



Gioco d'azzardo e giocatori tra rete territoriale e sviluppo scientifico

a cura di
Massimo Corti
Emiliano Monzani

*CLINICA DELLE DIPENDENZE
E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO/Quaderni*



FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



CLINICA DELLE DIPENDENZE E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO

L'esperienza clinica degli operatori delle dipendenze patologiche è ricca e articolata: spesso si parte da zero e si fatica a far conoscere e comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano. Punto di partenza di questa Collana è un'ottica culturale di apertura a un pubblico più vasto. Una sezione riguarda i *Testi*: il tema della clinica è affrontato oltre la tradizionale differenziazione teoria – ricerca – esperienze; rilevante è l'origine delle pubblicazioni, che trovano linfa nell'ambito dell'attività o comunque sono collegate agli operatori del settore.

Tematiche quali la prevenzione, la riduzione dei rischi, la riabilitazione e gli aspetti organizzativi vengono affrontati valorizzando le applicazioni utili all'intervento clinico.

Una seconda sezione è quella dei *Quaderni*: saggi, lavori congressuali e raccolta di esperienze, compresi studi e ricerche sull'utilizzo di strumenti e farmaci.

Infine i *Manuali*: materiale didattico, con la definizione di criteri, metodologie, consensus e linee di intervento.

Direzione editoriale: Alfio Lucchini

Comitato di redazione: Cinzia Assi, Maria Luisa Buzzi, Felice Nava, Giovanni Strepparola

Comitato Scientifico: Adriano Baldoni (Ancona), Giorgio Barbarini (Pavia), Renato Bricolo (Verona), Italo Carta (Milano), Giorgio Cerizza (Cremona), Massimo Clerici (Milano), Alessandro Coacci (Grosseto), Maurizio Coletti (Roma), Augusto Consoli (Torino), Antonio D'Alessandro (Roma), Antonio d'Amore (Caserta), Riccardo De Facci (Milano), Pietro Fausto D'Egidio (Pescara), Guido Faillace (Trapani), Maurizio Fea (Pavia), Riccardo C. Gatti (Milano), Gilberto Gerra (Parma), Enzo Gori (Milano), Bernardo S. Grande (Catanzaro), Claudio Leonardi (Roma), Franco Lodi (Milano), Teodora Macchia (Roma), Vincenzo Marino (Varese), Antonio Mosti (Piacenza), Giovanni Nicoletti (Roma), Pier Paolo Pani (Cagliari), Norberto Pentiricci (Perugia), Edoardo Polidori (Forlì), Eugenio Rossi (Milano), Achille Saletti (Milano), Giorgio Serio (Palermo), Alessandro Tagliamonte (Siena), Enrico Tempesta (Roma), Laura Tidone (Bergamo), Marco Tosi (Milano), Andrea Vendramin (Padova), Silvia Zanone (Roma).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.



Gioco d'azzardo e giocatori tra rete territoriale e sviluppo scientifico

a cura di

**Massimo Corti
Emiliano Monzani**

FrancoAngeli



Il volume è stato realizzato con il contributo di Regione Lombardia su fondi GAP.

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Alfio Lucchini</i>	pag.	11
Introduzione , di <i>Edoardo Cozzolino</i>	»	15
1. Gioco d'azzardo: patologia di una virtù , di <i>Mariagrazia Fasoli</i>	»	23
1. Un grande giocatore	»	23
2. L'importanza di "far finta"	»	24
3. "Dediti ad ogni sregolatezza": perché questi temerari non si sono estinti?	»	25
4. Piaceri o passioni? Come neurobiologi e psicologi imparano dai poeti e da altri appassionati	»	27
5. Quei temerari che (a volte) ci sono indispensabili	»	28
6. Implicazioni cliniche	»	29
2. Il gioco d'azzardo nella storia: dagli astragali alle slot machine , di <i>Marzio Marino, Vincenzo Marino</i>	»	31
1. Premessa	»	31
2. Introduzione	»	31
3. Il gioco d'azzardo nell'antichità	»	32
4. Il gioco d'azzardo nel Medioevo (dal V al XV secolo)	»	39
5. La scoperta dell'America e "l'esportazione" del gioco d'azzardo	»	40
6. L'era moderna e la nascita dei casinò da gioco "mercantili" in Europa (dal XVI al XVIII secolo)	»	42
7. Il primo Casinò Europeo: Venezia	»	43
8. La comparsa dei giochi moderni	»	46

