

Giocatori e famiglie

Primi dati sulla risposta di aiuto e accoglienza

MAURO CROCE, MONICA REYNAUDO, FRANCESCA RASCAZZO

In questo articolo * vengono presentati i primi risultati della ricerca condotta sulla risposta di aiuto e accoglienza relativa ai giocatori d'azzardo patologici e alle loro famiglie in Italia, nel corso del 2008.

L'indagine, di cui in queste pagine si cercherà di fornire una sintesi, costituisce una delle azioni nell'ambito del progetto «Ricerca dati sul gioco d'azzardo» assegnato dal Ministero della Solidarietà sociale del precedente governo al Gruppo Abele di Torino che ha messo a disposizione l'équipe del Centro studi documentazione e ricerche per realizzarlo in collaborazione con ALEA (Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio) in qualità di consulente scientifico ⁽¹⁾.

Nel presente contributo verrà riassunta solo una parte dei numerosi dati raccolti, laddove il report complessivo è consultabile sul sito www.centrostudi.gruppoabele.org/gambling (alla voce «Ricerca» nella barra di navigazione) e sarà fornito a tutte le strutture che hanno preso parte all'azione conoscitiva attraverso un CD Rom allegato alla presente pubblicazione.

* Si ringrazia Daniela Capitanucci per la preziosa revisione del contributo.

⁽¹⁾ Il progetto complessivo ha previsto differenti azioni volte alla costruzione di una banca dati sul tema del gioco d'azzardo e del Gioco d'azzardo patologico (GAP). I «dati» raccolti e messi a disposizione del pubblico attraverso il sito www.centrostudi.gruppoabele.org/gambling e la biblioteca del Centro studi documentazione e ricerche del Gruppo Abele di Torino sono di diversa natura: i differenti approcci all'analisi del fenomeno gambling (sociologico, epidemiologico, clinico, di genere, ecc.) così come proposti dalla letteratura in lingua italiana e non (monografie, articoli, documentazione grigia); la lista dei centri pubblici, privato e del privato sociale che dichiarano di offrire una qualche forma di sostegno a giocatori e loro familiari sul territorio italiano con i riferimenti telefonici e mail; una proposta di eventi formativi nazionali e non per operatori del settore; riviste specializzate quali il Journal of Gambling Studies e l'International Gambling Studies, ecc.

Gli obiettivi generali del progetto sono riassumibili in due grandi aree: la raccolta e la messa a disposizione del pubblico di monografie e articoli aventi quale tema principale proprio quello del GAP per mezzo di un servizio di biblioteca e di invio a distanza. Tali opere risultano infatti spesso difficili e costose da reperire da parte di studiosi, operatori, studenti.

L'altro macro-obiettivo è stato quello di indicare enti e organizzazioni che offrono aiuto ai giocatori e un'analisi di tale offerta di aiuto sul territorio nazionale, riassunta in parte nel presente articolo. Al progetto hanno preso parte, tra gli altri, Elisabetta Bosio, Alice Marchesi, Silvia Caristia e Silvia Randino cui va il nostro ringraziamento.



LA RICERCA: FINALITÀ, FASI ATTUATIVE E LIMITI

Lo studio aveva l'obiettivo di individuare «lo stato dell'arte» delle risposte terapeutiche, assistenziali e di accoglienza nei confronti di giocatori problematici e loro familiari da parte dei servizi pubblici, delle strutture private e delle associazioni di volontariato.

Più nello specifico, sono state due le finalità concrete perseguite.

Da una parte, comprendere quale sia la realtà, quali siano le linee di indirizzo, le problematiche e le prospettive aperte, gli orientamenti metodologici e organizzativi e quale sia la diversa distribuzione nel territorio nazionale dell'offerta di cura.

Dall'altra, quello di fornire una mappa consultabile attraverso il sito già citato in precedenza contenente i recapiti delle diverse strutture. Necessità – questa – quanto mai urgente di fronte al crescere del fenomeno e alla difficoltà a ottenere – sia da parte delle persone direttamente interessate e loro familiari, sia anche da parte di professionisti e operatori pubblici – indicazioni sui luoghi e i percorsi di cura disponibili.

Inutile ricordare come non esista a tutt'oggi in Italia una ricerca che possa fornire tali dati e tali indicazioni necessarie ad avere un quadro generale, a individuare problematicità e risorse, a costruire una rete e a progettare successive azioni di sviluppo organizzativo, di formazione, di risposta.

Fasi attuative

La ricerca si è articolata in quattro fasi principali.

- Creazione di un indirizzario di partenza delle strutture pubbliche, delle organizzazioni private e del volontariato che avrebbero potuto essere un primo campione per la somministrazione del questionario. Il totale delle strutture su cui è stato avviato il contatto ha incluso 556 Servizi per le dipendenze ⁽²⁾ inclusi in un elenco presente sul sito del Ministero della Salute (datato 2005) al momento dell'avvio del lavoro di analisi e 74 organizzazioni private e del privato sociale.

