

ASL 3 TORINO

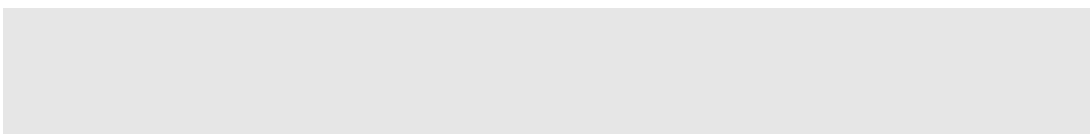
UOA PATOLOGIE DA DIPENDENZA

**AMBULATORIO PER IL GIOCO
D'AZZARDO PATOLOGICO**

**“GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO:
nuova Dipendenza
nuovi Interventi
nuovi Servizi”**

**dalla tesi di specializzazione in psicoterapia
della dott.ssa Laura PALEARI**

dicembre 2007



PREMESSA	4
INTRODUZIONE	5
CAPITOLO I	9
IL GIOCO D'AZZARDO: UN FENOMENO SOCIALE	
1.1- Cenni storici	9
1.2- Giocare d'azzardo: in balia del caso	10
1.3- Il mercato dei giochi d'azzardo cambia	11
1.4- Il Giocatore Sociale	13
1.4.1- Da Giocatore Sociale a Giocatore Problematico.....	16
CAPITOLO II	18
IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	
2.1- Un Disturbo Psichiatrico Multifforme	19
2.1.1- Una Condotta Impulsiva	22
2.1.2- Un Disturbo dello Spettro Ossessivo-Compulsivo	23
2.1.3- Una Dipendenza	24
2.1.4- Il GAP e gli altri Disturbi Psichiatrici	28
2.2- Fenomenologia	32
2.3- Epidemiologia	36
2.4- Assessment	37
CAPITOLO III	40
EZIOLOGIA: MODELLI INTERPRETATIVI A CONFRONTO	
3.1- Ipotesi Neurobiologica	40
3.2- Il modello Bio-Psico-Sociale	43
3.3- La Teoria Comportamentale	44
3.4- La Scuola Cognitiva	45
3.5- L'approccio Multimodale	48
3.6- L'approccio Psicoanalitico	51
3.7- L'approccio Individualpsicologico	53
CAPITOLO IV	62
ASPETTI SOCIALI – GIURIDICI - ECONOMICI	

4.1-	Politiche sociali	62
4.2-	Normative giuridiche	65
4.3-	Aspetti economici e rischio criminalità	66
4.4-	L'ingannevole messaggio della pubblicità	68
CAPITOLO V		70
RETE E STRATEGIE DI INTERVENTO		
5.1-	L'Ambulatorio Gioco d'Azzardo Patologico	70
5.1.1-	La rete di servizi	73
5.2-	Strategia terapeutica Bio-Psico-Sociale	77
5.3-	Il trattamento secondo il modello adleriano	79
CAPITOLO VI		82
UN CASO CLINICO		
6.1-	Il signor G. (omesso).....	82
CONCLUSIONI		83
BIBLIOGRAFIA		85
ALLEGATI		92
n. 1	Criteria diagnostici DSM-IV-R / ICD-10	
n. 2	Test S.O.G.S. forma breve	
n. 3	Progetto gruppo discussione GAP	
n. 4	Cartella clinica Coordinamento	

PREMESSA

Questa tesi nasce sulla base dell'esperienza di tirocinio pratico che ho svolto presso l'Unità Operativa Tossicodipendenze della ASL 3 di Torino presso l'Ambulatorio Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Essa non vuole essere una "trattazione" completa sul GAP ma si pone l'obiettivo di presentare quanto in questi anni ho appreso su tale patologia, che appare emergente e che sta attirando l'attenzione del mondo scientifico e dei mass-media, e di proporre una chiave di lettura in termini adleriani.

Alcuni capitoli permetteranno di illustrare brevemente il gioco d'azzardo come dimensione ludica dell'uomo ma anche come espressione di un fenomeno sociale, politico ed economico.

Il secondo capitolo presenta il gioco d'azzardo nella sua dimensione patologica, fenomenologica ed epidemiologica. Vengono brevemente illustrati anche alcuni strumenti utilizzati in fase di assessment.

Il terzo capitolo prospetta una breve carrellata ragionata dei diversi modelli teorici che, secondo la bibliografia esistente, si sono occupati di questo tema. Ad essi si affianca una mia riflessione sulla possibile applicabilità dell'approccio individualpsicologico come elemento esplicativo di questa "nuova" dipendenza.

Il quinto capitolo viene dedicato alla presentazione dell'Ambulatorio GAP (inteso come nodo di una rete di cura che accoglie, tutela, gestisce e coordina gli interventi con altri Servizi) e delle strategie d'intervento terapeutico elaborate sulla base di un modello bio-psico-sociale.

L'ultimo capitolo, infine, è destinato alla descrizione di un caso clinico.

INTRODUZIONE

Il gioco ci rapisce. Giocando siamo per un po' liberati dall'ingranaggio della vita, come trasferiti su un altro mondo dove la vita appare più leggera, più aerea, più felice”.

Fink E., 1969. Il gioco come simbolo del mondo

Il gioco è una costante del comportamento culturale dell'essere umano ed accomuna in sé sia il bambino che l'adulto. Libero ed al tempo stesso vincolato da proprie regole, il gioco è uno spazio a sé, “separato” dalla realtà comune. Innumerevoli sono i giochi e di vario tipo - di società, di destrezza, d'azzardo, di pazienza, di costruzione, ecc. – ed il grandissimo numero e l'infinita varietà rende complessa una loro classificazione secondo un principio che consenta di suddividerli tutti in un numero di categorie ben definite. Caillois (1958) attraverso una riflessione che ricomponesse osservazioni etologiche, filosofiche e pedagogiche propone una classificazione dei giochi (accolta ed adottata coralmemente dagli studiosi della materia) riconducibile a quattro tipologie: giochi di *agon* (competizione), di *mimicry* (imitazione) di *alea* (rischio) e, per finire, di *ilinx* (vertigine)¹.

¹ **Alea:** è la parola latina che indica il gioco dei dadi, si sfida il destino. Il destino (o sorte o caso) è il solo artefice della vittoria, il giocatore è totalmente passivo, non occorre che si impegni nelle sue qualità o disposizioni.

Agon: i giochi si fondano non sulle abilità di chi gioca, si sfida un avversario e si basa sulla competizione. La maggior parte dei giochi di carte mettono insieme l'agon e l'alea: il caso presiede alla combinazione delle "mani" di ciascun giocatore, e questi sfrutta le proprie abilità per utilizzare le carte che il caso gli ha attribuito.

Mimicry: (dall'inglese: mimetismo) giochi in cui prevale la simulazione, l'immaginario, l'illusione, sono i giochi di travestimento e di fantasia in cui il soggetto gioca a credere o a far credere agli altri di essere un altro. Mimica e travestimento sono due aspetti complementari di questa categoria di giochi. La mimicry non ha alcun rapporto con l'alea che impone al giocatore l'immobilità e il brivido dell' attesa, ma non è escluso che coincida per alcuni aspetti con l'agon, si pensi alle grandi manifestazioni sportive che diventano occasioni privilegiate di mimicry da parte degli spettatori. L'identificazione con il campione costituisce di per sé una mimicry.

Ilxin: giochi che si basano sulla ricerca della vertigine. Consistono in un tentativo di distruggere per un attimo la stabilità della percezione e far subire alla coscienza, lucida, una sorta di voluttuoso panico. Si tratta di accedere ad una specie di spasmo, di trance o smarrimento che annulla la realtà con vertiginosa precipitazione.

Il gioco d'azzardo è praticato dall'uomo fin dall'antichità, le prime notizie che si trovano sullo svolgimento di questa attività risalgono all'incirca al 3.000-4.000 a.C. (cfr. p. 9), si inserisce all'interno della categoria dei *giochi di alea*; il comportamento di gioco si basa sulla sorte e non sull'abilità ed è sempre previsto che sia messo in palio qualcosa che abbia per i giocatori un certo valore e che, una volta scommesso, non possa essere ritirato. Modalità di gioco da sempre utilizzata come fonte di divertimento, attualmente è sempre più diffuso e di facile accesso. Da un po' di anni si osserva infatti una enorme crescita dell'offerta di possibilità legali di scommettere (lotto, super-enalotto, "gratta e vinci", scommesse sull'ippica), ad un moltiplicarsi delle possibilità di giocare d'azzardo attraverso internet ed una massiccia invasione di slot-machines, sempre più presenti nei bar ed in altri esercizi di commercio. A questa forma di divertimento, considerato un'attività lecita ed un'abitudine normale della vita quotidiana, sembrano dedicarsi due adulti su tre².

Parallelamente all'espansione del fenomeno sociale del gioco d'azzardo si sta assistendo ad un aumento di casi di patologia da dipendenza da gioco. Si stima che nella maggior parte delle società dove il gioco si è sviluppato rapidamente nel corso degli ultimi decenni, la percentuale dei giocatori eccessivi oscilla tra l'1-3% della popolazione (Capitucci, Marino, 2002). Sono 500mila gli italiani per i quali il brivido saltuario di una giocata alla slot-machine finisce per trasformarsi in una vera e propria ossessione quotidiana. Alcune persone finiscono per stravolgere la propria esistenza secondo i dettami del "*dio azzardo*": prestiti, ipoteche, aguzzini ed in un attimo il giocatore si trova inghiottito in una spirale da cui non è più capace di uscire.

² IL Rapporto Eurispes 2007 considera il gioco d'azzardo un fenomeno sempre più diffuso tanto da coinvolgere fino al 70-80% della popolazione adulta.

Il gioco d'azzardo patologico rimane un fenomeno di difficile quantificazione, secondo uno studio condotto dalla S.I.Pa.C. i malati di gioco d'azzardo patologico in Italia sono circa 700.000.

Il DSM-IV-TR (2001) lo inserisce tra i “disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove” ma tra gli stessi studiosi c'è difficoltà ad accordarsi sulla collocazione dei giocatori in un'unica categoria omogenea e numerosi approcci di trattamento sono stati proposti per il giocatore patologico. Molti studiosi concordano nel pensare che sia necessario affrontare questa malattia utilizzando un trattamento multimodale che, applicando elementi anche assai differenti tra di loro in maniera combinata e individualizzata secondo le problematiche del paziente e della famiglia, abbia come fine ultimo l'obiettivo di far giungere il paziente alla astensione completa da ogni forma di gioco d'azzardo.

Una lettura in chiave adleriana del fenomeno gioco d'azzardo patologico permette di individuare, all'interno della Psicologia Individuale Comparata, una serie di costrutti teorici che risultano essere molto utili per offrire un inquadramento concettuale di questa “nuova” dipendenza.

La concezione di uomo come unità inscindibile bio-psico-socio-culturale, per esempio, appare molto in sintonia con quanto la ricerca afferma sull'eziopatogenesi della malattia che rintraccia in fattori *ambientali* (pressione sociale, ambiente familiare e suoi valori, ecc.), *psicologici* (volontà di autopunizione, necessità di fuga e di eccitazione, sensazione di poter controllare l'esito del gioco, ecc.) e *neurobiologici* (deficit del sistema neurotrasmettitoriale della ricompensa, fattori ereditari, ecc.) gli elementi che possono essere causa del comportamento di dipendenza da gioco.

Gli studi recentemente effettuati da Bignamini e colleghi (2002) sottolineano come l'incontro con l'oggetto con cui si fisserà la dipendenza, anche il gioco d'azzardo, rappresenta una esperienza trasformativa che produce, in termini adleriani, uno spostamento della

meta dell'individuo, una riorganizzazione del Sé-Stile di vita finalizzandolo alla ricerca spasmodica di quella sensazione, di quel sentirsi e di quello stato di grazie sperimentato durante il comportamento di gioco. In altri termini l'esperienza della giocata, l'emozione collegata alla vincita e l'investimento affettivo sottostante all'attesa del "risponso" può modificare l'aspetto del Sé-Stile di Vita e dirottare la creatività dell'individuo su di un espediente prevalente: il comportamento additivo sino a farlo diventare un comportamento patologico. L'addiction diviene così il mezzo con cui l'individuo sostiene la sua nuova finzione: sentirsi amato ed accettato dalla "Dea Bendata" e poter dominare il proprio destino attraverso una vincita straordinaria al gioco.

Infine, ma non ultimo per importanza, il modello adleriano ci consente anche di dare significato a quanto tutti gli studi evidenziano ed a quanto si sperimenta quotidianamente nell'agire clinico: l'impatto che tale dipendenza ha con l'area socio-relazionale del paziente. Per quanto infatti ogni storia di malattia sia unica ed irripetibile in ognuna appare evidente come il soggetto modifichi, in senso disfunzionale, il modo di relazionarsi con gli altri quando il comportamento patologico prende nella sua vita il sopravvento. Il giocatore patologico spesso trascura o scardina i rapporti familiari, si isola socialmente, tende a strumentalizzare gli altri e compie una serie incredibile di menzogne al fine di ottenere altro denaro per poter sostenere nuove scommesse. Con lo stesso scopo richiede finanziamenti bancari o finanziari che poi possono risultare impossibili da portare avanti secondo il piano di rientro concordato all'apertura del contratto. Situazioni più drammatiche si incontrano quando, pur di continuare a giocare, il debito viene coperto attivando nuovi finanziamenti ottenuti anche, più facilmente, tramite organizzazioni o personaggi collegati al mondo dell'usura e dello strozzinaggio.

CAPITOLO I

II GIOCO D'AZZARDO: UN FENOMENO SOCIALE

Il mondo dei giochi è così svariato e complesso che esistono innumerevoli modi di affrontare lo studio. Psicologia, sociologia, aneddotica, pedagogia e matematica si dividono un campo la cui unità finisce col non essere più percettibile [...]³.

Caillois, 1967

1.1- Cenni storici

La storia del gioco d'azzardo è strettamente legata alla storia dell'uomo, tanto che le prime notizie che si trovano sul gioco d'azzardo risalgono all'incirca al 3.000 a.C. (cfr. p. 6) nell'antico Egitto, ma anche in India, Cina e Giappone. Nella civiltà egizia per predire il futuro era praticato il gioco dei dadi. La stessa origine etimologica della parola "azzardo" riporta al dado. Essa infatti deriva dal francese *hazard*, che a sua volta deriva dall'arabo *az-zahr*, cioè dado. In un mito egiziano compaiono chiari riferimenti al gioco d'azzardo, una di queste si riferisce a Mercurio che, giocando con la Luna, riesce a vincere un po' della sua luminosità. Ciò permetterà di sommare 5 giorni agli altri 360 dell'anno che verranno celebrati dagli egiziani come i giorni del compleanno degli dei. Antichi manoscritti ritrovati in Cina, India e Giappone testimoniano che in quelle popolazioni si era soliti fare forti scommesse al gioco dei dadi ed alle corse dei carri.

La forte inclinazione per le attività ludiche si perpetuò anche nella cultura romana e nella Roma Imperiale personaggi come Nerone, Caligola e Claudio furono certamente accaniti giocatori. La propensione al gioco dei nostri avi è tuttora testimoniata da insegne, trovate in diverse taverne romane, recanti la scritta *panem et circenses: scommesse e cibo*. In epoca cristiana le attività di gioco vennero fortemente

³ I giochi e gli uomini, p. 23

scoraggiate (analogamente a quanto accade nella cultura islamica) e sotto l'epoca dei grandi predicatori (Savonarola, san Bernardino ecc.). In Senigallia, con l'editto del 2 luglio 1778, il gioco d'azzardo veniva del tutto proibito e bisogna attendere il tardo medio evo per vederlo riemergere. In quel periodo storico sono tante le testimonianze che riportano delle pratiche di gioco (Zdekauer, 1993). Il più diffuso era quello coi dadi in legno o terracotta o, per le persone più abbienti, in osso o in avorio; vinceva chi aveva proclamato ad alta voce, prima di gettare i dadi, il numero uscente. Anche in un antico gioco orientale venivano usati tre dadi ed il punteggio massimo ottenibile era 6-6-6; 666 è anche la somma di tutti i numeri della roulette ed è anche la combinazione di numeri conosciuta come il "numero del Diavolo".

Croce e Zerbetto (2001) accostano questa simbologia al fatto che il gioco d'azzardo possa diventare anche una "dannazione" se si pensa al suo essere compulsivo ed alle disastrose conseguenze alle quali può condurre questa "sete di rischio".

1.2- Giocare d'azzardo: in balia del caso

Perché un gioco si possa considerare d'azzardo deve soddisfare tre condizioni:

- 1) il giocatore deve mettere in palio una posta, del denaro o un oggetto di valore;
- 2) questa posta, una volta scommessa, non può più essere ritirata dal giocatore;
- 3) il risultato del gioco si deve basare esclusivamente sul caso.

Il termine "caso" comporta necessariamente la nozione che è impossibile controllare il risultato del gioco. L'imprevedibilità governa l'intera situazione ma la probabilità di vincere, per quanto ridotta, è la condizione sine qua non di questi giochi. Spesso il giocatore non si rende conto che la possibilità di vincere è dovuta al caso e che il vero "vincitore" risulta sempre essere chi organizza l'attività di gioco;

quest'ultimo, infatti, trattiene per sé dal 2% al 50% della posta giocata (Ladoucer e al., 2000). Di questo “vantaggio” se ne resero conto ben presto le Istituzioni Politico-Religiose tanto che nel 1731, al tempo di Clemente XII, la Chiesa trasformò il lotto in gioco di Stato. Il monopolio sul gioco d'azzardo diventa una grossa risorsa finanziaria per arricchire l'Erario e compensare i deficit statali; il gioco diventa un “bussines statale”.

Fiasco (2001) sostiene che il gioco rappresenta anche una risorsa per il popolo: per esso significa la possibilità di sperare in una vita migliore, quando lo Stato non lo garantisce. E' proprio nei periodi di crisi economica che gli italiani si affidano al gioco: “una correlazione negativa così vistosa (quando l'economia fiorisce l'azzardo deperisce) dovrebbe ridimensionare la retorica di quella che era stata indicata come l'inguaribile passione degli italiani. (...) Se il gioco è un'alternativa all'azione costruttiva per accedere al reddito, quando si riduce la credibilità della risposta attiva al bisogno (appunto nei periodi di crisi economica), allora aumenta la forza attrattiva della fortuna al gioco. Viceversa con la dinamizzazione dell'economia, acquista significato alla ricerca di soluzioni non aleatorie” (Fiasco, 2001)⁴. Anche Imbucci (1999), che ha analizzato in Italia l'evoluzione storica del gioco, ha evidenziato come il ricorso ad esso abbia soddisfatto funzioni di tipo ludico, nei momenti di diffuso benessere, e di tipo compensativo nei periodi di crisi.

1.3- Il mercato dei giochi d'azzardo cambia

Nei secoli c'è stata una notevole espansione delle modalità di gioco. A partire dalle scommesse sui cavalli, considerato in Inghilterra al tempo della regina Elisabetta I⁵ “lo sport dei re”, si giunge alle lotterie

⁴ Fiasco, 2001 p. 32

⁵ Siamo negli anni 1535 - 1603

(XVI - XVII secolo), alla roulette⁶, alle slot-machines⁷ ed agli attuali giochi dell'era multimediale (casinò virtuali, giochi on line, ...).

Per giocare ci si può recare al casinò, alle sale corse, nei bar, alla ricevitoria o addirittura, più comodamente, rimanere a casa propria, se si dispone di un collegamento a internet e di una carta di credito. I nuovi giochi d'azzardo, segnati da una vera e propria evoluzione tecnologica, definiscono un nuovo modo di giocare: solitario decontestualizzato (ad ogni ora ed in ogni luogo), globalizzato, con regole semplici e universalmente valide e pertanto ad alta soglia di accesso. Inoltre si rivolgono ad un pubblico generalmente lontano dall'azzardo e dai suoi luoghi di culto: adolescenti, casalinghe e pensionati. Appare evidente che si sta verificando nell'offerta e nel consumo di gioco d'azzardo una importante trasformazione sia in termini quantitativi⁸ (maggior numero ed aumentata facilità di accesso) sia qualitativi (giochi che presentano un potenziale dipendentogeno crescente).

Sempre più vengono immessi sul mercato giochi con carattere di maggiore addittività (Croce, 2001). Così come le sostanze anche i giochi sono molto diversi tra loro in relazione alla maggiore-minore potenzialità nel produrre rischi di addiction. Si può parlare, in accordo col Ministero dell'Interno della Gran Bretagna (Home Office, 1996), di distinzione tra giochi hard (pesanti) e giochi soft (leggeri).

La distinzione principale tra questi due sarebbe in relazione alla riduzione del tempo tra la giocata ed il pagamento della vincita, la frequenza delle possibilità di gioco, la possibilità di ripetere la giocata (elemento che favorisce la rincorsa alla perdita - cosa che costituisce

⁶ inventata nel Settecento dal filosofo Blaise Pascal

⁷ inventate nel 1895 dall'americano Charles Fay, definite, negli Stati Uniti, come "banditi con un braccio solo"

⁸ In Italia si stima che su 45 milioni di italiani tra i 18 e gli 80 anni, 13 milioni non giochino, 8 giochino ad un a un solo gioco e 24 milioni a più di un gioco (Eurispes, 2000). Il giro d'affari tra gioco legale ed illegale sfiora i 25miliardi di euro l'anno, di cui un quinto entrano direttamente nelle casse dello Stato. Si calcola che circa 30milioni di nostri connazionali si lasciano tentare dalle lusinghe della "Dea Bendata" almeno una volta alla settimana. Si gioca più al Centro (70% della popolazione) che al Sud (60%), fanalino di coda è il Nord 53% (Brain, 2004).

uno degli elementi di maggiore rischio -), ed alla possibilità di continuare a giocare non creando situazioni di discontinuità nelle sequenze di gioco. I nuovi giochi tecnologici si stanno distinguendo per la loro attitudine ad un gioco solitario ed a-sociale con evidenti rischi di sconfinamento in forme di gioco problematico e patologico (Croce, 2001).

Particolare interesse e preoccupazione riveste poi l'impatto della diffusione delle nuove forme di gioco presso gli adolescenti dove si evidenzia il passaggio da giochi informali, autoorganizzati ed autogestiti, verso il consumo di forme di gioco commerciale a forte rischio di addiction, quali le slot-machines, che potrebbe essere causa di maggiore dispendio di denaro, di furti e di incrocio con altre sostanze additive o con altri indicatori di disadattamento sociale (Lesieur e Klein, 1987; Ladoucer e Mireault, 1988).

1.4- Il Giocatore Sociale

Quando il giocatore, pur sperando nella vincita, è motivato da un semplice desiderio di divertimento ed è in grado di smettere di giocare quando lo desidera viene definito "*giocatore sociale*".

Il giocatore sociale per quanto sia una persona soggetta alla lusinga dell'*Alea*, al fascino del guadagnare tutto in una volta, senza fatica, in un attimo, intuisce il labile confine (senza oltrepassarlo) tra innocua distensione e morboso accanimento. Le perdite al gioco pur essendo vissute con rammarico non diventano elemento di grosso affanno: in fondo il denaro puntato, il "piatto", come si usa dire, non era gran cosa in quanto la perdita non è mai superiore alle possibilità economiche del giocatore.

Da una indagine condotta dall'ABACUS su un campione significativo della popolazione italiana adulta è possibile desumere l'idebtikit del giocatore abituale (Natale, 1998): maschio (solo nel "gratta e vinci" prevalgono le donne), con istruzione di scuola dell'obbligo, residente tendenzialmente nel meridione, di età tra i 25 ed i 35 anni,

occupato come commerciante, artigiano, operaio, oppure disoccupato (questa indagine tuttavia considera solo i concorsi a premi “ufficiali”, non “videogiochi”).

Accostarsi al gioco d’azzardo in modo “responsabile” non esime però il giocatore sociale dall’essere spesso identificato, a livello di immagine sociale, come “vizioso”⁹.

Al di fuori di questa etichettatura il gioco, anche quello d’azzardo, risulta allora essere un’attività intimamente connessa con la natura dell’uomo, serve a riprodurre situazioni reali, insegna ad affrontare le difficoltà, a stare insieme con altri e aiuta ad evadere dalle condizioni di malessere. In tal senso Fink (1957) afferma che il gioco rassomiglia ad un’oasi di gioia in quanto giocando si è un po’ liberati dall’ingranaggio della vita, come trasferiti in un altro mondo dove la vita appare più leggera, più aerea, più felice. Giocare equivale quindi ad interrompere la routine, prendersi una pausa ed un alleggerimento dal peso dell’esistenza.

L’analisi proposta da questo autore viene confermata anche da altre ricerche psicosociali che sembrerebbero indicare nel ricorso al gioco la possibilità di trovare una forma di risposta – non necessariamente disfunzionale o problematica – a bisogni ed a ruoli altrimenti non raggiungibili o non esprimibili (Azzimondi et. Al., 2001). Per il giocatore sociale l’attività di gioco rappresenterebbe allora un “mondo altro e parallelo” in contrapposizione – o in alternativa – ad un mondo apparentemente governato da razionalità e da calcolo. Un luogo ed un momento - quello della programmazione della giocata e dell’attesa dell’esito -, spesso condiviso con gli amici che permette di vivere un’avventura, una sfida, o di sperare in un “magico cambiamento della propria vita”.

