

**Il gioco d'azzardo patologico e le nuove dipendenze:  
il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo.  
Una prospettiva di salute pubblica.**

**Valentina Cocci\* – Paolo E. Dimauro\*\***

Articolo pubblicato in *Personalità/Dipendenze* vol.11, fasc. I, marzo 2006

**Riassunto**

In questo lavoro viene presentato il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze della A-USL 8 di Arezzo per il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze. Partendo da un'ottica di salute pubblica che vede il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze come fenomeni che hanno un impatto sulla qualità della vita non solo del giocatore e della sua famiglia ma anche della comunità più in generale, viene proposto un modello di intervento che promuove l'*integrazione* a vari livelli: in ambito *organizzativo*, integrazione tra un approccio "clinico" con l'apertura di uno spazio di cura per le nuove dipendenze all'interno del Ser.T. di Arezzo e un approccio "di rete" al problema con la creazione di un Gruppo di Lavoro interistituzionale che coinvolge A-USL, Enti Locali, Associazioni di Volontariato, Commercianti e Guardia di Finanza; in ambito *clinico*, integrazione tra figure e interventi multiprofessionali (psicologici, sociali e sanitari); in ambito *psicoterapico*, integrazione tra setting individuale, familiare e di gruppo e tra modello intrapsichico e modello relazionale; in ambito *preventivo*, integrazione tra i diversi soggetti della comunità locale per una condivisione di informazioni, esperienze e strategie.

**Parole Chiave:** gioco d'azzardo, nuove dipendenze, ottica di salute pubblica

**Pathological gambling and new addictions:  
the organizational model worked out by the Addictions Department of Arezzo.  
A public health perspective.**

**Abstract**

This paper presents the organizational model worked out by the Addictions Department – Gambling and New Addictions of Arezzo local health unit *A-USL 8*. Moving from a public health perspective in which gambling and new addictions are seen as phenomena which influence not only the gambler's life quality and his/her family's but also the community as a whole, an action plan is proposed which promotes *integration* at different levels: at *organizational* level, integration between a 'clinical' approach, with the opening of a centre for the treatment of new addictions within the Drug Addiction Department (*Ser.T.*) of Arezzo, and a 'network' approach, with the establishment of an interinstitutional work team which involves the A-USL, local bodies, voluntary associations, dealers and Revenue Guard Corps; at *clinical* level, integration between multiprofessional figures and interventions (psychologists, social and health workers); at *psychotherapeutic* level, integration between individual, family and group setting and intrapsychic and relational models; at *preventive* level, integration between the local bodies for the sharing of information, experiences and strategies.

**Key words:** gambling, new addictions, public health perspective

---

\* Psicologo Psicoterapeuta Ser.T. Zona Aretina A-USL 8 Arezzo- Responsabile "Gruppo G.A.N.D."  
*e-mail:* [v.cocci@usl8.toscana.it](mailto:v.cocci@usl8.toscana.it)

\*\* Direttore Dipartimento Dipendenze A-USL 8 Arezzo *e-mail:* [p.dimauro@usl8.toscana.it](mailto:p.dimauro@usl8.toscana.it) Per la corrispondenza:  
Paolo E. Dimauro Ser:t. Zona Aretina via Fonte Veneziana 17 - 52100 AREZZO 0575-255943

## **Le dipendenze senza sostanze**

Negli ultimi anni, accanto all'uso di sostanze cosiddette tradizionali (eroina, cocaina, hashish, alcol, tabacco) e a quelle che sono definite le nuove sostanze di crescente utilizzo soprattutto tra i giovani, si assiste nella pratica clinica all'aumento di richieste di aiuto per nuove forme di dipendenza non legate all'uso di sostanze quali il gioco d'azzardo, la dipendenza da internet, da acquisti compulsivi, da sesso, da esercizio fisico, da lavoro, da rischio.