- Parallelamente alla definizione del campione è stato messo a punto il questionario di rilevazione dati volto a indagare essenzialmente i seguenti campi: tipologia del servizio; presenza o meno di un'accoglienza per giocatori d'azzardo patologici e stima delle richieste di aiuto ricevute nell'anno 2007; tipologia di target da cui proviene la domanda di aiuto (familiari, giocatori, altri...); tipi di prestazioni erogate e gratuità o meno delle stesse; esistenza di un lavoro di rete con altri servizi/organizzazioni per questa problematica; professionalità costituenti il gruppo di lavoro sul

⁽²⁾ Con questa dicitura si raggruppano tutti i servizi che hanno dicitura SERD o SERT.



gioco d'azzardo e loro inquadramento contrattuale; formazione specifica o meno sulla tematica seguita dai professionisti dell'équipe; eventuale formazione erogata, realizzazione di ricerche o attività di prevenzione condotte. ⁽³⁾

- Invio della prima tornata di questionari alle strutture censite (enti pubblici e del privato), con raccolta di 236 questionari da gennaio a maggio 2008, pari al 37,5% circa del campione complessivo quindi di poco oltre quel terzo indicato come normale percentuale di ritorno in caso di autocompilazione di un questionario inviato in formato postale.

In questa fase, l'invio è avvenuto tramite posta, fax e/o posta elettronica e quindi la modalità di compilazione è avvenuta in autosomministrazione; nelle lettere di accompagnamento al questionario è sempre stato richiesto che il compilatore fosse la persona meglio informata sulla tematica all'interno dell'organizzazione o ente.

Sono stati raccolti anche i dati dei responsabili di struttura e, laddove presenti, dei responsabili specifici per l'area trattamento gambling e, su loro autorizzazione, presentati nell'indirizzario finale. In questa fase erano state effettuate già una prima tornata di telefonate di richiesta a conferma dell'avvenuta ricezione; nel corso delle stesse si richiedeva anche l'eventuale preferenza per una compilazione su file.

- Seconda tornata di somministrazione, specificamente volta a ricontattare i servizi «silenti»: in accordo con i referenti scientifici, questo secondo step si è caratterizzato per una peculiarità che può essere allo stesso tempo un *bias* del lavoro.

Al fine di ampliare numericamente i dati raccolti dal campione mappato, si è scelto di ricontattare telefonicamente ⁽⁴⁾ le strutture del solo gruppo di Servizi per le dipendenze che non avevano reso i questionari al fine di capire le ragioni della loro non risposta.

Certamente si era inclusa la difficoltà di ritorno per carico di lavoro di molti operatori, la possibilità che alcuni non intendessero rispondere, l'errore negli indirizzi (dopo i primi invii 16 buste erano tornate indietro causa indirizzo sconosciuto, a riconferma della difficoltà di avere fonti certe su questo tipo di dati), ma si è scelto di verificare se la non risposta equivalesse o meno al non accogliere o prendere in carico le domande di aiuto in tema di gioco d'azzardo. Questa fase di lavoro si è conclusa il 31 ottobre 2008.

⁽³⁾ Il questionario utilizzato è consultabile al sito www.centrostudi.gruppobele.org/gambling alla voce «Ricerca».

⁽⁴⁾ Si è optato per l'intervista telefonica al fine di ridurre i tempi di attesa delle risposte ed eventuali problemi di smarrimento di questionari.



Limiti

Fin da ora è importante riconoscere tra gli altri un bias importante del lavoro di analisi, relativo al campione di soggetti coinvolti nella risposta al questionario, che per la sua complessità è stato fonte di varie criticità alcune delle quali elencheremo di seguito.

Va segnalato che all'inizio del lavoro per costruire una mappatura per quanto riguarda il privato, in assenza di altri dati e ricerche, ci si è avvalsi di reti del privato sociale già esistenti, di esperienze conosciute di aiuto ai giocatori o di segnalazioni, con l'evidente rischio di trascurare delle possibili risposte di aiuto ai giocatori in difficoltà che non hanno la visibilità di altri servizi, non appartengono a reti formalizzate, non sono note al di fuori del loro territorio.

Si è cercato di fare emergere questo dato con una sorta di «incrocio» delle risposte dei vari servizi alla domanda sul lavoro di rete. Questa fase di lavoro potrà essere oggetto di approfondimenti futuri.

Inoltre, la maggiore accessibilità di una mappatura dei servizi pubblici in raffronto a quelli privati (scarsamente censiti in modo organizzato), come si è detto nella seconda fase, ha orientato la scelta di approfondimento dei dati mancanti.

I vincoli di tempo e le risorse a disposizione hanno reso necessario dare priorità al ricontattare i soli servizi pubblici SERD, limitando l'approfondimento di tutto il contesto dell'offerta di aiuto delle organizzazioni del privato e del privato sociale con possibile bias dei dati raccolti.

