



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**Il gioco d'azzardo patologico:  
storia, patologia e intervento educativo**

Relatore: Chiar.mo  
Prof. Bernardo Nardi

Tesi di Laurea di:  
Chiara Fiorucci

Correlatore: Chiar.mo  
Davide Santandrea

Anno Accademico 2020/2021



## INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
1.1 La dipendenza patologica .....	2
1.2 Storia della droga.....	4
1.3 Cura del tossicodipendente nel Novecento.....	7
1.4 Da Sert a Serd.....	19
2. IL GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO.....	21
2.1 Cosa intendiamo per gioco.....	21
2.2 Evoluzione del gioco d’azzardo.....	22
2.3 Legislazione sul gioco d’azzardo.....	27
2.4 Casinò Campione d’Italia: intervista a Matteo Accardi.....	30
2.5 Quando il gioco d’azzardo diventa patologico.....	33
2.6 Criteri diagnostici del gioco d’azzardo patologico.....	36
3. INDAGINE SUL GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO.....	40
3.1 Introduzione.....	40
3.2 Raccolta dei dati.....	41
3.3 Analisi dei dati.....	42
3.4 Conclusioni.....	48
4. CASO CLINICO.....	52
4.1 Comunità terapeutica: cosa si intende?.....	52
4.2.1 La Comunità Nuove Dipendenze di Fenile.....	53
4.2.2 Le attività educative.....	55
4.3.1 Il progetto educativo.....	57
4.3.2 Il primo colloquio educativo.....	59
4.3.3 Il secondo colloquio educativo.....	65
4.3.4 Il terzo colloquio educativo.....	69
4.3.5 Fine del Progetto e conclusione.....	70
5. BIBLIOGRAFIA.....	72
6. RINGRAZIAMENTI.....	75

## INTRODUZIONE

*“La dipendenza è la convinzione individuale, in seguito ad un'esperienza soggettivamente interpretata, di avere trovato in un posto e solo in quel posto la risposta fondamentale a propri bisogni e desideri essenziali: che non è possibile soddisfare altrimenti”.*

*Guerreschi, “New addictions, 2005.”*

La citazione di Cesare Guerreschi, dal libro *“New addictions”*, è in grado di esplicitare esaustivamente a cosa ci riferiamo con il termine dipendenza. Infatti, la dipendenza va intesa come luogo, sostanza o comportamento nel quale il soggetto riesce a soddisfare i propri bisogni quotidiani. Spesso il concetto di dipendenza viene associata esclusivamente all'utilizzo di sostanze illecite o all'abuso di alcol, ignorando il fatto che, soprattutto ai nostri giorni, le dipendenze sono sfociate in comportamenti leciti ma in egual modo dannosi per la vita del soggetto. Infatti, lo shopping compulsivo così come la dipendenza da internet, da sesso o da gioco, creano meccanismi di addiction uguali a quelli creati dalla sostanza o dall'alcol, ma spesso non vengono considerate come problematiche che necessitano di assistenza, solo perché risultano comportamenti eseguiti nel quotidiano da chiunque, anche da noi stessi. Ma corre una linea sottile tra l'abitudine e la dipendenza. Ciò, infatti, di cui voglio trattare nella mia tesi è proprio una dipendenza che è situata, nella mentalità comune, a metà tra la gravità dell'utilizzo di sostanze e l'innocuità della dipendenza da sesso, shopping ecc. e questa è il gioco d'azzardo patologico. Quello che mi propongo è di analizzare il trascorso storico delle dipendenze, di osservare come il gioco d'azzardo è diffuso nella nostra realtà quotidiana e le modalità educative di intervento nei percorsi individualizzati di riabilitazione, proponendo una mia esperienza personale con un utente polidipendente,<sup>1</sup> ospite della comunità terapeutica per le nuove dipendenze nella quale ho effettuato il tirocinio.

---

<sup>1</sup> Dipendenza, assuefazione al consumo di sostanze stupefacenti di diverso tipo.

## 1.1 LA DIPENDENZA PATOLOGICA

Il termine dipendenza non può essere esclusivamente associato alla Dipendenza Patologica, infatti la dipendenza deve anche essere intesa come fisiologica.

Per dipendenza fisiologica si intende l'attaccamento del bambino con la figura accudente<sup>2</sup> che, attraverso la sintonizzazione affettiva tra i due, permette al bambino di decodificare il proprio mondo interno, di sentirsi amato e amabile e capace di utilizzare le risorse di cui dispone. Questo tipo di dipendenza fa sì che il bambino cominci ad esplorare il mondo esterno senza correre quei rischi che le sue capacità non gli permettono ancora di fronteggiare. Quindi dalla relazione di attaccamento, e cioè di dipendenza tra bambino e figura accudente, si sviluppa uno stile affettivo e relazionale che si orienta e si organizza in modo unico e specifico per ogni individuo.

Appare quindi evidente come il termine dipendenza non si possa sempre codificare come negativo.

Quando invece parliamo di Dipendenza Patologica è essenziale suddividere le dipendenze da uso di sostanze e la dipendenza comportamentale.

