 12-18.

American Psychiatric Association (2002), *DSM-IV-TR MG Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali per la Medicina Generale*, Masson, Milano.

Baldini M. (2005), *Il giocatore (ogni scommessa è un debito)*, Baldini Castoldi Dalai editore, Milano.

Bertolini P. (1999), *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*, La Nuova Italia, Milano.

Biganzoli A., Capitanucci D., Smaniotto R. (a cura di) (2006), *"Reti d'azzardo". Report di un progetto sperimentale di ricerca- intervento sul gioco d'azzardo patologico*, edizioni AND-IN –CARTA, Gallarate.

Caillois R. (2000), *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Tascabili Bompiani, Milano.

Cardini M. e Molteni L. (a cura di) (2003), *L'educatore professionale. Guida per orientarsi nella formazione e nel lavoro*, Carocci Faber, Roma.

Capitanucci D. (2000), *Il gioco d'azzardo problematico*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 15-16, pp.9-14.

ID. (2004), *Gioco d'Azzardo e Salute Pubblica*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 7, pp.4-9.

ID. (2006), *Postmodernità e nuove dipendenze*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 6, pp.6-12.

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

Carlevaro T. (2004), *Psicoeducazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo. Manuale per lo specialista*, Hans Dubois editore, Bellinzona.

Croce M. (2001), *Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono*, in *Personalità/ Dipendenze*, fasc. II, pp. 225-242.

Custer R.L. (1984), *Profile of the pathological gambler* in *Journal of Clinical Psychiatry*, n.12, pp. 35-38.

Darley J. M., Glucksberg S., Kinchla R. A. (1993), *Psicologia I, sensazione e percezione. Apprendimento e processi cognitivi. Motivazione ed emozione*, Il mulino, Bologna.

Dostoevskij F. (1995), *Il giocatore*, Guaraldi Ennesima editore, Rimini.

Falanter M. e Kaber H. D. (1998), *Trattamento per i disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano.

Fiandaca G., Giarda A. (2005), *Codice penale. Codice di procedura penale*, Kluwer Ipsoa, Lavis.

Grosso M., Scoratti G., Tomisich M. (a cura di) (1993) *L'educatore professionale nei servizi per la tossicodipendenza*, FrancoAngeli IREF/ Formazione, Milano.

Guerreschi C. (2000), *Giocati dal gioco*, edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo.

Iori V. (2000), *Filosofia dell'educazione. Per una ricerca di senso nell'agire educativo*, Guerini Studio, Milano.

Langer E.J. (1975), *The illusion of control* in *Journal of Personality and Social Psychology*, n.32, pp. 311-321.

Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*, Psicologia McGraw-Hill, Milano.

ID. (2006), *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa. Prevenzione, diagnosi e metodi di lavoro nei servizi*, Carocci Faber, Roma.

Mazzocchi S. (2002), *Vite d'azzardo*, Sperling & Kupfer editori, Milano.

ID. (2005), *Mi gioco la vita. Mal d'azzardo: storie vere di giocatori estremi*, Baldini Castoldi Dalai editore, Milano.

Mezrich B. (2005), *Blackjack club. La vera storia di sei studenti di matematica che hanno sbancato Las Vegas*, Saggi mondatori, Milano.

Miller W. e Rollnick S. (1994), *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*, Erickson, Trento.

Mustacchi C. (a cura di) (2001), *Nel corpo e nello sguardo. L'emozione estetica nei luoghi della cura e della formazione*, Edizioni Unicopoli, Milano.

Pinkus L. (1999), *Tossicodipendenza e intervento educativo*, Erikson, Trento.

Rigliano P. (a cura di) (1998), *Indipendenze. Alcool e cibo, farmaci e droghe*,

comportamenti di rischio e d'azzardo: le relazioni di dipendenza, Gruppo Abele, Torino.

Salomone I. (2003), *Il Segno dell'altro. Per una propedeutica dell'esperienza educativa*, FrancoAngeli, Milano.

ID. (2005), *Lezioni di pedagogia internazionale. Verso una teoria pedagogica dell'interazione educativa*, Magma edizioni, Pesaro.

Semi A. A. (1985), *Tecnica del colloquio*, Cortina, Milano.

Strepparola G. (a cura di) (2003), *Operare nelle dipendenze patologiche. Mission dei servizi e specializzazione dell'intervento*, FrancoAngeli, Milano.

Zingarelli N. (1989), *Il nuovo Zingarelli. Undicesima edizione*, Zanichelli, Milano.

RELAZIONI TRATTE DA CONVEGNI

Avanzi M. (2005), *Gioco d'azzardo patologico e malattia di Parkinson*, convegno "Gioco d'azzardo patologico e malattia di Parkinson", 10 Dicembre 2005, Campoformido.

Capitanucci D. (2002), *Disponibilità e caratteristiche dei servizi sul territorio*, convegno Gioco D'Azzardo e Famiglia promosso da Cisf, Ass. Don Sturzo e Famiglia Oggi, 12 Ottobre 2002, Palermo.

Croce M. (2002), *Come cambiano i giochi, come cambiano i giocatori*, convegno Gioco D'Azzardo e Famiglia promosso da Cisf, Ass. Don Sturzo e Famiglia Oggi, 12 Ottobre 2002, Palermo.

D'Urso A. (2002), *Azzardo e usura: rischi e possibilità di intervento*, convegno Gioco D'Azzardo e Famiglia promosso da Cisf, Ass. Don Sturzo e Famiglia Oggi, 12 Ottobre 2002, Palermo.

Fiorin A. (2004), *Clinica del gioco d'azzardo patologico*, convegno promosso dall'ASL n° 8 Veneto, 2 e 3 Dicembre 2004, Rimini.

Imbucci G. (2002), *Costume e società: il gioco pubblico in Italia nel secondo dopoguerra*, convegno Gioco D'Azzardo e Famiglia promosso da Cisf, Ass. Don Sturzo e Famiglia Oggi, 12 Ottobre 2002, Palermo.

Lavanco G., Varveri A. (2003), *Nuove dipendenze da gioco d'azzardo: slot-machine, poker machine, bingo*, seminario di studio AND "gioco d'azzardo e comportamenti a rischio", 4 ottobre 2003, Varese.

FILMOGRAFIA

Altman R. (1978), *California poker*, USA, distribuzione Columbia.

Avati P. (1986), *Regalo di Natale*, Italia, distribuzione Medusa.

Avati P. (2003), *La rivincita di Natale*, Italia, distribuzione Medusa.

Campbell M. (2006), *Casinò Royal*, USA/Gran Bretagna/Germania/Repubblica Ceca, distribuzione Columbia Tristar film.

Caruso D. J. (2005), *Rischio a due (Two for the money)*, USA, distribuzione UIP.

Jordan N. (2002), *Triplo gioco (The good thief)*, Francia/Canada/Gran Bretagna/Irlanda, 01 Distribution.

SITOGRAFIA

<http://www.andinrete.it/> (Associazione Azzardo Nuove Dipendenze)

<http://www.aslmi1.mi.it/> (Progetto Reti d'Azzardo)

<http://www.comunitàorhtos.it/>

<http://www.gamblersanonymous.org/> (Associazione Giocatori Anonimi)

<http://www.gambling.it/>

<http://www.hcpgambling.org/>

<http://www.ministerosalute.it/>

<http://www.regione.piemonte.it/>

<http://www.sanita.regione.lombardia.it/>

<http://www.sosazzardo.it/> (Associazione degli ex Giocatori d'Azzardo e delle loro famiglie)

<http://www.wikipedia.org/>