9. I Casinò francesi nell'era rivoluzionaria	pag.	47
10. I Casinò teutonici	»	48
11. Nascita e sviluppo dei “sistemi” per battere il banco	»	49
12. Il gioco d'azzardo nell'era contemporanea	»	50
13. Conclusioni	»	51
3. L'illusione di poter vincere: matematica e azzardopatia , di <i>Federico Benuzzi</i>	»	54
4. La mappa epidemiologica: tutti i numeri del gioco d'azzardo , di <i>Claudia Luppi, Sabrina Molinaro</i>	»	61
1. La creazione del maggiore mercato d'Europa sul gioco d'azzardo	»	62
2. Gli studi epidemiologici	»	66
3. Il gioco a rischio di patologia	»	69
4. Alcune misure di contrasto basate sulla conoscenza del fenomeno	»	74
5. Elementi di riflessione	»	77
5. Disturbo da gioco d'azzardo: implicazioni epidemiologiche e diagnostiche , di <i>Martina Tremolada, Silvia Ronzitti, Giulia Gamba, Gianluigi Tomaselli, Massimo Clerici</i>	»	79
6. Fattori di rischio e fattori protettivi nel GAP. Indicazioni per la prevenzione , di <i>Roberto Truzoli</i>	»	85
1. Studi cross-sectional	»	88
2. Studi longitudinali	»	90
3. Prevenzione	»	93
7. Il giocatore d'azzardo patologico, chi è? Classificazioni e aspetti personologici , di <i>Massimo Corti, Emiliano Monzani</i>	»	97
1. Aspetti educativi ed ambientali	»	103
2. Aspetti biologici	»	104
3. Una possibile classificazione “personologica” del giocatore	»	105
4. Tipologie	»	105
5. Diverse tipologie di giocatori, è ipotizzabile la proposta di trattamenti diversi e “su misura”?	»	110

8. La psicodiagnostica del gioco d'azzardo patologico, di <i>Chiara Comi, Massimo Corti</i>	pag. 111
1. Strumenti di valutazioni specifici per il gioco d'azzardo patologico	» 112
2. Strumenti di valutazioni aspecifici per il gioco d'azzardo patologico: valutazione delle eventuali patologie in comorbidità e della struttura di personalità	» 116
3. Valutazione della motivazione al cambiamento	» 118
4. Valutazione delle distorsioni cognitive, degli atteggiamenti e delle credenze	» 119
5. Valutazione dell'impulso a giocare	» 119
6. Valutazione dell'efficacia del trattamento	» 119
9. Distorsioni cognitive e gioco d'azzardo patologico in adolescenza, di <i>Andrea Pozza</i>	» 121
1. Distorsioni cognitive, trappole che auto-alimentano il gioco d'azzardo in adolescenza	» 121
2. Oltre le distorsioni: fattori metacognitivi e personalità	» 124
3. Meccanismi neurali coinvolti nelle distorsioni cognitive del GAP	» 126
4. Conclusioni	» 127
10. Regina di cuori: il gioco d'azzardo nel mondo femminile, di <i>Chiara Comi</i>	» 129
1. Introduzione	» 129
2. Diffusione e caratteristiche descrittive	» 130
3. Storia familiare e storia coniugale	» 132
4. Aspetti motivazionali	» 132
5. Comorbidità e tratti di personalità	» 133
6. Richiesta d'aiuto	» 134
7. Interventi e trattamento psicologico	» 135
8. Conclusioni e prospettive future	» 135
11. Il craving e una sua possibile gestione, di <i>Giovanni Strepparola</i>	» 137
12. La comorbidità nel disturbo da gioco d'azzardo, di <i>Marco Riglietta</i>	» 153
1. Introduzione	» 153
2. I sistemi nosografici possono cambiare lo scenario?	» 154
3. I dati più recenti	» 155