La prima si riferisce all'uso voluttuario e non terapeutico di sostanze che hanno la capacità di interferire con il funzionamento del Sistema Nervoso Centrale, producendo:

- Effetto stupefacente: cioè provocano un'alterazione dello stato di coscienza con distorta percezione della realtà
- Compromissione psicofisica delle capacità del soggetto
- Compromissione del funzionamento personale, relazionale ed occupazionale

La dipendenza comportamentale rientra invece nell'ambito dei disturbi del controllo degli impulsi<sup>3</sup> per l'incapacità di fare a meno di una specifica

---

<sup>2</sup> La figura che si prende cura del bambino. Solitamente si indentifica con la figura materna.

<sup>3</sup> Il Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5 lo caratterizza come difficoltà di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti

attività come ad esempio il sesso, il lavoro, lo shopping o il gioco d'azzardo. Tale dipendenza porta il soggetto alla spesa di ingenti somme di denaro, recando danni a familiari e amici, ai quali chiedeva soldi per soddisfare la sua dipendenza.

In molti ambiti, anche quelli scientifici e specialistici, capita spesso di confrontarsi con opinioni, ipotesi, tesi e soluzioni che definiscono la “tossicodipendenza” come un fenomeno chiaro nella sua essenza, mentre oggi, alla luce delle conoscenze acquisite e dei modelli culturali disponibili, sono necessarie nuove riflessioni interdisciplinari. Per prima cosa va rivisto e aggiornato il termine stesso, in modo che renda meglio la sua complessità. Il termine addiction è comunemente usato nella letteratura internazionale per riferirsi ad un “disturbo da uso di sostanze” (DSM-5 2013<sup>4</sup>), disturbo che potremmo declinare un po' più compiutamente come:

*“una relazione (patologica) tra un soggetto e un oggetto (sostanza, comportamento, situazione) che comporta alterazioni neurobiologiche, funzionali e strutturali del sistema della gratificazione. Questa relazione è caratterizzata da craving, da coartazione della modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere e da marcata difficoltà alla rinuncia (nei confronti della sostanza, comportamento, situazione) per implicazione cognitive, motivazionali e di controllo degli impulsi” (Bignamini, 2001)*

Il termine Addiction deriva dal termine giuridico “addicere” che si riferisce all'istituto romano di rendere schiavo del creditore il debitore insolvente, fino a che non avesse ripagato il debito. Si riferisce quindi, in senso ampio, ad una condizione di schiavitù e il suo utilizzo in ambito clinico indica il sommarsi di “dipendece”, che connota soprattutto i correlati fisio-patologici di tolleranza, astinenza e di craving.

---

<sup>4</sup> Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5, 2013

Per tolleranza intendiamo la riduzione dell'effetto della sostanza dopo un ripetersi di assunzioni della stessa dose, che spinge il soggetto ad aumentare quest'ultima per ottenere l'effetto desiderato.

Per astinenza invece ci riferiamo alla situazione nella quale, in conseguenza di una dipendenza psichica e/o fisica per l'attivazione dei sistemi encefalici di ricompensa, il soggetto va in crisi. La crisi è costituita da disagio psichico e/o sintomi somatici specifici a seguito di una sospensione brusca e improvvisa dell'assunzione della sostanza.

Infine, per carving intendiamo la fame ossessiva e non controllabile dell'oggetto. Il soggetto è in grado di svolgere azioni illegali pur di procurarsi la sostanza o l'oggetto desiderato.

## **1.2 Storia della droga**

Sin dagli albori della civiltà, sostanze come fumo, alcol, ma anche la canapa, venivano utilizzate da molte popolazioni. Nonostante l'uso che se ne fa attualmente, le droghe sono nate in associazione a culti sacri, associate ad esperienze mistiche o particolari dal punto di vista sensoriale. Secondo lo psichiatra Michel Craplet<sup>5</sup>, la Rivoluzione francese non sarebbe avvenuta senza l'alcol fornito ai rivoluzionari. Lo studioso sostiene che l'improvvisa disponibilità alcolica, a braccetto con uno scontento crescente, abbia trasformato la folla di paese in ribelli assetati di sangue.

Nel 1897 la Bayer, nota azienda farmaceutica, pubblicizza il lancio di un nuovo sciroppo a base di eroina che serviva come rimedio a calmare la tosse. Gli oppiacei sono anestetici e a quel tempo non venivano prestate attenzioni agli effetti collaterali, provocando enormi danni, creando assuefazione nel consumatore che molto spesso era il bambino.

---

<sup>5</sup> Michel Craplet è uno psichiatra francese, esperto di problemi legati all'alcol, il loro trattamento e prevenzione. È consulente medico senior dell'Associazione nazionale francese di prevenzione in Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

Nel frattempo, in Asia gli inglesi vendevano a tutti i popoli dell'Oriente il prodotto che rendeva più di qualsiasi altra merce: l'oppio. A poco a poco, milioni di cinesi divennero schiavi dei suoi effetti "catartici". Ma la situazione in Cina si aggravò e il governo imperiale fu costretto a proibire, nel 1820, l'importazione di oppio, entrando così in rotta di collisione con gli interessi economici inglesi. Tuttavia, l'esportazione clandestina continuò fino a provocare una guerra, la cosiddetta guerra dell'oppio tra Cina e Inghilterra che, vinta da quest'ultima, portò alla "pace" di Nanchino<sup>6</sup>.