Se le nuove dipendenze possono, per certi aspetti, essere accomunate alle più note tossicodipendenze per le conseguenze che producono (escalation, tolleranza, astinenza), dall'altra si differenziano per almeno tre elementi: in primo luogo, esse si costruiscono e si autoalimentano in assenza di qualsiasi "oggetto esterno chimico" e hanno spesso a che fare con comportamenti del tutto legittimi e socialmente incentivati; in secondo luogo, questi comportamenti non sembrano interessare soltanto la fascia giovanile; infine, i "nuovi dipendenti" sembrano non avere nella loro storia elementi visibili di emarginazione e di rischio sociale (Croce e Nanni, 2004; Capitanucci et al., 2004; Capitanucci et al., 2005).

Queste considerazioni evidenziano un aspetto piuttosto inquietante: la possibilità di dipendenza diventa una condizione di rischio "sociale" aperta a ognuno di noi.

Per quanto riguarda il gioco, ad esempio, secondo stime attendibili, tra l'1 e il 3% della popolazione adulta nei Paesi occidentali è composta da giocatori patologici e circa il 6% delle persone hanno un legame problematico con il gioco (N.O.R.C., 1999).

Nell'ultimo decennio, assistiamo, inoltre, ad una tendenza alla legalizzazione dei giochi anche per gli interessi economici correlati che hanno portato molti paesi, tra cui l'Italia, a promuovere politiche di incentivazione al gioco (Fiasco, 2004, 2005).

Paradossalmente, mentre assistiamo anche in Italia ad un aumento dell'attenzione da parte dei professionisti del Servizio Pubblico e del Privato Sociale a studiare, monitorare e trovare risposte di cura adeguate al gioco d'azzardo e alle nuove dipendenze (fenomeni ormai riconosciuti, almeno alcuni, come vere e proprie patologie dalla comunità scientifica internazionale<sup>1</sup>), non sembra che a livello di politica sanitaria ci siano leggi in materia che ravvisino il problema relativo al rischio di evoluzione problematica e patologica di chi si avvicina al gioco o ad altre condotte a rischio di creare un legame di dipendenza patologica

---

<sup>1</sup> Per esempio, il gioco d'azzardo, riconosciuto come disturbo psichiatrico fin dal 1980 dall'American Psychiatric Association, nel DSM-IV viene classificato tra i "Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove" ed è definito come un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo che compromette le attività personali, familiari o lavorative. Nell'ICD-10 il gioco d'azzardo patologico rientra tra i "Disturbi delle abitudini e degli impulsi".

né sembra venir considerato l'impatto socio-economico di queste dipendenze nella comunità allargata, limitandole ad un problema di particolari soggetti (Lavanco e Varveri, 2001; Korn et al., 2003; Croce e Nanni, 2004). In questo senso, diventa un importante segnale in controtendenza l'inserimento nel Piano Sanitario della Regione Toscana per il triennio 2005-2007 di interventi di programmazione in merito al gambling e alle nuove dipendenze.

### **Il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo per il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze**

Sollecitati sia dalla compresenza di comportamenti ricorrenti ascrivibili al "gioco problematico" in alcuni nostri utenti tossicodipendenti e alcolisti sia dall'arrivo al nostro Servizio di un numero crescente di richieste specifiche per il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze, a settembre 2004 il Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo, all'interno del Ser.T. Zona Aretina, ha istituito il "Gruppo per il Gioco d'Azzardo e le Nuove Dipendenze" (Gruppo G.A.N.D.) i cui ambulatori, costituiti da una stanza per i colloqui e una sala riunione per i gruppi, sono situati presso l'Ospedale S. Donato di Arezzo in una sede distaccata rispetto al Ser.T..

#### **A) La clinica**

##### ➤ *L'èquipe di lavoro*

L'èquipe per il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze, formata da uno psicologo (responsabile del gruppo di lavoro), un medico e un'assistente sociale, offre, in forma gratuita e riservata, interventi psico-socio-sanitari rivolti sia all'individuo che alla famiglia. Gli operatori, tutti assegnati al Ser.T. Zona Aretina, non sono esclusivamente dedicati a questa attività.