⁹ In Italia, per esempio, un’indagine svolta sull’identikit del giocatore d’azzardo evidenzia che il 50% dei nostri connazionali lo considera *un vizioso*, il 25% *uno che ha trovato il modo per rovinarsi*, l’11,4% *uno che sa divertirsi*, il 7% *uno che si permette un lusso* e soltanto il 4,3% *uno che ha trovato il modo per arricchirsi facilmente* (op. cit.).

Per altri si tratta invece di avere una possibilità per riempire (o non vedere) momenti di noia, di mancanza di senso, di depressione, di insoddisfazione (Lavanco, 2001). Le considerazioni proposte da Lavanco non possono non condurre ad uno dei concetti capisaldi della Psicologia Individuale, la “*finzione*”, concetto che offre uno spazio per una riflessione articolata e complessa sia che si faccia riferimento all’individuo sano o che si voglia comprendere la situazione patologica. Ne “*IL temperamento nervoso*” Alfred Adler (1912) espone diffusamente la sua teoria finzionale: le idee di *finzione*, *finzione rafforzata*, *controfinzione*, *meta finzionale* scandiscono lo sviluppo psichico del bambino, la vita *inter ed intra* soggettiva dell’adulto, i percorsi della malattia mentale e le tappe terapeutiche. La poliedricità teorica e la molteplicità delle valenze applicative, insite nell’idea di finzione, permettono di coglierla ed utilizzarla entro un vasto margine di possibilità di interpretazione individuale per la rielaborazione dei vissuti d’inferiorità presenti, fin dalla nascita, nell’uomo. La finzione del giocatore sociale, quella della grande vincita, appare allora interpretabile come mezzo “protettivo” rispetto al senso di inferiorità e lo spazio ludico del gioco può essere visto come “palestra di vita” all’interno della quale si può sia sperimentare l’importanza della cooperazione sociale che esprimere il proprio bisogno di affermazione personale. Ancora una volta sono le stesse parole di Adler a venirci in aiuto per esprimere al meglio questo concetto: “*Tramite il gioco possiamo risalire ai rapporti che intercorrono fra l’ambiente e il fanciullo, scoprire come egli giudica i propri simili e intuire una sua eventuale tendenza al predominio. Ci è consentito così di ricostruire come il ragazzo s’inserisca nella vita. [...] Il gioco è anche una prova del sentimento sociale, naturalmente inteso nel bambino, che cerca di appagarlo in ogni occasione. [...] L’osservazione dei giochi è dunque un valido metro per determinare con esattezza il sentimento sociale nell’età evolutiva*”¹⁰.

¹⁰ Adler, 1927 p. 88

1.4.1 Da Giocatore Sociale a Giocatore Problematico

Il processo che conduce il *giocatore sociale* a diventare *giocatore problematico* e successivamente *dipendente* appare subdolo e lento. Attualmente manca anche un'accurata e certa comprensione sia dei *fattori di rischio*, che determinano il passaggio da una modalità all'altra, sia dei *fattori protettivi*. L'individuazione di tali fattori potranno diventare il punto di partenza per progettare interventi sociali nella logica della prevenzione.

Esistono test, in particolare il SOGS (South Oaks Gambling Screen¹¹) che sono stati studiati appositamente per individuare con buona approssimazione chi questa linea l'ha superata e chi, invece, si trova in una situazione "a rischio". Spesso è però la rete sociale del giocatore, in modo particolare il suo sistema familiare che, prima dell'interessato, si accorge dello "scivolamento" da una posizione all'altra. I segnali collegati alla perdita del controllo del gioco fanno senza alcun dubbio riferimento all'enorme mole di denaro e di tempo spesi nel gioco, all'affetto negato in famiglia, all'abbandono delle proprie responsabilità di coniuge e genitore. Altri segnali possono giungere dal sistema lavorativo che è testimone di calo dell'efficienza e di assenze dovute al gioco; in certi casi gravi il soggetto perde anche il lavoro. Infine, dal punto di vista sociale, il giocatore può giungere a modificare il proprio concetto di moralità sino ad arrivare a commettere atti illeciti.

In questi casi accade che la persona, pur essendo stata fino ad allora sempre onesta, commette reati di vario genere per finanziare la propria attività di gioco senza avere però la consapevolezza di agire un crimine. Per lui non si tratta di rubare ma di prendere soldi in prestito, da restituirsì con la grossa vincita che egli è sicuro di fare con essi.

Alcuni autori, a costo di correre il rischio di segnare confini rigidi e configurazioni del tipo o/o, che nella realtà non si trovano così chiaramente definiti, hanno cercato di individuare alcuni elementi che

¹¹ Allegato n. 2 p.101

siano in grado di definire, e quindi distinguere tra loro, il Giocatore Sociale, quello Problematico e quello Patologico.

Francisco Alonso-Fernandes, nel 1999 propone la seguente classificazione:

1. **Giocatore Sociale:** spinto da *“spirito ricreativo”*, mantiene un controllo tale per cui il gioco non interferisce nel funzionamento normale della sua vita;
2. **Giocatore Problematico:** ricorre a qualsiasi mezzo pur di vincere, non accetta la perdita ed a volte può anche reagire in modo violento;
3. **Giocatore Patologico leggero:** il gioco è sintomo di una patologia sottostante, per esempio uno stato depressivo;
4. **Giocatore Dipendente:** ha sviluppato una vera e propria dipendenza nei confronti di questa attività, fenomeni di comorbilità sono solitamente una conseguenza di questa dipendenza primaria.

CAPITOLO II

II GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Erano le dieci e un quarto quando entrai nel casinò, con una tale e ferma convinzione e contemporaneamente con una tale agitazione che non avevo mai provato prima [...]. Dopo le dieci intorno ai tavoli da gioco restano solo i veri, appassionati giocatori, per i quali alle terme esiste solo la roulette [...]. Ero come in delirio e di colpo realizzai! E solo quella volta, durante tutta la serata, per tutto il gioco, la paura mi attraversò come una corrente fredda e cominciarono a tremarmi le mani e le gambe¹².

Dostoevskij, 1866

Un tema molto forte e che divide gli studiosi è se il GAP debba essere considerato un comportamento di addiction o meno. Considerato nella terza versione del DSM come un disturbo degli impulsi appare però, per la condotta del giocatore patologico e per le dinamiche psicologiche che lo guidano, simile e per certi versi sovrapponibile alle patologie da dipendenza. La sintomatologia multiforme che lo caratterizza incide su tre aspetti dell'individuo (Pani, Biolcati, 2006):

- **psicologico:** ossessione del gioco, senso di onnipotenza, presunzione, nervosismo, irritabilità, ansia, alterazioni del tono dell'umore, persecutorietà, senso di colpa, alterazioni della autostima, tendenza alla superstizione, aumento dell'impulsività, distorsione della realtà (minimizzare, enfatizzare);
- **fisico:** alterazioni dell'alimentazione, cefalea, disturbi del sonno e sintomi fisici dell'ansia (tremori, sudorazione, palpitazioni, ecc.);
- **sociali:** danni economici, morali, lavorativi, familiari, isolamento sociale e difficile gestione del denaro (spese impulsive).

¹² Il Giocatore pp. 149-155.

2.1- Un Disturbo Psichiatrico Multiforme

A poco a poco, guardandolo, la febbre del gioco prese anche me. I miei colpi andarono male. Poi cominciai a sentirmi come in uno stato d'ebbrezza estrosa, curiosissima: agivo quasi automaticamente, per improvvise, incoscienti ispirazioni; puntavo, ogni volta, dopo gli altri, all'ultimo, là! E subito acquistavo la coscienza, la certezza che avrei vinto. [...] Per qual misterioso suggerimento seguivo così infallibilmente la variabilità imprevedibile dei numeri e dei colori? Era solo prodigiosa divinazione nell'incoscienza, la mia? E come si spiegavano allora certe ostinazioni pazze, [...] in quei colpi ch'eran vere e proprie sfide alla sorte?¹³

Pirandello, 1904

Il DSM-IV-TR colloca il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) all'interno dei "*Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove*"¹⁴ definendolo come una modalità maladattiva di gioco d'azzardo, caratterizzata da perdita di controllo sul comportamento e gravi problemi conseguenti in diverse aree vitali. In questa eccezione il GAP tende a perdere connotazioni morali per essere inserito in quei Disturbi Mentali caratterizzati dal venir meno del controllo volontario e dall'instaurarsi di stili di vita e di pensiero talmente pervasivi da divenire, nelle fasi avanzate, l'unica modalità di funzionamento psichico e fisico.

Il GAP ha però grande affinità con il gruppo dei *Disturbi Ossessivo-Compulsivi (DOC)* e soprattutto con i *Comportamenti d'Abuso e le Dipendenze* cosa che, in termini generali, lo può fare considerare un disturbo psichiatrico multiforme che nella pratica clinica permette di osservare una estrema variabilità di segni e sintomi. Forse però, sottolinea Croce (2003), al di là della felice o meno collocazione dei giocatori d'azzardo patologici nel DSM-IV, il rischio più grosso consiste nell'essere indotti a pensare ai giocatori come ad una categoria omogenea. Le persone che incontrano i criteri per essere definiti

¹³ Il fu Mattia Pascal pp. 58- 60.

¹⁴ Allegato n. 1 p. 100

giocatori patologici, in realtà a loro volta costituiscono un gruppo molto ampio che va diviso in sottocategorie molto diverse tra loro per l'evoluzione del sintomo, struttura di personalità, indicazione di trattamento e prognosi. Studi recenti relativi agli outcomes (Blaszczynsky e coll., 1991; Gonzales-Ibanez, 1996; Blaszczynsky, 2000; cit. in Croce, 2001) hanno provato a considerare e sostanziare l'ipotesi che il giocatore patologico, così come è definito dal DSM-IV-R, non appartenga ad una categoria omogenea. Blaszczynsky ipotizza la presenza di tre sottogruppi:

1. *Giocatori patologici-non patologici*. Sottogruppo definito con un ossimoro, comprende soggetti caratterizzati dall'assenza di ogni specifica diagnosi di premorbidità ma che sulla base ad esempio di credenze erranee o di distorsioni di tipo cognitivo possono incontrare criteri del DSM quali ad esempio la preoccupazione per il gioco e la rincorsa delle perdite. Generalmente non è concomitante l'abuso di sostanze e l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato, e non causa, del gioco. Presentano un'alta compliance al trattamento ed a conclusione dello stesso possono raggiungere un rapporto con il gioco moderato.¹⁵
2. *Giocatori emotivamente disturbati*. Tale sottogruppo ha le stesse determinanti di ordine ecologico del gruppo precedente. Ma, in aggiunta, questi soggetti presentano precondizioni di morbilità all'ansia e/o alla depressione, una storia di povertà nel fare fronte alle difficoltà, un background familiare negativo. Il ricorso al gioco sembra motivato dal desiderio di modulare gli stati affettivi¹⁶.

¹⁵ Croce (2003) suddivide questo gruppo in tre diverse declinazioni: 1) i **compensatori** (trovano nel gioco la fuga dai rischi della vita), 2) i **traumatici** (il gioco serve per rispondere ad un bisogno/desiderio di modulare uno stato affettivo disforico recente, una sofferenza, la perdita di un ruolo sociale; in essi prevale il meccanismo della rimozione e dello spostamento), 3) i **magici** (il gioco è fortemente condizionato dal pensiero magico; questo sottogruppo può presentare più problemi rispetto alla possibilità di mantenere un gioco moderato).

¹⁶ Croce (2003) ipotizza una ulteriore sottotipizzazione: i **tossici** (il gioco sostituisce, integra, compensa, amplifica il consumo/abuso di sostanze o vere e proprie condotte di dipendenza; spesso si osserva la presenza di una struttura di base dipendente), i **sensation seekers** (nel gioco

3. *Giocatori con correlati biologici.* I soggetti di questo sottogruppo presentano maggiori indici di severità patologica, una vulnerabilità biologica e tratti di impulsività nel comportamento che spesso precederebbe il gioco e deficit nell'attenzione. Sarebbero inoltre caratterizzati dalla presenza di preesistenti fattori di vulnerabilità: familiarità al gioco d'azzardo, tratti di personalità nevrotica, premorbidità a depressione, ansia, dipendenza da sostanze, tendenza alla fuga od ad aggressività passiva ed esperienze negative nello sviluppo. Il ricorso al gioco risponderebbe ad un bisogno raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione, un'alterazione dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Evidenziano inoltre una marcata propensione a trovare attività gratificanti ed una incapacità di posticipare la gratificazione.

Un'altra ipotesi interessante di categorizzazione viene proposta da Guerreschi (2000) che indica sei diverse varietà di giocatori:

1. *Giocatori Compulsivi con Sindrome da Dipendenza:* hanno perso il controllo sul loro modo di giocare. Per essi, giocare d'azzardo è la cosa più importante nella vita. Il gioco d'azzardo compulsivo è una dipendenza progressiva che abbraccia tutti gli aspetti della vita del giocatore. Mentre continua a giocare, la sua famiglia, i suoi amici ed il suo lavoro vengono influenzati negativamente. Il giocatore compulsivo non può smettere di giocare, indipendentemente da quanto lo desideri o da quanto duramente ci provi.
2. *Giocatori inadeguati senza Sindrome da Dipendenza:* giocano per trovare alleviamento dalle sensazioni di ansietà, depressione, rabbia, noia o solitudine. Usano il gioco d'azzardo per sfuggire dalle difficoltà della vita. Il gioco provoca un effetto analgesico invece di una risposta

inseguono l'emozione del rischio. Essi richiedono interventi psicoterapeutici più intensi mirati a fronteggiare la capacità di affrontare lo stress, il miglioramento dell'autostima, dell'immagine del sé ed una maggiore comprensione dei meccanismi intrapsichici. Questi soggetti sono più a rischio di ricaduta per cui per essi è consigliabile l'astinenza dal gioco).

euforica. Questi giocatori non sono giocatori compulsivi. Sono identici ai bevitori inadeguati senza sindrome da dipendenza alcolica.

3. *Giocatori sociali costanti*: il gioco d'azzardo è la fonte principale di relax e divertimento. Mettono il gioco in secondo piano rispetto alla famiglia e al lavoro e mantengono ancora il controllo sulle loro attività di gioco.
4. *Giocatori sociali adeguati*: giocano per passatempo, per socializzare e per divertirsi. Il gioco d'azzardo è percepito come una distrazione o una forma di relax. Il gioco non interferisce con i compiti della vita: famiglia, amicizie e lavoro.
5. *Giocatori antisociali*: si servono del gioco d'azzardo per ottenere un guadagno in maniera illegale.
6. *Giocatori professionisti non patologici*: si mantengono giocando d'azzardo.

2.1.1- Una Condotta Impulsiva

Tale prospettiva ha riscosso, almeno nel passato, un consenso pressoché unanime, senz'altro legittimato dalla scelta del DSM-IV e dell'ICD-10¹⁷ di collocare il GAP entro l'ampio spettro dei *Disturbi del Controllo degli Impulsi* e dalla constatazione che la dinamica di certi comportamenti disfunzionale nel GAP ricordano le fasi tipiche degli atti impulsivi, ovvero *tensione preliminare → azione → sensazione di piacere/sollievo concomitante e/o susseguente*. Tuttavia, pur rilevando nella pratica clinica la presenza del comportamento compulsivo, la ricerca non ha ancora dimostrato che la condotta impulsiva sia un fattore predisponente il gioco maladattivo o, piuttosto, ne rappresenti un'inevitabile conseguenza, una variazione comportamentale di origine secondaria. Ciò che si osserva quotidianamente incontrando i giocatori patologici è che essi sono incapaci, con un solo atto di volontà, di esercitare un controllo efficace sulla propria condotta e che ciò comporta almeno a lungo termine, conseguenze negative in ogni settore della vita

¹⁷ Tab. n.1, p. 25

quotidiana. Periodicamente o in modo continuativo si osserva una progressiva perdita del controllo dell'impulso al gioco, ed un coinvolgimento completo nella ricerca di denaro con cui giocare. Malgrado le conseguenze negative vi è perseveranza in questo comportamento. In altri termini, sono presenti due elementi, strettamente connessi, che qualificano il disturbo: I) un'impulsività patologica ed II) una conseguente compromissione della vita familiare, sociale e lavorativa del giocatore il che evidenzia che entrambi i manuali diagnostici hanno "costruito" i propri criteri diagnostici prevedendo una stretta connessione tra elementi intrapsichici e socio-relazionale.

Tale caratteristiche rendono il giocatore "compulsivo" molto simile alla persona alcol dipendente che, come sottolinea Adler (1920), mostra un errato adattamento alla vita che si manifesta con scoraggiamento, vigliaccheria, sensazione di inadeguatezza ed iper emotività. La mancanza di coraggio viene sostituita, in età adulta, dal "coraggio liquido".

2.1.2- Un Disturbo dello Spettro Ossessivo-Compulsivo

L'ipotesi che il gioco patologico possa essere equiparato ai *Disturbi Ossessivi-Compulsivo* sembra essere supportata da alcune analogie psicopatologiche riferibili soprattutto alla ripetitività dei comportamenti¹⁸ ed ai ricorrenti pensieri centrati sul tema del gioco. La riscontrata efficacia dei trattamenti farmacologici con clomipramina (Hollander et al. 1992) ed i risultati di alcune ricerche (Blaszczynsky, 1999), condotte però su piccoli campioni, sembrano comprovare la possibilità che il GAP possieda una "dimensione ossessiva"¹⁹. Tale prospettiva teorica è stata però anche contestata, in particolare Panchieri (1992) afferma che l'impulso a giocare, benché continuativo, non

¹⁸ Lindner, 1950 - compara i comportamenti compulsivi del giocatore alla reiterazione vacua delle compulsioni.

¹⁹ Va precisato che la scarsa rappresentatività dei campioni di ricerca diminuisce il valore dei dati rilevati.

manifesta l'intrusività e l'afinalismo delle ossessioni, appare egosintonico e le possibili remore del giocatore si riferiscono più all'anticipazione delle eventuali conseguenze negative che all'atto in sé; inoltre, l'autore precisa, la condotta di gioco non ha carattere difensivo, non viene giudicata irragionevole o eccessiva e si esprime in un contesto di "intenzionalità e premeditazione" che la distanzia sensibilmente dalla compulsione.

2.1.3- Una Dipendenza

Una crescente mole di evidenze empiriche ha indotto numerosi ricercatori a considerare il GAP come una forma di "dipendenza" (*Addiction*) che, sebbene non comporti l'assunzione di sostanze psicoattive, implica l'insorgenza di un quadro sindromico equivalente (Jacobs, 1986). Molti elementi depongono a favore del considerare il gioco d'azzardo patologico una condotta di addiction e questo anche in considerazione del fatto che lo stesso concetto di addiction sembra ampliare il proprio dominio comprendendo anche fenomeni quali i disturbi del comportamento alimentare, lo shopping compulsivo, l'Internet addiction, ecc. (Croce, 2001). Lo stato di euforia e di eccitazione del giocatore d'azzardo durante il gioco è paragonabile a quello prodotto dall'assunzione di droghe. In entrambe le patologie risulta esserci una correlazione con un'alterazione del sistema della gratificazione, caratterizzata da craving e da una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura il piacere (Bignamini, 2002, 2006; Bignamini, Bombini, 2004; Bignamini et al., 2006).

Gli stessi criteri diagnostici del DSM –IV-TR (2001) avvicinano il disturbo GAP alle patologie di Dipendenza tanto che, sostituendo il termine gioco d'azzardo con sostanza psicoattiva, si trova la sostanziale equivalenza di otto criteri su dieci. Farebbero eccezione il criterio 6 che descrive la tipica rincorsa alla perdita del giocatore (*chasing*) ed il criterio 10 relativo al fare affidamento ad altri per affrontare una situazione

finanziaria causata dal gioco anche se comportamenti simili si troverebbero nei tossicomani (cfr. Tab.1- 2- 3- 4).

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZA	
DSM-IV	ICD 10
Tolleranza	Tolleranza
Astinenza	Astinenza
Quantità maggiori o periodi più lunghi di assunzione di quanto previsto	Incapacità di controllare il comportamento di assunzione
Desiderio persistente o fallimento nel ridurre o controllare l'uso	Forte desiderio e senso di compulsione ad assumere la sostanza
Interruzione o riduzione delle normali attività Tempo speso nelle attività connesse all'uso	Polarizzazione sull'uso della sostanza
Uso continuato nonostante la consapevolezza dei problemi provocati dalla sostanza	Persistenza dell'uso nonostante la consapevolezza dei danni

Tab. 1

CONFRONTO TRA I CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM-IV PER:	
DIPENDENZA DA SOSTANZA (3 criteri)	GIOCO D'AZZARDO (5 criteri)
Tolleranza	Aumento della quantità di denaro da giocare per raggiungere l'eccitazione
Astinenza	Irrequietezza o irritabilità quando tenta di ridurre o interrompere
Quantità maggiori o periodi più lunghi di assunzione di quanto previsto	
Desiderio persistente (o fallimento nel) ridurre o controllare l'uso	Tentativi falliti di controllare o interrompere
Interruzione o riduzione delle normali attività	Rischio di compromissione di altri aspetti della vita
Tempo speso nelle attività connesse all'uso	Soggetto assorbito dal gioco
Uso continuato nonostante la consapevolezza dei problemi provocati dalla sostanza	Reiterazione del comportamento dopo una perdita

Tab. 2

SINTOMO / SEGNO	EQUIVALENZA DEI CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV	
	DIPENDENZA DA SOSTANZA	GIOCO D'AZZARDO
Tolleranza	1°, 1b	A2
Astinenza	2°, 2b	A4
Uso compulsivo della sostanza	3, 4, 5, 7	A1, A3, A5, A6
Conseguenza avverse	6	A7, A8, A9, A10

Tab. 3

SOLO PER IL GIOCO D'AZZARDO sono previsti inoltre i seguenti criteri:
Gioca per sfuggire problemi o alleviare disforia
Mente per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco
Commette azioni illegali per finanziarsi il gioco
Dipendenza dal denaro di altri per rimediare alle spese da gioco

Tab. 4

Come nelle dipendenze da sostanza anche il GAP si definisce per alcune caratteristiche:

- insorge a seguito di una ripetizione efficace dello stimolo;
- lo stimolo è efficace in quanto soddisfa il soggetto (allevia sofferenze, induce benessere psicofisico, provoca intensa sensazione di piacere, modifica la percezione della vita)²⁰;
- avviene una alterazione dei pattern dei bisogni²¹;
- c'è presenza di desiderio, orientato alla ripetizione del comportamento, di variabile intensità che può però condurre alla perdita del controllo (compulsione – craving);

²⁰ Il concetto di piacere e di gratificazione sono importanti perché è noto da tempo che i meccanismi di gratificazione sono fondamentali per la sopravvivenza della specie (sesso, cibo, aggressività, ..) e procurano soddisfazioni forti che incitano ad una reiterazione del comportamento.

²¹ Il bisogno di riprovare la sensazione piacevole prevale sugli altri bisogni, anche se primari. Ne consegue una alterazione del pensiero, dell'affettività e del comportamento.

- la ripetizione della stimolazione induce una alterazione della condizione neuropsicofisiologica nel soggetto (*tolleranza ed astinenza*) e cambiamenti comportamentali e psicologici²².

Ancora una volta il concetto di piacere e di gratificazione conferma la sua importanza in quanto, come è noto da tempo, i meccanismi di gratificazione (fondamentali per la sopravvivenza della specie: sesso, cibo, aggressività, ..) procurano soddisfazioni forti che incitano ad una reiterazione del comportamento. Anche nella definizione di dipendenza proposta da Bignamini e colleghi (2006), la dinamica “*ricerca di piacere/felicità/senso*”, ha una posizione centrale.

La gratificazione è vista come un meccanismo sostenuto sia da sistemi neurobiologici sia da meccanismi psicologici in un modo indistinguibile sul piano dell'essere. La dipendenza viene quindi intesa come *patologia della relazione* in quanto tra soggetto dipendente ed oggetto della dipendenza si sviluppa una relazione affettiva ed emotiva, basata sulle forti sensazioni di vita che la sostanza può dare.

Pur rimanendo indiscutibile che ogni dipendenza ha specificità proprie - sia sul piano biologico, psicologico e comportamentale - quest'approccio teorico permette di definirla come una sindrome a sé stante che può comprendere al suo interno diverse sindromi derivanti da situazioni di dipendenza relazionale difformi, comprese quelle da situazioni e comportamenti.

In conformità a questa visione della dipendenza quella riferibile al gioco d'azzardo si potrebbe allora così definire: “*una condizione patologica correlata ad una alterazione del sistema della gratificazione ed ad una coartazione della modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere, caratterizzata da craving e da una relazione con un*

²² Da ciò deriva il fatto che l'interruzione del comportamento di gioco, in molti casi, comporta nel paziente sia disturbi fisici che psicologici.

oggetto (comportamento di gioco) connotata da reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia”.

2.1.4- Il GAP e gli altri Disturbi psichiatrici

Il GAP appare di grande interesse per i numerosi aspetti di collegamento con altre patologie psichiatriche. In particolare la clinica ed i test psicologici suggeriscono una forte comorbidità con i disturbi affettivi (soprattutto la depressione), i disturbi di personalità e gli stati di dipendenza.