Presto l'uso dell'oppio si diffuse anche presso i coloni e le truppe europee. I cinesi che migrarono in America furono invece la causa della diffusione dell'oppio negli USA e ciò spinse il governo americano a favorire l'adozione della Convenzione dell'oppio<sup>7</sup> all'Aja, nel 1912.

Questo cambiamento di rotta nei confronti dell'oppio portò ad una lotta contro le droghe in auge a quei tempi: la Cina decapitò i trafficanti di oppio, la Persia li impiccò, l'Egitto li condannò all'ergastolo.

### *Novecento*

Nel corso del IX secolo molti principi attivi di sostanze psicotrope vengono isolati chimicamente: la morfina, la codeina, l'atropina, la caffeina, la cocaina, l'eroina e la mescalina. Verso gli inizi del XX secolo, arrivano i barbiturici e gli anestetici ad invadere il mercato farmacologico, prodotti legali, ma di pessima qualità, potenti, eccitanti o ipnotici recanti effetti devastanti sul fisico e sulla psiche. Nello stesso periodo viene sintetizzata una

---

<sup>6</sup> Il trattato di Nanchino, stipulato il 29 agosto 1842, segna la fine della guerra dell'oppio

<sup>7</sup> La convenzione sull'oppio, firmata a L'Aja il 23 gennaio 1912, fu il primo trattato internazionale di controllo dei traffici di droga. Il trattato fu firmato da Germania, Stati Uniti, Cina, Francia, Regno Unito, Italia, Giappone, Paesi Bassi, Persia, Portogallo, Russia e Siam.

molecola con enormi potenzialità psichedeliche, ma anche curative, l'LSD 25<sup>8</sup>.

In particolare, tra gli anni Trenta e Sessanta, l'anfetamina diventa la sostanza ideale: combatte l'obesità togliendo la fame, toglie la stanchezza e la paura ai soldati degli eserciti nella Seconda Guerra Mondiale, cura il raffreddore e i capogiri, aiuta gli studenti con lo studio ma anche le casalinghe che soffrivano di depressione. Tuttavia, si scoprono subito le problematiche, poiché l'uso prolungato conduceva a schizofrenia, psicosi, deliri persecutori, insonnia, causava lesioni cerebrali permanenti e si vide un aumento dei crimini, come l'omicidio. Le successive autopsie sui cadaveri di adolescenti assuefatti dall'anfetamina<sup>9</sup> mostravano un decadimento rinvenibile solo negli anziani. Nonostante gli effetti fortemente invalidanti conclamati, l'anfetamina dilagò negli anni Cinquanta e rimase legale fino agli anni Sessanta.

Nel periodo del III Reich venne sintetizzato in Germania un oppiaceo fortissimo: la Dolofina in onore di Adolf Hitler. Con il passare del tempo, data l'impopolarità del nome, divenne Metadone, e verrà utilizzato inizialmente nei pazienti che soffrono di dipendenza soprattutto da alcol.

Negli anni 80 poi si diffonde l'eroina<sup>10</sup>, che viene utilizzata per la prima volta dalle truppe americane nella guerra del Vietnam circa dieci anni prima. Nella base aerea californiana di Northon viene anche scoperto un traffico di eroina importata dentro ai cadaveri dei soldati. Dopo questo disastro sociale Nixon<sup>11</sup> decide di dichiarare “guerra alla droga su tutti i fronti”. Sul fronte interno, l'amministrazione Nixon si mobilita per avviare i programmi di

---

<sup>8</sup> LSD 25 è una tra le più potenti sostanze psichedeliche conosciute. La sigla è un'abbreviazione del nome tedesco *Lysergsäurediethylamid*.

<sup>9</sup> L'anfetamina (*alfa-metilfeniletilammina*) o anfetamina o anfetamina è un farmaco con proprietà anoressizzante e psicostimolante.

<sup>10</sup> L'eroina è un derivato della morfina, alcaloide principe dell'oppio (assieme a tebaina e codeina), nota anche come diacetilmorfina o diamorfina.

<sup>11</sup> Richard Milhous Nixon (Yorba Linda, 9 gennaio 1913– New York 22 aprile 1994) è stato un politico statunitense, 37° Presidente degli Stati Uniti d'America dal 1969 al 1974.

recupero degli eroinomani tramite il metadone, dichiarando l'eroina una debolezza che va contro la dignità umana.

Tra il 1974 e il 1975, l'eroina fa la sua comparsa nelle piazze di spaccio italiane, in un momento di scarsità delle sostanze più consumate all'epoca hashish, morfina, anfetamine. Costa poco e spesso viene regalata come assaggio dagli spacciatori, una furba mossa di marketing della criminalità organizzata, consapevole che la sostanza causa grande dipendenza e genera in fretta migliaia di nuovi clienti che invece ne ignorano totalmente gli effetti. Questi ultimi si ritrovano in breve tempo ad essere costretti ad assumerla per evitare crisi d'astinenza con dolori atroci che durano anche sette giorni. Per le famiglie e lo Stato è un'emergenza sanitaria quasi impossibile da gestire.

In America, con il presidente Nixon nasce “un sistema multimiliardario di repressione e riabilitazione” che si diffonderà anche in Italia. In questo modo, la lotta alla droga contribuisce a creare lo stereotipo del “drogato di strada”, un nemico interno da combattere.