4. È nato prima l'uovo o la gallina?	pag. 156
5. Il disturbo post traumatico da stress	» 158
6. Tratti di personalità e disturbo da gioco d'azzardo (Big Five)	» 159
7. Prevalenza di comorbilità nel disturbo da gioco d'azzardo	» 161
8. Il trattamento integrato del disturbo da gioco d'azzardo e dei disturbi comorbili	» 163
9. Studi di coorte prospettici	» 164
10. L'eziologia del gioco d'azzardo e dei disturbi comorbili	» 164
11. Le implicazioni dei disturbi comorbili sugli esiti del disturbo da gioco d'azzardo	» 165
12. Il rapporto con altri disturbi di addiction	» 166
13. Riepilogo delle lacune e delle raccomandazioni della letteratura	» 168
14. Conclusioni	» 169
13. Quando il giocatore diventa autore di reato: note su criminologia e gambling , di <i>Mauro Croce, Sara Sbaragli</i>	» 170
1. Premessa: aree di interesse criminologico e problemi metodologici	» 170
2. I reati commessi dai giocatori	» 173
3. La consapevolezza di reato da parte del giocatore	» 177
14. Il gioco senza la morale , di <i>Persio Tincani</i>	» 180
1. Il gioco d'azzardo	» 180
2. La regolamentazione del gioco	» 181
3. Vantaggi per il pubblico ed esternalità negative. Quanto il gioco è davvero un problema sociale?	» 186
4. Il problema della libertà	» 189
5. Conclusioni	» 192
15. Interventi cognitivo-comportamentali per superare il disturbo da gioco d'azzardo , di <i>Federico Colombo</i>	» 195
1. Il modello integrato cognitivo-comportamentale	» 196
2. La fase iniziale del trattamento: dalla motivazione all'analisi funzionale	» 196
3. Raggiungere l'astinenza	» 199
4. Ristrutturare le convinzioni disfunzionali	» 200

5. Affrontare il gioco d'azzardo	pag. 202
6. Sviluppare abilità per prevenire le ricadute	» 204
7. Oltre il gioco d'azzardo	» 205
16. Il metodo dei 12 Passi per il recupero dalla dipendenza. Dall'intervento sull'alcolista a quello sul giocatore patologico, dei referenti AA e GA Regione Lombardia	» 206
1. Il metodo: i 12 Passi	» 207
2. Come vengono messi in pratica i 12 Passi?	» 208
3. Giocatori Anonimi (GA)	» 212
Bibliografia	» 215

Prefazione

di *Alfio Lucchini**

Sul gioco d'azzardo, e uso per comodità questa definizione, si è sviluppata una corposa letteratura scientifica internazionale e sono stati pubblicati in Italia molti volumi che hanno affrontato i vari aspetti che la problematica richiama.

Nel nostro Paese il tema viene spesso affrontato a largo spettro, valutando sia gli aspetti biologici, medici, psicologici, clinici, sia quelli sociali, culturali, giuridici, legali. Sembrerebbe quindi difficile evidenziare in un nuovo scritto novità e interesse alla data odierna. Il volume curato da Massimo Corti e Emiliano Monzani, invece, con i suoi numerosi contributi propone elementi di analisi e prospettive stimolanti. Non sfugge a una realtà che consiglia prudenza nel trattare questa patologia: diciamo una malattia paradigmatica da molti punti di vista, a pieno titolo ormai inserita dal DSM-5 nella galassia delle dipendenze patologiche, ma con caratteristiche peculiari e di confine con molte altre manifestazioni patologiche e anche elementi e condizioni non patologiche. Lo stesso presentarsi della malattia non è scontato e spesso evidenzia percorsi inaspettati. Alcune peculiarità della malattia sono infatti poco in linea con le usuali patologie da dipendenza.

La rete delle risorse territoriali è centrale sia per la comprensione sia per l'approccio al disturbo da gioco d'azzardo (DGA) e impone un grande lavoro di attivazione e coordinamento.

Un'altra caratteristica molto evidente è la scarsa propensione alla cura dei soggetti affetti dalla malattia, a dire il vero fattore non esclusivo del DGA. La natura di aspettativa di vincita e riscatto legata al gioco e alla stessa perdita, l'attivazione di aree arcaiche legate alla nostra emotività, al

* Psichiatra, past president di FeDerSerD.

piacere e all'identità personale, favoriscono l'aggravamento della patologia e la convinzione di riuscire a "risalire la china". Molte dipendenze comportamentali seguono questo percorso.