– **Comorbidità con gli stati di dipendenza:** sono numerosi gli studi che hanno confermato che non è solo sul piano delle similitudini che il gioco d’azzardo e l’uso di sostanze trova equivalenze ma che esiste anche una associazione tra il GAP ed i Disturbi da Uso di Sostanze (sovrapposizioni o comorbidità).

Noto è infatti come la probabilità di trovare persone con problemi di gioco d’azzardo patologico tra i dipendenti da sostanza sia più alta che nel resto della popolazione, così come è maggiore la probabilità di trovare tra i giocatori persone che usano, abusano, hanno abusato di sostanze. Inoltre non sono rari i casi di coloro che sostituiscono, integrano oppure alternano “l’essere tossicodipendente o alcolisti” con il gioco d’azzardo (Croce, 2005).

La prevalenza di giocatori patologici tra tossicodipendenti in trattamento varia dal 16% (Spunt et al., 1995) al 33% (Daghestani et al., 1996). Questa situazione viene anche confermata da ricerche italiane (Bonfiglio, Barletta, 1992; Capitanucci, Bingazoli, 2000).

Di contro i giocatori in trattamento presenterebbero una alta “problematicità” (dipendenza o abuso) con il consumo di droghe o alcol. Un report del National Research Council (1999) stima l’incidenza di abuso di sostanze tra i giocatori patologici tra il 25% ed il 63% segnalando come, i soggetti in trattamento per “chemical dependence”

presentino una probabilità di essere giocatori problematici da tre a sei volte superiore rispetto la popolazione generale.

Come ricorda Croce (2005) in un suo articolo, lasciando aperte le molte ipotesi teoriche e le varie questioni sottostanti gli studi, sul piano concreto le possibili relazioni tra GAP e sostanze sembrano articolarsi in:

- “dipendenza multipla”: tipica di quei soggetti che evidenziano una compresenza di comportamenti di uso/abuso di sostanze con i comportamenti di gioco d’azzardo. In tale forma sono peculiari il momento dell’attivazione (ad esempio bere prima di giocare), del potenziamento (durante), della modulazione dei down (dopo). Si parla in questo caso di sovrapposizioni o amplificazioni;
- “dipendenza sostitutiva”: ove la forma di dipendenza ritenuta più lesiva e/o rischiosa viene sostituita anche per periodi alterni con altre forme di dipendenza o di abuso ritenute meno lesive e/o rischiose. E’ ad esempio il caso di soggetti “ex tossicodipendenti o ex alcolisti” che astenendosi dall’uso di sostanze si trovano in situazioni di dipendenza da gioco d’azzardo. Si parla in questo caso di migrazioni (shift) o sostituzioni²³.

– **Comorbilità con Disturbi dell’Umore:** molti studi riportano una possibile associazione tra GAP e Disturbi Affettivi, in particolare è stata segnalata un’elevata incidenza di sintomi depressivi. In uno studio condotto negli Stati Uniti (McCormick et al., 1984) su un campione di pazienti ospedalizzati per gioco d’azzardo patologico sono stati rilevati tassi di comorbilità per alcuni disturbi dell’umore (76% depressione maggiore, 38% un episodio ipomaniacale, 8% un episodio maniacale) e nelle forme più gravi è accertata la presenza di ideazione e/o comportamenti suicidari.

²³ Non è da escludere tuttavia il percorso inverso che vede l’esordio del gioco ed il successivo “salto” ad altre forme di dipendenza da sostanza.

Spesso il giocatore si accosta al “tavolo verde” per contrastare, almeno temporaneamente, vissuti distrofici ed allontanare il peso insostenibile di stress, preoccupazioni, ansie.

La particolare ambiente che il gioco sa ricreare attorno a sé distoglie il giocatore da un'esistenza che percepisce misera ed avara. D'altro canto, qualunque siano i motivi che hanno indotto il soggetto a giocare, nella seconda fase della “rincorsa” è inevitabile esperire intensi moti ansioso-depressivi soprattutto a causa delle conseguenze avverse scaturenti dalla reiterata e irresponsabile condotta.

Pellegrino²⁴ evidenzia che vi sono fondamentalmente tre modi di interpretare gli elevati tassi di comorbilità tra gambling e depressione:

1. la depressione sarebbe secondaria, ed emergerebbe nel tentativo del paziente di far fronte a problemi familiari, socio-lavorativi, legali, finanziari;
2. il gioco d'azzardo patologico sarebbe secondario alla depressione. Soprattutto le donne svilupperebbero il disturbo nel tentativo di “sfuggire” ad un disturbo dell'umore, tipicamente ad un episodio depressivo maggiore (giocatrici per fuga) (Marazziti e Ravizza, 2000);
3. il gioco d'azzardo patologico, così come gli altri disturbi del controllo degli impulsi (cleptomania, bulimia, ecc.) farebbe parte dello spettro dei disturbi affettivi (Wacker, 2000).

Alcuni autori hanno anche riscontrato, in una percentuale significativa di giocatori patologici, una comorbilità con Fobie, Attacchi di Panico, Patologie Ossessivo-Compulsivo e Disturbi d'Ansia Generalizzata; tali risultati però non sono stati replicati e quindi appare necessario condurre in tale direzione ulteriori indagini (Roy et al., 1988; Bland et al., 1993; Crockford et al., 1998).

²⁴ In Croce M., Zerbetto R., (2001), p. 152

– **Comorbidità con Disturbi di Personalità:** l’attenzione dei ricercatori si è concentrata sul Disturbo Antisociale di Personalità, poiché si ritiene che esso condivida con il GAP diversi elementi clinici, tra cui la disonestà, l’impulsività, l’irritabilità e l’irresponsabilità. Alcune finalizzate ad individuare le caratteristiche psicometriche dei giocatori patologici con l’MMPI-2 sottolineano, così come avviene nei tossicodipendenti e negli alcolisti, una elevazione dei punteggi sia della scala della deviazione psicopatica (Pd) sia in quella della depressione (D) (Lowenfeld, 1979; Moravec e Munley, 1983; Cecchi, et al., 2001).

Recentemente Cocci e col. (2006)²⁵ riportano come significativi questi risultati:

- un funzionamento borderline del giocatore “medio”. Segnalano la presenza di un Io fragile a cui il gioco sembra fare da “stampella” per acquisire valore e potere così come la sostanza fa con il tossicodipendente;
- una correlazione tra le variabili “gravità della scala Deviazione Psicopatica (Pd)” dell’MMPI-2 e “gravità della dipendenza da gioco” misurata con il SOGS;
 - tratti ipocondriaci, tratti antisociali;
 - una componente d’ansia legata ad esperienze emotivamente traumatiche con tendenza alla somatizzazione dell’ansia attraverso sintomi ipocondriaci.

Altre ricerche suggeriscono inoltre che tra i giocatori patologici possano essere comuni il disturbo narcisistico (Rosenthal, 1997), il disturbo borderline (Perinelli, 2003; Montalvo e Echeburùn, 2004) e quello antisociale (Blaszczynsky et al., 1997; Perinelli, 2003) così come avviene tra i dipendenti da sostanze (Gerra e Frati, 2000).

²⁵ La ricerca è stata condotta presso l’Ambulatorio per il Gioco d’Azzardo e le Nuove Dipendenze del Dipartimento delle Dipendenze della A-Usl 8 di Arezzo. Dato l’esiguo numero del campione i risultati ottenuti non possono essere generalizzati all’intera popolazione dei giocatori d’azzardo.

2.2- FENOMENOLOGIA

IL gioco medesimo, giuro che non è la brama di vincere del denaro, sebbene ne abbia un bisogno grandissimo [...]. Provavo soltanto un piacere incredibile dovuto al successo, alla vittoria, al potere [...] Fui assalito da un desiderio spasmodico di rischiare. Forse dopo aver provato tante sensazioni l'animo non si sente sazio, ma eccitato da esse, ne chiede sempre altre, sempre più intense, fino alla totale estenuazione"²⁶

Dostoevskij, 1866

L'intensa descrizione che Dostoevskij offre nel "Il giocatore" permette di prendere visione di una qualità fenomenica essenziale del gioco patologico: il concetto di "rincorsa" (*chase*). Nelle fasi iniziali della storia di gioco è facile infatti osservare la "rincorsa" di un vissuto di piacere; il "*piacere del rischio*" in cui ansia ed altre forti emozioni coesistono. Raggiungerlo sembra essere più importante - o di pari importanza - alla vincita. La via da percorrere per ottenerlo passa attraverso la sequenza: scommessa → attesa → responso (Lesieur, 1984). Il giocatore si contraddistinguerebbe proprio nel godere di quel fremito enigmatico, fatto di sofferenza e piacere, offerto dal gioco d'azzardo. Egli brama questo supplizio - molto spesso in modo inconsapevole - assai più della vincita in sé perché, come sottolinea Callois (1958), in realtà il gioco d'azzardo è un modo di cui egli dispone per poter gareggiare con il proprio destino, nell'illusione di controllarlo, anche solo nell'intervallo di una scommessa. La richiesta di "dominare il destino", di "controllare l'incontrollabile" caratterizza l'agire del giocatore patologico. Quasi tutte le teorie sul gioco d'azzardo confermano che questo senso d'onnipotenza può essere messo in relazione a qualche forma d'insoddisfazione o debolezza, oppure al senso di sopraffazione della realtà, o ancora alla disgregazione della famiglia, o all'incertezza circa il proprio futuro economico o, infine a minacce di distruzione della

²⁶ Il giocatore p. 154

società. In sintesi, il gioco, corrisponde ad un bisogno di rincorrere un immediato sollievo. Praticarlo produce un senso di potere che in ogni caso, come ben evidenziano gli Ansbacher (1956), lascia intravedere un acuto sentimento d'inferiorità sottolineato dall'impazienza, dall'irritabilità e dai sintomi nevrotici quali, per esempio l'ansia o la depressione, che, mediante lo stratagemma della giocata, può essere temporaneamente rimosso. La finzione della "facile vincita" permette al soggetto di percepire, mentre gioca, una sensazione di benessere ma, più tardi, di fronte alle perdite economiche, il sogno ad occhi aperti svanisce lasciando spazio ad una sensazione di fallimento, di incapacità o di essere sfortunato che, ancora una volta, va a rinforzare il suo complesso d'inferiorità.

Quella specie di lucida ebbrezza cresceva intanto in me, né s'intorpidiva, per qualche colpo fallito [...]. A un certo punto, ebbi l'ispirazione di arrischiare tutto, là e addio; e vinsi²⁷.

Pirandello, 1904

Nella storia di un giocatore, però, mai manca l'arrivo di una vincita ritenuta importante sia in termini economici che emotivi. Tale vissuto acquista una decisa tonalità positiva (Hight) che successivamente il giocatore cercherà di ri-attualizzare (prima fase della rincorsa). La "grande vincita", sempre piacevolmente ricordata dal paziente durante la fase dell'inquadramento diagnostico, funge così da meccanismo di rinforzo all'idea di essere "fortunato" e/o di poter confidare sulle proprie capacità per trionfare sulla "cieca sorte". Rinforzato dall'"esperienza vittoriosa" si insinua nel giocatore un'erronea aspettativa di successo, troppo alta rispetto a quanto il caso gli possa garantire.

²⁷ Op. cit. p. 58

Per qual misterioso suggerimento seguivo così infallibilmente la variabilità imprevedibile dei numeri e dei colori? Era solo prodigiosa divinazione nell'incoscienza la mia? [...] No, no: io ebbi proprio il sentimento di una forza quasi diabolica in me, in quei momenti, per cui domavo, affascinavo la fortuna, legavo al mio il suo capriccio²⁸.

Pirandello, 1904

Ora può inseguire un'altra finzione, quella di essere "vicino" alla vincita. Fantastica successi strabilianti ed inizia a modificare il comportamento di gioco: lo pensa costantemente, attribuisce a ciò che gli capita durante il giorno un significato premonitore di vincita, aumenta il numero di giocate e scommette cifre di denaro sempre più alte; sfida la fortuna certo di non poter perdere. Tuttavia il prezzo da pagare è altissimo perché, alla fine, è destinato a perdere. Svanisce così la sensazione di invincibilità ed un'intensa angoscia prende il suo posto e, dopo l'angoscia, subentrano rabbia ed inquietezza. Il gioco d'azzardo diventa lentamente ed inevitabilmente una passione-ossessione ma, anche, l'unico modo che il soggetto pensa di avere a sua disposizione per risanare il bilancio delle perdite che si fanno sempre più ingenti. Egli punta e rischia più denaro di quanto non potrebbe permettersi nella speranza di recuperare i debiti contratti (seconda fase della rincorsa).

«Banco» disse Willi a un tratto, e si spaventò della parola detta e perfino della propria voce. Sono ammattito? pensò. [...] «Ancora banco». Perse. «Un'altra volta banco» [...] Willi rise, e sentì come una vertigine salirgli alla fronte²⁹.

Schnitzler, 1927.

Ancora una volta compare la "rincorsa", nello specifico si tratta della fase dell' "*inseguimento delle perdite*" ("*chasing*"), cioè il tentativo di

²⁸ Op. cit. p. 60

²⁹ Gioco all'alba p. 48-54

recuperare il denaro perduto con un “colpo di fortuna”, vista come unica possibilità di recupero della situazione. Il soggetto perde di vista quelli che sono i costi individuali e sociali a cui va incontro: difficoltà familiari, minore produttività lavorativa, possibilità di chiedere prestiti ad usurai e, magari, anche guai con la giustizia a fronte di atti criminali.

Quanto illustrato finora della fenomenologia del GAP è stato riassunto da Custer (1984) all'interno di un modello evolutivo che egli stesso raccomanda di considerare come un'approssimazione della realtà del disturbo, soggetta in quanto tale a tutti i limiti della generalizzazione. Non tutti i giocatori patologici le percorrono con regolarità assoluta, anche perché si deve tenere conto di fattori individuali, ma corrispondono in ogni modo ad un'esperienza di comune osservazione scientificamente accertata che l' autore descrive facendo riferimento a due stadi: “*discendente*” e “*della risalita*”.

In ognuno si possono distinguere diverse fasi, caratterizzate da pensieri e sentimenti specifici che accompagnano il giocatore verso la perdita del controllo sul gioco.

Nello specifico si fa riferimento a: (1) *Lo stadio “discendente”* (una specie di “luna di miele” con il gioco d'azzardo) e (2) *Lo stadio “della risalita”* (un momento di crescita e di recupero psicologico, familiare e sociale). Il primo è caratterizzato dalla:

- *fase vincente*, 3-5 anni (impressione di vincite frequenti, eccitazione legata al gioco, il gioco si fa sempre più frequente, aumenta l'ammontare delle scommesse, grossa vincita - pari o maggiore alla metà degli introiti annuali del soggetto -);
- *fase perdente*, circa 5 anni (gioco solitario, episodi di perdite solitarie -inizia la rincorsa alla vincita-, pensiero polarizzato sul gioco, negazione del problema e menzogne -irritabilità-, tentativi di controllo, problemi familiari, forti prestiti ed incapacità a risarcire i debiti contratti);

- *fase della disperazione*, alcuni mesi (marcato aumento del tempo e del denaro dedicati al gioco, allontanamento dalla famiglia e dagli amici -auto isolamento-, panico –disforia- ed azioni illegali -assegni a vuoto, truffe-, incapacità ad astenersi dal gioco o a ridurlo);
- *perdita della speranza* (ideazione e tentativi di suicidio, arresti, divorzio, alcool, crollo psico-emotivo, sintomi di ritiro).

Il secondo è caratterizzato dalla *fase critica* (in genere è ora che formula la richiesta d'aiuto); *fase della ricostruzione*; *fase della crescita*.

2.3- EPIDEMIOLOGIA

Nel 1974 le ricerche epidemiologiche stimavano che negli USA ci fossero un milione e centomila probabili giocatori compulsivi, ai quali aggiungere altri tre milioni e trecentomila potenziali, pari allo 0,77 ed al 2,33% della popolazione adulta (Kallick et al., 1979, cit. in Croce, 2001).

Ricerche successive condotte in diversi stati americani indicano sostanzialmente un tasso di probabili giocatori tra l'1,5 ed il 3% della popolazione adulta (Culleton, 1985, cit. in Croce, 2001).

Tuttavia individuare la percentuale di giocatori patologici in una data popolazione costituisce una sfida estremamente complessa per diverse ragioni. La prima è la difficoltà di analizzare un fenomeno per molti aspetti occulto e variegato (si pensi da non ultimo alla possibilità di giocare via internet). Una seconda ragione è che risultano molto complesse ed arbitrarie sia la definizione stessa di giocatore patologico, sia la distinzione tra le diverse sfumature che vanno dal gioco innocuo a quello problematico ed a quello patologico. Nonostante queste difficoltà la letteratura stima che approssimativamente l'1,6% della popolazione adulta statunitense si collocherebbe nella descrizione del DSM-IV di "Pathological Gamblers" (Level 3) ed un altro 3,85% tra il "Level 2 Gamblers" (dove vengono inserite le persone problematiche ma al di

sotto del livello patologico). Secondo uno studio del National Research Council (1999) l'incidenza del gioco patologico sarebbe meno frequente tra i soggetti ultrasessantacinquenni, i laureati ed i nuclei familiari ad alto reddito, mentre sarebbe superiore tra i giovani, le classi sociali meno abbienti e le persone meno istruite. In secondo luogo viene segnalata la familiarità. Infatti è maggiore la probabilità che i giocatori patologici riferiscano che i loro genitori erano giocatori patologici, indicando così la possibilità che fattori genetici o di modelli di ruolo possano incidere nel predisporre persone al gioco patologico. In ultimo luogo viene segnalato come fattore di rischio il precoce contatto con il gioco.

Benché non siano state fatte indagini a livello nazionale i dati italiani, ottenuti da diverse ricerche, ricalcano quelli della letteratura internazionale.

2.4- ASSESSMENT

Attualmente è possibile reperire ben 65 strumenti di valutazione per misurare il livello di problematicità del gioco d'azzardo, vengono qui però riportati solo alcuni tra quelli che sembrano essere più di uso comune.

Strumento	Autori	Anno	N. item
South Oaks Gambling Screen – SOGS ³⁰	Lesieur & Blume	1987	20

Il South Oaks Gambling Screen - SOGS (Lesieur & Blume, 1987) è lo strumento più conosciuto e diffuso per lo screening generale dei disturbi da gioco d'azzardo. Derivato dal DSM-III ha subito alcune revisioni per rispecchiare, almeno in parte, i cambiamenti avvenuti nella definizione diagnostica del disturbo. Attualmente è il più noto tra gli strumenti di rilevazione del gioco patologico a livello mondiale, tuttavia gli

³⁰ Allegato n. 2 p. 101

sono state mosse non poche critiche³¹. Si tratta di un questionario di facile e rapida somministrazione che, utilizzando 20 item, è in grado di fornire informazioni su molteplici aspetti: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza dell'attività di gioco, la difficoltà di giocare in modo controllato, la consapevolezza circa il proprio problema di gioco, i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, il tornare a giocare per tentare di recuperare le perdite, le menzogne circa le attività di gioco. Il valore massimo che si può ottenere è 20 punti; un valore di tre o quattro punti è indice di difficoltà potenziali per il gioco, mentre coloro i quali ottengono cinque punti o più hanno un problema di gioco manifesto. Chi raggiunge o supera i nove punti ha un problema grave di gioco.

Dello strumento sono disponibili differenti versioni: SOGS-M (valuta la presenza del GAP limitatamente ai 12 mesi che precedono la somministrazione del questionario); SOGS-PLUS (integra la versione originale con una serie di quesiti derivati dai criteri diagnostici del DSM-IV); SOGS-RA (utilizzato con adolescenti-studenti).

Strumento	Autori	Anno	N. item
Gambling Attitude Scales – GAS	Kassinove	1998	38

A differenza dei questionari che misurano la dimensione patologica delle attività di gioco, le scale del GAS valutano le inclinazioni generiche verso l'azzardo, le specifiche preferenze per le diverse forme di scommessa e la propensione ad assumere comportamenti rischiosi. Se abbinato ad un test di screening, lo strumento si può rivelare utile poiché fornisce un quadro informativo più dettagliato del soggetto in esame.

³¹ Alcuni autori affermano che produca un numero eccessivo di falsi positivi se applicato a campioni di popolazione generale (Pani e Biolcati, 2006)

Strumento	Autori	Anno	N. item
Addiction Severity Index – ASI	Lesieur e Blume (1992)	1992	

L'ASI è un'intervista semi-strutturata di ricerca clinica concepita per fornire informazioni importanti che riguardano aspetti della vita del paziente, che possono contribuire a tracciare un profilo di gravità in sette settori di cui quello relativo alla dipendenza da sostanza ed all'uso di alcol (McLellan et al., 1980. cit. in Pani e Biolcati, 2006). Lesieur e Blume (1992) hanno predisposto in aggiunta al quadro della dipendenza da sostanze, domande specifiche sul gioco d'azzardo. Viene chiesto al paziente di stabilire per quanto tempo si è dedicato regolarmente nella vita e negli ultimo 30 giorni ad alcune tipologie di giochi d'azzardo. In seguito gli viene chiesto di specificare se la dipendenza da gioco si presenta da sola o in associazione a dipendenza da alcol, sostanze o entrambe.

Inoltre in fase di assessment altri test, quali per esempio il MMPI-2 ed il Rorschach³² (per indagare caratteristiche di personalità), l'Hamilton Rating Scale (per ansia o depressione) e il TCI (per indagare i tratti di carattere e di temperamento), vengono utilizzati e considerati molto utili per impostare, successivamente, il progetto terapeutico.

³² Nel loro studio McCown & kaiser (2000) hanno accertato che le risposte fornite al proiettivo dai giocatori patologici riflettono l'esistenza di almeno due raggruppamenti. Il primo comprenderebbe individui ipoattivi (*Underaroused*) che nel gioco cercano di ottenere forti stimolazioni; l'analisi e l'interpretazione del loro protocollo mette in luce la presenza di una forte propensione alla socialità di spiccati tratti impulsivi uniti ad una difficile modulazione degli affetti e di scarse capacità introspettive. Il secondo gruppo sarebbe invece costituito da soggetti iperattivi (*Overaroused*) che, attraverso il gioco, tentano una "via di fuga" "liberatoria"; in questo caso, gli indici che misurano la tolleranza allo stress e la disponibilità di risorse interiori sembrano costituire la valutazione più attendibile della loro condizione.

CAPITOLO III

MODELLI INTERPRETATIVI A CONFRONTO

3.1- IPOTESI NEUROBIOLOGICA

Le teorie fisiologiche ipotizzano che all'origine dei problemi di gioco ci siano predisposizioni biologiche; in particolare, a partire dagli anni ottanta, è stato studiato il ruolo di tre importanti neurotrasmettitori in correlazione al funzionamento del cervello dei giocatori eccessivi ed al loro comportamento di gioco. I neurotrasmettitori maggiormente coinvolti sembrerebbero essere quelli *serotoninergici* (sostanze che stabilizzano l'umore), *noradrenalinergici* (responsabili dell'eccitazione) e *dopaminergici* (coinvolti nei meccanismi di gratificazione che spingono a ripetere un'azione nel caso in cui questa procuri piacere).

Sembra possibile che la noradrenalina sia importante nell'attivazione e nella stimolazione connesse con la vulnerabilità cognitiva e fisiologica del gioco d'azzardo; la trasmissione noradrenergica è profondamente coinvolta, per esempio, nella fisiopatologia dell'astinenza da uso di sostanze, e gioca un ruolo nelle prestazioni della persona. L'ipotesi di una disfunzione noradrenergica nell'eziopatogenesi del GAP trae le proprie origini dagli studi di Zuckerman (1979) sul tratto di personalità "ricerca di sensazioni forti" (*Sensation Seeking*), basato sulla teoria dell'arousal. I giocatori patologici sarebbero cioè individui caratterizzati dal bisogno di elevati livelli di stimolazione per compensare un arousal deficitario (ipofunzionamento noradrenergico); giocare d'azzardo sembrerebbe essere in grado di apportare la necessaria attivazione. Molteplici indagini psicofisiologiche hanno infatti provato che mentre si gioca d'azzardo nel giocatore (indipendentemente dal grado di coinvolgimento ma più marcatamente nei giocatori patologici) si registra un aumento del livello di attivazione corticale (Anderson & Brown, 1984; Dickerson, 1985).

La tendenza all'impulsività, caratteristica dei giocatori eccessivi ma anche di tutti i Disturbi del Controllo degli Impulsi, sembra invece essere collegata ad una mancanza di *serotonina*. Il possibile ruolo che la serotonina riveste nell'eziologia del GAP deriva dall'ipotesi che essa, tra le sue funzioni, agisca come neuromediatore dell'attività del sistema nervoso centrale, e, secondo gli studiosi, avrebbe anche la proprietà di regolare i comportamenti impulsivi (Ladouceur et al., 2000)³³.

Altri studi si basano sull'ipotesi che *l'attivazione fisiologica*, ossia lo stato di stimolazione associato alla partecipazione al gioco, costituisca uno dei principali fattori di mantenimento dei problemi di gioco. Secondo questa ipotesi alcuni giocatori, tra cui coloro che seguono le corse di cavalli, presentano un deficit nella neurotrasmissione dei *beta-endorfina*. Le persone che non hanno abbastanza beta-endorfina soffrirebbero di una mancanza di stimolazione. Le attività di gioco procurerebbero, a costoro, una fonte importante di stimolazione, che determina uno stato di eccitamento che finisce con il compensare il deficit.