### **1.3 Cura tossicodipendente nel Novecento**

Sulla base del modello di Nixon, nascono anche in Europa, delle strutture per il recupero dei soggetti che soffrivano di dipendenza, erano chiamate comunità, strutture private, talvolta religiose. Successivamente, vennero a delinearsi due approcci verso coloro che assumevano droga: la riduzione del danno, con la somministrazione di siringhe sterili, possibilità di ricovero notturno, servizi mensa, distribuzione di preservativi e consigli su come ridurre i rischi di overdose e di contagio. Dall'altra parte, il focus era sulla forza di volontà del drogato, lavorando sulla possibilità di superamento della dipendenza con l'opportunità di curarsi nelle comunità terapeutiche. Non solo, negli stessi anni sorsero anche dei gruppi (detti poi di auto-aiuto) che prevedeva l'associazione di persone tossicodipendenti e/o alcolodipendenti: gli Alcoolisti Anonimi e i Narcotici Anonimi.

L'attuale sistema di intervento sulle Dipendenze ha una propria storia. Nasce dopo gli anni '80 con la confluenza, nei Nuclei Operativi Tossicodipendenze (N.O.T. in Lombardia ma, altrove, con altri nomi), dell'esperienza dei Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS) e dei Presidi di Diagnosi e Cura (geralmente identificati come Centri Metadonici), per formare Servizi erogativi in ogni Unità Sanitaria Locale. Parallelamente ai N.O.T., già esistevano anche sedi specifiche per il trattamento di problemi alcolici: i Nuclei Operativi Alcolologia (N.O.A.) e, in pochi luoghi, sedi indirizzate all'attività penitenziaria, per esempio, a Milano nel Carcere di San Vittore. Non esistendo altri servizi specializzati era inevitabile che, tolto l'ospedale psichiatrico, i "normali presidi" si facessero carico del problema. Poiché la questione era comunque complessa, veniva anche stabilito che le regioni dovessero *"operare per il reinserimento sociale di coloro che, essendo dediti all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope"*, avessero bisogno di assistenza sociale a scopo di prevenzione o di riabilitazione e, appunto, che venissero istituiti *"uno o più Centri medici e di assistenza sociale (CMAS), costituiti secondo le necessità locali"*.

È interessante analizzare le loro finalità:

- "fornire l'ausilio specialistico occorrente ai luoghi di cura, ai centri ospedalieri e sanitari locali ed ai singoli medici"
- "determinare le più idonee terapie di disintossicazione, operando i necessari interventi e controlli sull'attività dei presidi sanitari"
- "attuare ogni opportuna iniziativa idonea al recupero sociale degli assistiti, interessando in via prioritaria, quando è possibile, la famiglia"

Solo il DPR 309/90, quindici anni dopo, a Servizio Sanitario Nazionale avviato, consoliderà a livello normativo ed in ambito nazionale ciò che, nel frattempo, si era, almeno parzialmente, consolidato localmente ma, come vedremo, cambiandone la mission. Questo specifica che ai "servizi e alle

strutture autorizzate, pubbliche e private” accreditate, spettano le funzioni di:

- analisi delle condizioni cliniche, sociosanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia con anche l’effettuazione di controlli clinici e di laboratorio (presso laboratori autorizzati);
- individuazione del programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza;
- elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socioriabilitativo, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente;
- progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione.

Appare quindi evidente quanto sia sostanziale il cambiamento che tale legge promuove. Ben quindici anni dopo dalla legge del 75 si passa, infatti, da una situazione in cui la norma prevede che *“La cura e la riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope sono affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali”* e che i Centri medici e di assistenza sociale forniscano *“ausilio specialistico occorrente ai luoghi di cura, ai centri ospedalieri e sanitari locali ed ai singoli medici”* ad una situazione in cui è previsto che le attività di prevenzione e cura siano esercitate da specifiche strutture accreditate pubbliche e private. Sono, quindi, queste strutture che diventano titolari degli interventi *“contro l’uso di sostanze stupefacenti o psicotrope”*: non più i normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali presenti in un determinato territorio.

*Ma a cosa si deve questo cambiamento?*

La legge del 1975 era stata pensata in una era molto diversa dall'attuale. La diffusione "epidemica" dei fenomeni di uso di droghe, nel '75, era un concetto ancora distante dall'esperienza di un Paese in grande trasformazione e da poco uscito da una situazione di boom economico. L'alcolismo era una piaga ben nota, il fumo di tabacco era molto diffuso ma le droghe, nel sentimento comune, erano considerate più come qualcosa che "transitava" nel Paese, piuttosto che una fonte "epidemica" di patologia e di devianza.

Si aveva sentore che la diffusione dell'eroina potesse diventare un problema grave. Alcuni ne intuivano la pericolosità. Pasolini<sup>12</sup>, ad esempio, analizzava già la diffusione di droga come una tragedia legata al "desiderio di morte", intrinseco ad una società che doveva colmare un vuoto incolmabile. Secondo Pasolini si era aperto lo spazio perché l'uso di droga diventasse un fenomeno di massa e, infatti, dopo il '75 la situazione relativa alla diffusione di eroina continuò a peggiorare. La visione pasoliniana della droga come desiderio di morte e della overdose come suicidio influenzò per anni la spiegazione psico-sociologica dei fenomeni di dipendenza, con particolare riferimento a quelli legati all'eroina. I concetti di dipendenza patologica, intesa come malattia del cervello, cronica e recidivante erano ancora distanti. Si incominciava a valutare la "motivazione" dei soggetti al cambiamento di vita come presupposto fondamentale per il trattamento. Le stesse comunità terapeutiche istituivano fasi preliminari di "valutazione della motivazione" che potevano o meno determinare l'accesso al percorso comunitario.