Ormai da alcuni anni in Italia si è investito come mai in precedenza per una malattia da dipendenza in termini economici e di interventi preventivi e curativi. Notevole è l'impatto sociale e culturale delle iniziative che il GAP ha permesso di attivare in ogni territorio, specie per la prevenzione e la legalità. Questo è molto importante, in particolare se sapremo valutare i percorsi ad esempio di prevenzione, evitando tanti errori commessi nel passato.

Attrarre i pazienti a curarsi deve essere punto centrale: mentre si stima che parecchie centinaia di migliaia di italiani meritano un presa in carico per GAP, meno di 20 mila si sono affacciati ai servizi di cura.

La recente e purtroppo ancora attiva esperienza di pandemia da SARS - CoV-2 ha mostrato certo una diminuzione dell'accesso al gioco d'azzardo, favorita dal lockdown, con un aumento del gioco online. Ha anche evidenziato una diminuzione di accesso e di richieste ai servizi di cura, probabilmente frutto sia di una riorganizzazione dei servizi nei loro percorsi, sia di una minore motivazione dei pazienti a trovare risposte efficaci in una situazione diventata più difficile.

A chi opera nel sistema di intervento serve capire di più sulla natura della patologia.

Il volume affronta il DGA nelle sue varie sfaccettature e specialismi: d'altronde, la galassia di connessioni che questa paradigmatica patologia attrae è molto variegata. Non mancano il richiamo alla razionalità della matematica o alle basi scientifiche dei fattori di rischio e protettivi su cui implementare una prevenzione vera, accattivante e verificabile. Ampia la prospettiva epidemiologica e la visione storica, culturale e anche di richiamo ai compiti e doveri della società nell'analisi del fenomeno. Approfondita è la sezione diagnostica e sono riportati i più accreditati indirizzi terapeutici. I focus sul mondo femminile, l'adolescenza, la criminalità evidenziano alcune peculiarità che l'osservazione dei percorsi dei pazienti richiamano. Temi centrali per la comprensione del DGA come le caratteristiche e la potenza del craving e la varietà delle comorbilità sono ampiamente trattate.

Permettetemi una considerazione peculiare: il primum movens del volume, che è ricco di contributi nazionali, nasce dall'esperienza del sistema d'intervento lombardo. Sono lieto di vedere contributi provenienti dalle due aree psichiatria e dipendenze, impegnate da alcuni anni in un faticoso sforzo di confronto e collaborazione organizzativa e clinica nei dipartimenti di

salute mentale e delle dipendenze. Alcuni contributi scientifici sono scritti a due mani da questo punto di vista. Il mondo dell'università e della ricerca offre il suo contributo con visioni anche prospettiche sempre utili in una materia così in evoluzione e con limiti nella conoscenza e interpretazione.

Un volume completo che trova spazio nel difficile compito di prevenzione, diagnosi e cura che patologie come questa ci assegnano.

Introduzione

di *Edoardo Cozzolino**

Accolgo con particolare piacere l'uscita di questo nuovo libro dedicato al disturbo da gioco d'azzardo (DGA) non solo perché mette a disposizione un aggiornamento sulle più recenti acquisizioni epidemiologiche e cliniche, ma anche perché indirettamente sostiene lo sviluppo di una visione moderna dei fenomeni di addiction (compresi quelli più "integrati" che la nostra società "addittiva" ci propone costantemente). Sviluppare una cultura, non solo clinica, sul fenomeno delle dipendenze è cosa di particolare importanza per tutti i professionisti del settore. Il manifestarsi delle varie dipendenze è tipicamente a macchia di leopardo sul territorio nazionale; ci sono territori dove il problema affrontato dai SerD è ancora centrato sull'eroina e altri dove i nuovi pazienti eroinomani sono pochissimi. In alcuni territori si è reso necessario approntare sedi specifiche per la dipendenza da altre sostanze (ricordate le "nuove droghe"?) e per il gioco d'azzardo, mentre in altri luoghi il numero dei pazienti è troppo basso per pensare di attuare una strategia di questo tipo. Non ci sfugge, quantomeno per l'esperienza di lavoro accumulata, che la reale possibilità di trovare proposte di cura adeguate è, per un paziente, legata a diversi fattori tra cui anche: l'organizzazione dei servizi del territorio e la loro eventuale specializzazione, la formazione dei professionisti, le posizioni culturali di questi ultimi che finiscono per "dare le priorità" tra le varie tipologie di dipendenze su cui intervenire. Cito un ricordo di molti anni fa: in piena epidemia da eroina, l'uso anche continuativo di hashish era visto come un problema secondario e, non raramente, un "non problema".