Infine, certamente la diversificazione tra la modalità di compilazione (auto compilazione vs. intervista telefonica) tra prima e seconda fase può aver influito sulla qualità dei dati rilevati nel loro complesso, sebbene abbia consentito di aumentare il campione di rispondenti e di rendere meno ambigua tutta l'area della non risposta.

Quelle che vengono riportate e discusse in questa sede sono pertanto le prime considerazioni di carattere generale.

I punti aperti sono certamente molti.

LE PRIME OSSERVAZIONI MACROSCOPICHE: I LUOGHI DELL'OFFERTA DI CURA SUL TERRITORIO

Al 31 ottobre 2008, il numero di SERD e strutture del privato e del privato sociale che hanno risposto al questionario ammontava a 410. In termini di tipologia organizzativa, i rispondenti sono in 379 casi (92,4%) SERD o SERT, in 11 casi associazioni (2,7%), in 3 comunità (0,7%), in 1 caso un ente pubblico (0,2%) e in 15 casi la risposta è stata classificata come «altro» comprendendo, ad esempio, gruppi di Giocatori Anonimi che non avevano in quel momento lo statuto di associazione.

Su tutti i rispondenti, 287 (il 70%) dichiara di accogliere domande di



aiuto per un problema di gioco d'azzardo. Tra questi, 258 sono SERD. Dal punto di vista della percentuale maggiore di rispondenti, vale a dire proprio i SERD divenuti il gruppo di «osservazione» privilegiato nella seconda fase di rilevazione dati, osservando la tabella 1, si può notare come si distribuisce la percentuale di risposta rispetto al totale dei SERD regione per regione e quanto di essi accolgono o meno richieste di aiuto in tema di gioco d'azzardo.

Tab. 1 - Frequenza di risposta dei SerD, tasso di adesione e percentuale di risposta alla domanda do aiuto in tema di gioco d'azzardo

Regione	Totale strutture SERD al 2005	Totale rispondenti	Tasso adesione risposta	SERD che dichiarano di occuparsi di gioco d'azzardo	% di chi si occupa di gioco sul totale dei SERD
Valle d'Aosta	1	1	100%	1	100%
Piemonte	59	35	59,3%	31	52,5%
Lombardia	71	46	64,8%	32	45,1%
Trentino	5	4	80%	4	80%
Veneto	37	24	64,9%	20	54%
Friuli	6	4	66,7%	3	50%
Liguria	21	4	19%	4	19%
Emilia Romagna	43	33	76,7%	22	51,2%
Toscana	41	30	73,2%	23	56,1%
Umbria	11	6	54,5%	2	18%
Marche	14	12	85,7%	9	64,28%
Lazio	47	31	65,9%	15	32%
Abruzzo	11	8	72,7%	4	36,4%
Molise	6	6	100%	1	16%
Campania	42	28	66,6%	14	33,3%
Puglia	56	46	82,1%	34	60,7%
Basilicata	6	3	50%	2	33,3%
Calabria	15	10	66,6%	6	40%
Sicilia	50	38	76%	23	46%
Sardegna	14	10	71,4%	8	57,1%

Il dato di maggior evidenza desumibile dalla tabella 1 indica una diversa distribuzione delle risposte nel territorio come pure una diversa adesione al questionario. Possiamo supporre che una non risposta anche a seguito dei solleciti probabilmente coincide anche con un non particolare interesse per la tematica, e possiamo dunque assumere l'ipotesi che la non risposta equivalga a una assenza di presa in carico.

In base a queste considerazioni dunque, le regioni dove la risposta sembrerebbe meno capillare parrebbero essere Liguria, Umbria e Molise (con percentuali di offerta dei servizi ai giocatori inferiore al 20%, che sta a dire 1 servizio su 5 si occupa di rispondere a questa utenza); seguono Lazio, Abruzzo, Campania, Basilicata e Calabria, in cui è circa un servizio su 3 a rispondere. Solo in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta vi è una facilità di accesso per l'utenza con più dell'80% di servizi attrezzati (almeno 4 SERD su 5 accolgono questa utenza), mentre in una certa quantità di regioni almeno circa la metà dei servizi presenti risponde ai giocatori (parliamo di Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia, Toscana, Marche, Puglia, Sicilia e Sardegna).

È quindi evidente come la diversa distribuzione sul piano nazionale non sembri correlabile a una razionale strategia di risposta. Elemento questo prevedibile data l'assenza di linee di indirizzo, di finanziamento, di monitoraggio, di formazione sulla base di indicatori razionali quali potrebbero ad esempio essere: un servizio ogni n. abitanti; oppure la diversa strutturazione dei servizi in relazione a dati epidemiologici; oppure la prossimità con zone a rischio; oppure ancora un progressivo adeguamento dei servizi attraverso una gradualità di risposte in ordine alle richieste pervenute o a una programmazione generale.