Ma già nel '75 la parte della politica più attenta al quadro internazionale era influenzata dalla "guerra alla droga"<sup>13</sup> dichiarata da Nixon nel 1971.

---

<sup>12</sup> è stato un poeta, sceneggiatore, attore, regista, scrittore e drammaturgo italiano.

<sup>13</sup> Campagna del governo federale statunitense per la proibizione delle droghe, per gli aiuti militari e per l'intervento militare, con l'obiettivo dichiarato di ridurre il commercio della droga

Nixon individuava necessità di risorse economiche sia per le azioni repressive che di cura, infatti, nel 1973 veniva costituita la Drug Enforcement Administration: una forza di intervento dedicata che tuttora interviene non solo negli Stati Uniti ma anche in supporto a Paesi “alleati”. Per anni e sino a tempi relativamente recenti esisterà, ad esempio, una attività della DEA anche a Milano.

La legge del '75 coglieva l'importanza dell'azione preventiva e terapeutica che era stato uno dei punti qualificanti (sebbene dimenticato) dell'orientamento di Nixon. Negli anni che seguirono, tuttavia, mentre migliorava l'organizzazione e la distribuzione territoriale dei Servizi specificamente dedicati alla cura delle tossico-alcol dipendenze sul territorio, il Sistema Sanitario, nel suo complesso, si ritraeva progressivamente dall'impegno su questo tipo di interventi. Infatti, quando gli applicativi della legge 685/75, i Decreti del Ministero della sanità del 6 giugno e del 4 agosto '78 (Decreti Anselmi) ed i successivi del 7 agosto e del 10 ottobre 1980 (Decreti Aniasi), indicarono il metadone (e lo sciroppo di morfina in una prima fase sperimentale durata sino al 1985) come farmaci sostitutivi per il trattamento della dipendenza da eroina, venne definito che il medico curante avesse la possibilità di partecipare al trattamento, ma solo come attività integrativa e di supporto. In tempi successivi e più recenti la possibilità prescrittiva dei medici verrà ampliata ma sempre collegandola al piano terapeutico previsto dai Servizi Dipendenze.

Negli anni '80, con la nascita delle Unità Sanitarie Locali, in tempi differenti da Regione a Regione, venivano istituiti Servizi territoriali per la cura delle tossico-alcol dipendenze che riassumevano, come già detto, l'esperienza multidisciplinare dei CMAS con quella, più medica, dei Presidi (metadonici) costituiti ai sensi dei Decreti Anselmi ed Aniasi. Non è da recepire questo come un passo scontato verso la cura del tossicodipendente, non dimentichiamo che si dovevano unire operativamente interpretazioni di

fenomeni che avevano a che fare col desiderio di morte e visioni puramente psicologiche e sociologiche della tossicodipendenza con altre che partivano da presupposti di tipo medico-biologico.

Nascevano così i progenitori degli attuali SERT (Servizi Tossicodipendenze). Questi fornivano trattamenti multidisciplinari integrati ed anche “trattamenti metadonici”. La distinzione è rimarcata in quanto, pur avendo i trattamenti metadonici anche una funzione sociale, l’idea che la terapia con agonisti, tra cui il metadone, fosse semplicemente basata sul rimpiazzare un oppiaceo illecito con uno lecito rimase diffusa sino ai giorni nostri, non permettendo a molti di comprendere che la stabilizzazione della situazione patologica ed il miglioramento della vita sociale dei pazienti sono obiettivi del trattamento di qualunque patologia grave. L’uso di metadone o buprenorfina a medio – lungo termine, infatti, elimina il desiderio compulsivo per gli oppiacei, ferma gli eventuali sintomi dell’astinenza, blocca l’euforia indotta dagli oppiacei e stabilizza, regolarizzandolo, il disfunzionamento dei meccanismi neuronali causati dalla dipendenza.

Soprattutto negli anni ’80, però, in un dibattito mai concluso, le diverse tipologie di trattamento venivano considerate, da molti, quasi in contrapposizione: il metadone vs. la comunità, oppure, il trattamento psicologico vs. il trattamento farmacologico, la “disintossicazione” vs. il trattamento sostitutivo ecc. Cominciarono così per le strade i movimenti antidroga mentre al contempo il “drogato” era però stigmatizzato. Più che una vittima era considerato un colpevole deviante; più che un malato da curare era ritenuto una persona da salvare, attraverso un percorso di riabilitazione. Infatti, le comunità, seppur dette “terapeutiche”, raramente si avvalevano di personale clinico. I loro fondatori diventati molto popolari perché, appunto, proponevano vie di salvezza, impersonavano gli eroi di questa guerra del bene contro il male. Prendiamo ad esempio la famosa San Patrignano.