##### ➤ *Modalità di accesso*

Il soggetto con problemi di G.A.N.D. e i suoi familiari possono accedere direttamente ai nostri trattamenti telefonando al Ser.T. di Arezzo o all'Ambulatorio dell'Ospedale. In occasione del primo contatto telefonico vengono fornite le informazioni sulle nostre modalità operative e viene eventualmente concordato un primo colloquio.

##### ➤ *Primo colloquio*

Il primo colloquio viene effettuato dalla psicologa.

Quando è presente il soggetto portatore del sintomo, il primo colloquio è l'occasione per sondare diverse aree riguardanti l'invio, il motivo della consultazione e i motivi che in

relazione a quel problema portano alla consultazione (problemi familiari, sociali, legali, debiti economici, ecc.), il perché proprio ora al Servizio, la storia del “gioco” o della patologia compulsiva (età in cui quel dato comportamento è diventato problematico; che cosa ha comportato il passaggio al comportamento problematico; ragioni che sono legate alla dipendenza; problematiche relazionali, finanziarie, psicologiche, sociali collegate ad essa; eventuale dipendenza da altre sostanze; compresenza di diagnosi psichiatrica; idee suicidarie; per il gioco anche: periodo del gioco sociale e uso di internet, giochi elettronici da sala gioco o video nell’infanzia e nell’adolescenza), il coinvolgimento della famiglia. Se la famiglia è presente, è l’occasione per sondare i loro punti di vista sulle aree suddette e per valutare la disponibilità/utilità/modalità del coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico.

Quando sono presenti soltanto i familiari, oltre a sondare le aree indicate precedentemente si valuteranno e concorderanno le modalità di coinvolgimento del soggetto interessato.

➤ *Valutazione psicologica, sociale e medica*

Dopo il primo colloquio si dà l’avvio ad una fase di valutazione psico-socio-sanitaria.

La valutazione psicologica viene effettuata attraverso colloqui sia individuali che familiari e test per indagare la personalità (MMPI-2) e specifici per le patologie<sup>2</sup>.

La valutazione sociale indaga le aree economiche, legali, lavorative e le eventuali problematiche sorte in questi ambiti. In questa fase l’A.S. può cominciare a valutare la necessità di: 1) attivare un intervento di tutoraggio per il risanamento dei debiti e per aiutare il soggetto a recuperare un rapporto sano con il denaro attraverso il coinvolgimento dei familiari; 2) attivare un consulente legale e/o finanziario; 3) aiutare il soggetto e/o la famiglia nel rivolgersi ai Servizi o ad altri Enti per il sostegno socio-assistenziale (Servizio Sociale del Comune, Volontariato, ecc.).

Il medico valuta la situazione fisica generale, l’eventuale uso di alcol o sostanze stupefacenti, la necessità di un trattamento farmacologico.

➤ *Trattamenti*

Il trattamento è *integrato* e *personalizzato* sui bisogni del soggetto e della sua famiglia, cioè può coinvolgere oltre all’equipe terapeutica e al gruppo familiare anche altre risorse terapeutiche istituzionali e non, reti di supporto formali e informali, soggetti della comunità

---

<sup>2</sup> Per es. per il gioco patologico, il questionario S.O.G.S. (Lesieur H.R. e Blume S.B., 1987) e l’intervista diagnostica sul gioco patologico (Ladouceur et al. 2003); per lo shopping compulsivo, la Compulsive Buying Scale (O’ Guinn, 1989); per la dipendenza da internet, l’Internet Addiction Test di K. S. Young; per la dipendenza da materiale cybersex, l’On-line Sexual Addiction Questionnaire di D.E. Putnam. Per un’analisi delle scale diagnostiche per il gambling si veda anche Dal Santo et al. (2003) e Biganzoli e Unida (2004).

locale (Servizio Sociale del Comune, Fondazione Antiusura, Comunità Terapeutiche, Volontariato, ecc.).