Del resto, poche sono anche le regioni (ad es. Piemonte)⁽⁵⁾ che nella loro programmazione hanno indicato le problematiche del gioco d'azzardo tra gli obiettivi e la conseguente organizzazione di servizi. Gli esiti di tale cambiamento organizzativo e di politica sanitaria in questa regione saranno studiabili da qui a qualche anno (ad es. constatando se l'offerta numerica e clinica dei servizi ai cittadini giocatori patologici ha ricevuto maggiore impulso che non in regioni dove la patologia non era menzionata nel Piano sociosanitario regionale-PSSR). La logica che vede i diversi servizi attivi sul territorio sembrerebbe essere quindi a tutt'oggi interpretabile sulla base di elementi contingenti, specifici e «motivazionali».

Tra questi, ad esempio, un particolare interesse/sensibilità da parte di taluni operatori che in determinati casi ha permesso la costruzione di gruppi di lavoro «per contaminazione tra diversi servizi».

Certamente il fatto che il «problema abbia tardato e tuttora sia lungi dall'essere riconosciuto dalle istituzioni sanitarie» – nonostante il riconoscimento da parte della comunità scientifica attraverso l'inclusione nel DSM dal 1980, nell'ICD 10, e da parte dell'OMS – non ha giovato a una attenzione e programmazione generale.

⁽⁵⁾ Non ci è possibile dare conto nel presente contributo di questa informazione in modo compiuto a livello nazionale proprio perché trattandosi di dati locali essi sono difficilmente rintracciabili a meno di fare una esplicita indagine a riguardo. Il sentore tra gli addetti ai lavori è che vi sia una mancanza di questo tema in molti PSSR, con la conseguente difficoltà di legittimazione dei servizi che sfocia nella frammentazione operativa testè descritta.

Si veda ad esempio il problema del «riconoscimento» dell'attività attraverso «cartelle e dati» dove la voce «gioco d'azzardo» quale patologia risulta mancante in molte rilevazioni, sia dal punto di vista della rendicontazione del lavoro, sia dal punto di vista del riconoscimento della retta qualora si preveda l'invio in una struttura residenziale oppure la fruizione di specifici benefici di legge quali ad esempio, le misure penali alternative alla detenzione: i casi previsti sono infatti quelli delle tossicodipendenze (D. P. R. 9 ottobre 1990, n. 309) e dell'alcolismo (Legge 30 marzo 2001, n. 125). Del resto la «storia» dei servizi tossicodipendenze indica come si sia passati (e non senza fatica) dal prendersi carico solo delle dipendenze «da sostanze illegali» a quelle legali (alcol, tabacco) e come il riconoscimento di dipendenze «legali e senza sostanza» costituisca un cambio di paradigma probabilmente non del tutto compreso ed accettato da molte istituzioni e forse da molti operatori.

In taluni casi si può ipotizzare come la risposta da parte dei servizi possa essersi sviluppata partendo da una richiesta da parte di utenti o loro familiari. In questo caso va anche segnalato come, prima che si presentassero persone con diagnosi principale di GAP, molti operatori si fossero resi conto di come non fosse infrequente da parte di persone con problemi di dipendenza da sostanze il passaggio o la sovrapposizione con condotte di azzardo problematico o patologico, così come molti studi e osservazioni clinici hanno evidenziato.

OSSERVAZIONI: TEMPI, BISOGNI E SPECIALIZZAZIONI

A ogni buon conto, al di là dei vari elementi di tipo strutturale «contro» e «non facilitanti», una presa in carico dei giocatori d'azzardo da parte dei servizi è tuttavia da rilevare.

Quanto si intercetta il bisogno?

Un dato che appare interessante e utile a comprendere non solo la diversa diffusione territoriale, ma anche la diversa attività da parte dei servizi riguarda il numero complessivo e parziale di soggetti presi in carico dai servizi. Sommando i dati forniti da quei 239 SERD che sono riusciti a conteggiare o stimare le richieste di aiuto (a segnalare che il numero è per difetto) ne emerge che nell'anno 2007, secondo le dichiarazioni, sarebbero state prese in carico 1468 persone con diagnosi principale di gioco d'azzardo. Il numero aumenta se si considerano anche le altre tipologie di strutture per cui su 264 rispondenti, le persone accolte nel 2007 sarebbero 2543.

Come leggere questo dato? Certamente come una sottostima sia perché il fenomeno non emerge facilmente di per sé, sia perché molti servizi e

strutture non sono riusciti a indicare un numero preciso, anche se potrebbe essersi verificato anche il caso che una stessa persona sia stata presa in carico da due servizi geograficamente vicini.

La stragrande maggioranza delle strutture (sia pubbliche che private) ovvero l'81% indica come numero di utenti «incontrati/trattati» nel 2007 meno di 10 pazienti; l'11% ne ha trattati tra 10 e 30; il 6,4% più di 30 ma meno di 66; solo l'1,6% ne ha trattati più di 100 (con un massimo di 197). In realtà solo 4 strutture in tutta Italia hanno avuto in cura più di 100 giocatori e si tratta di strutture private o del privato sociale. Dato che fa riflettere.