La comunità di San Patrignano fondata in provincia di Rimini, da Vincenzo Muccioli, nel 1978, è una delle prime realtà ad accogliere i tossicodipendenti per aiutarli ad uscire dalla droga. Acquista grande visibilità nel corso degli anni 80, fino a raggiungere dimensioni enormi, ma non senza controversie. Testimonianze indicano come i processi porteranno alla luce anche metodi costruttivi estremi con catene e violenze, come quando, ad esempio, nella struttura vennero trovati alcuni ospiti incatenati e rinchiusi in un canile. Questi contrasti genereranno un dibattito molto sentito: quanto è possibile spingersi oltre per fare del bene? Dopo numerosi processi per Vincenzo Muccioli, fondatore della comunità, questo venne assolto.

La situazione di stigmatizzazione del tossicodipendente peggiorò negli anni '80 conseguentemente alla individuazione della Sindrome da Immunodeficienza acquisita causata dal virus HIV. L'AIDS<sup>14</sup> divenne un "media hype": un tema in grado di suscitare trattazioni particolarmente intense da parte dei media. Essa viene riconosciuta per la prima volta nel 1981 e rappresenta un'altra ferita drammatica nel benessere superficiale degli anni 80. Le comunità gay delle grandi città statunitensi furono le prime ad esserne colpite, questo, unito all'ignoranza sulle reali cause e modalità di trasmissione della malattia, aumentò un fortissimo pregiudizio nei confronti degli omosessuali. L'AIDS venne inizialmente definita "il cancro dei gay", l'informazione era scarsa e parziale e sempre di più le persone furono spaventate dall'idea di entrare in contatto con gli omosessuali. I cittadini si riunirono e cercarono di mobilitarsi per abbattere lo stigma e per dare visibilità alla malattia.

In Italia, intanto ad esserne colpiti erano soprattutto i tossicodipendenti contagiati da siringhe condivise. Dal 1981 ad oggi le vittime hanno superato i 35 milioni. Questa piaga ci mette ancora di fronte a una realtà dura che ha

---

<sup>14</sup> Malattia del sistema immunitario umano dovuta al virus HIV

segnato almeno una generazione e che ha lasciato ferite profonde con cui dobbiamo fare i conti ancora oggi.

L'epidemia "del secolo" veniva letta in toni apocalittici. Le prime trattazioni parlavano di "categorie a rischio" e, a quei tempi, il rischio veniva interpretato sia in relazione alla possibilità di contrarre l'infezione, ad esempio con lo scambio di siringhe infette, ma, anche e soprattutto di trasmettere l'infezione a chi non era infetto. Insomma, il "media hype" trasformava minoranze come i gay o i tossicodipendenti, perché ritenuti categorie a rischio, in potenziali untori. Parlando di AIDS si parlava contemporaneamente di "morenti" ma anche di potenziali "assassini", in quanto contagiosi.

In Italia, i Servizi tossicodipendenze, con la nascita delle Unità Sanitarie Locali, assieme ai Consultori ed ai Centri Psico-Sociali, e poco altro, rimanevano a cavallo di una sorta di visione utopica che vedeva la salute come un diritto e la sua tutela esercitata in Servizi territoriali di zona, molto vicini alle persone ed esterni alle logiche ed al "potere" degli Ospedali. Tuttavia, mentre un vero è proprio "sistema salute territoriale" stentava a crescere, gli Ospedali, gradualmente, cercavano di smarcarsi da un impegno che, per quanto riguardava le tossicodipendenze non sentivano come proprio. Molti medici di famiglia distinguevano tra gli alcolisti, la cui cura ritenevano sicuramente di pertinenza medica, e i tossicodipendenti da droghe, visti come soggetti da inserire in percorsi di comunità. In ospedale i reparti non erano specializzati, i setting <sup>15</sup>non erano adeguati e, quindi, gli esiti dei trattamenti erano inevitabilmente dubbi. Fu così facile dire che i ricoveri in ospedale non erano utili perché si creava una sorta di "**revolving door**"<sup>16</sup> tra la disassuefazione e la strada che aveva una sua intrinseca pericolosità.

---

<sup>15</sup> Il termine inglese *setting* definisce, nell'ambito delle scienze sociali, il contesto entro cui avviene un evento sociale

<sup>16</sup> Termine inglese che significa "porta girevole"

I tossicodipendenti erano generalmente persone giovani e, a loro modo, attive. Gli spazi ed i tempi dei reparti di medicina non erano adatti per il trattamento della loro patologia. Anche altre attività, gestite a livello ospedaliero e connesse alla pregressa attività dei Presidi di diagnosi e cura vennero gradualmente chiuse. A Milano l'ultimo Presidio per la diagnosi e cura delle tossicodipendenze, operante dentro una struttura Ospedaliera, chiuse, nel 1990. Per l'intervento sulle tossicodipendenze si entrava in una nuova era.