Ipotesi più recenti presumono che esista una base fisiologica comune ai problemi di dipendenza ed a certi disturbi del controllo dell'impulsività (riguardanti quindi l'alcol, la cocaina, l'eroina, il gioco, il sesso, l'alimentazione), legata ad un sistema di gratificazione presente nel cervello (in realtà si tratta di una serie di centri nervosi collegati tra loro a costituire un sistema complesso, che collega la percezione dello stimolo piacevole, con la sua interpretazione cognitiva e con la fissazione nella memoria del comportamento che ha provocato lo stimolo). Questi centri nervosi hanno un preciso significato finalistico: premiano con una intensa sensazione di piacere quei comportamenti che garantiscono la sopravvivenza dell'individuo e della specie, come alimentarsi e riprodursi. Dal punto di vista evolutivo, quindi, il piacere ha il significato di una conferma che si sta mettendo in atto un comportamento considerato "vantaggioso", utile, positivo. Il piacere

³³ P. 20.

dovuto al gioco d'azzardo verrebbe allora scambiato, dai centri della gratificazione del giocatore patologico, come se fosse un comportamento positivo ed utile, di importanza vitale e, quando questo viene a mancare il cervello invia messaggi di "protesta" che suscitano una sensazione spiacevole che induce il giocatore a ripetere la giocata (Bignamini, 2006).

Ruolo importante nella sensazione di piacere è da attribuirsi al *circuito della dopamina*, che è un neuromediatore (transmitter) che ha un ruolo importante. Se il circuito in questione funziona male, si può produrre una deregolazione del sistema di gratificazione legato al piacere. E' proprio questo che predisporrebbe alcune persone a forme di dipendenza. A questo proposito, la pratica del gioco stimolerebbe temporaneamente la neurotrasmissione della dopamina, che farebbe così diminuire le tensioni, e creerebbe una sensazione momentanea di piacere (una "ricompensa"). Il giocatore dunque, partecipa alle attività di gioco per ritrovare queste sensazioni. Ma periodi di gioco frequenti e prolungati comportano, come conseguenza, uno stato di disagio estremo che può essere ridotto solo intensificando le attività di gioco. La privazione temporanea e parziale di dopamina aumenta lo stato di tensione, e la stimolazione continua del sistema delle gratificazioni, grazie al gioco, permette di diminuire questa tensione.

La stimolazione "dei centri della gratificazione", presenti nel sistema nervoso centrale, sembrerebbe avere un preciso significato finalistico: premiano con una intensa sensazione di piacere

Le ipotesi eziologiche basate sulle teorie fisiologiche hanno suscitato la messa a punto di programmi di cura basati sull'utilizzo di farmaci che, per quanto possano apparire soddisfacenti, sono ancora tutti in una fase di sperimentazione e necessitano, per un'ampia applicabilità, ulteriori ricerche. Tra quelli sperimentati nel corso degli anni c'è il *litio*, che riduce l'impulsività, e dunque i comportamenti di gioco. Alcuni tentativi di cura sono anche stati fatti con gli *antidepressivi*,

in particolare quelli della classe utilizzata generalmente anche per diminuire le ossessioni e le compulsioni, perché il piacere di giocare e la partecipazione al gioco hanno a volte qualcosa in comune con quei fenomeni psichici. Il risultato mirato con questo farmaco era di eliminare gli stati euforici che accompagnano spesso l'attività di gioco. In tal modo, nella misura in cui il bisogno di giocare perde la sua intensità, il giocatore lo ricerca con minore frequenza e questo, dovrebbe in teoria, anche ridurre i rischi di ricaduta.

3.2- IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

Il modello bio-psico-sociale, (Engel, 1980; Benedetti, 1968; Rovera , Fassino et al. 1984; cit. in Fassino, 2002) abbraccia una prospettiva eziologica plurifattoriale che fa riferimento a tre fattori concomitanti: *ambientali* (pressione sociale, ambiente familiare e suoi valori, ecc.), *psicologici* (volontà di autopunizione, necessità di fuga e di eccitazione, sensazione di poter controllare l'esito del gioco, ecc.) e *neurobiologici* (deficit del sistema neurotrasmettitoriale della ricompensa, fattori ereditari, ecc.). In tale prospettiva è possibile che precoci disturbi ambientali e relazionali destrutturati possono predisporre a disturbi biologici dei sistemi intrapsichici di informazione. Altrettanto precoci alterazioni biochimiche, non solo genetiche, a carico dei sistemi della comunicazione intrapsichica possano precedere alterazioni dei meccanismi comportamentali e relazionali. Secondo il modello di rete (Rovera et al., 1984), quindi, sistemi biochimici neurotrasmettitoriali interagirebbero con quelli intrapsichici ed interpersonali, sicché le sorgenti informative potrebbero essere trasformate dalle stesse informazioni che esse elaborano.

Utilizzando questo modello esplicativo mi sembra allora possibile affermare che non bisogna ricercare le cause del GAP *solo* nelle caratteristiche del giocatore, né bisogna considerare “onnipotenti” i giochi d'azzardo come se potessero *da soli* determinare la patologia.

Ugualmente l'ambiente non potrà *da solo* creare dal nulla i giocatori patologici, né potrà essere considerata *unica causa* l'ipotesi di predisposizione biologica ma, in genere, l'eziopatogenesi è collegata ad uno o più di questi elementi. La pratica clinica consente infatti di osservare un intreccio di nodi causativi (biologici, psicologici e socio-famigliari) che riportano al comportamento di dipendenza ma ciò che maggiormente ha importanza è il significato che il paziente attribuisce al gioco. È il Sé Creativo del paziente, centro d'iniziativa che rende unitaria e complessivamente coerente alle finalità della persona tutte le esperienze, che darà senso all'esperienza attribuendogli dei significati (biologici, emotivi, cognitivi e simbolici) che, una volta svelati, potranno dare spiegazione del sorgere del disturbo psichiatrico collegato al gioco d'azzardo. Ogni storia di malattia diventa così unica ed irripetibile e radica all'interno di meccanismi che possono ricondurre a fattori biologici predisponenti (per esempio un livello di arousal eccessivamente elevato o basso), a sentimenti di inadeguatezza (inferiorità, autostima deficitaria, colpa, vergogna) od ad un ambiente socio-culturale "propizio" (quali per esempio genitori con problemi di gioco o di alcol, ecc.).

3.3- LA TEORIA COMPORTAMENTALE

La psicologia comportamentale afferma che il gioco d'azzardo può essere spiegato da un meccanismo psicologico chiamato "*condizionamento operante*". Il condizionamento sarebbe dovuto al fatto che si stabilisce un legame tra il comportamento del "puntare" e la risposta, la "vincita". Questa, a sua volta, diventa l'elemento che rinforza il comportamento del gioco d'azzardo. Il fatto che il rinforzo (la vincita) avvenga solo di rado e non sia prevedibile, non altera tale meccanismo anzi, sembrerebbe spiegare il fatto che molti giocatori aumentano il comportamento di gioco eccessivo dopo aver vinto una somma di denaro importante nel corso delle prime esperienze di gioco (Ladoucer, et al., 2000). Sembrano fungere da rinforzo anche la sensazione di

eccitamento, dovuto all'attivazione fisiologica, e le stimolazioni provocate dal gioco. La clinica evidenzia che per alcuni pazienti sono più importanti le stimolazioni visive, e per altri quelle uditive. In alcuni casi il condizionamento diventa così forte che è sufficiente che il paziente senta il "suono della macchinetta" per attivare il comportamento compulsivo del gioco.

A partire dagli anni Sessanta le terapie comportamentali sono diventate molto popolari ed ancora oggi la maggioranza delle cure previste per il gioco eccessivo è di matrice comportamentale. Molte sono le tecniche utilizzate, ma tutte si pongono come obiettivo, da una parte, di ridurre i comportamenti compulsivi del giocatore e, dall'altra, di fargli raggiungere un migliore dominio sulle tensioni che sono collegate al gioco. Nella cura che si basa sul "*controllo dello stimolo*" si danno suggerimenti concreti al giocatore al fine di fargli raggiungere un controllo sui suoi comportamenti di gioco. Per esempio viene suggerito di evitare i tragitti o le strade che conducono alle case di gioco, oppure di consegnare l'intero salario ad una persona di fiducia, o di uscire di casa portando con sé solo piccolissime somme di denaro. In quella che si basa sull'"*esposizione al gioco*", la persona di riferimento accompagna il giocatore nei luoghi dove si gioca e, se nota che il giocatore riesce a contenere senza troppe difficoltà il suo desiderio di giocare, se ne allontana progressivamente. Un terzo metodo, chiamato "*desensibilizzazione nell'immaginazione*", permette di associare immagini eccitative a delle tecniche di rilassamento. Il fine è quello di diminuire il grado di eccitamento e di stimolazione che accompagna il comportamento del gioco.

3.4- LA SCUOLA COGNITIVA

Diventata sempre più popolare dagli inizi degli anni Novanta, essenzialmente si interessa al modo in cui gli individui percepiscono la loro realtà ed i loro problemi legati al gioco. Generalmente non pretende

di rintracciare le cause di tale comportamento nella personalità del giocatore. Utilizzando questo approccio, si cerca di determinare quali siano le percezioni del giocatore circa il gioco. L'attenzione è rivolta in particolare a quelle che possono essere le "*distorsioni cognitive*" ("*bias cognitivi*") che il soggetto utilizza per dare significato alla realtà. L'"*illusione di controllo*", fenomeno secondo cui il giocatore stabilisce un legame causale tra la sua azione ed il risultato del gioco, è una di queste. Può essere considerata una distorsione cognitiva che porta le persone a considerare il gioco d'azzardo come un gioco d'abilità. Langer (1975) la definisce come "l'aspettativa di successo personale erroneamente alta rispetto alle probabilità oggettive di vincita". Gli eventi casuali sono considerati da queste persone come dipendenti dalla loro volontà, come se fossero sotto il loro controllo. Questo andrebbe a spiegare perché alcuni individui percepiscono il coinvolgimento dell'abilità personale anche laddove è la sola fortuna a decidere le sorti dei risultati di gioco. L'aver costruito una griglia erronea che distorce l'interpretazione della realtà, permette loro di pensare di essere onnipotenti. Sentono di poter controllare situazioni incontrollabili, credono che ciò che avviene sia sempre dipendente dalla loro capacità. La presenza di questo errore di ragionamento potrebbe dare spiegazione al fatto che i giocatori patologici continuano a giocare nonostante i persistenti fallimenti (Gilovich, 1983). La "*fallacia del giocatore*" (o "*fallacia di Montecarlo*"), si verifica quando il giocatore, in seguito ad una sequenza di giocate sfortunate o di scommesse perse, tende a sopravvalutare la probabilità di successo. Altre distorsioni di pensiero che possono portare il giocatore "vulnerabile" a sviluppare un comportamento di gioco patologico riguardano sia "*l'atteggiamento verso il rischio*" (*risk-taking*), sia "*la sottovalutazione dei fallimenti*" accompagnata "*dall'esaltazione dei successi*". Quando ciò si verifica è facile osservare che il soggetto spende più tempo per giustificare le perdite trasformandole in "quasi vincite", come a dire: "non ho vinto ma

questa volta ci sono andato vicino, la prossima volta vincerò sicuramente” (Capitanucci, Marino, 2002).

Nella realtà dei fatti è possibile osservare una gamma infinita di *bias cognitivi*. Questo è possibile perché ognuno possiede le proprie personali superstizioni ed i propri rituali propiziatori, spesso, peraltro, ereditati dal contesto socio culturale di appartenenza. Un ulteriore concetto psicologico utile a spiegare il comportamento del giocatore è, per i cognitivisti, quello di “*locus of control*”. Per Rotter³⁴ il locus of control è un concetto che considera il grado con cui la gente pensa che il proprio sforzo, abilità o azione, in contrapposizione al caso o al destino, possa controllare o influenzare ciò che avviene. Nell’attività di gioco d’azzardo vi sono individui convinti che il caso o la fortuna siano in grado di determinare il corso della loro esistenza ed i loro successi e che, per contro, la cattiveria è causa dei loro fallimenti (locus of control esterno). Questi ultimi sembrerebbero prediligere giochi come le lotterie e la loro attenzione risulterebbe costantemente rivolta alla ricerca di “*segnali*” che indichino loro le vie della fortuna.

Coloro i quali dispongono di locus of control interno pensano, invece, di poter controllare gli eventi della propria vita con sforzo ed abilità. Essi sembrerebbero prediligere i giochi che considerano di abilità (schedine, corse di cavalli, roulette, ..) e, normalmente, anche dopo una perdita, percepita come conseguenza della loro incapacità, insistono a giocare.

Per i cognitivisti i giochi che con più facilità possono creare una situazione di dipendenza sembrano essere quelli “a breve scadenza”: slot-machine, roulette, videopoker, baccarat. Ciò avviene perché questi giochi, avendo un tempo di latenza molto breve tra una giocata e l’altra, facilitano da una parte l’instaurarsi del condizionamento e, dall’altra, attivano continuamente i meccanismi di gratificazione dovuti all’eccitamento sottostante la giocata (Capitanucci, Marino, 2002).

³⁴ Citato in Capitanucci, Marino, 2002.

Il progetto terapeutico dei cognitivisti si pone l'obiettivo di far prendere coscienza al paziente che alcuni suoi pensieri e interpretazioni sono erronee e gli nuocciono. Si basa su un modello che mette in relazione le emozioni, i comportamenti ed i pensieri. La durata è generalmente breve: va dai 10 ai 15 incontri. La collaborazione tra terapeuta e paziente è essenziale, gli incontri sono centrati sul presente. Il focus d'interesse sono i pensieri e gli avvenimenti della vita quotidiana, collegati, da vicino o da lontano, al desiderio di giocare. Non vengono cercate le cause profonde del problema del gioco, né vengono analizzate nei dettagli gli eventi traumatici dell'infanzia. Il paziente viene invitato a fare letture o compiti scritti ed ad assumere misure concrete per contrastare il gioco e quindi modificare comportamenti per lui nocivi (Ladouceur et al., 2000).

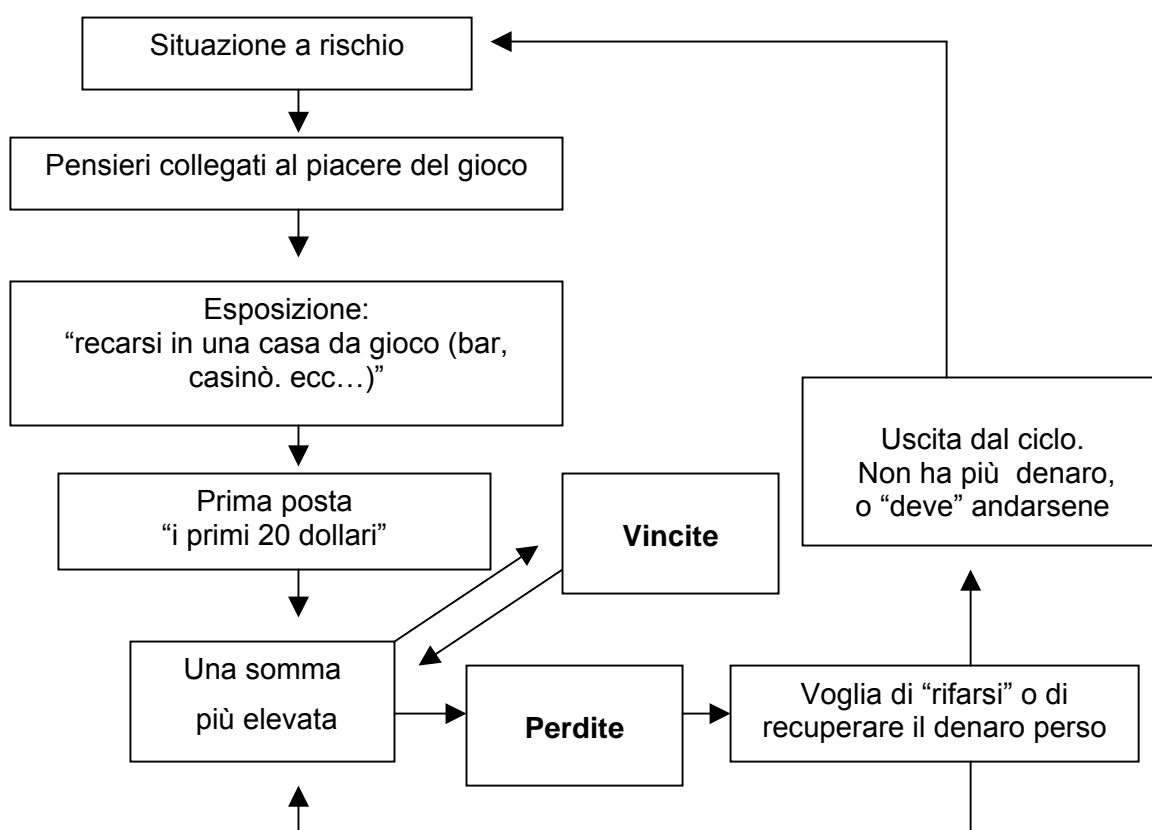
3.5- L'APPROCCIO MULTIMODALE

L'approccio multimodale, che abbraccia una prospettiva eziologica plurifattoriale, è quello che più spesso viene messo in atto dai Centri specializzati per la cura del GAP. Il programma terapeutico prevede un intervento multidisciplinare che prende in considerazione, oltre l'entità del danno del paziente, anche le sue risorse, quelle familiari ed ambientali.

Rifacendosi alla scuola sistemico-relazionale, il gioco d'azzardo viene visto non solo come disturbo psichiatrico, ma anche come sintomo. Esso viene visto come una modalità comunicativa attuata dal suo portatore attorno alla quale si realizza un equilibrio patologico del sistema familiare. Si osserva una specie di "*cecità familiare*", una situazione in cui la famiglia del soggetto dipendente, pur provando una forte angoscia, non riesce a percepire i segnali, seppur inconfondibili, della patologia di uno dei suoi membri. Il motivo di questa cecità sta, nella maggior parte dei casi, in quello che viene definito "*vantaggio secondario della malattia*", ovvero la funzione omeostatica che il

comportamento disfunzionale svolge all'interno del sistema relazionale stesso (Capitanucci, Marino, 2002).

Utilizzando una prospettiva cognitivista-comportamentale, l'approccio multimodale, associa la partecipazione al gioco inizialmente a due tipi di rinforzo: da un lato *"le vincite intermittenti"* e, dall'altro, *"l'attivazione fisiologica"*. Le prime alimenterebbero la credenza che possano capitare anche vincite consistenti, la seconda risulterebbe collegata ad un sistema di gratificazioni presente nel cervello corrispondente al circuito della dopamina. Poco per volta, il giocatore diventa la vittima del suo desiderio di giocare. Attiva una sequenza di comportamenti tipici del gioco eccessivo che potrebbero fare riferimento al seguente schema:



Ladoucer et al., 2000 p. 36

Il modello esplicativo tende a mettere in evidenza le difficoltà dei giocatori nel risolvere i loro problemi e nel far fronte ad intensi stati emotivi. I pensieri erronei circa il gioco, combinati con un'immagine negativa di sé, un sentimento di impotenza di fronte ai problemi ed una mancanza di risorse personali, sono i quattro elementi maggiormente presi in considerazione (Ladoucer et al., 2000).

L'approccio terapeutico è dinamico, in modo da adattarlo alla realtà di ogni singolo paziente. L'intervento terapeutico, a partire dalla rottura di quell'equilibrio relazionale disfunzionale in cui il giocatore si trova intrappolato, si pone l'intento di fissare nuove regole, nuovi ruoli, nuove modalità comunicative. A tal fine, si rende indispensabile l'attivazione di una Rete di supporto del paziente, che agisca a più livelli, con l'obiettivo di sviluppare una norma condivisa lungo il percorso riabilitativo. In genere nella fase iniziale sono previsti sia colloqui diagnostici che motivazionali. Possono seguire interventi di psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo. In concomitanza vi è l'assegnazione di un tutor il cui obiettivo è quello di far raggiungere al paziente una gestione più adeguata del denaro e elaborare un piano di risanamento dei suoi debiti; se necessario vengono interpellate le risorse di rete che si occupano di questi temi. Quando appare necessario, vengono interpellati i medici dell'équipe di lavoro per intervenire sulla patologia anche a livello farmacologico.

Essenzialmente si tende ad aiutare il giocatore a rendersi conto di tutte le sfaccettature del suo problema, per potervi porre rimedio. Non si cerca sola l'astinenza dal gioco, ma si vogliono affrontare le numerose conseguenze correlate a questa patologia, comprese le possibili ricadute. Da una parte si aiuta il paziente a riconoscere le situazioni difficili o pericolose e, dall'altra, viene abituato a ricercare nuove attività gratificanti per lui, in grado di sostituirsi al gioco. Se il paziente presenta un legame tra i problemi di dipendenza e le sue difficoltà nell'esprimere sentimenti e bisogni, vengono proposte attività adatte a sviluppare nuove

abilità sociali. Si tende a migliorare l'autostima del paziente ed a rafforzare quei comportamenti che favoriscono l'astinenza dal gioco. Parte del percorso terapeutico è dedicato anche alla prevenzione della ricaduta. In particolare si cerca di far capire al paziente che una eventuale ricaduta non rappresenta il fallimento della cura. Sdrammatizzare le tentazioni o le ricadute, individuare possibili comportamenti adatti a fronteggiare eventuali ritorni a comportamenti di gioco, sembra ridurre il rischio che il giocatore si annichisca in una ricaduta totale (Ladoucer et al., 2000).

3.6- L'APPROCCIO PSICOANALITICO

La letteratura evidenzia che già Freud (1928) si era interessato al gioco d'azzardo dal punto di vista psicodiagnostico. Il contributo che egli diede si trova nel suo studio sulla personalità di Dostoevskij. Per lui il gioco d'azzardo era una forza irrazionale, quasi istintiva e non riusciva a fermarsi fin quando non aveva perso tutto. L'ipotesi che Freud ha avanzato, rispetto a ciò, è che la causa della coazioni a giocare era da rintracciarsi in una nevrosi isterica, un sostituto ed un derivato della masturbazione. L'accento posto sulle attività eccitanti delle mani è il legame che collega il gioco d'azzardo con la masturbazione. Sia nel primo che nella seconda sono presenti un impulso irresistibile, proponimenti frequentemente ripetuti, una qualità intossicante del piacere ed enormi sensi di colpa. Inoltre, in entrambe queste attività agiscono fantasie inconsce di essere salvati da una figura materna (Relp, 1978).

Nell'ottica psicoanalitica, il giocatore nevrotico gioca perché spinto da bisogni inconsci ed il gioco sarebbe una forma di punizione, necessaria per placare il senso di colpa per le inconsce fantasie di morte del padre, che nel caso di Dostoevskij, poi, fatalmente si realizzano (Freud, 1928).

Alcuni contributi, riferibili alla letteratura psicoanalitica, si rintracciano nel materiale clinico di Bergler (1957) che, dopo aver analizzato più di più di 60 giocatori, considera il *masochismo* quale meccanismo principale sotteso al fenomeno della dipendenza patologica dal gioco. Il giocatore eccessivo sarebbe così dominato da un “*desiderio inconscio di perdere*” che sembrerebbe radicare in un intenso sentimento di colpevolezza legato ad ostilità inconsapevoli nutrite verso le figure di autorità che avrebbero imposto regole e restrizioni durante l’infanzia. Egli considera il giocatore eccessivo come un nevrotico compulsivo, regredito alla fase orale, vittima di un forte masochismo psichico (desiderio inconscio di perdere). L’atto di giocare costituisce in sé stesso un rinnegamento del Principio di Realtà; questo fa esplodere una forte aggressività inconscia nel giocatore verso coloro che per primi (figure genitoriali) gli hanno inculcato il rispetto di questo principio a scapito di quello del Piacere. L’espiazione, squisitamente nevrotica, di questa forma di aggressività, trova riprova nel forte desiderio, inconscio, di perdere al gioco, cosa che permette di diminuire la tensione. Secondo questa prospettiva il gioco costituisce un’attività proibita, carica di una tensione nel contempo gradevole e dolorosa, che suscita colpevolezza, e che stimola dunque il bisogno di infliggersi una punizione.

Negli anni Ottanta altri autori hanno attribuito al giocatore eccessivo una “*scarsa autostima e tratti di una personalità narcisistica, dipendente ed impulsiva*”. Questa teoria viene ripresa più recentemente da Rosenthal (1997) il quale sostiene che la maggior parte dei giocatori patologici soffrirebbero di *disturbi narcisistici di personalità*: essi avrebbero bisogno di verificare la propria autostima attraverso il gioco. Alcuni giocatori inoltre, credono di disporre di un *potere magico* che concederebbe loro di controllare i risultati del gioco d’azzardo secondo un meccanismo di tipo lineare di causa-effetto, cosa peraltro impossibile in quanto quest’ultimo sottostà alle sole regole della casualità “*Se faccio questo → accade quello*”, “*è accaduto questo → è segno del destino* →

allora ...”, sono frasi con le quali essi esprimono tale credenza (Capitanucci, Marino, 2002).