Il dato riferito solo ai servizi pubblici indica come l'86% delle strutture abbia trattato meno di 10 pazienti; l'10,9% ne ha trattati tra 10 e 30; il 3,1% più di 30 ma meno di 57: quindi solo 7 SERT hanno avuto un certo afflusso di utenza GAP. Questo potrebbe fare supporre diverse ipotesi che vanno da una bassa domanda di tipo generale a una bassa accessibilità in relazione a elementi psicologici (immagine di servizio per tossicodipendenti), o strutturali (orari, formalizzazioni, etc). Ma anche a diverse strategie da parte dei servizi che vanno dalla «semplice disponibilità ad accogliere pazienti» con problematiche di gioco, all'organizzazione di un piano di informazione per la popolazione generale, per amministrazioni locali, per organizzazioni di volontariato, per servizi sociali, per medici di base, altri servizi delle ASL. In altre parole, una rete poco informata circa l'esistenza di risposte specialistiche per questo tipo di utenti rischia di non avere la capacità di convogliarli adeguatamente verso le risposte esistenti nel territorio. ⁽⁶⁾

Un secondo elemento che balza agli occhi è relativo al forte scarto esistente tra il tipo di bisogno supposto in ordine numerico e i numeri di casi intercettati dai servizi. Pur non avendo infatti a disposizione in Italia ricerche di tipo epidemiologico su vasta scala che possano indicare seppur con criteri indicativi di massima la prevalenza e l'incidenza del fenomeno, è lecito considerare – in relazione alle poche ricerche effettuate ⁽⁷⁾ –, ai risultati di ricerche epidemiologiche condotte in altre nazioni e ad alcuni indicatori «empirici» come le persone che si sono presentate ai servizi in questi anni costituiscano una sorta di «punta dell'iceberg» essendo infatti un dato enormemente inferiore al numero desumibile che – pur con tutte le approssimazioni e cautele del caso – certamente indica nell'ordine di centinaia di migliaia la prevalenza del fenomeno.

⁽⁶⁾ Si veda a riguardo l'articolo di Capitanucci D., Smaniotto R., Biganzoli A., Capelli M., Alippi M., Fantoni M., *Reti d'azzardo: indagine sulle attitudini di assessment della patologia del gioco d'azzardo tra gli operatori*, in «Personalità/Dipendenze», XII, 3, Modena 2006.

⁽⁷⁾ Tra queste si possono consultare i seguenti testi: a cura di Conti S., Marzo R. et al., *Divertimento e dipendenza: il rischio e l'azzardo. Indagine sui comportamenti di gioco ed esperienze cliniche dell'équipe GAP*, FrancoAngeli, Milano 2009; oppure di Capitanucci D., Capelli M., Biganzoli A., Smaniotto R., Alippi M., *Il gioco d'azzardo nel territorio*, in «Prospettive Sociali e Sanitarie», XXXV, 1, 2005, pp. 12-18.

Un altro dato riguarda il problema della comorbidità. Ovvero: atteso che sono molte le ricerche straniere ⁽⁸⁾ e italiane ⁽⁹⁾ che indicano un'elevata comorbidità tra comportamenti di *addiction* da sostanze e gioco d'azzardo, è lecito supporre come il rischio di «deriva, passaggio, compresenza» di problematiche di gioco d'azzardo patologico sia frequente tra i tossicomaniani e gli alcolisti in trattamento presso i SERD: tuttavia i dati «riconosciuti e trattati dai servizi» come «comorbidi» appaiono estremamente bassi rispetto a ciò che ci si potrebbe aspettare. In altre parole: prima di «aprire le porte e andare a cercare» i giocatori patologici «puri», nei servizi sono già «presenti e trattati» pazienti con problematiche di gioco d'azzardo senza essere riconosciuti come tali. Tale evidenza non può che aprire alcune considerazioni e richiedere alcuni adeguamenti operativi.

Dai dati sembrerebbe infatti che il problema della «comorbidità» tra sostanze e gioco d'azzardo (agito o potenziale) non sia sempre visto o quantomeno considerato.

Se infatti dalla letteratura la probabilità di riscontrare una correlazione tra dipendenza da sostanze e gioco d'azzardo è significativa (si può prevedere in almeno un caso su cinque), allora ci si potrebbe aspettare un numero maggiore di soggetti trattati o quantomeno diagnosticati per GAP tra i soggetti altrimenti trattati per dipendenza da sostanze.