La nuova era venne segnata dalla legge 162/90 e dal D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 – Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. La Guerra alla droga, a livello internazionale, era nel suo pieno e la legge italiana ribadiva l'uso di droghe come fatto illecito fino al punto di affermare che, in determinate condizioni, poteva anche essere sottoposto a detenzione chi non accettava di curarsi. In realtà l'intento non era puramente repressivo e la carcerazione non era l'obiettivo primario, ma certamente l'orientamento era quello di voler costruire una situazione di controllo attorno all'uso di droga tale da costringere il tossicodipendente a curarsi o ad entrare in una Comunità. Non dimentichiamo che il tossicodipendente (a quei tempi soprattutto eroinomane) non solo veniva visto come un deviante e, potenzialmente, un criminale ma anche come il possibile portatore "infettivo" di una malattia mortale. L'esercente la professione medica che visitava o assisteva chi facesse uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope, inoltre, doveva farne segnalazione nominativa al servizio pubblico per le tossicodipendenze competente per territorio. Se si ricorda il punto di partenza di questo capitolo, si tratta di una posizione molto differente da quella in cui i Centri specializzati nascevano per *"fornire l'ausilio specialistico occorrente ai luoghi di cura, ai centri ospedalieri e sanitari locali ed ai singoli medici"*. Gli intendimenti legislativi

più repressivi furono abrogati in seguito ad una iniziativa referendaria del 1993 ma, in ogni caso, la posizione dei Servizi Tossicodipendenze, sebbene finalmente definita da una unica denominazione nazionale e con standard emanati dal Ministero della Sanità, diventò più ambigua. L'ambiguità riguarda tuttora la funzione posta trasversalmente tra cura e controllo sociale ma anche il ruolo interno al Servizio Sanitario, rimasto contemporaneamente di base e specialistico.

Lo stesso uso del metadone, il trattamento farmacologico oggi ritenuto fondamentale per la dipendenza da eroina, rimase, sin dall'inizio, di controversa interpretazione. Nel suo libro "La testa piena di droga" lo Psichiatra Vittorino Andreoli<sup>17</sup>, ancora nel 2008 ad esempio, riportava "era chiaro che i danni del metadone erano del tutto simili a quelli dell'eroina e non accettavo che ci fosse una droga di Stato perché la si otteneva all'interno del Servizio sanitario nazionale". E, ancora, riferendo di una perizia fatta per un Magistrato, il **Dott. Ambrosini di Torino** dice "La conclusione fu che non c'erano dati scientifici per poterlo definire una sostanza curativa perché semplicemente una molecola che aveva effetti identici a quelli dell'eroina (...)". Andreoli si riferisce al 1979, quando era consulente del Ministro Tina Anselmi<sup>18</sup>. Sulla base di questo tipo di considerazioni il metadone venne di fatto vietato per la cura delle tossicodipendenze.

Vi furono reazioni di violenta protesta anche da parte dei tossicodipendenti che si trovarono spinti a comportamenti criminali per comprare eroina. Secondo Andreoli "la stupidità ebbe il sopravvento" si dovette così rimediare con un secondo decreto, il 10 ottobre 1980, in cui "invece di proibire il metadone si stabilivano le regole del suo uso" che erano rigide e che dovevano permetterne l'uso solo per situazioni croniche di lunga data e come

---

<sup>17</sup> **Vittorino Andreoli** (Verona 19 aprile 1940) è un medico, scrittore e accademico italiano. Noto psichiatra e neurofarmacologo

<sup>18</sup> Tina Anselmi (Castelfranco Veneto, 25 marzo 1927- Castelfranco Veneto, 1 novembre 2016) è stata una politica, partigiana e insegnante italiana.

parte di un intervento più complesso. Un dibattito, quello sul metadone, che non si è mai sopito e che continuerà sino ai nostri giorni, spesso confondendosi con le dispute tra proibizionisti ed antiproibizionisti. Ma i Servizi per le dipendenze, a lungo identificati con gli erogatori di metadone, perché curavano principalmente eroinomani, ne furono coinvolti in modo non certo positivo.

Probabilmente l'ampio utilizzo del metadone per gli eroinomani venne favorito negli anni, più che da evidenze scientifiche che pure esistevano, proprio dalla paura per la diffusione dell'HIV. Gli eroinomani negli anni '80 assumevano la droga soprattutto per via iniettiva e lo scambio della siringa era usuale; il metadone sciroppo si assumeva per via orale e questo lo rendeva più accettabile. Insomma, anche agli occhi dei più critici, non era più considerabile un equivalente dell'eroina.

La letteratura scientifica, tuttavia, accompagnava queste considerazioni dimostrando come il trattamento con farmaci sostitutivi per la dipendenza da oppiacei fosse associato a riduzioni statisticamente significative dell'uso di eroina, della sua frequenza di assunzione e dello scambio di siringhe.

Il SERT ( Servizio per le tossicodipendenze) degli anni '90 diventò così, contemporaneamente, un luogo di cura ma anche la parte di un contenitore con tre lati: gli organi di controllo, Polizia, Magistratura, Carcere e Prefettura su un lato; Comunità terapeutiche, su un altro; e, appunto, il SERT. Uno strumento importante di questo contenimento fu indubbiamente il metadone. La storia di molti pazienti di quegli anni ne è la prova. La spinta verso l'ingresso nel contenitore era forte, talvolta inevitabilmente coercitiva; gli strumenti di uscita, molto incerti. Il farmaco principale usato per il trattamento della tipologia principale di utenza (gli eroinomani) era molto "captante" ed uno dei pregi vantati del suo utilizzo era proprio la ritenzione in trattamento. Proprio l'indice di ritenzione, infatti, è tuttora uno degli indicatori di risultato più utilizzato per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti nel campo della tossicodipendenza. Gli stessi flussi di dati

istituzionali erano, ed ancora oggi sono, più interessati al numero delle persone prese in carico, piuttosto che all'esito reale del percorso.