Per la mancanza di ricerche sistematiche l'approccio psicodinamico, nella realtà clinica, non ha avuto un grosso impatto sulla ricerca nel gioco d'azzardo. Per questo motivo si possono solo rintracciare delle direttive di ordine generale rispetto al trattamento del giocatore eccessivo. Come per il trattamento delle nevrosi l'obiettivo che ci si pone è quello di risolvere il conflitto, spesso di natura edipica, e di portare il materiale rimosso alla coscienza. Si lavora per dissolvere le difese e mobilitare i sensi di colpa del paziente. Poco per volta si ricostruisce la personalità del giocatore, fissata, in quanto nevrotica, a fasi regressive dello sviluppo psicosessuale. La scarica di impulsi pregenitali è di facile osservazione durante l'attività di gioco. Derivati sadico-anali si possono scorgere, per esempio, nei due atteggiamenti opposti dell'estrema cura o della trascuratezza dell'abbigliamento. Le pulsioni orali si esprimono nel bere, mangiare e fumare smodatamente mentre si gioca. Anche il pensiero del giocatore eccessivo pare regredire ad un livello infantile, come appare dalle procedure superstiziose, magiche e ritualistiche (Relp, 1978).

3.7- L'APPROCCIO INDIVIDUALPSICOLOGICO

Il primo concetto della Psicologia Individuale utile ad un inquadramento concettuale delle dipendenze oggettuali patologiche è proprio la concezione di uomo come unità inscindibile bio-psico-socio-culturale. La ricerca evidenzia infatti come tali comportamenti siano correlati ad alterazioni del sistema neurotrasmettitoriale implicato nella gratificazione e nel piacere.

Gli studi di Bignamini e colleghi (2002) sottolineano come l'incontro con l'oggetto con cui si fisserà la dipendenza rappresenta una esperienza trasformativa che ha l'effetto di alterare i vissuti del piacere; è ciò che può avvenire a seguito di un'esaltante vincita al gioco. Il senso di

appagamento sperimentato dal giocatore segna una soglia al di sotto della quale tutto perde di consistenza ed appetibilità. Questo produce, in termini adleriani, uno spostamento della meta dell'individuo, una riorganizzazione del Sé-Stile di vita finalizzata alla ricerca spasmodica di "quella sensazione" di "quel sentirsi" di "quello stato di grazia" sperimentato.

Il concetto di Sé-Stile di vita, i cui fattori di sviluppo sono la volontà di potenza ed il sentimento sociale (istanze fondamentali in equilibrio dinamico), si articola, nell'opera di Adler (1912, 1927, 1930), attraverso una pluralità di significati (idea guida che orienta il piano di vita,; schema di vita e linea di movimento; meta dell'esistenza; opinione che l'individuo ha di se stesso, del mondo; modo unico dell'individuo di lottare per il conseguimento di un obiettivo in una data situazione; sé personalità; individualità; creatività del soggetto).

La coesione e la coerenza interna (in senso diacronico e sincronico) di tali componenti dell'identità sono resi possibili dal sentimento sociale, come istanza di organizzazione intrapsichica e dalla direttrice orientata dalla meta funzionale. In questi termini, in condizioni favorevoli (un momento particolare dell'esistenza, una predisposizione biologica, un contesto socio-culturale predisponente) una esperienza sensoriale ed affettiva potente attivata dal gioco d'azzardo può modificare l'aspetto del Sé-Stile di vita.

La creatività dell'individuo si inaridisce su di un espediente prevalente: il comportamento maladattivo. Il comportamento di gioco diviene il mezzo con cui il giocatore sostiene la sua nuova finzione: essere accettato nel mondo dei "vincenti", di essere potente e poter dominare il proprio destino.

Chi è dunque il giocatore d'azzardo patologico?

“Se il suo scopo è quello di far denaro in modo facile, senza lottare e lavorare per questo, senza dare alcun contributo agli altri, e gli si presenta la possibilità di giocare d'azzardo pur sapendo che molta gente ha perduto il suo denaro ed incontrato grossi guai per giocare, siccome vuol avere la vita facile, e vuole arricchirsi in modo facile, che cosa farà? Si riempirà la testa di idee sui vantaggi del denaro; immaginerà di riuscire a far denaro attraverso speculazioni economiche, di comperarsi una macchina, di vivere nel lusso, e di farsi conoscere dai suoi simili come un uomo ricco. Con queste immagini eccita in sé dei sentimenti che lo spingono a voltare le spalle al buon senso e a cominciare a giocare”³⁵

Alder, (1931)

Adler (1931) sostiene che la base di questa patologia è la stessa delle nevrosi, delle difficoltà educative e delle perversioni. Ci troviamo a trattare con gente che sta cercando di alleviare una certa situazione ma che non ha una preparazione adeguata ad affrontare gli scopi della vita (compiti fondamentali) ed ha la tendenza a pensare solo a sé stessa (volontà di potenza non orientata dal sentimento sociale).

La dipendenza lascia intravedere un *acuto sentimento d'inferiorità* sottolineato dalla timidezza, dal piacere di isolarsi, dall'accentuata sensibilità, dall'impazienza, dall'irritabilità e da sintomi nevrotici quali l'ansia e la depressione. Giocare d'azzardo appare un modo “illusorio” per fronteggiare il sentimento d' inferiorità, una via per andare alla ricerca di piaceri momentanei, una strategia per raggiungere facilmente i propri obiettivi, una possibilità per “sognare ad occhi aperti” la grande vincita, quella che in un primo tempo permette di arricchirsi facilmente e senza sforzo e, successivamente, di recuperare il denaro perso precedentemente. Ma questa illusione è vana, perché questa strada è destinata a fallire, l'idea di cancellare il sentimento d'inferiorità è illusoria ma il giocatore continua, imperterrito a giocare. Questo può accadere in

³⁵ Cosa la vita dovrebbe significare per voi, p. 93.

quanto il gioco, pur dimostrandosi una compensazione negativa, può però favorire l'illusione di significatività che permette alla persona, all'interno della propria mente, di "illudersi di essere". Diventa un modo del tutto personale per affrontare le avversità della vita (Ansbacher e Ansbacher, 1956), per allontanare pensieri negativi e sollevare il tono dell'umore, per "evadere" da un ambiente familiare percepito come opprimente, umiliante o troppo carico di responsabilità o per fronteggiare un periodo di stress o una difficoltà economica.

Per spiegare le dinamiche che stanno alla base di questo comportamento Adler parla di *intelligenza privata*, che si osserva anche nei nevrotici, e che consiste nell'elaborazione di un'intelligenza personale, diversa dal *senso comune*, il cui scopo è quello di giustificare le proprie azioni ed i propri pensieri. L'azione del giocatore è "intelligente", se la si guarda in relazione alla mèta di superare le difficoltà in un modo facilitato e personale. Quello che distingue l'intelligenza individuale e isolata del giocatore patologico dalla ragione è che quest'ultima, a differenza della prima, ha una validità generale che corrisponde al benessere comune.

Un altro concetto fondamentale della Psicologia Individuale, che permette di spiegare lo *stile di vita dei giocatori patologici* è quello del pensiero antitetico: locuzione con cui gli adleriani sono soliti definire la percezione basata sugli opposti (alto/basso, forte/debole, maschile/femminile). Come afferma Pagani (1988), ogni individuo è orientato a superare il proprio sentimento d'inferiorità, seguendo la direzione impressa da una spinta dal "basso" verso "l'alto", da una situazione di "minus" a una situazione di "plus", da uno stato di "inferiorità" ad una condizione di "superiorità", di completezza, di perfezione. Anche il giocatore eccessivo si attiva per compiere quei movimenti che reputa più adatti per raggiungere quella che considera una posizione di superiorità, per elevarsi da una posizione inferiore ad una superiore, dalla *disfatta alla vittoria, da sotto a sopra* (Adler 1912), ma ciò che caratterizza lo

sviluppo del suo stile di vita è la presenza di uno scarso sentimento comunitario ed il fallimento nella capacità di cooperare.

“Ha perduto il coraggio di procedere lungo il lato utile della vita. Un complesso d’inferiorità gli dice: Il successo nella cooperazione non è per te”, e perciò si è allontanato dai problemi reali della vita ed ha ingaggiato una lotta con le ombre per convincersi di essere forte” (Parenti e coll., 1989). Ma, perseguendo la sua logica privata, il giocatore può ancora esprimere la propria *volontà di potenza* sia nelle sfide fatte coi “pari” (gli altri scommettitori accaniti, quelli che capiscono!) sia continuando a sfidare la “Dea Bendata”, convinto di essere molto vicino alla grande vincita (Anglesio et al., 2000). Pertanto, il dipendente che sfugge dalle dinamiche che caratterizzano la relazione col sociale allargato, si trova a giocare poi lo stesso tipo di dinamiche in quello che accetta essere il suo mondo. Espressioni tipiche del giocatore patologico quali per esempio, “ho tenuto duro”, “non ho mollato”, “non mi sono fermato” andrebbero a confermare questa dinamica. Il finalismo è quello di diventare deiforme: l’essere simile a Dio si rivela nel desiderio di poter influenzare la “Fortuna”, di poter mettere alla prova la “Sorte” ed il “Destino”. In quest’ultimo il giocatore nevrotico cerca il segno della sua onnipotenza; scambia il suo intenso desiderio di onnipotenza con la sensazione di “*essere onnipotente*” (Parenti e coll. 1989).

“So soltanto che ho necessità di vincere, che questa anche per me è l’unica via d’uscita. Ebbene, forse è per questo che mi sembra di dover vincere di sicuro”, dice il giocatore di Dostoevskij (1866 p. 41).

Parecchi giocatori, in effetti, credono che il gioco li renda più importanti, come se garantisse loro un’identità sociale più valorizzante. Questo vale in modo particolare per i giocatori che frequentano i casinò. Il giocatore finisce col sentirsi forte ed ammirato. Questa percezione non fa altro che fungere da rinforzo al perpetuarsi del comportamento del gioco. Ciò però lo spinge insidiosamente verso l’eccesso: la dipendenza. In tal modo il giocatore si trova intrappolato in un “*ingranaggio vizioso*”

che gli provoca nuovi problemi che, ancora una volta, non riesce ad affrontare. Per evadere dalla “triste” realtà, il giocatore continua a giocare credendo di poter risolvere le sue difficoltà finanziarie utilizzando le future vincite di gioco; insegue così un’altra finzione.

I debiti di gioco, nel frattempo, non fanno che aumentare. La situazione continua ad aggravarsi e gradatamente la dipendenza dal gioco è diventata incontrollabile e l’impatto di tale patologia si rende sempre più evidente sia sul piano affettivo-relazionale che lavorativo (Ladoucer e coll., 2000). Iniziano i tentativi per ridurre il danno, forse si vorrebbe smettere di giocare ma le ricadute sono ricorrenti, la forza di volontà manca, ci si sente male fisicamente in assenza del gioco e poi non si ha il coraggio di abbandonare la finzione della grande vincita per affrontare in altro modo diverso la situazione.

Come non trovare una similitudine con ciò che Adler scrive per descrivere il caso di un giovane di buona famiglia che, in seguito ad un’educazione mal impostata, era diventato alcoolista?

“Si abbandonò allora all’abuso di alcool, che gli consentiva almeno una certa evasione dalla realtà e gli faceva dimenticare la sua condizione. [...] rinunciando all’alcool, avrebbe potuto svolgere bene il suo lavoro; ma quando si sentiva dire dai suoi familiari che era un’incapace, le critiche dell’ubriachezza gli sembravano più semplici da tollerarsi di quelle rivolte verso la sua inettitudine. [...] In tal modo egli poteva trovare una giustificazione, dicendo che, se non avesse avuto il vizio di bere, avrebbe potuto concludere molto di più nella vita. Con questo artificio evitava un ulteriore abbassamento della stima di se stesso [...] Questa autogiustificazione gli permetteva di raggiungere il suo schema di potenza e gli consentiva di sostenere di non essere peggiore degli altri, poiché la sua strada era sbarrata da un pericolo insormontabile³⁶” (Adler, 1920).

³⁶ Op cit. pp. 61-62.

Le parole stesse di Adler aiutano a constatare che dietro ad ogni dipendenza è possibile intravedere un bambino viziato, che non ha imparato quali siano le esigenze della vita pratica e che non è abituato ad attivarsi per ottenere quello che desidera. Ovunque radichi il rapporto “viziante” induce nel bambino il bisogno di mantenere, o escogitare, delle strategie per raggiungere facilmente i propri obiettivi ed andare alla ricerca di piaceri momentanei ed “illusori”.

Parenti (Parenti e Coll.,1989), parlando del bambino viziato o trascurato, rappresenta un tipo di carattere che ben descrive gran parte dei giocatori patologici. Si tratta di persone che presentano generalmente immaturità affettiva, depressione, inconcludenza ed insicurezza profonda. Tale carattere è maturato all'interno di una situazione molto viziante che li vedeva dipendere dagli altri e che, solitamente implicava lo stretto rapporto con la madre. La relazione con la persona viziante ha caratteristiche uniche che non si possono ritrovare nel contesto delle normali relazioni interpersonali. Ne discende un mancato sviluppo di sentimento sociale, una sensazione di disagio e di isolamento che genera un malessere nel rapporto con gli altri. Una posizione viziante classica è quella del figlio unico, assieme a quella dell'ultimogenito, specie quando la distanza di età dai fratelli che lo precedono è notevole. Ma è necessario studiare ogni singolo caso, in quanto le variabili nelle relazioni familiari sono così numerose che non è possibile limitarsi alla posizione di nascita. Un figlio può essere il prediletto di uno dei genitori; un altro può essere stato viziato perché da piccolo è stato malato o ha sofferto di un'inferiorità fisica e per questo è stato oggetto di eccessiva attenzione e protezione in famiglia.

La viziatura può essere “relativa” e non risultare evidente ad un primo esame che propone invece l'ipotesi opposta, di trascuratezza o di abbandono. In questi casi può accadere che il bambino sia oggetto di eccessive attenzioni, di protezione da parte di alcuni membri della famiglia o di persone estranee, che cercano in questo modo di

compensare le carenze originarie. Casi di questo genere nella pratica clinica sono facilmente osservabili in quelle situazioni in cui il giocatore aveva un familiare dipendente da alcol³⁷, spesso il padre, per questo uno degli altri familiari si erige a suo paladino.

Dietro un giocatore eccessivo si ritrova un bambino scoraggiato, molto emotivo, che si percepiva inadeguato ad affrontare i compiti della vita e che, per superare i complessi d'inferiorità, ha utilizzato delle supercompensazioni negative che hanno prodotto risultati patologici. Per alleviare il persistente sentimento di frustrazione si manifesta sintomo nevrotico: l'utilizzo patologico del gioco d'azzardo. Il giocatore, per un momento, quello della durata della giocata, si crogiola nella fantasia di essere superiore. Il gioco gli permette di sfuggire alla realtà e trovare un'immagine migliore di sé (Capitanucci, Marino, 2002).

In termini generali, ciò che caratterizza il giocatore eccessivo è l'impazienza, l'esigenza di avere subito successo, il desiderio di fuga, la passività, la dipendenza, ed una forma di immaturità emotiva. Spesso non è in grado di stabilire valide relazioni sociali e l'insufficienza esistenziale lo rende incapace di assumersi responsabilità di tipo adulto, di indirizzare il proprio agire verso gli aspetti utili della vita (lavoro, relazioni affettive amicali e amore). In ambito affettivo è possibile osservare che il giocatore patologico impone all'amore una condizione che difficilmente può tradursi in realtà. Ancorato al proprio stile di vita introduce nelle relazioni amorose i suoi pregiudizi e si comporta come se aspettasse la vittoria della sua protesta virile (Lavanco, 2001). Questa lotta però non può che condurre alla delusione ed il gioco diventa, allora, strumento per realizzare la propria volontà di potenza. Ancora una volta si potrebbe trovare conferma all'ipotesi che la scelta del gioco d'azzardo altro non è che una compensazione fittizia al fallimento esistenziale, al

³⁷ La presenza di un genitore dipendente da alcol viene considerata fattore di rischio per il passaggio da giocatore sociale a giocatore patologico.

senso d'inferiorità ed alla incapacità di esprimere in modo adeguato sentimenti e desideri.

Infine vorrei concludere questa trattazione sottolineando che il modello adleriano consente anche di esplorare gli aspetti socio-relazionali collegati alla patologia del gioco d'azzardo che, come evidenziano tutti gli studi in merito, si modificano in senso disfunzionale quando il completamento maladattivo prende il sopravvento nella vita del giocatore. Spesso il disadattamento del gamblers si esprime attraverso l'isolamento sociale, il tentativo di strumentalizzare gli altri per farsi prestare del denaro o, in alcuni casi, agendo atti illegali pur di ottenere il denaro che gli serve per poter sostenere nuove scommesse. E' ancora il costrutto adleriano dello stile di vita, nella sua funzione di regolatore relazionale, che viene in aiuto per spiegare tale fenomeno. Le istanze del sentimento sociale e della volontà di potenza, a livello delle relazioni interpersonali, motivano e regolano al contempo i bisogni di partecipazione ed appartenenza, di autoaffermazione e di dominio. L'alterazione di questo equilibrio concorre sia all'instaurarsi del comportamento mal-adattivo, sia al suo mantenimento, e ne è a sua volta da esso determinato in un processo di causalità circolare. L'avvenuto *boom dell'azzardo*, sia di quello legalizzato che quello proibito a presenza, il facile accesso ai luoghi di gioco ed il contesto culturale attuale, consumistico ed alla ricerca dello "sballo" e del "no limits", sono inoltre tutti altri elementi che fanno tendere a ritardare la presa di consapevolezza che, per qualcuno, il gioco d'azzardo possa divenire una patologia.

CAPITOLO IV

ASPETTI SOCIALI – GIURIDICI - ECONOMICI

4.1- POLITICHE SOCIALI

Appare difficile per le politiche sociali attuali muoversi all'interno di una polarizzazione che vede, nei confronti del gioco d'azzardo, da una parte una retorica di tipo moralistico (incentrata ad enfatizzare i danni individuali e sociali ed a sollecitare interventi di controllo sociale) e da un'altra parte da una retorica di tipo liberalista che richiama la libertà dell'individuo, gli aspetti di socializzazione e la sostanziale innocuità sociale della pratica del gioco d'azzardo. Esiste un altro problema collegato a questo fenomeno collegato da una parte alla sempre maggiore presenza di attività di gioco d'azzardo "pulito", (promosso, incentivato e gestito dallo Stato) e, dall'altra connesso al mondo del gioco "illegale", spesso gestito dalla criminalità organizzata³⁸ (Croce,2001).

La politica adottata dalle Istituzioni Pubbliche appare quindi portatrice di una contraddizione: agire a favore di una maggiore liberalizzazione e di accesso facile al gioco d'azzardo o promuovere una maggiore repressione e controllo? Entrambe le posizioni non sembrano in ascolto con le ragioni ed i bisogni della clinica che fa emergere la necessità di sviluppare azioni più organiche ed integrate per la prevenzione, primaria e secondaria, e per l'allestimento di una rete di protezione socio-sanitaria in grado di farsi carico delle persone con problematiche di Gioco d'Azzardo Patologico. Recentemente però alcune Regioni nella programmazione Socio-Sanitaria si stanno muovendo in tal senso. In Piemonte, per esempio, nella Proposta di Piano Sanitario Regionale 2006-2010 si legge: " I Servizi pubblici e

³⁸ Diventa un'attività clandestina quando viene organizzata e gestita senza che vengano pagate le tasse allo Stato; in questo caso è illegale e quindi perseguibile dalla legge e punibile penalmente.

privati sono prevalentemente orientati ad occuparsi dei problemi in proporzione all'allarme sociale suscitato piuttosto che alla loro rilevanza in termini di salute individuale e pubblica (nell'ordine: tabacco > sovralimentazione ~ alcool > droghe ~ gioco d'azzardo patologico)³⁹. Un altro esempio giunge dal Piano Sanitario della Regione Toscana 2005-2007, nella parte dedicata alla "Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze", impegna la Giunta Regionale a sviluppare un'azione specifica per l'individuazione di percorsi assistenziali in favore di persone con problemi GAP.

Rispetto alle politiche di intervento, in analogia a quelle per le tossicodipendenze, si può osservare un graduale spostamento verso obiettivi di trattamento non esclusivamente orientati all'astinenza, ma diversamente articolati. Essi possono prevedere fasi di trattamento a "steeps" che, sulla base progetti terapeutici individualizzati, possono essere finalizzati al controllo del sintomo ed alla riduzione dei danni. Matura è infatti la consapevolezza che non esiste uno stesso trattamento valido per tutti i giocatori patologici ma risulta necessaria l'adozione di trattamenti multimodali e multifasici che possano prevedere fasi diverse di trattamento, a seconda delle evoluzioni cliniche del soggetto, e comprendere aspetti diversi del problema (individuale, familiare, economico, etc.). Si potrebbero allora ipotizzare delle politiche socio-sanitarie che si pongano obiettivi apparentemente di minore impegno ma più raggiungibili da molte persone implicate nel problema (interventi a bassa soglia di accesso) . Si pensi ad esempio a programmi "di tipo sostitutivo", che prevedono l'arruolamento di giocatori "pesanti" in tipi di gioco che sembrano non creare alcuna (o minore o meno rischiosa o più controllabile) dipendenza, come il totocalcio e la lotteria, promuovendo altresì strategie che aiutano a mantenere il controllo in quegli ambienti, come i casinò e le ricevitorie, che potenzialmente creano dipendenza.

³⁹ Proposta di Piano Sanitario Regionale 2006-2010, cap. IV: "Integrazione Socio-Sanitaria e Cure Primarie", p. 112.

Questa posizione tuttavia raramente é accettata da parte dei gruppi di auto-aiuto storici (alcolisti anonimi, gamblers anonymous, narcotici anonimi) o di molte comunità terapeutiche che restano invece rigidamente fedeli al concetto di non possibile autocontrollo, di astinenza completa e di più o meno esplicito rifiuto di modelli alternativi. Per quanto riguarda invece l'analisi del problema a livello scientifico Mauro Croce (2001) evidenzia due posizioni di fondo. Chi ritiene vi sia una categoria specifica di persone affette da gioco d'azzardo patologico e che come tali necessitano di un trattamento specifico e specialistico, chi ritiene invece che tale problema debba essere trattato non come sindrome specifica, ma considerando la persona nella sua globalità e non isolandone alcuni tratti facendone categoria. Secondo questa posizione, quella del giocatore compulsivo non é una categoria psichiatrica sostenuta da sufficienti riscontri empirici (Voce Gioco d'Azzardo guida, 1998/99) e pertanto chi richiede aiuto anche in relazione ai problemi legati al gioco andrebbe aiutato facendo riferimento basilare condizione di persona in difficoltà piuttosto che agli specifici aspetti di giocatori coartati. Da una parte quindi studiosi attenti a cogliere ed isolare comportamenti di gioco problematici ed ad elaborare trattamenti specifici per trattare ed eliminare o quantomeno ridurre tali comportamenti, dall'altro invece studiosi attenti a collegare e trattare tali comportamenti all'interno di trattamenti terapeutici non specifici. Alcuni autori si spingono ancora oltre nell'evidenziare i rischi del considerare i giocatori etichettati come patologici come categoria a sé, e quindi della possibilità di considerare tutti i problemi legati al gioco in generale come delle forme minori, di esordio, larvate, di gioco patologico utilizzando la nozione di giocatore sociale per designare le persone che pur presentando difficoltà legate al gioco non rispondono ai criteri del DSM-IV e trasformando di fatto "l'intervento in aggiustamento normativo dei comportamenti".

Non sono semplici ed inessenziali posizioni teoriche. L'aderire ad una o all'altra posizione infatti non solo sottintende un diverso modo di

leggere il fenomeno, ma significa anche una diversa organizzazione di servizi, d'attività ed anche di identità per i clienti.

4.2- NORMATIVE GIURIDICHE

In Italia le norme vigenti in proposito al gioco d'azzardo sono poche ed alcune di queste sono molto datate⁴⁰. Per quanto il problema si sia ormai reso evidente alla "coscienza collettiva" il Parlamento Italiano non è ancora intervenuto per regolamentare in maniera organica la materia. La legge è tuttora incompleta e non fa esplicitamente riferimento al gioco online. In un punto però è molto chiara: è fatto divieto giocare d'azzardo nei luoghi pubblici. Per luoghi pubblici si intendono quei luoghi *accessibili* al pubblico, tra cui non rientra evidentemente la propria abitazione privata. Estendendo il concetto si può affermare con sicurezza che, giocare da casa propria, con il proprio computer e la propria connessione non è in alcun modo perseguibile.