Gli interventi psico-socio-sanitari integrati si articolano in setting individuali, familiari, di gruppo. Nello specifico possono essere così sintetizzati: a) interventi educativo-informativi ai familiari; b) colloqui motivazionali per il soggetto e la sua famiglia; c) visite mediche, terapie farmacologiche e consulenze specialistiche (per es. per uso di alcolici o per problemi psichiatrici); d) interventi di “tutoraggio” per il piano di risanamento dei debiti; e) interventi sociali per affrontare le questioni legali e socio-economiche (eventuale invio e rapporto con il consulente legale e finanziario, raccordo con il Servizio Sociale del Comune, ecc.); f) attivazione di una rete di sostegno sociale istituzionale e del volontariato; g) interventi psicoterapeutici individuali, di coppia, familiari; h) inserimento nel gruppo psicoterapico multifamiliare.

➤ *Follow-up*

Sono previste due verifiche: la prima a 6 mesi e la seconda ad un anno dalla chiusura del contatto.

➤ *Casistica: dati preliminari*

In attesa di un’analisi clinica e statistica dettagliata sulle caratteristiche della nostra utenza, i cui risultati saranno oggetto di una prossima pubblicazione, forniamo alcuni dati preliminari. Negli ultimi quattro anni e mezzo (da gennaio 2001 a giugno 2005) hanno preso contatto con il nostro Servizio N. 17 soggetti con problemi di gioco d’azzardo e nuove dipendenze (di cui N. 14 con diagnosi primaria di gioco d’azzardo patologico e N. 3 con diagnosi di shopping compulsivo) e N. 2 familiari che hanno chiesto aiuto per il convivente con problemi di gioco d’azzardo patologico.

Dei 19 contatti, 15 si sono trasformati in prese in carico; 2 (una per shopping compulsivo e l’altra per gioco d’azzardo) sono state delle consulenze richieste da altri Servizi (DSM per la prima e Ser.T. Zonale per la seconda); per i due familiari (nello specifico, le mogli) di due giocatori, in un caso, si è attivato un percorso di sostegno psicologico al familiare perché il coniuge non si è mai presentato al Servizio; nel secondo caso, la moglie ha partecipato al gruppo psicoterapico multifamiliare mentre il marito si è “affacciato” soltanto di recente al Servizio dando segnali a tuttoggi ambivalenti su una richiesta di presa in carico.

Per quanto riguarda la domanda di aiuto al Servizio, è interessante notare che, ad eccezione per le due consulenze richieste da operatori socio-sanitari, soltanto 2 soggetti sul totale dei contatti ha chiesto aiuto personalmente al Servizio. Il resto dei contatti (88,2%) è avvenuto da

parte di un familiare ed è così suddiviso: per il 46,7% il coniuge; per il 26,7% i figli; per il 13,3% i fratelli; per il 13,3% la madre.

I 19 contatti sono così suddivisi per data del primo contatto: N. 1 nell'anno 2002; N. 4 nell'anno 2003; N. 5 nell'anno 2004; N. 9 nell'anno 2005 (primo semestre).

Per quanto riguarda l'utenza presa in carico (N. 15 soggetti), sintetizziamo alcune caratteristiche.

L'80% degli utenti in carico sono di sesso maschile con un'età media al 1° contatto con il Servizio di 43,4 anni; il range dell'età varia dai 22 ai 64 anni ed è così distribuito: il 33,3% ha tra 51 e 60 anni, il 20% tra 20 e 30 anni, il 20% tra 31 e 40 anni; il 20% tra 41 e 50 anni; il 6,7% ha più di 60 anni. L'età media di inizio del comportamento problematico a 26,5 anni ci dice che: il problema ha un esordio post-adolescenziale (in linea con i dati della popolazione più generale); i soggetti sono arrivati al nostro Servizio con esperienze di gioco patologico o di altre forme di dipendenza protratte nel tempo; esiste una latenza di più di 15 anni tra le prime esperienze di gioco patologico o di inizio di altra patologia compulsiva e la decisione di chiedere aiuto ad un Servizio per quel problema specifico.

Il 60% dell'utenza è coniugato; il 26,6% è celibe, il 6,7% è separato e un altro 6,7% è vedovo. Per quanto concerne l'occupazione, il 66,7% sono lavoratori dipendenti; il 20% sono pensionati; il 13,3% sono disoccupati.