Non sappiamo dire se dove è stato rilevato un alto numero di prese in carico di soggetti comorbili è perché l'indagine sia stata fatta puntualmente dagli operatori in fase di accoglienza. Va rilevato che dal questionario proposto non poteva emergere (perché non chiesta in modo esplicito) l'informazione relativa; non veniva chiesto ad esempio se venisse fatto sistematicamente uno *screening* del GAP tra la popolazione in trattamento per DAS. Ed è presumibile supporre che generalmente non si faccia. Queste considerazioni suggeriscono per un futuro disegno di ricerca nel campo una sezione maggiormente approfondita circa le abitudini di *screening* della comorbidità, cosa peraltro ampiamente confermata dagli studi scientifici accreditati a livello internazionale.

⁽⁸⁾ La letteratura internazionale sulla comorbidità DAS/GAP è oggi amplissima. Si veda ad esempio: Lesieur H., Blume S., *Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit, using the addiction severity index*, in «British Journal of Addiction», 86, 1991, pp. 1017-1028; Ramirez L. F., McCormick R. A., Russo A. M. et al., *Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment*, in «Addictive behaviors», 8, 1984, pp. 425-428; NGISC-National Gambling Impact Study Commission, *Final report 1999*, scaricato da www.ngisc.gov

⁽⁹⁾ Capelli M., Capitanucci D., Prestipino A., Mangili R., Cheli F., *La comorbidità al gambling in soggetti eroinomani. Scopi, metodologia, analisi descrittiva e principali risultati di una ricerca multicentrica*, in «Bollettino delle farmaco-tossicodipendenze», 3-4, 2004, pp. 19-25; Capitanucci D., Biganzoli A., *Tossicodipendenza e gioco d'azzardo: risultati di una ricerca preliminare*, in «Personalità/Dipendenze», 3, 2000, pp. 23-33; Spazzapan B., Lenassi P., *Il gioco d'azzardo patologico in soggetti con abuso di alcolici*, in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano 2001, pp.139-147.



Cresce il numero di servizi che accolgono giocatori

Rispetto al gioco d'azzardo occorre segnalare come il tipo di consapevolezza e quindi di offerta di cura sia crescente: dai primi interventi «pionieristici» all'inizio degli anni Novanta a ora il percorso di risposta e di attenzione risulta in costante crescita.

Negli anni 2006 e 2007 si è osservata infatti la più forte crescita di risposte da parte dei servizi pubblici, mentre il quinquennio 2003-2007 evidenzia un 69,8% di «nuovi servizi attivati».

Anche il «privato» evidenzia un trend analogo (sebbene meno incidente: 44% sono le strutture che hanno iniziato ad accogliere GAP negli anni 2003-2007). Nel 1999 nel settore privato interpellato sono state avviate il 16% delle iniziative di accoglienza GAP. In questo stesso periodo le strutture pubbliche non avevano visto il successivo – sebbene tuttora incompleto – sviluppo e pertanto è ipotizzabile che in molte realtà sia stato (e forse ancora oggi è) il privato ad attivarsi a coprire una carenza di risposte.

Altra considerazione è relativa alla qualità della risposta, estremamente variabile, per cui si può andare in un continuum da un punto zero – un servizio che non ha ancora preso in considerazione tale tipo di problematica –, al servizio «disponibile», a una forma di accoglienza «di base», declinabile in posizione in termini di «ascolto» ed eventuale invio ad altra struttura, infine a servizi che hanno organizzato équipe di intervento specifiche, che hanno consentito la formazione dei propri operatori centrata sul problema, che hanno messo a punto percorsi di trattamento multimodali, che hanno individuato un responsabile di riferimento per le attività specifiche e deliberato atti formali da parte delle amministrazioni.

Sintetizzando i dati emergenti dai servizi, parrebbe dunque che il modello italiano di risposta «parta dal basso» (dai servizi anziché da direttive nazionali o regionali) e pur evidenziando un trend di crescente diffusione sul territorio, esprime una «precarietà di fondo» del tipo di risposte che – essendo in molti casi sostenute da elementi motivazionali e non sempre da modelli organizzativi – sono suscettibili di cambiamenti in ordine a priorità interne al servizio (ad esempio distribuzione delle risorse umane in relazione alla necessità di «sostituire» altri colleghi) oppure esterne (emergenze o nuovi settori di intervento ritenuti prioritari).

Che tipo di trattamenti vengono forniti?

Per quanto riguarda poi il tipo di trattamenti offerti/richiesti (si veda grafico 1) parrebbe emergere sia per i giocatori che per i loro familiari una prevalenza di psicoterapia (si presume individuale), *counseling* e ascolto. Alcuni dati necessiterebbero di successivo approfondimento. Ad esempio è singolare l'evidenza numericamente rilevante di trattamento farmacologico correlato agli interventi resi ai familiari.