Aprire casinò sul territorio italiano non è tuttora possibile. Gli unici ad operare in un regime di deroga al decreto vigente sono i Casinò fisici come per esempio quello di Sanremo, di Venezia o di Campione d'Italia. Per quanto riguarda Internet la situazione è estremamente complessa perché attraverso la rete si possono raggiungere facilmente società e

⁴⁰ L'articolo 721 del *Codice Penale* definisce il gioco d'azzardo caratterizzandolo con un duplice e concorrente requisito: uno soggettivo e l'altro oggettivo. L'uso soggettivo, consistente nello scopo di lucro che il giocatore spera di conseguire, quello oggettivo è rappresentato dall'aleatorietà del risultato, cioè dal rischio connesso alla partecipazione al gioco, in quanto la vincita o la perdita derivano non dall'abilità del giocatore, ma dalla sorte. Gli articoli 719-719 evidenziano come siano sanzionati a titolo di illecito l'esercizio del gioco d'azzardo, la partecipazione al gioco d'azzardo e la tenuta o la gestione di case da gioco in luoghi pubblici, aperti al pubblico o in circoli privati. L'articolo 110 del *Testo Unico Leggi di Pubblica Sicurezza* (TULPS – RD 18/06/1931, n. 733) punisce come reato l'uso e l'utilizzazione di apparecchi per il gioco d'azzardo, ma la legge 23 del Dicembre 2005, n. 266, trasforma tutto ciò in illecito amministrativo. Il *Codice Civile* negli articoli 1933-1935 esclude la meritevolezza di tutela delle obbligazioni derivanti dal gioco d'azzardo e dalle scommesse (salvo che si tratti di lotterie autorizzate o di competizioni sportive), stabilendo da un lato che il vincitore non può agire in giudizio per il pagamento della posta e dall'altro che il perdente, una volta pagato spontaneamente il debito di gioco, non può chiedere ed ottenere la restituzione di quanto corrisposto (a meno che non provi la propria incapacità o di essere stato vittima di una frode).

casinò che non hanno sede in Italia e che operano con regolare licenza di altri stati. Con la finanziaria 2006 lo Stato ha riaffermato con forza la volontà di mantenere il monopolio nel gioco d'azzardo: sono stati oscurati 587 siti di casino online e scommesse a partire dal 24 febbraio 2006.

4.3- ASPETTI ECONOMICI E RISCHIO CRIMINALITA'

In Italia è avvenuto il *boom dell'azzardo*, sia di quello legalizzato che di quello proibito. Secondo il sociologo Maurizio Fiasco gli italiani sono in testa alla classifica mondiale per versamento pro capite di denaro (271 euro nei giochi pubblici di alea: lotterie, gratta e vinci, ecc.). Tra il 1994 ed il 1999 la spesa degli italiani per scommesse legali (giochi e lotterie) è passato da un totale di 12.600 miliardi di lire ad un volume di oltre 35.000; la progressione è stata geometrica.

Negli anni 2000-2001, a seguito di una ripresa economica che ha visto il prodotto interno lordo (Pil) aumentare del 2,9%, il volume finale dell'insieme delle forme di gioco si è abbassata di 18,6 punti percentuali, nel 2004 è stata pari a 24 miliardi di euro e la tendenza è al continuo aumento. Solo nel 2006, lo Stato ha incassato l'equivalente di una manovra finanziaria: più di 30 miliardi di euro e dalle varie forme di gioco per il 2007 si prevede un incasso di circa 21.393 milioni di euro; il gioco d'azzardo appare così uno strumento efficace per fronteggiare il debito pubblico.

Per l'azzardo criminale, quello dei giochi clandestini, la stima è più complessa ed il volume d'affari è difficile da stimare. Dai dati emersi dal rapporto "Le mani della criminalità sulle imprese", realizzato da Sos Impresa per Confesercenti e presentato il 22/10/2007 a Roma, si pensa che i proventi dal comparto dei giochi e delle scommesse illegali ammontano a circa 2,5 miliardi di euro l'anno⁴¹.

⁴¹ Mafie, usura e azzardo: ecco i primi risultati del "gioco responsabile", 21/10/2007, fonte: <http://www.anit-it.it/News.aspx?ID=160>

Spesso la criminalità organizzata è causa del sovraindebitamento delle famiglie ed il gioco d'azzardo è tra i fenomeni che conducono più di frequente il soggetto ad essere vittima dell'usura. L'usura oltre a portare alla rovina tante famiglie⁴² appare come uno dei problemi di criminalità organizzata più importante collegato al mondo dell'azzardo.

Altro elemento che è rischio di criminalità è quello collegato alle azioni illegali che può direttamente agire il giocatore patologico. Inserito fra i criteri di diagnosi del GAP, l'azione illegale (per esempio, la falsificazione, la contraffazione di assegni, la frode, il furto, la frode fiscale, l'appropriazione indebita) è finalizzata a procurare denaro al giocatore patologico ed acquista una dimensione particolare in quanto va ad interessare, in più modi, la sfera della criminologia in quanto comporta conseguenze penali e civili. Le conseguenze possono ricadere direttamente sul giocatore ma anche, spesso, sui suoi famigliari; arresti, bancarotta e carcerazioni appaiono infatti maggiormente correlate ai giocatori patologici che non al resto della popolazione dei giocatori sociali.

Sottolinea Capitanucci, in un recente intervento effettuato al Seminario Giuridico svoltosi a Varese⁴³, che il bisogno continuo di denaro spinge oltre il 60% dei giocatori patologici a ricorrere ad attività illecite per continuare a giocare e per una minoranza di costoro l'illiceità, la commissione di reati, diventa una modalità abituale di vita. Si potrebbe ipotizzare, aggiunge, che per taluni soggetti il gioco rappresenti una sorta di porta d'ingresso nel mondo dell'illegalità, con il dubbio che, una volta varcata questa porta, il continuare la condotta illegale non sia strettamente legata alla necessità di denaro per giocare. Ipotizza inoltre, sulla base della definizione che Birkhoff ha fatto in riferimento all'analisi

⁴² Il numero di denunce del reato d'usura è aumentato ma appare comunque ancora molto inferiore alla realtà del fenomeno.

⁴³ Seminario giuridico rivolto ad operatori psico-socio-sanitari. "Gioco d'azzardo patologico: nuovi scenari nel diritto e criminologia?", Varese 19 ottobre 2007.

della criminalità del tossicodipendente, che siano quattro le tipologie di atti criminali che possono commettere i giocatori patologici: una criminalità diretta, una derivata dalla sindrome di astinenza, una indiretta ed una d'ambiente⁴⁴.

4.4- L'INGANNEVOLE MESSAGGIO DELLA PUBBLICITA'

Come ben ha evidenziato Paolo Jarre⁴⁵, Direttore del Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" dell'ASL 5 del Piemonte, l'intera campagna pubblicitaria dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli dello Stato (AAMS), relativa al gioco aleatorio legale in Italia, appare come gravemente ingannevole e pregiudizievole per la salute pubblica. Essa è permeata da messaggi fraudolenti e pericolosi che insistentemente alludono alla semplicità ed alla frequenza della vincita, confondono volutamente la facilità della giocata con quella della vincita (es. "*ti piace vincere facile?*", messaggio televisivo⁴⁶, radiofonico e su carta stampata del "Gratta e Vinci"). Al divertimento ed alla sicurezza connessi al gioco proposto non vi è alcun avviso sulla potenziale

⁴⁴ La *criminalità diretta* è quella a cui si ascrivono reati commessi a causa dell'effetto del giocare in modo eccessivo stesso. Quella da *sindrome da astinenza* (psicologica per il giocatore patologico) riporta a reati che vengono fatti in certe situazioni psicologiche caratterizzate da una mancanza di controllo sull'impellente bisogno di procurarsi denaro per giocare; per es. sottrazione di denaro dalla borsetta alla persona che è seduta accanto al giocatore mentre sta giocando alla "macchinetta". La *criminalità indiretta* è in correlazione mediata, quindi indiretta, con il gioco ed è dovuta alla necessità costante di procurarsi denaro per giocare; è quella maggiormente riscontrata nelle storie dei giocatori patologici. La *criminalità d'ambiente* è connessa con la sotto-cultura e le aree criminose nelle quali vengono a confluire i gravi giocatori patologici. Si evidenzia in certi ambienti sociali: il casinò, le sale scommesse, gli ippodromi, ma ora, con l'abbassamento della soglia, anche intorno ai bar; si pensi all'usura o ai fenomeni di riciclaggio.

⁴⁵ Lettera di denuncia di presunta ingannevolezza di un messaggio pubblicitario, scritta il 03/04/2007 dal dr. Paolo Jarre, all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato e p.c. a: Associazioni dei consumatori ADUC, ACU, Unione Nazionale Consumatori, Codacons, Altroconsumo, SOSConsumatori, Associazione Difesa Consumatori; al Presidente dell'Associazione per lo Studio del gioco d'Azzardo e dei comportamenti a rischio ALEA dott. M. Croce; al Coordinatore pro tempore del Coordinamento Region.le del Piemonte dei servizi per il Gioco d'Azzardo patologico dott.ssa M. Rotelli; al coord. del servizio GAP ASL 5 (Gioco d'azzardo patologico) dott.ssa M.L. Spagnolo.

⁴⁶ Sito della AAMS: www.aams.it

pericolosità del gioco quando invece il dato di fatto è che le vincite sono un evento altamente infrequente ed in molti casi il gioco si trasforma da divertimento a patologia. Ma, aggiunge Jarre, il gioco è una fonte di svago, di divertimento, di socialità, in altri termini “è sicuro” solo se il giocatore sa di poter avere certezze, diritti e tutele che, peraltro passano attraverso una corretta informazione che, per il singolo giocatore è prevalentemente collegata alla addittività dei giochi che tanto più sono meccanizzati, semplici, veloci ed a vincita immediata (come quelli gestiti dall’AAMS) tanto più sono pericolosi. Sarebbe come propagandare le sigarette del monopolio alludendo al fatto che proteggono rispetto al rischio del carcinoma bronchiale.

Altro elemento che viene sottolineato come messaggio ingannevole presente all’interno di alcune pubblicità è quello che riferisce che il denaro giocato costituisce “fonte di finanziamento per iniziative sportive, artistiche e sociali”. Questo messaggio contribuisce ad ingannare il giocatore circa la bontà del proprio operato, scambiando un comportamento individuale “egoista” potenzialmente o francamente patologico per un’azione di “beneficenza”.

Ciò che ci si vorrebbe auspicare per il futuro è che la pubblicità, rinunciando alla dimensione più ingannevole del messaggio, possa essere veramente fonte di informazioni corrette che tendano da una parte a valorizzare il ruolo sociale del gioco, la voglia di divertirsi con serenità, la moderazione, senso di responsabilità, di momento di creatività e di comunicazione tra gli individui e dall’altra informare sul pericolo rispetto alle “*abbuffate*” di gioco. Accanto a questa comunicazione si dovrebbe inoltre dare la possibilità al cittadino di essere informato, dalla stessa pubblicità e direttamente nei luoghi dedicati al gioco, della possibilità di chiedere aiuto, indicando come e dove, quando il gioco inizia a diventare “un problema” invece che “un divertimento”.

CAPITOLO V

RETE E STRATEGIE DI INTERVENTO

5.1- L'AMBULATORIO GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Attualmente le persone che hanno problemi legati a situazione di dipendenza da gioco d'azzardo trovano risposte adeguate nel sistema Sanitario Regionale attraverso la rete dei Servizi Territoriali delle Aziende per i Servizi Sanitari. L'Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), a cui farò riferimento in questa presentazione, si colloca all'interno del Servizio per le Dipendenze da Sostanze Legali e Comportamento (Ser.D.) dell' Unità Operativa Aziendale (U.O.A.) Patologie da Dipendenza della ASL 3 di Torino⁴⁷.

Il Ser.D. in cui si trova l'ambulatorio GAP è distaccato rispetto alla sede del Ser.T., si avvale di una segreteria, e tre locali in cui si effettuano gli interventi terapeutici; il più grande viene utilizzato per le riunioni di équipe ed i lavori di gruppo. Attualmente l'ambulatorio è aperto al pubblico il lunedì con orario 10.00/13.00, 14.00/19.30; dalle ore 17.30 alle 19.00 viene condotta un'attività di gruppo rivolta a 8 pazienti⁴⁸. L'accesso è diretto, non necessita della richiesta del medico di base, le prestazioni non sono soggette a ticket, di norma per il primo colloquio non ci sono attese ed è garantito nell'anonimato e nella privacy.

Il modello organizzativo dell' ambulatorio è stato progettato secondo un approccio multidimensionale, in conformità alla visione clinica bio-psico-sociale della patologia di dipendenza da gioco, che permette

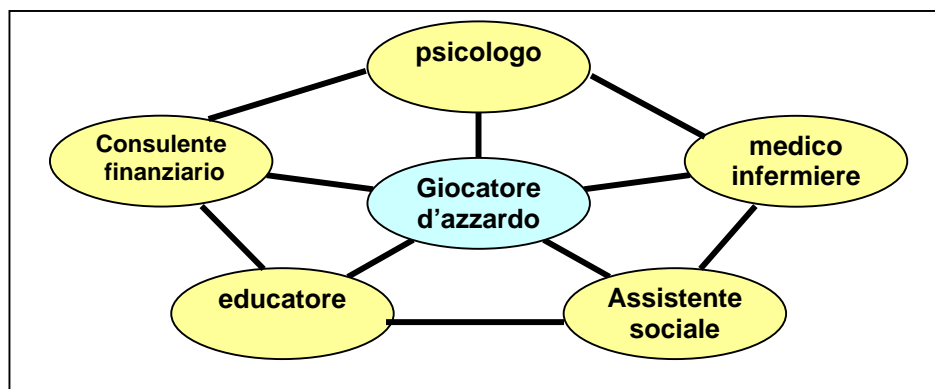
⁴⁷ L'UOA Patologie da Dipendenza è composta da due Ser.D. che hanno competenza su due distretti diversi, dal SAD (Servizio Assistenza Detenuti), da un Servizio per le dipendenze da sostanze legali e da comportamenti (che si occupa di algologia, tabagismo e gioco d'azzardo patologico) e da Pr.Assi (Servizio di Pronto assistenza). Gli operatori lavorano con un criterio di multi-appartenenza rispetto a specifiche aree di intervento. Le occasioni di incontro e confronto sono garantite grazie ad una pianificazione delle riunioni di Unità Operativa e dalle iniziative di formazione, che vengono organizzate in relazione alle necessità emergenti.

⁴⁸ Il progetto è presentato nell'allegato n. 3 p.102

una gestione dinamica dei casi clinici utilizzando progetti terapeutici individualizzati ed in rete con altri servizi. (Bignamini e coll., 2002).

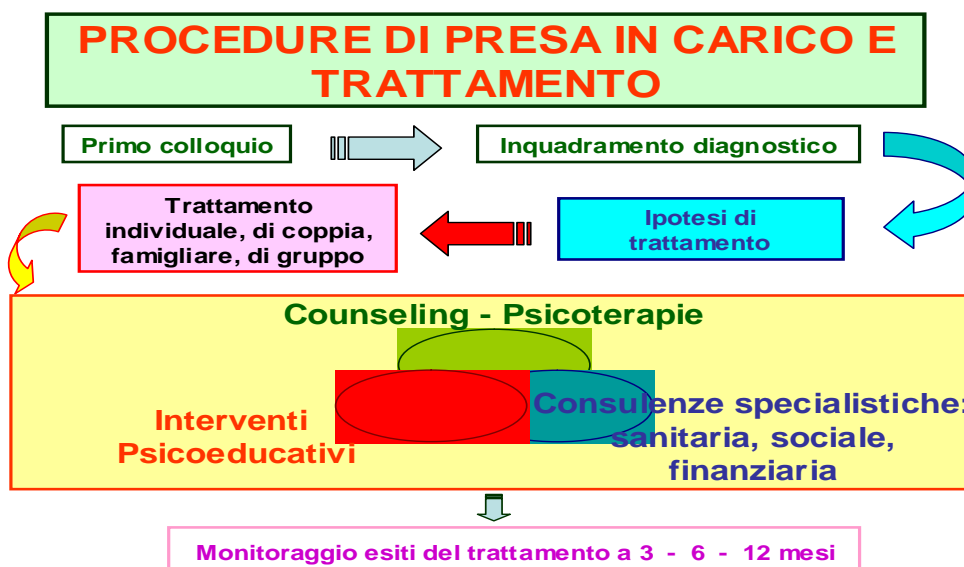
L'équipe, è multiprofessionale: una psicologa (responsabile dell'ambulatorio), una psicologa consulente, due educatori professionali (di cui uno consulente), medici psichiatri (del servizio tossicodipendenza a cui vengono indirizzati i pazienti che richiedono una valutazione medico specialistica), una assistente sociale ed un consulente finanziario esterno che fornisce la sua collaborazione in qualità di volontario (cfr. fig. n. 1). Sia gli educatori che gli psicologi hanno seguito corsi di formazione per approfondire le conoscenze del problema al fine di organizzare un lavoro in gruppo che sia in grado di integrare le diverse competenze evitando di perseguire obiettivi diversi o addirittura tra loro contrastanti.

fig. n. 1

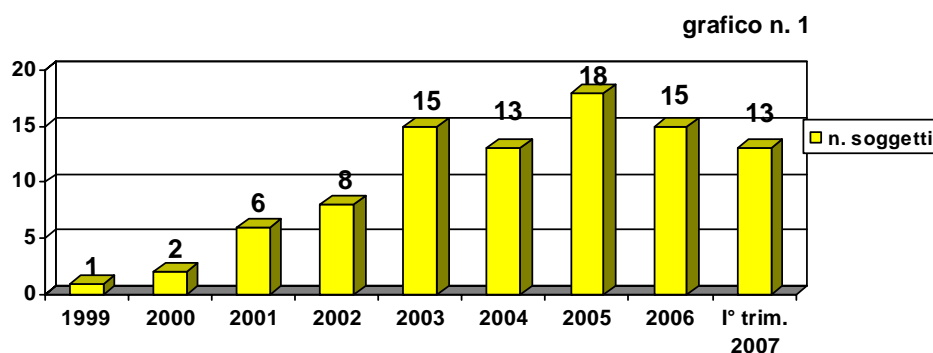


Gli interventi di cura, rivolti sia al paziente che ai suoi famigliari, si articolano in ambito psicologico, educativo, medico ed economico-finanziario. In particolare si effettuano interventi educativo-informativo (singolarmente, coi famigliari ed in gruppo), colloqui motivazionali, inquadramento psicodiagnostico, visite mediche (consulenza), psicoterapia (individuale, di coppia, famigliare), interventi di "tutoraggio" per il risanamento dei debiti, interventi sociali per affrontare le questioni legali e socio economiche, attivazione di reti di sostegno sociale

istituzionale e del volontariato. La procedura di presa in carico e trattamento si potrebbe sintetizzare con il seguente schema:



Il primo caso trattato risale al 1999 e da allora si è avuto un aumento progressivo di pazienti. Come si può veder dal grafico sotto riportato nel primo semestre 2007 i soggetti presi in carico sono già 13; si potrebbe ipotizzare che quest'anno l'utenza possa superare quella avuta nel 2005.

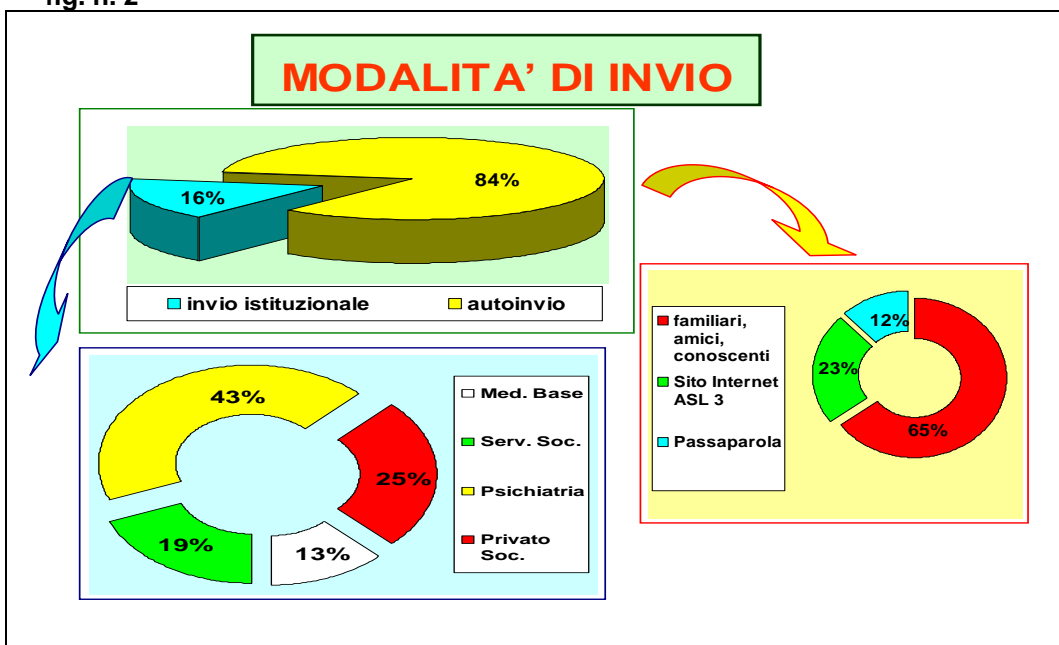


Dei 91 casi trattati 13 sono donne e 78 uomini, l'età è compresa tra i 29 – 73 anni, il 70% hanno un'occupazione stabile, il 22% precaria e l' 8% sono pensionati/e o casalinghe, rispetto all'istruzione la distribuzione è: 5% licenza elementare, 67% licenza media inferiore, 7%

diploma professionale, 8% diploma di maturità e 3% laurea. L' 82% dei pazienti preferisce giochi di casinò (92% slot-machines, 8% carte, roulette, bingo), il 18% restante scommette alle corse di cavalli (31%), gioca al lotto – Superenalotto (54%) o in borsa (15%).

Col passare del tempo si sono verificate nuove modalità di invio, si sono avute richieste di presa in carico di pazienti che avevano contattato la psichiatria, i servizi sociali, i consultori famigliari, l'alcolologia ed oltre al "passa parola" è apparso molto utile essere presenti all'interno del sito internet che presenta i servizi dell'ASL 3 (cfr. fig n. 2).

fig. n. 2



5.1.1- LA RETE DI SERVIZI

Oltre a lavorare in connessione con i servizi che sono già stati indicati presentando le modalità di invio all'ambulatorio vorrei segnalare, per quanto riguarda l'approccio di rete, tre iniziative che, tra le altre, mi sembrano particolarmente significative: Il *coordinamento spontaneo GAP*, il *progetto sidecar* ed i gruppi di auto mutuo aiuto *Giocatori Anonimi (G.A.)*, ormai da tempo presenti sul territorio piemontese.

Al **Coordinamento spontaneo GAP**, nato su iniziativa del Direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ASL 5 di Collegno nel 2005, confluiscono operatori piemontesi che operano all'interno delle AASSLL piemontesi (20 ASL su 23), nello specifico nei Servizi di "Patologia delle Dipendenze", e nel volontariato sociale che si occupano della presa in carico e del trattamento del giocatore d'azzardo patologico. Gli incontri, circa 4 all'anno, durano da oltre un biennio e sono finalizzati alla ricerca di linee guida sul trattamento, sulla prevenzione, sulla epidemiologia e sulla sensibilizzazione delle Istituzioni rispetto al problema del Gioco d'Azzardo Patologico. Si propongono inoltre, con un modello consolidato di collaborazione e scambio, da una parte di consolidare un sapere e delle pratiche di intervento che stanno orientando l'attività clinica dei nascenti Ambulatori GAP⁴⁹ e, dall'altra, di promuovere campagne di prevenzione e di ricerca sul territorio piemontese ed iniziative di sensibilizzazione rispetto alla rilevazione della contraddittorietà della pubblicità che diffonde i giochi d'azzardo.

L'attività di coordinamento ha reso visibile il suo agire attraverso la realizzazione di un Convegno "*Giocare per vivere o vivere per giocare*", svoltosi a Torino il 21 novembre 2006 con il patrocinio Regionale. Attualmente ha elaborato una cartella clinica⁵⁰ che è stata realizzata sulla base di un lavoro di sintesi significativa del materiale attualmente utilizzato nelle diverse realtà operative col fine di realizzare un documento condivisibile, utile sia per raccogliere dei dati in modo organico per un'attività di ricerca futura sia per fornire uno strumento "base" a quei servizi che ancora non hanno attivato un ambulatorio GAP ma che ne abbiano l'intenzione.

⁴⁹ Pur essendo per lo più di recente costituzione gli ambulatori hanno visto un incremento costante dei soggetti trattati: nel 2005 erano in carico alle AASSLL piemontesi 166 pazienti GAP nel 2006 il numero è stato di 247 pazienti con un incremento pari al 50%. Alcune di queste realtà possono operare grazie al finanziamento Regionale di Progetti 309/90 volti al potenziamento delle iniziative delle singole ASL..

⁵⁰ Allegato n. 4 p. 107.

Il **progetto sidecar** è un percorso di *Comunità Breve* per giocatori d'azzardo patologico. Ideato dell' Ambulatorio GAP del Dipartimento "Patologia delle dipendenze" dell'ASL 5 è stato promosso come strumento terapeutico anche ad altre ASL; la ASL 3 ha inviato alcuni pazienti. Affidato ad una équipe multiprofessionale il progetto si configura come un intervento simbolico-esperienziale di rinforzo relazionale e motivazionale a percorsi trattamentali già in atto o in fase di avvio, rispetto ai quali non costituisce un'alternativa ma un'integrazione. L'approccio residenziale si rifà al modello di Comunità Terapeutica tradizionalmente utilizzato nel trattamento dei pazienti con dipendenza da sostanze stupefacenti e alcool. A differenza del modello tradizionale la brevità del modello proposto con "Sidecar" deriva dalla necessità di offrire una risorsa terapeutica residenziale "*full immersion*" anche a quella tipologia di pazienti, i giocatori in carico al Ser.D., che a differenza dei tossicodipendenti hanno situazioni lavorative stabili e necessità di provvedere non solo a mantenere il proprio nucleo familiare ma anche e soprattutto di continuare a produrre reddito per risanare i debiti contratti proprio in conseguenza della loro patologia, motivo per cui frequentemente non accettano inserimenti in centri diurni o comunità residenziali a medio-lungo termine, ma che hanno bisogno di un *intervento motivazionale di rinforzo* all'intervento terapeutico in atto.