Per quanto riguarda la scolarità, i soggetti sono così distribuiti: 33,3% licenza elementare; 33,3% licenza media inferiore; 20% licenza media superiore; 6,7% laurea; 6,7% analfabeta.

Riguardo al tipo di dipendenza per cui chiedono aiuto, l'86,7% ha problemi di gioco d'azzardo e il 13,3% ha problemi di shopping compulsivo. Tra i giocatori, vengono praticati i seguenti giochi: 69,2% slotmachine; 15,4% lotto; 7,7% bingo; 7,7% carte.

Infine, per quanto riguarda la ritenzione in trattamento, emerge che a fine giugno 2005 il 53,3% è tuttora in carico; il 26,7% ha interrotto; il 13,3% ha concluso positivamente il trattamento ed è stato dimesso; il 6,7%, che corrisponde ad un soggetto, si è trasferito e ha continuato il trattamento nel nuovo Ser.T. di residenza.

## **B) La rete territoriale**

Nell'organizzazione della nostra pratica clinica e istituzionale, ci sembrava tuttavia riduttivo limitare l'approccio alle nuove dipendenze ad un modello esclusivamente medico o psicologico così come scegliere un'unica cornice di riferimento (si pensi soltanto ai costi, oltre che psicologici e sanitari, anche sociali, economici, relazionali correlati a questi

fenomeni quali rischio suicidario, perdita del posto di lavoro, crisi e separazioni coniugali, debiti economici, ricorso all'usura, microcriminalità, ecc.)<sup>3</sup>.

Ci è sembrato più utile, dunque, come suggerito da alcuni autori (Volberg, 1994; Korn e Shaffer, 1999; Shaffer e Korn, 2002; Croce e Capitanucci, 2003; Korn et al., 2003; Capitanucci, 2004; Tse et al., 2004), partire da un vertice di lettura che è quello della *salute pubblica* e della *pubblica responsabilità* che, più libero da interessi di parte, cerca di integrare e valutare simultaneamente tutte le varie sfaccettature di questi fenomeni (libertà individuale, cultura, divertimento, disagio, economia, eccesso, ecc.) favorendo un confronto allargato tra tutti i “soggetti” coinvolti e di promuovere una responsabilità politica nell'informarsi e nell'informare sui costi e sui benefici del gioco d'azzardo e delle nuove dipendenze e nell'identificare le strategie volte a prevenire oltre che a ridurre i danni ad essi connessi.

➤ *Il Gruppo di Lavoro interistituzionale*

In questa ottica, a gennaio 2005, il Ser.T. si è fatto promotore della costituzione di un “Gruppo di Lavoro interistituzionale per il Gioco d'Azzardo e le Nuove Dipendenze” (GdL G.A.N.D.) che ha al suo interno rappresentanti di varie realtà territoriali: Ser.T. Zona Aretina e Sezione di Epidemiologia e di Educazione alla Salute dell'Azienda Usl 8 di Arezzo, Servizio Sociale del Comune di Arezzo, Assessorato alle Politiche Sociali e Giovanili della Provincia di Arezzo, Caritas Diocesana di Arezzo-Cortona-Sansepolcro, Misericordia di Arezzo in qualità di Fondazione Antiusura, Guardia di Finanza Provinciale, Associazioni dei Commercianti.

Il GdL G.A.N.D., coordinato dalla responsabile dell'èquipe clinica del Ser.T., è un gruppo permanente e si riunisce mensilmente.

➤ *Gli obiettivi*

Gli obiettivi del GdL G.A.N.D. sono a più livelli:

1. attivare canali di comunicazione e favorire spazi di confronto tra i vari soggetti coinvolti (clinici, politici, comunità locale, forze dell'ordine, privato sociale, associazionismo, gestori dell'industria del gioco) per arrivare a condividere un linguaggio e un modello di