Si intende con questo che vi è un rapporto tra richiesta da parte dei familiari e di conseguente risposta da parte dei servizi di presidi di ordine farmacologico. È lecito domandarsi se ciò sia dovuto a sofferenza del familiare (ad es. disturbo d'ansia e depressione) tale dal dover ricorrere a terapia farmacologica.⁽¹⁰⁾

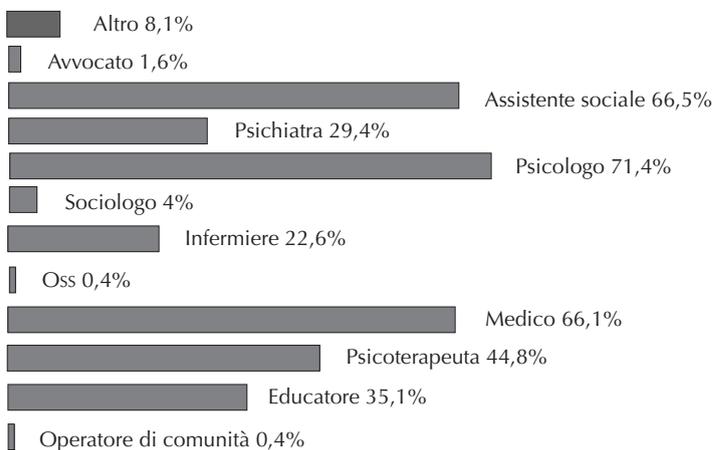
Oppure se si tratti di casi di pazienti giocatori d'azzardo ad alta problematicità, tali da richiedere supporto farmacologico.

Oppure ancora se questo atteggiamento sia relativo a una richiesta (esaudita) di intervento farmacologico da parte dei familiari in favore dei loro congiunti giocatori.

Oppure infine se ciò abbia a che vedere prioritariamente con la presenza/disponibilità di risorse in organico ai SERD (e dunque ancora una volta per ragioni organizzative piuttosto che terapeutiche in senso stretto).

L'ipotesi che il personale coinvolto appaia essere più correlato ai modelli organizzativi e alle figure professionali presenti nei servizi che alle necessità che si presume ponga l'utenza parrebbe sostenuta non solo dall'elevata presenza di interventi medici come già visto, ma anche dalla bassissima presenza di interventi legali (1,7%), che invece di certo richiederebbe la specifica patologia del gioco d'azzardo (con tutto il suo coté di debiti, insolvenze, a volte usura, ecc.).

Grafico 1 - I professionisti che si occupano di GAP (nel campione di SERD)



⁽¹⁰⁾ In questa direzione ad esempio vanno i risultati dello studio di Savron G., Pitti P., De Luca R., *Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari*, in «Rivista di psichiatria», xxxviii, 5, 2003, pp. 247-258, che segnalava – coerentemente con questo dato da noi riscontrato – come i familiari di GAP fossero affetti da un ricorrente numero e tipologie di disturbi psicologici da trattarsi farmacologicamente.



La formazione degli operatori: un nodo critico?

Il 58,8% delle strutture che hanno compilato l'area del questionario dedicata al tema della formazione dichiarano che presso le proprie sedi il personale riceve una formazione specifica in tema di gioco d'azzardo (per i soli SERD la percentuale è del 56%). Sullo stesso argomento il 48,7% dei rispondenti dichiara che nel corso del 2007 il personale ha seguito corsi di formazione o aggiornamento erogati dalla struttura o da esterni (per i soli SERD la percentuale è del 46,5%). Gli argomenti trattati in sede di formazione professionale possono essere suddivisi in 5 macro sezioni.

- *Aspetti descrittivi del gioco d'azzardo patologico.* A questa sezione appartengono tutti i corsi sul gioco e sui tipi di gioco (es. macchinette), sulla dipendenza da gioco, e su questa in relazione ad altre dipendenze (citati cocaina, alcol e «malattie neurologiche»); alcuni rispondenti utilizzano l'espressione «nuove dipendenze», pur senza specificare in dettaglio.

- *Trattamento, intervento clinico.* In termini numerici quella dell'intervento clinico sembra essere l'area più coperta dalla formazione professionale. Al suo interno si possono annoverare vari argomenti: supervisione, assessment, trattamento farmacologico, tecniche di counseling, terapia cognitivo-comportamentale, valutazione casi e diagnosi, contenimento della compulsività, neurobiologia, gestione dei gruppi terapeutici, reinserimento.

- *Aspetti amministrativi.* Anche quest'area è molto presente tra i contenuti della formazione per i servizi rispondenti. Al suo interno troviamo argomenti quali: amministrazione del patrimonio, sostegno finanziario, aspetti giuridico/legali, tutoraggio, diritto e criminologia, monitoraggio economico e situazione debitoria, amministrazione di sostegno.

- *Prevenzione.* Sull'area della prevenzione sembra esserci una buona copertura, sebbene questa sia citata in misura minore rispetto alle precedenti.

- *Ricerca.* Alcuni servizi fanno riferimento all'area della ricerca come ambito di formazione e in particolare ad aspetti epidemiologici, oppure in riferimento alla valutazione dei trattamenti effettuati.

Attività sul GAP: cosa si fa oltre la clinica?