Il soggiorno è una "parentesi", una "sospensione" delle normali attività di vita quotidiana, offerta in un luogo lontano dalla propria rete familiare e sociale, che si ipotizza possa permettere ai pazienti da una parte l'avvio o il proseguo di un percorso di conoscenza introspettiva e, dall'altra di poter "prendere distanza dalla propria storia per poterla riconoscere". Il principale strumento clinico è il gruppo, sia nella dimensione di condivisione della quotidianità e di confronto dell'esperienza, sia come strumento terapeutico durante gli interventi specifici gestiti dalle differenti figure professionali dell'équipe.

I gruppi di ***Giocatori Anonimi*** (G.A.), realizzati sull'esempio delle associazioni nate negli Stati Uniti negli anni cinquanta, sono presenti sul territorio piemontese da c.a. tre anni. Sono rivolti ai giocatori che vogliono curarsi dalla dipendenza dal gioco d'azzardo e/o ai loro famigliari. Il programma che promuovono riprende quello già ampiamente collaudato dalle Associazioni di Alcolisti Anonimi (A.A.); si tratta di una forma di auto-aiuto organizzato, auto-gestito, auto-finanziato che generalmente non si pubblicizza se non attraverso una modalità di "passa-parola", è apolitico ed aconfessionale. Sono gruppi di uomini e donne che mettono in comune la loro esperienza, forza e speranza al fine di risolvere il loro problema comune e di aiutare altri a recuperare dal gioco compulsivo. L'unico requisito richiesto per entrare a far parte di questi gruppi è quello di avere il desiderio di smettere di giocare.

Mettono a disposizione dei propri membri dei questionari di auto-valutazione al problema (20 domande) e una serie di Passi (12), che vengono ripetuti ad ogni incontro. I GA considerano il GAP una malattia cronica e pensano che l'unico obiettivo da perseguire, da parte del giocatore, è il raggiungimento dell'astinenza stabile dal gioco. I gruppi rivolti ai famigliari si prefiggono invece di promuovere un cambiamento degli atteggiamenti all'interno del nucleo familiare del giocatore, al fine di favorirne il processo di recupero. In alcune realtà piemontesi, più di quanto non accada ancora nella città di Torino, il rapporto tra ASL e G.A. è espressione di una collaborazione importante tra Istituzione Pubblica e Volontariato Sociale.

5.2- STRATEGIA TERAPEUTICA BIO-PSICO-SOCIALE

In accordo con l'assunto adleriano dell'unicità dell'individuo (Adler, 1927) la caratteristica principale negli interventi di cura del giocatore patologico è la personalizzazione della strategia terapeutica. Per strategia si intende un progetto terapeutico a rete, elaborato in seguito ad una valutazione psicodiagnostica, medica e socio relazionale adeguata alla patogenesi multifattoriale del GAP⁵¹ che, in applicazione del modello di intervento bio-psico-sociale (Fassino, 2002), multifattoriale (Fassino, 2002), di rete (Rovera et al., 1984), corrisponde ad una strategia terapeutica che articola, in maniera non contraddittoria e non iatrogena, interventi psicoterapeutici (individuali e di gruppo), di counseling (rivolti anche ai famigliari del paziente) socioriabilitativi, educativi, medico-farmacologici e di consulenza economico-finanziario.

Come nella eziopatogenesi i tre fattori (biologici, psicologici, socio-relazionali) possono svolgere ruoli causativi e/o consequenziali e, in quasi tutti i casi, interagire nel mantenimento del processo patologico, così nella terapia bio-psico-sociale i tre tipi di trattamento corrispondenti sono articolati secondo due propositi: a) combinare strategicamente i diversi trattamenti; b) adattare questi interventi sulla necessità, gli stili e le aspettative del paziente, della coppia, della famiglia.

Uno dei principi di base della Terapia Biopsicosociale è che senza la compliance o l'adesione al trattamento c'è poca correlazione tra un trattamento prescritto ed il risultato alla terapia. Per cui una delle strategie essenziali dell'Ambulatorio GAP risulta essere quello di porre molta attenzione all'aspetto relazionale, fin dal primo contatto che il paziente prende con il Servizio. Appare di importanza fondamentale che la persona che giunge all'Ambulatorio si senta sin da subito accolta senza essere giudicata, come spesso fa il sistema familiare, cosa che in seguito può facilitare anche il trattamento delle "possibili" e spesso "probabili" ricadute.

⁵¹ Cfr. cap. III p. 53.

Come è stato sottolineato da Pelloni⁵² al Convegno “giocare per vivere o vivere per giocare – i Servizi e i Dipartimenti per la Patologia delle Dipendenze in Piemonte e l’attività nel campo del Gioco d’Azzardo Patologico”, il processo di cura del giocatore patologico inizia sin dal suo primo contatto con la struttura ambulatoriale. Il fatto stesso di mettersi alla ricerca e trovare un luogo di possibile ascolto, di richiedere una consultazione e di formulare (pur confusamente o in modo reticente) una domanda di aiuto, oppure lasciare che un familiare faccia questo, rappresenta per il giocatore l’ammissione del problema, quindi una ipotesi di soluzione. Costituisce un primo passo che mette il soggetto nella condizione di fermarsi, di esprimere e puntualizzare il proprio attuale stato di confusione, di disagio e di sofferenza, un primo passo verso “l’oggettivazione di sé”. Al primo contatto, momento informale, la persona (giocatore o familiare) si presenta con immediatezza, con tutto il suo carico di ansia e di difese, cerca l’ascolto, spiega, esprime in forma riassuntiva una immagine di sé e della situazione scegliendo elementi salienti ed indicativi. Nella sua funzione di accogliere, l’operatore oltre all’ascolto, apre l’osservazione; insieme ai dati formali raccoglie i primi elementi ai fini dello studio clinico, diagnostico ed interpretativo, si pone in relazione con la persona che si presenta, fornisce informazioni sul servizio e prepara il terreno allo spazio definito del colloquio che seguirà. L’accordo per il colloquio segna il passaggio da momento informale ed immediato a momento strutturato e definito e pone la persona nella condizione di “attesa ansiosa” ma anche “riflessiva”. Il colloquio diviene così “spazio atteso e pensato” privilegiato per la libera esposizione della propria storia, spazio in cui *l’auto-narrazione* assume tutto il suo valore terapeutico. Il paziente sperimenta qui le strategie dell’auto-presentazione rivelando il proprio bisogno di approvazione, di autoverifica (feedback), di tensione verso la ricerca di conferma e di cambiamento.

⁵² Psicologa Psicoterapeuta responsabile dell’Ambulatorio per il gioco d’azzardo patologico del Servizio per le Dipendenze da Sostanze Legali e Comportamentali dell’U.O.A. Patologie da Dipendenza dell’ASL 3 di Torino.

Un altro elemento che caratterizza la terapia bio-psico-sociale, nell'interpretazione Individual Psicologica, è il fatto di pianificare il trattamento su principi teleologici che, pur essendo stato ritenuto dallo stesso Adler (1912, 1920) *finzionale* come tutte le teorie della mente (Ansbacher e Ansbacher, 1956), è denso di conseguenze cliniche in quanto permette di osservare il gioco patologico (il sintomo) non solo come un segnale di deficit, di conflitto, ma come un tentativo del Sé di riparare deficit e conflitti; è più importante *verso dove va* la sofferenza del paziente piuttosto che *da dove viene*. Il vantaggio di questo approccio è duplice. Da una parte permette di configurare la dipendenza dal gioco anche come un tentativo, più o meno inconscio, del paziente di risolvere i suoi problemi, cosa che restituisce soggettività alla persona e dà speranza di cambiamento. Dall'altra permette di dare una valutazione globale del soggetto che non include solo i sintomi psichici e somatici, le preoccupazioni, i quadri maladattivo ma anche lo stile di vita (Adler, 1933), le mete reali oltre a quelle fittizie del suo progetto esistenziale (Torre, 1982 cit. in Fassino, 2002), le forze della sua creatività, gli attributi personali o lo stile che permette all'individuo di intraprendere in modo efficace un approccio al trattamento che combatta e superi il disturbo di dipendenza.

5.3- IL TRATTAMENTO SECONDO IL MODELLO ADLERIANO

Il trattamento individualpsicologico si pone come obiettivo generale quello di mettere in evidenza il piano di vita sbagliato del paziente. Adler (1931) scrive: *“una volta che si sia riusciti a individuare e a comprendere quale significato dà un soggetto alla vita, abbiamo la chiave per comprendere tutta la personalità”*⁵³. Aggiunge: *“Se dobbiamo cambiarlo, dobbiamo trovare le radici del suo modello; dobbiamo scoprire dove cominciarono per la prima volta i suoi fallimenti e le circostanze che li provocarono. I tratti principali della sua personalità*

⁵³ Op. cit., p. 37.

*erano già decisi all'epoca in cui aveva quattro o cinque anni*⁵⁴. [...] *nessuna argomentazione o trattamento può essere efficace se non si riesce a scoprire l'errore originario; e la sola possibilità di miglioramento sta nell'abituare il soggetto ad affrontare la vita in maniera più cooperativa e coraggiosa*⁵⁵. [...] *“La parte più importante della terapia è lo scoprire il sistema o il piano di vita dei nevrotici. [...] La comprensione e la visione generale di questo piano si possono ottenere nel modo migliore con una immedesimazione intuitiva e con comprensione creativa dell'essenza del paziente. [...] Il processo di scoperta del piano di vita nevrotico procede in un dialogo amichevole e libero in cui è senz'altro indicato di affidarsi alla guida del paziente stesso*⁵⁶”.

L'intervento si struttura innanzitutto su un modello di accoglimento empatico, modalità che permettere e facilita i movimenti regressivi del paziente, e su un atteggiamento di cooperazione che, quando viene percepita come un sincero interesse rivolto alla persona, può favorire la presa di coscienza dello stile di vita del paziente (*momento esplorativo*). Cooperando con lui è possibile fargli scoprire i propri errori ed incoraggiandolo lo si può aiutare ad incrementare il sentimento sociale. L'atteggiamento transferale lo potrà disporre ad accettare futuri movimenti *espressivi* e *trasformativi* che si pongono come obiettivo quello di ripristinare la fiducia in se stesso e negli altri al fine di ottenere il *“possibile” cambiamento* che, in molti casi collima con l'astensione dal gioco, ma in altri casi con il recupero di un atteggiamento di gioco *“responsabile”* che non ha più un impatto negativo all'interno del progetto di vita della persona e del suo sistema familiare. Perché questo sia possibile è essenziale lo smascheramento delle finzioni che fungono da linee guida del suo stile di vita. In altre parole l'analista adleriano non guarda solo alle cause, all'ereditarietà ed all'ambiente ma, soprattutto,

⁵⁴ Ibidem p. 174.

⁵⁵ Ibidem p. 37.

⁵⁶ Adler, 1920, pp. 45-47.

alle mète verso cui l'individuo si dirige con il proprio stile di vita. Mète che egli ha individuato già nell'infanzia per compensare il sentimento d'inferiorità. Di questo finalismo si trova traccia nei primi ricordi che spesso, nel giocatore, sono caratterizzati da un interesse centrato su di sé, da carenza di sentimento sociale e dall'esigenza di speciali attenzioni (Anglesio et al., 2000).

La guarigione psicologica dovrebbe coincidere con il recupero da una parte di meccanismi di difesa più adeguate e, dall'altra con l'attenuazione della distanza che esiste fra il soggetto e il resto dell'umanità. E' il momento, come evidenzia Fassino (1996), del riconoscimento e dell'utilizzo del *Sé Creativo* come laboratorio della trasformazione che secondo Parenti (Parenti e coll., 1989) coincide con un più adeguato svolgimento dei tre compiti vitali dell'uomo: amore, lavoro e amicizia.

CAPITOLO VI
UN CASO CLINICO
(omesso)

CONCLUSIONI

Il Gioco d'Azzardo Patologico è stato analizzato da varie angolazioni e ciascun approccio psicologico ha fornito una spiegazione ed una gestione del problema secondo il proprio campo d'interesse. I costrutti teorici proposti dalla Psicologia Individuale Comparata sembrerebbero particolarmente adatti ad affrontare questa nuova addiction sia in termini eziopatogenetici, sia di trattamento sia di organizzazione dei servizi.

L'utilizzo di questo modello teorico permette di rintracciare nel bisogno di compensare il forte sentimento d'inferiorità, presente in ogni giocatore patologico e riconosciuto da tutti coloro i quali si occupano di questo problema, la causa del fatto che egli abbia organizzato uno stile di vita nevrotico che ricerca nella sfida alla "Dea Bendata" il segno della propria forza. All'interno di uno spazio "simbolico e diverso", dove potersi immaginare, misurare e mettere alla prova il giocatore può sostenere la sua finzione che attribuisce al gioco la funzione di dare una risposta a bisogni di ruolo, di potere e di incontro con forti emozioni.

Egli, utilizzando una logica del tutto privata, lontana da quella comune ma che, una volta riconosciuta, non può essere che quella, sperimenta nella vincita il "proprio potere" e nella perdita il "valore" della sua capacità di "tenere duro". Qualunque sia l'esito della giocata lui è pronto a giocare ancora, il fine è quello di confermare a se stesso di "essere speciale", di dimostrare il suo bisogno "sconsiderato" di affermazione personale. Anche il suo spirito creativo, teso alla ricerca di segni propiziatori e di rituali magici in grado di influenzare la "Fortuna", è tutto orientato verso l'attività di gioco che, peraltro, lo porta ad accumulare debiti non più sostenibili, ad isolarsi sempre di più ed in alcuni casi a perdere anche il lavoro. Questo circolo vizioso si potrà interrompere, secondo Adler, solo quando egli riconoscerà il proprio stile di vita sbagliato e le finzioni che lo hanno condotto alla dipendenza, solo

così potrà ritrovare il coraggio di “vivere” la vita, piuttosto che “giocarsela”.

Non è possibile, inoltre, affrontare il fenomeno GAP senza tenere in considerazione l’impatto che questa “nuova” dipendenza ha nei confronti del sistema socio-relazionale del giocatore; il gioco giocato non è un “solitario” ma coinvolge una molteplicità di soggetti. Come un mazzo di carte è formato da quattro semi ed ha anche i Jolly, carta di cui non si sa il valore fino all’ultimo, anche intorno al giocatore gravita una costellazione di persone che fanno parte di sistemi diversi; l’area familiare, amicale, lavorativa, quella dei luoghi di gioco ed infine quella più nebulosa, che non ha un’identità precisa fino all’ultimo (il Jolly), che fa riferimento alla situazione di debito (banche, finanziarie, usurai, ..).

L’approccio bio-psico-sociale appare, anche in questo caso, adatto a fornire una chiave di lettura del fenomeno ed utile nel programmare servizi che appaiono particolarmente adatti alla gestione di questi casi clinici. La prassi evidenzia che i servizi che hanno al loro interno una équipe multiprofessionale, che effettua valutazioni multidimensionali e progetta trattamenti terapeutici integrati, secondo forme di cooperazione agili ed allargate ad una rete il più ampia possibile, sembrano essere quelli più vicini ad un “nuovo” ed “ideale” modello di risposta sanitaria al problema delle nuove addiction.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Adler A., (1912), *Il temperamento nervoso* Astrolabio, Roma, 2003.
- 2 Adler A., (1920), *Praxis und Theorie der Individual-Psychologie*, tr. It. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, ed. Astrolabio, Roma, 1967.
- 3 Adler A., (1927), *Menschen-kennntnis*, tr. It. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Grandi Tascabili Economici, Newton Roma, 1994.
- 4 Adler A., (1930), *La psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma, 1970.
- 5 Adler A., (1931), *What Life Schould Mean ti You*, Little, Brown & Co., Boston; tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1976.
- 6 Adler A., (1932), *La tecnica della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 2005.
- 7 Adler A., (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. It. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma, 1997.
- 8 Alonso-Fernandez F. (1999). *Le altre droghe*. E.U.R. Roma
- 9 American Psychiatric Association, (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, tr. It., *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*, Masson, Milano, 2001.
- 10 Anderson G., Brown R.I.F., (1984), *Real and Laboratori Gambling, Sensation Seeking and Arousal*, British Journal of Pschology, 1984; 75: 401-410.
- 11 Anglesio A., Fulcheri G., Sanfilippo B., (2000), *Le dipendenze patologiche: la prospettiva adleriana*, Riv. Psicol. Indiv., n. 48: 55-74.
- 12 Ansbacher H.L, Ansbacher R.R., (1956), *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Psycho, Martinelli, ed. Firenze, 1997.
- 13 Azzimondi F., Cice R., Croce M., (2001), *La realtà parallela della sala da corse: un extraluogo?* In (a cura di Croce M., Zernibetto R.) *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- 14 Bergler E., (1957), *The Psychology of Gambling*, Trad. it., *Psicologia del giocatore*, Newton Compton, Roma, 1974.

- 15 Bignamini E., Cortese M., Garau S., Sansebastiano S., (2002), *Dipendenza da Sostanze e Patologia Psichiatrica*, Editeam s.a.s., Gruppo Editoriale.
- 16 Bignamini E., Bombini R., (2004), *Approccio psicodinamico alla tossicodipendenza*, Riv. Psicol. Indiv., n. 56
- 17 Bignamini E., (a cura di), (2006), *La dipendenza da sostanze: Un'introduzione per la comprensione e per l'intervento*, ed. Publiedit, Cuneo.
- 18 Bignamini E., (2006), *Dispense S.A.I.G.A.*
- 19 Bland R.C., Newman S.C., Orn H.& Stebelesky G., (1993), *Epidemiology of Pathological Gambling in Edmonton*, Canadian Journal of Psychiatry, 1993; 38:108-112.
- 20 Blaszczynsky A.P., Stell Z., McConaghy N., (1997), *Impulsivity in Pathological Gambling: the Antisocial Impulsivist*, Addiction, 1997 Jan, 92 (1):75-87.
- 21 Blaszczynsky A.P., (1999), *Pathological Gambling and Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders*, Psychological Reports, 1999, 84:107-113
- 22 Bonfiglio G., Barletta G., (1992), *Il gioco d'azzardo compulsivo nei giovani tossicodipendenti*, AA.VV., *I comportamenti d'abuso e gli stati di dipendenza nella ricerca agli interventi*, Abstract SICAT, Roma.
- 23 Brain G., (2004) *Identikit del gioco d'azzardo in Italia*, Sito centro di studi e ricerche, in "Il rosso o il nero. I giochi sono fatti?", di Panzavolta A., documentazione sul gioco d'azzardo patologico e dimensione del fenomeno in Italia ed altri paesi, (<http://www.braingiotto.com>).
- 24 Caillois R., (1967) *I giochi e gli uomini*, Bompiani ed., 1995.
- 25 Capitanucci D., Biganzoli A., (2000), *Tossicodipendenza e gioco d'azzardo: risultati di una ricerca preliminare*, Personalità/Dipendenze, Vol. 6 (fascicolo III): 23-33.
- 26 Capitanucci D., Marino V., (a cura di) (2002), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, Franco Angeli Editore, Milano.
- 27 Cecchi m., Rocco M., Costantino P., (2001), *Confronto del profilo di personalità MMPI di utenti alcolodipendenti e tossicodipendenti*, XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Algologia (SIA):

- 28 Cocci V., Benci S., Bonicolini C., Dimauro P.E., (2006), *Gioco d'azzardo patologico, funzionamento borderline e tratti antisociali. Un'indagine preliminare sugli aspetti di personalità dei giocatori d'azzardo attraverso l'utilizzo del test MMPI-2*, Personalità/Dipendenze, vol. 11, Fasc. I, marzo 2006 pp. 1-13.
- 29 Croce M., (2001), *Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono*, Personalità/Dipendenze, Fasc. II, pp. 225-242.
- 30 Croce M., (2001), *Per una nuova teoria e funzione sociale del gioco d'azzardo*, in Lavammo G., *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano.
- 31 Croce M., Zerbetto R., (2001), *Il gioco & l'azzardo*, Milano, Franco Angeli.
- 32 Croce M., (2003), *Le difficoltà nel riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze*, Pubblic. In Personalità/Dipendenze, Vol. 9, Fascicolo I, Giugno 2003, pp. 43-55.
- 33 Croce M., Gabutti E., Righi S., Bagnati E., Bruni c., Prato D., Zocchia G., (2005), *Quando il tossicodipendente o l'alcolista è anche giocatore*, Dal Fare al Dire, II/2005.
- 34 Crockford D.N., & El-Guebaly N., (1988), *Psychiatry Comorbidity in Pathological Gambling: a Critical Review*, Canadian Journal of Psychiatry, 1988; 43:43-50.
- 35 Daghestani A.M., Elenz E., Crayton J.W., (1996), *Pathological gambling in hospitalised substance abusing veterans*, Journal of Clinical Psychiatry, 58: 360-363.
- 36 De Dionigi S., Gasparini C., (2006), *Il senso della vita: cercasi "finzione"*, Riv. Psicol. Indiv., n. 59:39-55.
- 37 Dickerson L.K., (1985) *Level of Arousal in High and Low Frequency Gamblers*, Behavioral Research Theory, 1985; 23 (6): 635-641.
- 38 Dostoevskij F., (1866), *Igrok (trad. It.) Il giocatore*, Mondadori, Milano, 1993.
- 39 Eurisper. (2000), *Giochi, scommesse e lotterie: italiani d'azzardo. Indagine sul gioco in Italia*, www.eurispes.com/Eurispes/azzardo/default/htm.
- 40 Fassino S., (1996), *Deficit, disturbo, creatività: a proposito della psicoterapia della depressione*, Riv. Psicol. Indiv., n. 40: 63-74.

- 41 Fassino S., (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico ed., Torino.
- 42 Fiasco M. (2001), *Aspetti sociologici, economici e rischio di criminalità*, In Croce M., Zerbetto R., (a cura di) *Il gioco & l'azzardo*. Milano, Franco Angeli, 2001.
- 43 Fink E., (1969), *Il gioco come simbolo del mondo*, tr. It. Lerici, Milano, 1992.
- 44 Fink E., (1957), *Oasi della gioia. Idee per una antologia del gioco*, tr. It. Salerno Edizioni, 10-17, 1986.
- 45 Freud S. (1928) *Dostoevskij e il parricidio*. In Opere, vol. X. Torino. Bolringheri. 1978
- 46 Gerra G., Frati F., (2000), *La ricerca sui disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti ed alcolisti*, Personalità/Dipendenze, vol. 6, Fasc. I, 73-87.
- 47 Gilovich T., (1983), *Biased Evaluation and Persistence in Gambling*. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 1110-1126.
- 48 Guerreschi C., (2000), *Giocati dal gioco*, Milano, San Paolo.
- 49 Home Office (1996), *Casinos and Bingo Club*, A consultation Paper. London.
- 50 Hollander e., Frenkel M., Decaria C., Truongold S., Stein D.J., (1992), *Treatment of Pathological Gambling with Clomipramine*, American Journal of Psychiatry, 1992, 149: 710-711.
- 51 Imbucci G., (a cura di) (1999), *Il gioco pubblico in Italia. Storia, cultura e mercato*, Marsilio, Venezia.
- 52 Jacobs D.F., (1986) *A General Theory of Addiction: a New Theoretical Model*, Journal of Gambling Behavior, 1986, 2: 15-31.
- 53 Ladoucer R., Mireault D., (1988) *Gambling Behaviors among High School Students in the Quebec area*, Journal of Gambling Behavior, 4, 3-12.
- 54 Ladoucer R., Sylvain. C., Boutin. C., Doucet C. (2000), *Le jeu excessif : comprendre et vaincre le gambling.*, tr. It., *Il gioco d'azzardo eccessivo: Vincere il gambling*, Torino, Centro Scientifico, 2003.
- 55 Langer E.J. (1975) *The Illusion of Control*. Journal of Personality and Social Psychology, 32(2), 311-328

- 56 Lavanco G., (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano.
- 57 Lesieur H.R., (1984), *The Chase: Career of the Compulsive Gambler*, Rochester, Vermont: Schenkman books, inc.
- 58 Lesieur H.R., Klein R., (1987), *Pathological Gambling Among High School Students*, *Addictive Behaviours* 12: 129-135.
- 59 Lesieur H.R., & Blume S.B., (1987), *The South Oaks GAMBLING Screen (SOGS): A new Instrument for the Identification of Pathological Gamblers*, *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144: 1184-1188.
- 60 Lesieur H.R., & Blume S.B., (1992), *Modifying the ASI for use with pathological gamblers*, *The American Journal of Addiction*, 1,3: 240-47.
- 61 Lindner R.M., (1950), *The Psychodynamics of Gambling*, *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 1950; 269: 93-107.
- 62 Lowenfeld B.H., (1979), *Personality Dimensions of the Pathological Gambler*, *Dissertation Abstracts International*, 40-B, 456.
- 63 Marazziti D., Ravizza L., (2000), *Il gioco d'azzardo patologico: ma è davvero un gioco?*, Murtin Dunitz, London.
- 64 McCormick R.A., Russo A.M., Ramirez L.F., Tabler J.I., (1984), *Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment*, *American Journal of Psychiatry*, 140: 215-218, In Croce M., Zerbetto R., (a cura di) *Il gioco & l'azzardo*. Milano, Franco Angeli, 2001.
- 65 McCown W., & Keiser R., (2000), *Addiction, Fantasy and Perception: The Role of Projective Techniques in Assessment and Treatment Planning of Addicted Individuals*, Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 66 Montalvo J.F., Echeburùn E., (2004), *Pathological Gambling and Personalità Disorders: An Exploratory Study with the IPDE*, *Journal of Personality Disorders*, vol. 18, Issue 5, Oct. 2004.
- 67 Moravec J.D., Munley P.H., (1983), *Psychological Test Findings on Pathological Gamblers in Treatment*, *Int J Addict.*, 1983 Oct., 18 (7): 1003-9.
- 68 Moreyra P., Ibàñez A., Saiz-Ruiez J., et al., (2000), *Rewiew of the Phenomenology, Etiology and Treatment Gambling*, *Greman Journal of Psychiatry*, 2000; 3:37-52, (cit. in) COLONNA P., GAP, Diagnosi, eziopatogenesi, trattamenti, Tesi di laurea, Università degli Stidi di Padova, 2001.