Oggi, al contrario, siamo molto impegnati sulla diagnosi precoce e sulle strategie per agganciare, ai primi segnali di consumo problematico,

* Medico internista, direttore Struttura Complessa Fatebenefratelli Sacco di Milano.

il paziente. Evidentemente c'è stata una modifica culturale nei servizi che ha seguito lo sviluppo del fenomeno e delle nostre consapevolezze su di esso.

A questo argomento tengo particolarmente; questa modifica culturale va sostenuta e favorita il più possibile, coltivando anche il dibattito sulle diverse letture del fenomeno e del nostro agire.

Su questi aspetti ritengo assolutamente preziosa l'uscita di questo volume e di tutti quelli che, trattando un argomento, favoriscono anche lo sviluppo delle competenze epistemologiche ad esso correlate.

Il sopra citato sviluppo culturale, sia nostro che della società, rispetto al presentarsi, cangiante nel tempo, della dipendenza (negli anni Ottanta l'emergenza era sull'eroina, poi è stato riconosciuto il problema sull'alcol, poi la comparsa e il dilagare della cocaina, infine il gioco d'azzardo) ha permesso di riconoscere e attribuire ruolo e peso ad altre dipendenze, spesso legate ai luoghi del divertimento e alle età più giovani, come l'hashish, gli psicostimolanti amfetaminici, la ketamina, e tante altre sostanze che fecero la loro iniziale comparsa agli inizi degli anni Novanta determinando, associate tra loro e con l'alcol, il tragico fenomeno delle "morti del sabato sera". Aprendo così il dibattito sociale su quella "questione giovanile" di cui da anni molti parlano ma ben pochi mostrano reale intenzione di agire; basti dire che nessuno, a parte alcuni lungimiranti esempi, si pone realmente e fattivamente il problema del disagio mentale nell'infanzia/adolescenza, età in cui ha esordio la gran parte delle patologie psichiche dell'adulto.

Il passaggio dalla droga usata nelle strade, in gruppi di giovani che si erano "persi nel tunnel", al suo utilizzo di massa nei luoghi del divertimento ha cambiato il paradigma del mercato illegale, ma ha anche "messo alle corde" un sistema sociale che, tarato sul soggetto dipendente marginale ed emarginato, non sapeva bene come affrontare i soggetti socialmente integrati. Tutto questo mentre altri comportamenti "premono alla porta" in attesa di essere riconosciuti come dipendenze dalla scienza ufficiale: shopping compulsivo, sex addiction, internet addiction, sport addiction, work addiction. Saranno tutte riconosciute come dipendenze? Lo stesso dubbio ci fu anche per il DGA e in qualcuno il dubbio non è stato ancora del tutto risolto. Come tutti sappiamo il gioco d'azzardo è "l'ultima" dipendenza entrata nel novero di quelle verso cui il sistema dei SerD sviluppa le sue attività terapeutiche; il fatto in sé, per i professionisti del settore, non è nuovo poiché, fin dagli anni a cavallo del 2000, l'osservazione clinica dei pazienti in carico ai SerD ha permesso d'individuare un certo numero di persone che associavano alla dipendenza da una sostanza, per cui erano in carico, un comportamento di gioco d'azzardo, comportamento che per frequenza, pervasività, problematiche correlate e reciproco potenziamento con l'abuso

primario, suggeriva di avere diversi punti in comune con le dipendenze per come allora erano conosciute e definite.

È in quegli anni che cominciò a costruirsi, all'interno dei nostri servizi, l'esperienza sull'intervento e sul trattamento di questa "nuova" dipendenza; tutto questo avveniva, però, nelle pieghe dell'attività istituzionale, poiché il DGA non era ancora annoverato nei LEA e il Sistema dei Servizi era fortemente orientato alle (tossico)dipendenze e all'alcoldipendenza.