La domanda destinata a esplorare il tipo di attività organizzate nell'ultimo anno sul tema del gioco d'azzardo dalle strutture contattate prevedeva le seguenti opzioni di risposta:

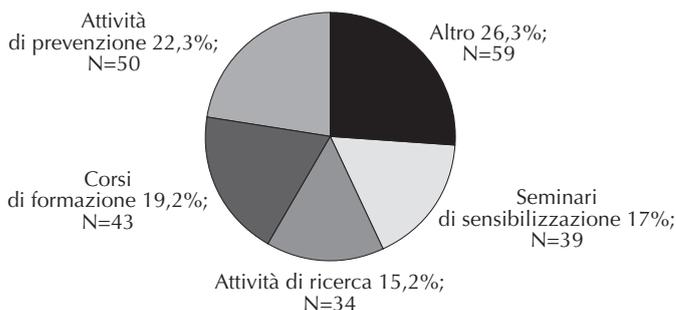
- seminari di sensibilizzazione;
- attività di ricerca;
- corsi di formazione;
- attività di prevenzione;
- altro.

Nel grafico 2 si illustrano i dati raccolti: sono presenti sia il numero dei servizi che nel corso del 2007 hanno organizzato ciascun tipo di attività,



sia le percentuali calcolate sul totale delle risposte fornite alla domanda, segno che l'ambito della patologia del gioco d'azzardo necessita di uno sviluppo di fronteggiamento su vari piani.

Grafico 2 - Attività organizzate in tema di gioco d'azzardo



CONCLUDENDO

Non possiamo che chiudere questo contributo con il sottolineare brevemente alcuni elementi emersi dai dati raccolti.

- L'assenza di linee guida e piani sociosanitari formalizzati, almeno a livello regionale ma meglio ancora sarebbe a livello nazionale, genera una difformità di risposte sul territorio italiano, che vanno da una sostanziale «non risposta» a una risposta «accettabile» sebbene comunque ancora piuttosto fragile su più piani (in termini di risorse, specializzazione e continuità nel tempo).

Abbiamo dunque osservato che sebbene esista una minoranza di regioni dove i pazienti trovano risposte al loro problema di gioco d'azzardo in pressoché tutti i SERD, ne esistono un certo numero dove invece solo pochi servizi (1 su 5) accolgono. La media è di una capacità di risposta dei SERD intorno al 50% (un servizio su 2).

In aggiunta, l'offerta nasce dal basso e spesso su base volontaristica o pionieristica, cosa che rischia di non garantirne la stabilità nel tempo, né la qualità delle risorse impiegate.

Con ciò si intende sottolineare la necessità di introdurre in organico quelle figure professionali adeguate a trattare tale disturbo, figure non sempre presenti nei servizi, e non certo si intende dubitare della professionalità espressa quotidianamente dai molti operatori che già oggi si stanno cimentando con tali prese in carico, cercando rapidamente di sopperire con buona volontà e ricorso a formazione intensiva a quelle falle di sistema che restano tuttavia difficilmente sanabili in termini localizzati o indivi-

duali: come si è visto, parrebbe infatti che si utilizzino le professionalità già presenti, piuttosto che integrarle inserendo tra il personale impiegato quegli specialisti necessari a formare equipe multidisciplinari calibrate sulle necessità cliniche specifiche di questa utenza.

- Il bisogno di cura reale è verosimilmente sotto intercettato: delle persone che si può supporre avere necessità di trattamento poche arrivano ai servizi, ma anche gli operatori parrebbero difficilmente intercettare anche i dati dei comorbili nella loro utenza dipendente da sostanze presumibilmente anche per carenza di griglie di assessment atte a rilevare sistematicamente il GAP.

- Ciò nonostante, di anno in anno crescono in termini numerici i servizi che aprono le porte a questa utenza (si può forse ipotizzare che ciò accada perché chi ha bisogno è alla ricerca di cura e formula direttamente ai servizi le domande di aiuto in modo sempre più pressante e visibile, e pertanto «sforza» verso l'attivazione di risposte).

- Per tale ragione molti sono i servizi che hanno avviato iniziative di formazione o hanno consentito ai loro operatori di fruirne, come pure cominciano ad essere organizzate altre attività collaterali alla presa in carico clinica.

Questi pochi spunti ci fanno concludere sulla necessità e urgenza con cui il nostro Paese debba porsi il problema di garantire una offerta qualificata di trattamenti rivolti a giocatori d'azzardo patologici e loro familiari, offerta che almeno vada di pari passo all'ampliamento della disponibilità di giochi legali a bassa soglia sul territorio. Non foss'altro per allinearsi alle altre Nazioni civilizzate che da tempo si sono attrezzate a fornire in modo efficace offerte di servizi, smettendo finalmente di perpetuare questo «azzardo della cura» che parrebbe avere contraddistinto il nostro Paese da quando il fenomeno del gioco patologico si è manifestato nella nostra cittadinanza.