- 69 Natale P., (1998), *Gli italiani e le lotterie: bisogno economico o psicologico?*, Medicina delle Tossicodipendenze, 6: 1-7.
- 70 National Research Council, (1999), *Pathological Gambling: A Critical Review*, Aprile.
- 71 Pagani P.L., (1988), *Le tecniche dell'incoraggiamento*, in Sanfilippo, B., (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Angeli, Milano.
- 72 Panchieri A., (1992), *Ossessioni, Compulsioni e Continuum Ossessivo*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- 73 Pani R., Biolcati R., (2006), *Le dipendenze senza sostanze*, UTET Università, ed. De Agostani Scuola.
- 74 Parenti F. e Coll. (1989). *Alfred Adler* Antologia ragionata Milano Cortina
- 75 Perinelli S., (2003), *Il gioco d'azzardo patologico. Una studio preliminare sugli aspetti di personalità con l'uso del test di Rorschach*, Personalità/Dipendenze, vol. 9, Fasc. I, giugno 2003.
- 76 Pirandello L., (1904), *Il fu Mattia Pascal*, Mondadori, (19^a ed.), Milano, 2000.
- 77 Relp R., Greenson A., (1978), *Esplorazioni Psicoanalitiche*, Bollati Boringeri, Torino.
- 78 Roy A., Adinoff B., Roehrich L., et al., (1988), *Pathological Gambling, A Psychobiological study*, Archives of General psychiatry, 1988; 45:369-373.
- 79 Rosenthal R.J., (1997). *The gambler as a case history and literary twin: Dostoevsky's false beauty and the poetics of perversity*. In Psychoanalytic Review, 503-616, Cit. in *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, Capitucci D., Marino V., Milano, Franco Angeli, 2002.
- 80 Rovera G.G., Fassino S., Munno D., Scarso G., Torre E., (1984), *Articulated therapies in schizoaffective disorders.*, In Cazzullo C.L., (a cura di) *Schizophrenia: an integrative view*. Ghedini, Milano.
- 81 Schnitzler A., (1927), *Gioco all'alba*, Tr, it Castellani, 13^o ed., Adelphi, Milano, 1999.
- 82 Spunt B., Lesieur H., Hunt D., Cahill L., (1995), *Gambling among methadone patients*, International Journal of Addiction, 1995 Jun., 30(8): 929-62.
- 83 Voce Gioco d'Azzardoguida, (1998/99), per l'informazione sociale, Ed. Comunità, (a cura di) CNCA, Comunita' Ed., pp.276-280 .

- 84 Wacker h.R., (2000), *Epidemiology and comorbidity of depressive disorders*, Ther Umsch, 57 (2): 53-8.
- 85 Zdekauer M., (1993), *Behavioural expression and biosocial bases of sensation seeking*, Cambridge University Press.
- 86 Zuckerman M., (1979), *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*, Hillside NJ: Lawrence Erlbaum.
- 87 <http://www.sbt.ti.ch/BCB/home/drt/dossier/casedagioco/sociali.html>
- 88 <http://www.thewager.org>
- 89 <http://www.sosazzardo.it>
- 90 <http://www.siipac.it>
- 91 <http://www.gamblersanonymous.org>
- 92 <http://www.cestep.it>
- 93 <http://www.jamma.it>
- 94 <http://www.assotrattenimento.it>
- 95 <http://www.infoazzardo.it>
- 96 <http://www.gambling.it>
- 97 <http://www.basionline.org>
- 98 <http://www.easg.org>
- 99 <http://www.comunitaorthos.it>
- 100 <http://www.responsiblegambling.org/en/index.cfm>

ALLEGATI

CRITERI DIAGNOSTICI

DSM-IV-R	ICD-10
<p>A. Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come indicato da cinque (o più) dei seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. è eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare) 2. ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata 3. ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo 4. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo 5. gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione) 6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite) 7. Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo 8. ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo 9. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo 10. fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata a causa dal gioco d'azzardo <p>B. Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale</p>	<p>A. Si verificano due o più episodi di gioco d'azzardo in un periodo di almeno un anno.</p> <p>B. Questi episodi non hanno un esito vantaggioso per la persona, ma persistono nonostante la sofferenza personale e l'interferenza con il funzionamento dell'individuo nelle attività della vita quotidiana.</p> <p>C. L'individuo descrive una necessità impellente di giocare, che è difficile da controllare, e riferisce di essere incapace di smettere di giocare con uno sforzo di volontà.</p> <p>D. L'individuo è spesso alle prese con idee o immagini mentali dell'atto di giocare o delle circostanze che accompagnano l'atto stesso.</p>

Allegato n. 2

TEST S.O.G.S.

Forma breve elaborata dal South Oaks Gambling (Lasieur & Blume, 1987)

1. Quando gioca, torna spesso a giocare un'altra volta per rivincere i soldi persi?
2. Ha mai affermato di avere vinto soldi col gioco d'azzardo, quando in realtà aveva perso?
3. Ritiene di avere (o avere avuto) problemi col gioco d'azzardo?
4. 4. Ha mai giocato più di quanto voleva?
5. E' mai stato criticato per avere giocato d'azzardo?
6. Si è mai sentito colpevole per il suo modo di giocare d'azzardo o per quello che succede quando gioca d'azzardo?
7. Si è mai sentito come se avesse voglia di smettere di giocare, ma non potesse farlo?
8. Ha mai nascosto ricevute delle scommesse, biglietti di lotteria, denaro destinato al gioco o qualsiasi altra cosa riguardante il gioco d'azzardo al suo coniuge, ai suoi figli o ad altre persone importanti nella sua vita?
9. Ha mai discusso con le persone con cui vive sul Suo modo di comportarsi nei confronti del denaro, a causa del gioco d'azzardo?
10. Ha mai chiesto in prestito denaro a qualcuno senza restituirlo, a causa del gioco d'azzardo?
11. Ha mai sottratto tempo al lavoro (o alla scuola) a causa del gioco d'azzardo?
12. Se ha chiesto in prestito denaro per giocare d'azzardo o per pagare debiti di gioco, da chi o dove lo ha preso in prestito?
 - dai soldi di famiglia ▫ dal coniuge ▫ da altri parenti
 - da banche o agenzie di credito ▫ dagli usurai (strozzini)
 - tramite carte di credito;

PROGETTO GRUPPO DISCUSSIONE G.A.P.

Premessa

All'interno del nostro Servizio, che si occupa della presa in carico del Giocatore d'Azzardo Patologico, è emersa la necessità di integrare al trattamento individuale un percorso terapeutico di gruppo. Questa esigenza è stata raccolta dall'équipe multiprofessionale, che opera da circa un anno presso la sede di Piazza Montale, sulla base di dell'analisi di questi bisogni:

- soddisfare la domanda dei pazienti di confrontarsi con esperienze di malattia diverse dalla propria, ma simili tra loro per quanto concerne la problematica del gioco;
- dare una risposta di cura differenziata e di rinforzo all'esclusivo intervento individuale, usando lo strumento-gruppo, la cui validità è stata verificata dalla letteratura scientifica in materia;
- ottimizzare le risorse interne del Servizio adoperando uno strumento che, in diversi ambiti legati alla cura delle dipendenze, ha mostrato la sua efficacia in tal senso.

Dare avvio ad un'attività di gruppo trova ulteriori ragioni di sostegno nella necessità di una migliore integrazione interpersonale e ri-socializzante dei pazienti, che costituisce un'importante esigenza nel progetto di guarigione, sia nell'agenda del paziente stesso che in quella dell'operatore. Va tenuto presente che nell'incontro con gli altri ognuno può, grazie ad un meccanismo di incoraggiamento reciproco, prendere visione dei propri temi conflittuali, rinforzare la motivazione verso il cambiamento ed abbandonare comportamenti e pensieri che sottostanno all'uso patologico dell'attività di gioco. All'interno dell'esperienza fatta col gruppo si ipotizza che ognuno riesca a trovare nuovi equilibri personali basati sul recupero della stima di sé, su nuove

abilità cognitive comportamentali e, conseguentemente, su nuovi schemi di relazione con gli altri. E' una tipologia di gruppo che intende raggiungere un possibile cambiamento attraverso il riconoscimento del significato dei distorti pensieri magici che generalmente sottostanno all'attività di gioco ed eventualmente aprirsi ad una nuova dimensione di attività di gruppo maggiormente psicoterapeutica.

Obiettivi

L'intento degli operatori del servizio è quello di attivare un gruppo di discussione e confronto che permetta ai pazienti di:

- accrescere la propria consapevolezza di malattia;
- rinforzare la loro motivazione alla cura ed all'astensione, o riduzione, del comportamento patologico;
- riconoscere le proprie risorse personali e ambientali;
- appropriarsi di nuovi strumenti relazionali e comunicativi.

Per raggiungere questi obiettivi l'équipe mette a disposizione le diverse competenze professionali e personali di tipo Psicologico ed Educativo.

Organizzazione generale del gruppo di discussione.

Possono essere inseriti nel gruppo tutti quei pazienti che, terminata la fase di inquadramento diagnostico, presentino diagnosi di GAP in assenza di patologia psichiatrica di tipo paranoide e/o persecutoria - secondo i criteri del DAM-IV-TR – e che, a seguito dei colloqui effettuati con l'operatore di riferimento, appaiano adatti a partecipare ad una attività di gruppo. Terminata tale fase, se accertata l'idoneità all'inserimento nel gruppo, verranno date al paziente alcune informazioni propedeutiche con lo scopo di creare i presupposti per il suo ingresso e rispettata la sua decisione rispetto all'aderire o meno all'attività proposta.

Ogni incontro viene organizzato secondo una metodologia che prevede due modalità di intervento differenziate ma complementari tra loro. Una parte che, con l'ausilio di tecniche interattive e partecipative (giochi, simulazioni, ..) cercherà di stimolare il ricordo di alcune situazioni correlate al comportamento di gioco ed una seconda parte che, anche tramite il riferimento teorico, permetterà di recuperare il significato di tali esperienze e riportarle all'interno di una discussione di gruppo.

Si ipotizza che tale processo possa fornire ai partecipanti quelle informazioni sulle credenze, riti scaramantici e pensieri magici che sostengono il comportamento patologico di gioco. I partecipanti vengono così sensibilizzati e motivati a parlare di sé ed a prendere consapevolezza delle proprie difficoltà; si ipotizza che possano, attraverso il confronto reciproco, riconoscere i propri atteggiamenti e condizionamenti rispetto alle loro problematiche.

Le tracce degli incontri sono le seguenti:

n. inc.	data	Prima parte	Seconda parte
1		Presentazione e conoscenza dei conduttori e dei partecipanti. Esplicitazione delle regole, finalità, aspettative ed obiettivi	Giochi di presentazione
2		La prima giocata importante ed il ruolo che ha avuto nel processo di caduta in dipendenza.	Slide: le fasi di Custer Giochi narrativi
3		Gli aspetti patologici del gioco: compulsività, astinenza e ricaduta.	Presentazione di spezzoni di films
4		Rincorsa della perdita. I debiti ed atti illeciti.	Incontro con il consulente finanziario del servizio sugli aspetti legati alla gestione del denaro e del recupero dei debiti. Giochi
5		Fase della ricostruzione. Riconoscimento ed attivazione delle risorse personali ed ambientali.	Giochi di ruolo
6		Conclusioni, rielaborazione e restituzione al gruppo del proprio percorso personale.	Lettura dei verbali/diario Condivisione conviviale di pasticcini
7		Follow up di verifica degli effetti del percorso fatto in gruppo. Raccolta ed analisi di eventuali nuovi bisogni emersi.	

Strumenti e metodi.

Si definisce il numero massimo di partecipanti in 10 unità.

Sono previsti 6 incontri a cadenza settimanale (lunedì dalle 17.30 alle 19.00) a cui farà seguito un sesto incontro di follow- up dopo 21 gg.

Gli incontri avranno una durata non inferiore ai 60 min. e non superiore ai 90 min. e si terranno presso i locali dell'ambulatorio di piazza Montale 10, nella sala riunioni.

E' prevista la presenza di due conduttori, uno psicologo ed un educatore professionale, al fine di:

- garantire la continuità del progetto terapeutico sopperendo ad eventuali assenze;
- assicurare una osservazione più completa rispetto agli ambiti di intervento, sia di tipo psicologico sia di tipo educativo.

Al fine di creare un clima di fiducia reciproca, di assenza di giudizio adatta alla condivisione dei propri vissuti è necessario richiedere ai partecipanti il rispetto di alcune elementari norme:

- si è vincolati al criterio della riservatezza e del segreto rispetto a quanto viene raccontato di personale durante le attività svolte;
- eventuali assenze dovranno essere comunicate e/o motivate;
- eventuali ricadute devono essere comunicate al gruppo.

Alla fine di ogni incontro verrà redatto un verbale che permetterà di avere, alla fine di ogni incontro, da una parte una traccia degli argomenti trattati al fine di recuperare il ricordo di quanto è stato proposto di volta in volta e dall'altra, di ottenere una fotografia delle dinamiche di gruppo che si sono sviluppate durante lo svolgimento degli incontri.

La stesura, da parte dei partecipanti, di un diario personale che tenda a fissare sulla carta le impressioni e le sensazioni avute ad ogni incontro permetterà, alla fine del percorso proposto, di avere una restituzione scritta del vissuto emotivo dello scrivente.

Verifica

Vengono considerati strumento di verifica rispetto agli obiettivi preposti sia il diario che il verbale sopradescritti.

Verrà considerato elemento di verifica il fatto che i pazienti partecipino con continuità agli incontri e che nel farlo si pongano, all'interno del gruppo, con un atteggiamento partecipante.

Al momento del follow-up verrà considerato elemento di verifica positivo il fatto che l'esperienza di gruppo proposta conduca a far emergere nuovi bisogni nei partecipanti.

L'astensione dal gioco e/o la gestione di un'attività di gioco maggiormente "responsabile" si possono considerare altri elementi di verifica positiva.

Si è pensato, inoltre, di proporre all'inizio ed al termine dell'attività del gruppo una serie di 8 domande che permettano di indagare su alcuni elementi riferibili al comportamento di gioco.

CARTELLA CLINICA COORDINAMENTO

DATI ANAGRAFICI

Data di compilazione.....

PRESA IN CARICO PAZIENTE Nuovo Già in carico/Rientrato

Data (1° rientro)_____ Data (2° rientro) _____ Data (3°rientro)_____

Compilatore _____

COGNOME.....NOME.....

Nato il.....a.....Prov.....

Residente a.....Prov.....

Domiciliato a.....Prov.....

Tel..... SESSO M F

Cittadinanza.....

Codice fiscale nr.....

Es.ticket.....

Medico di base.....

DATI SOCIO-ANAGRAFICI

TITOLO DI STUDIO.....

OCCUPAZIONE.....

STATO CIVILE.....

PRIMO CONTATTO

Modalità primo contatto:

- Telefonico
- Di persona
- Familiare
- Altro.....

Con chi si presenta:

- Solo
- Coniuge/partner
- Figli
- Genitori
- Amici/conoscenti
- Operatori di altro Servizio

Canali di invio:

- Autonomo
- Medico di base
- Servizio Tossicodipendenze
- Servizio Alcologia
- Servizio Sociale
- Servizio Salute Mentale
- Passaparola
- Volontariato sociale
- Internet
- Volantini, depliant
- Altro.....

E' in carico ad altro Servizio?

- No ▫ Servizio Tossicodipendenze/Alcologia
- Servizio Sociale ▫ Servizio Salute Mentale
- Servizio Psicologia ▫ Altro

Tipologia prevalente di gioco:

- Bingo
- Casinò
- Lotto
- Lotterie istantanee (Gratta&vinci)
- Scommesse sportive
- Slot machines
- Altro.....

Altre dipendenze:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INQUADRAMENTO DELLA SITUAZIONE DI GIOCO

- QUAL E' IL GIOCO CHE PREDILIGE:
 - Bingo Casinò Internet Lotterie istantanee
 - Lotto e Superenalotto Scommesse sportive Slot Machine
 - Altro.....

- CON CHE FREQUENZA GIOCA:
 - Plurigiornaliera Giornaliera Settimanale Mensile
 - Altro.....

- QUANTE VOLTE IN MEDIA VINCE:
 - Mai Qualche volta Spesso

- A CHE ETA' HA INIZIATO A GIOCARE:

- ALL'INIZIO DEL PERIODO DI GIOCO HA AVUTO UNA VINCITA IMPORTANTE?.....

- EVENTUALI FATTORI SCATENANTI

- QUANTO TEMPO PASSA GIOCANDO:.....

- GIOCA DA SOLO O CON ALTRI:.....

- IN MEDIA QUALE CIFRA INVESTE PER GIOCARE:
.....

- QUALE PERCENTUALE DEL SUO BUDGET MENSILE RAPPRESENTA?
.....

- HA O HA AVUTO IN PASSATO PROBLEMI ECONOMICI PER DEBITI DI GIOCO:

-

- HA MAI CHIESTO SOLDI IN PRESTITO PER GIOCARE E A CHI:
.....
.....

- QUALCUN ALTRO NELLA SUA FAMIGLIA GIOCA O HA GIOCATO D'AZZARDO ABITUALMENTE?
 Padre Madre Fratelli/Sorelle Nonni Zii Altri.....

- CHI E' A CONOSCENZA CHE LEI GIOCA:
 Nessuno Partner Familiari Amici Altri.....

- MENTRE GIOCA CONSUMA ALCOLICI O ALTRE SOSTANZE?
.....

- QUANTO PER LEI IL GIOCO COSTITUISCE UN PROBLEMA:

1	2	3	4	5
Per Nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

- IN QUALE DI QUESTE AFFERMAZIONI SI RICONOSCE MAGGIORMENTE:

- 1) Il gioco per me non è un problema, lo è per familiari ed amici (precontemplazione)
- 2) Talvolta vedo il gioco come un problema ed altre come un divertimento (contemplazione)
- 3) Il gioco è un problema, ho voglia di cambiare, ma non so come fare (determinazione)
- 4) Ho smesso di giocare, ho ricominciato ed ora non so più cosa fare (ricaduta)

- HA FATTO DEI TENTATIVI PRECEDENTI DI SMETTERE DI GIOCARE?.....
- IN CHE MODO E CON QUALI ESITI?.....

- PERCHE' HA PENSATO DI RIVOLGERSI A QUESTO SERVIZIO?

.....
.....

- INTERFERENZE CON LA VITA QUOTIDIANA

- Al momento attuale, il suo comportamento di gioco crea problemi all'interno della sua famiglia?

- Problemi di coppia.....
- Problemi di famiglia.....
- Problemi con i famigliari.....
- Altro.....

- Al momento attuale, il suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento sociale?:

- Diminuzione del numero di amici.....
- Isolamento.....
- Abbandono delle attività sociali.....
- Altro.....

- Al momento attuale, in che misura il suo comportamento di gioco è d'impedimento al suo funzionamento professionale?:

- Minore efficacia sul lavoro.....
- Assenze.....
- Ritardi
- Mancanza di concentrazione.....
- Altro.....

- Al momento attuale, in che misura il suo comportamento di gioco influenza il suo funzionamento psicologico :

- Sbalzi d'umore.....
- Ansia.....
- Depressione.....
- Altro.....

- OSSERVAZIONI (COME RACCONTA DELLA SUA ESPERIENZA DI GIOCO, ASPETTI EMOTIVI, COMPORTAMENTO NON VERBALE)

.....

CRITERI DIAGNOSTICI PER F63.0 GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

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

- 1) E' eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per es., è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare).
- 2) Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.
- 3) Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo.
- 4) E' irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
- 5) Gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione).
- 6) Dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite).
- 7) Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
- 8) Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.
- 9) Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo.
- 10) Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

VALUTAZIONE:

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 0-2 punti | Nessun problema di gioco |
| 3-4 punti | Gioco problematico |
| 5 punti e più | Gioco patologico |

ANAMNESI FAMILIARE

Data.....

AFAMIGLIA DI ORIGINE

Genitori:

	Nome e cognome	Età	Anno eventuale decesso	Titolo di studio/ Occupazione	Eventuali dipendenze	Conoscenza del problema di GAP
Padre						
Madre						

Relazione tra i genitori / clima familiare:

.....

.....

.....

.....

Composizione fratria:

Nome e cognome	M/F	Età	Anno eventuale decesso	Titolo di studio/ Occupazione	Eventuali dipendenze	Conoscenza del problema di GAP

Eventuali eventi stressanti / traumatici presenti nella famiglia d'origine:

- Lutti
- Separazioni
- Frequenti trasferimenti di abitazione
- Frequenti cambiamenti di lavoro
- Crollo economico
- Maltrattamenti/ abusi
- altro

B....FAMIGLIA ATTUALE:

Costituzione di un nucleo autonomo:

- mai
- a anni

Coniugato/Convivente dal.....

Separato/Divorziato dal.....

Nr. figli di cui M nr.....F nr.....

Composizione famiglia attuale:

	Nome e cognome	M/F	Età	Anno eventuale decesso	Titolo di studio/ Occupazione	Eventuali dipendenze	Conoscenza del problema di GAP
Partner							
1° figlio/a							
2° figlio/a							
3° figlio/a							

Note:

.....
.....
.....

Eventuali eventi stressanti / traumatici presenti nella famiglia attuale:

- Lutti
- Separazioni
- Frequenti trasferimenti di abitazione
- Frequenti cambiamenti di lavoro
- Crollo economico
- Maltrattamenti/abusi
- altro

ANAMNESI SOCIALE

○ Occupazione lavorativa attuale

.....
.....

○ Storia lavorativa

.....
.....
.....
.....
.....

○ Invalidità

SI

Civile

Da lavoro

Percentuale.....%

NO

○ Servizio di leva

SI

NO per.....

○ Esperienze di istituzionalizzazione

SI quali?..... a che età?.....

NO

○ Abitazione

In affitto

Di Proprietà

Altro.....

○ Attualmente vive

- Da solo
- Con la famiglia di origine
- Con la nuova famiglia
- Con partner
- Altro.....

○ Condizione economica personale

.....

○ Condizione economica familiare

.....

○ Tenore di vita

- Originario
- Attuale

○ Problemi con la giustizia

- SI
 - Per cause civili
 - Per procedimenti penali in atto
- NO

Condanne riportate

.....
.....
.....

ANAMNESI MEDICA

Data di nascita

○ Fa richiesta esplicita di intervento medico-sanitario?

SI

NO

○ E' necessaria una consulenza psichiatrica?

○ Stato di salute attuale

.....
.....

○ Storia clinica

.....
.....
.....

○ Ci sono problemi di salute subentrati al GAP riconosciuti come tali?

SI quali?.....

NO

○ Eventuali terapie farmacologiche

.....
.....
.....

FAMILIARITÀ PER

Alcolismo

Tossicodipendenza

Malattie psichiatriche

Altro

ANAMNESI FISIOLGICA

Sviluppo psicomotorio: regolare patologie

Pubertà: precoce normale ritardata

Gravidanza: nessuna a termine n. patologie

Abitudini di vita-Alimentazione: regolare irregolare

Consumo di:

Alcool quantità/die

Tabacco quantità/die

Altro quantità/die

Sonno: regolare disturbi

ALLERGIE

accertate

presunte

ai seguenti farmaci:

.....
.....
.....

SIEROLOGIA

HIV

HBV

HCV

ANAMNESI PSICOLOGICA

ATTEGGIAMENTO NEI CONFRONTI DELLA RELAZIONE CON L'OPERATORE
RISPETTO AL PROBLEMA

.....
.....
.....
.....
.....

QUALE FUNZIONE SEMBRA SVOLGERE IL SINTOMO GIOCO?

.....
.....
.....
.....

EVENTUALI APPROFONDIMENTI PSICODIAGNOSTICI

.....
.....
.....
.....

IPOTESI DIAGNOSTICA

ALLA PRESA IN CARICO.....

.....
.....

RIVALUTAZIONI SUCCESSIVE.....

.....
.....
.....

PROPOSTA DI PROGETTO TERAPEUTICO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONTRATTO TERAPEUTICO

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VALUTAZIONE ED EVENTUALI MODIFICHE

.....
.....
.....
.....
.....

FOLLOW UP

.....
.....
.....
.....
.....