---

<sup>3</sup> Korn et al. (2003) descrivono in dettaglio i diversi paradigmi concettuali per descrivere il gioco d'azzardo (libertà individuale, legittima forma di intrattenimento, strumento economico per le entrate dello Stato, ecc.) e le diverse politiche socio-sanitarie ad essi collegate. E' interessante osservare come ad ogni paradigma si connota anche l'utilizzo di una differente terminologia per descrivere il gioco d'azzardo (vizio, patologia, gioco responsabile, ecc.). A questo proposito, osserva Capitanucci (2004): nella proposta di legge elaborata dalla Commissione Attività produttive della Camera nell'estate 2003 per l'apertura di Parchi urbani del divertimento (nuovo modello di casinò dove slotmachine e tavoli verdi si mischieranno a discoteche, bar, cinema e ristoranti), la parola “casinò” non viene mai citata.

salute pubblica che permetta di vedere “i bisogni e i vuoti sociali” (Croce e Capitanucci, 2003) ai quali il gioco e le nuove dipendenze rispondono e che in un certo senso creano;

2. monitorare e valutare l’impatto del gioco e delle nuove dipendenze sulla vita dei singoli, delle famiglie, della comunità intera e su fasce di popolazione a rischio<sup>4</sup>;

3. promuovere studi di prevalenza del fenomeno nel territorio e in relazione ad altre forme di addiction, consapevoli che lo studio e la ricerca condotti su aspetti sia individuali che sociali, contestuali, epidemiologici, ecc. possano giocare un ruolo importante nel promuovere un cambiamento anche culturale nell’approccio ad un problema di salute pubblica come lo sono le nuove dipendenze (si pensi, ad esempio, al cambiamento legislativo in tema di fumo di tabacco a cui hanno concorso gli studi degli ultimi anni sull’impatto del fumo non solo sui fumatori: fumo passivo, fumo in gravidanza, ecc.);

4. condividere e coordinare conoscenze, esperienze e iniziative in relazione al gioco d’azzardo e alle nuove dipendenze per evitare che ciascuno operi separatamente e talvolta in direzioni divergenti;

5. promuovere azioni preventive<sup>5</sup> di tipo primario, secondario e terziario in un’ottica di promozione della salute che vede coinvolgere tutti i soggetti della rete favorendo una condivisione di informazioni, esperienze ed esigenze nel rispetto dei diversi ruoli istituzionali (Lavanco, 2001; Frigerio e Nicosia, 2003; Sorbello, 2003);

6. sensibilizzare la comunità locale e portarla a conoscenza delle implicazioni, sanitarie e non, di queste nuove problematiche e dell’esistenza di uno spazio di cura specifico che il Servizio Pubblico offre gratuitamente.

➤ *Azioni intraprese e in progetto*

Elenchiamo alcune iniziative, in parte già avviate e in parte in progetto per l’anno 2006, al fine del raggiungimento degli obiettivi sopra citati:

1. in collaborazione con la Direzione Sanitaria della A-USL, informativa a tutti i Direttori di Dipartimento dell’A-Usl8 di Arezzo e a tutti i Medici di Medicina Generale dell’apertura di uno spazio di cura per il gioco e le nuove dipendenze da parte del Ser.T.;

---

<sup>4</sup> Si veda, a questo proposito, l’interessante studio di Vaillancourt e Roy (2000) che cerca di quantificare gli effetti del gioco sul benessere della comunità utilizzando differenti indicatori (dai costi legati alla criminalità a quelli relativi alla perdita del posto di lavoro per il giocatore e al conseguente minor introito sociale).

<sup>5</sup> Concretamente, per esempio, azioni preventive per il gioco d’azzardo possono comportare l’informare la clientela sugli elementi che stimolano la compulsività (velocità e facilità delle giocate, illusione di controllo, ecc.) e sulle esatte possibilità di vincita (sfatare le false illusioni di soldi facili) oltre che il prevedere misure di tutela nel caso di evidente frattura tra le proprie disponibilità economiche e il denaro investito nel gioco (Lavanco, 2001; Capitanucci, 2004).