Come spesso capita la clinica precede con le sue intuizioni, e di molto, ciò che solo successivamente verrà confermato dalla ricerca e dalla letteratura scientifica. Infatti, il gioco d'azzardo era annoverato, dallo stesso DSM, tra i "Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" e si dovrà aspettare fino al 2014, con l'uscita del DSM-5, per vederlo finalmente collocato all'interno dei "Disturbi correlati a sostanze e disturbi di addiction". Dal punto di vista culturale ci fu un impatto di grande rilevanza perché non si trattava solo di affrontare una nuova dipendenza, ma anche di allargare lo sguardo verso quadri patologici privi di sostanza d'abuso: le dipendenze comportamentali. Per alcuni professionisti del nostro settore l'introduzione del DGA nelle dipendenze classiche è stata fonte di perplessità; Il fatto che una vera e propria dipendenza si potesse generare anche in assenza dell'introduzione nell'organismo di una sostanza addittiva, è stato culturalmente uno "scossone" per diversi di coloro che avevano costruito la loro esperienza e competenza clinica sulle dipendenze da stupefacenti, prima fra tutte quella da eroina. D'altronde possiamo vedere, in questo, delle analogie con quanto avvenuto, a suo tempo, per la dipendenza da alcol. Diversi di voi ricorderanno che gli alcolisti, inizialmente, non erano neanche considerati tra i target verso cui erano rivolti, nei loro primi anni di funzionamento, i Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze e che, successivamente, ci volle del tempo per far sì che l'accesso ai trattamenti residenziali in Comunità Terapeutica fosse garantito, a carico del SSN, anche a loro.

Insomma, per come sono andate le cose, appare evidente che i servizi siano nati come strutture rivolte ad affrontare un problema che la società aveva in quel momento, la dipendenza da eroina, e non un fenomeno più ampio, le dipendenze, di cui quella da eroina non era che una delle possibili varianti, anche se, all'epoca, era l'unica dipendenza da sostanza illegale presente in Italia; delle dipendenze da sostanze legali (alcol) neanche si parlava e di quelle comportamentali non si aveva neppure cognizione che potessero esistere. La considerazione che mi sento di fare è che la nostra società, ponendosi il problema della dipendenza da eroina, si poneva in realtà il problema dei comportamenti illegali ad essa correlati. I "tossicodipendenti" erano un disturbo per quella che allora si illudeva ancora di

essere una società sana: dilagava l'infezione da HIV, lo spaccio era ampio e alla luce del giorno, i tappeti di siringhe alimentavano la paura delle infezioni, la microcriminalità era diffusissima, i tossicodipendenti allarmavano per i loro comportamenti e atteggiamenti. A fronte di tutto questo, la differenza sembrava tracciata tra ciò che era illegale (e quindi implicitamente molto dannoso e da combattere) e ciò che era legale e che, per questa ragione, era considerato innocuo o perlomeno non addittivo.

A livello istituzionale questa scotomizzazione arrivava a definire posizioni irrealistiche e prive di fondamento: “se usi droga anche una sola volta sei un drogato” e a coniare slogan orientati a ridurre la percezione di pericolosità di altri comportamenti, “bevi responsabile” - “gioca senza esagerare”, finalizzate a sottolineare come un utilizzo moderato, responsabile e controllato potesse essere messo “in gioco” come fattore preventivo di problematiche successive. La tragica faciloneria con cui si consigliano comportamenti, che il soggetto suscettibile di sviluppare dipendenza non è in grado di adottare perché proprio questa è la base della sua problematica, è l'equivalente del consigliare a un depresso di “tirarsi un po' su” e si associa al tentativo di indurre nella popolazione una visione meno problematica e più leggera del disturbo da uso di alcol o da gioco d'azzardo, arrivando a definire quest'ultimo ludopatia, termine avversato da tutti i professionisti delle Dipendenze proprio per questa ragione.