2. stampa e diffusione di un volantino, che pubblicizza lo spazio di cura per le nuove dipendenze, in alcuni punti “strategici” dell’Azienda Sanitaria e non solo (Distretti Socio-Sanitari, CUP, Sale d’attesa dei MMG, Circoscrizioni Comunali, ecc.);

3. articoli sul gioco d’azzardo e sulle iniziative del GdL interistituzionale sia sui quotidiani locali che sui notiziari delle Associazioni dei Commercianti;

4. mappatura di sale bingo, punti SNAI ed esercizi pubblici che, nel Comune di Arezzo, risultano in possesso di autorizzazione per l’esposizione di slotmachine. E’ in progetto l’estensione della mappatura a tutti i locali in possesso della licenza per Lotto, Superenalotto, Totip, Totocalcio e simili;

5. in collaborazione con le Associazioni dei commercianti, da settembre 2005, è in programma l’effettuazione di una ricerca tra gli esercenti che hanno apparecchi di intrattenimento tramite un’intervista che permetta di ricavare un profilo del giocatore “abituale”. I risultati della ricerca saranno un’occasione per far seguire azioni di sensibilizzazione sia tra gli esercenti (incontri pubblici, distribuzione di materiale informativo, ecc.) che tra la popolazione generale;

6. in collaborazione con l’U.F. di Educazione alla Salute della A-Usl 8, sono in progetto due ricerche a partire dal 2006 riguardanti, l’una, la comorbidità tra gambling ed altre forme di addiction tra gli utenti del Ser.T Zona Aretina e, l’altra, i comportamenti a rischio nella fascia giovanile della popolazione aretina;

7. ampliamento del sito-web, già esistente per la clinica delle nuove dipendenze all’interno del sito del Dipartimento delle Dipendenze ([www.cedostar.it](http://www.cedostar.it)), con nuove pagine dedicate all’approccio di rete, ai progetti di ricerca e ad altre iniziative.

### **La sfida di una clinica integrata nel territorio**

L’apertura di uno spazio di cura specifico per il gioco e le nuove dipendenze, lo studio del fenomeno del gioco e delle nuove dipendenze nel territorio e in relazione ad altre forme di addiction, il dialogo avviato con le associazioni dei commercianti, il rapporto di recente nascita con le forze dell’ordine in merito a queste nuove problematiche, il rafforzamento dei canali di comunicazione con gli Enti Locali, la Fondazione Antiusura e la Caritas costituiscono una sfida importante al fine dell’elaborazione e del radicamento di una clinica dentro la rete territoriale. Tutto questo per favorire: un *sistema di risposta “integrato”* ai bisogni complessi e differenti del soggetto e della sua famiglia portatori di queste problematiche; una *progressiva consapevolezza* nella comunità locale di un impatto globale

e complesso del gioco e delle nuove dipendenze che va al di là dell'influenza sul singolo soggetto portatore del problema; una *prevenzione sistemica e "partecipata"* da parte di tutti i soggetti del territorio.

Siamo ancora all'inizio di questo percorso.

Uno dei primi obiettivi del nostro lavoro di rete è stato il superamento delle tradizionali diffidenze tra chi si trova ad operare su versanti differenti del problema ed è portatore di competenze e sensibilità diverse (si pensi alla difficoltà di far dialogare una prospettiva più repressiva come quella della Guardia di Finanza con quella più clinica di noi operatori socio-sanitari o quest'ultima con l'ottica più strettamente economica dell'esercente in possesso di giochi leciti). Si tratta di imparare a confrontarsi e dialogare, saper riconoscere i diversi specifici professionali e istituzionali ma anche lasciarsi "contaminare" positivamente dai linguaggi degli altri. Tutti quanti siamo in ballo: operatori socio-sanitari, funzionari degli enti locali, politici, operatori del privato sociale, commercianti, volontari, forze dell'ordine oltre ai soggetti portatori del disagio, alle loro famiglie e a tutte le altre risorse della comunità territoriale.

Le difficoltà maggiori ci sembrano, a tutt'oggi, di ordine essenzialmente culturale, superate le quali, dovremmo aver gettato le basi per azioni *integrate* e speriamo *efficaci* di salute pubblica in merito al gioco d'azzardo e alle nuove dipendenze.

## **Bibliografia**

Biganzoli A. e Unida M. (2004), *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*, Bellinzona, Hans Dubois.

Capitanucci D. (2004), "Gioco d'azzardo e salute pubblica", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 7/2004, 4-9.