Abbiamo sentito con le nostre orecchie parlamentari che affermavano “un bicchiere di lambrusco non ha mai fatto male a nessuno!”, cosa vera, ma, di fronte alla nostra perplessità (in un paese dove muoiono circa 25.000 persone all'anno a causa dell'alcol!), gli stessi parlamentari avevano difficoltà a spiegare perché, con il medesimo criterio, non si potesse affermare che anche uno spinello non ha mai fatto male a nessuno. A quel punto l'affermazione risolutiva è stata “... ma quella è una droga”, chiudendo il cerchio rispetto al fatto che non si capiva più se le droghe erano illegali perché dannose o dannose perché illegali. In questo va vista la sottostima verso i problemi legati al gioco d'azzardo legale che, a partire dalla metà degli anni Novanta, ha conosciuto uno sviluppo enorme e progressivo promosso proprio da quello Stato che proclamava la “lotta alla droga”.

Naturalmente non sfugge a nessuno quali e quanti siano gli interessi economici sottesi all'alcol e al gioco d'azzardo: siamo tra i primissimi produttori mondiali di vino, lo Stato applica il monopolio su alcolici e gioco legale, il gettito fiscale di quest'ultimo è “irrinunciabile” e gli incassi delle Concessionarie sono stellari e in costante aumento. Non è estraneo, a un percorso così tortuoso e preda delle opinioni di chiunque, il fatto che la nostra area di attività non preveda una sua disciplina specifica; la sua assenza ha favorito una visione disomogenea dell'area di lavoro con una

forbice sempre più ampia, man mano che le conoscenze scientifiche si sono accumulate, tra la nostra attività definita come “di base” (accesso libero, gratuita, no prescrizione del MMG) e le competenze necessarie per poterla esercitare, che erano invece sempre più specialistiche.

In qualche modo nel nostro settore stiamo seguendo un percorso inverso rispetto alle altre discipline mediche (proprio perché le altre una disciplina ce l'hanno); infatti queste ultime si sono sviluppate intorno a un iniziale sapere che poi, con progressività, si è approfondito e ramificato all'interno di ambiti sempre più specialistici. Nel nostro caso è avvenuto il contrario: ci siamo formati su una dipendenza (quella da eroina) e poi gradualmente abbiamo colto e accolto il manifestarsi sempre più variegato della dipendenza, patologia in grado di esprimersi, come fenomeno e nei singoli individui, in una molteplicità di modi diversi. All'interno di questo panorama istituzionale piuttosto incerto e ambiguo va sottolineato che Regione Lombardia ha sempre avuto la capacità di avviare e favorire percorsi utili, ben prima delle altre Regioni. Parlando dell'alcol, Regione Lombardia è stata la prima ad avviare sperimentalmente 15 NOA (Nuclei Operativi Alcolologia) con la sua legge n. 62 che risale al 1990 e, per quanto riguarda il gioco d'azzardo, si è distinta per essere stata la prima a finanziare, con il meccanismo dei voucher, l'intervento terapeutico sull'allora definito gioco d'azzardo patologico con la DGR 856/2013. Questa iniziativa fu di particolare rilievo non solo perché intrapresa come prima Regione, a cui seguiranno numerose altre, ma soprattutto perché dava risposte concrete sulla possibilità di fornire interventi organizzati e strutturati verso una patologia da tempo segnalata dagli specialisti del settore; tutto ciò ben prima del suo inserimento nei compiti istituzionali dei SerD, avvenuto con la revisione dei LEA nel 2017.

Lo sottolineo, siamo Servizi Socio Sanitari e la nostra battaglia non è solo professionale contro l'addiction, in tutte le sue forme, ma anche culturale; in qualche modo siamo i “grilli parlanti” di una società addittiva che, da un lato, ci chiede di affrontare un problema sottolineato come devastante ma, dall'altro, con le sue scelte favorisce e incrementa il problema che ci chiede di affrontare e magicamente “risolvere”.

Il DGA ha senza alcun dubbio caratteristiche comuni con le dipendenze più “storiche”, di cui condivide l'alterazione del funzionamento degli stessi circuiti neurobiologici, ed ha la stessa capacità di danneggiare la vita del paziente da tutti i punti di vista (sanitario, relazionale, affettivo, lavorativo e sociale), ma molte sono anche le differenze.

Le caratteristiche dei pazienti hanno dato un forte impulso ai servizi per definire modelli d'intervento adeguati; ci trovavamo di fronte pazienti spesso ben integrati, che non avevano nulla in comune con il classico pa-