Capitanucci D., Capelli M., Cavagna D. (2004), "Dipendenze, poli-dipendenze e nuove dipendenze. Inediti stimoli per la comprensione dell'addiction", *Personalità/Dipendenze*, Vol. 10, Fasc. III, Dicembre 2004.

Capitanucci D., Capelli M., Biganzoli A. et al. (2005), "Il gioco d'azzardo nel territorio", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.1/2005, 12-18.

Croce M., Capitanucci D. (2003), "Il gioco d'azzardo patologico" in *La criminalità nella Martesana- Rapporto 2003. Gioco d'azzardo e territorio*. Gruppo Abele-Centro studi per la legalità.

Croce M., Nanni W. (2004), "Le dipendenze senza sostanze" in *Vuoti a perdere. V Rapporto Caritas sulle nuove povertà*, Feltrinelli, Milano.

Dal Santo B., Milesi A., Clerici M. (2003), "La diagnosi del gioco d'azzardo patologico. Possibilità e limiti", *Personalità/Dipendenze*, vol.9, fasc. II, ottobre 2003.

Fiasco M. (2004), "Politiche economiche e gioco d'azzardo", Relazione presentata al Convegno "Auto-aiuto e terapia per i giocatori d'azzardo e le loro famiglie: esperienze e prospettive in Italia", Capofornido (UD) 11/12/2004.

- (2005), Relazione presentata al Convegno "Il gioco d'azzardo: entità del fenomeno, caratteristiche e possibili trattamenti", Pistoia, 13/5/2005.

Frigerio L., Nicosia G. (2003), *Dinamiche criminali e sicurezza partecipata. L'impegno dei comuni del Nord-Est di Milano per la prevenzione del crimine*, EGA – Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Korn D., Gibbins R., Azmier J. (2003), "Framing Public Policy Toward a Public Health Paradigm for Gambling", *Journal of Gambling Studies*, Vol.19, N.2, 235-256.

Korn D., Shaffer H.J. (1999), "Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective", *Journal of Gambling Studies*, Vol.15, N.4, 289-365.

Ladouceur et al. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, Centro Scientifico Editore, Torino.

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

Lavanco G., Varveri L. (2001), "Il giocatore sociale. L'intervento di psicologia di comunità" in Lavanco G., *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*, McGraw Hill, Milano.

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*, 144 (9).

N.O.R.C. (National Opinion Research Center at The University of Chicago) (1999), *Gambling Impact and Behavior Study Report to the National Gambling Impact Study Commission*, April in [www.norc.uchicago.edu](http://www.norc.uchicago.edu)

O' Guinn T.C., Faber R.J. (1989), "Compulsive buying; A Phenomenological Exploration", *Journal of Consumer Research*, 16, pp 147-157, tr. It. In Pani R. e Biolcati R. (1998), *Shopping Compulsivo*, Urbino, Quattroventi.

Putnam D.E., <http://www.on-linesexaddict.com/osaq.html>.

Shaffer H.J., Korn D.A. (2002), "Gambling and Related Mental Disorders: A Public Health Analysis", *Annual Review Public Health*, 23, 171-212.

Sorbello P. (2003), “La guardia di finanza e il fenomeno del ‘videopoker’ ” in *La criminalità nella Martesana- Rapporto 2003. Gioco d’azzardo e territorio*. Gruppo Abele-Centro studi per la legalità.

Tse S., Wong J., Kim H. (2004), “A Public Health Approach for Asian People with Problem Gambling in Foreign Countries”, *Egambling, The Electronic Journal of Gambling Issues*, Issue12, December 2004.

Vaillancourt F., Roy A. (2000), « Gambling and Governments in Canada. 1969-1988: How much? Who pays? What Payoff? », *Special Studies in Taxation and Public Finance No. 2*, Canadian Tax Foundation, Toronto.

Volberg R.A. (1994), “The Prevalence and Demographics of Pathological Gamblers: Implications for Public Health”, *American Journal of Public Health*, 84, 237-241.

Young K.S.. <http://netaddiction.com/resources/iaindex.htm>.