Anche al legislatore probabilmente non sfuggiva l'ambiguità del sistema messo in atto: evidenti funzioni orientate al controllo sociale avrebbero potuto ostacolare l'accessibilità spontanea dei pazienti. Nacquero così norme, come quella dell'articolo 29 della Legge 162/90, per prescrivere che i pazienti, a loro richiesta, potessero beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle aziende unità sanitarie locali, e con le strutture private autorizzate. Il tutto fino a prevedere che, in caso di richiesta di anonimato, la scheda sanitaria non contenesse le generalità né altri dati validi per l'identificazione del paziente. Un proposito interessante ma difficile da gestire con gli eroinomani e cioè con la maggior parte dei pazienti di allora, visto che la compilazione dei registri degli stupefacenti, utilizzati per il metadone, prima, e poi anche per gli altri farmaci agonisti, prevedono ancor oggi l'inserimento delle generalità del paziente a cui il farmaco è prescritto e le norme (meno restrittive di un tempo) per l'utilizzo dei farmaci oppiacei per la terapia del dolore, non riguardano i farmaci oppiacei, quando prescritti per il trattamento delle tossicodipendenze. Prova evidente che, a ragione o a torto, i tossicodipendenti, ancor oggi, non sono considerati pazienti come gli altri.

Il tutto, comunque, aveva a che fare esclusivamente con i pazienti "volontari" visto che permaneva l'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo alla detenzione, a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive. In questo caso il medico o, comunque l'operatore del Servizio Sanitario diventavano i segnalatori di "tutte le violazioni" commesse dalla persona sottoposta a programma terapeutico. Appare chiaro come i rapporti terapeuta – paziente vengano completamente stravolti: per il tossicodipendente sottoposto a sanzione penali o amministrative il programma terapeutico rimane, in un certo senso, parte della sanzione stessa.

Il terapeuta diventa un controllore. È un fatto che non si verifica per altre patologie e che, anche oggi, genera situazioni paradossali. Un soggetto con una grave forma di dipendenza da sostanze, infatti, è molto probabile che abbia difficoltà a rimanere astinente dalle stesse nelle fasi iniziali del trattamento ma la assunzione di droghe potrebbe essere considerata negativamente con conseguente revoca del programma alternativo alla detenzione. La stessa difficoltà non riguarda chi usa sostanze ma non ne è fortemente dipendente e che, quindi, è molto facilitato nel dimostrare adesione al programma.

L'ostilità nei confronti del tossicodipendente permane nel tempo da parte della popolazione ancor oggi la possibilità di aprire un SERT in un determinato territorio, diversamente da qualunque altro servizio di cura, viene vista con ostilità da parte della popolazione. Si tratta di un atteggiamento molto simile a quello visto, ad esempio per gli inceneritori, le discariche ed altri tipi di impianti. Ritenuti genericamente utili, ma a condizione che siano collocati lontano: al di fuori del proprio quartiere o anche della propria città.

La nascita dei primi Nuclei Operativi Tossicodipendenze rappresentò un processo graduale che tuttavia non comportava, nella sua prima fase, la messa a regime di un vero e proprio "sistema di cura" quanto, piuttosto, di sedi operative con missioni ed organizzazioni simili, inquadrare in Unità Sanitarie Locali differenti, successivamente denominate Unità Socio-Sanitarie Locali e ridotte di numero. Solo nella seconda metà degli anni '90, con la istituzione di Aziende Sanitarie Locali, più ampie territorialmente, i Servizi Erogativi incominciarono ad essere maggiormente organizzati in Sistemi coerenti, prodromi dei futuri Dipartimenti Dipendenze.

#### **1.4 Da SerT a SerD**

Rispetto agli anni '70 con la droga inizialmente ritenuta un rischio relativo ed un problema limitato per poi diventare, con l'eroina, una emergenza nazionale, e rispetto agli anni '80 dove si aggiunse il terrore per la diffusione dell'HIV; negli anni '90 si capì che non esisteva "la droga" (intesa soprattutto come l'eroina) ma esistevano le droghe e diversi modi di consumarle e di farne uso. Drogarsi non tanto per agire in modo deviante o per estraniarsi dalla società, quanto per una sorta di doping della vita quotidiana, per comprimere o dilatare lo spazio/tempo e per compiere azioni usuali come lavorare, divertirsi e fare sesso o attività sportive. Insomma, indipendentemente dalle leggi e dai dibattiti politici, il mondo cambiava e cambiavano i Servizi per le Dipendenze. I Servizi di cura, gradualmente, si evolvevano, anche cambiando nome da SERT (da Servizi Tossicodipendenze) a SERD (Servizi Dipendenze), a voler significare che si potevano occupare di Dipendenze Patologiche di vario tipo, anche non da sostanze. Questo nasce dalla necessità di offrire assistenza anche a coloro che non facevano utilizzo di sostanze stupefacenti ma che invece andavano verso una dipendenza comportamentale. Le dipendenze comportamentali sono molteplici, ma quella di cui tratteremo è il gioco d'azzardo patologico.

## 2. IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

### 2.1 Cosa intendiamo per gioco

Il gioco è qualsiasi esercizio, singolo o collettivo, cui si dedichino bambini o adulti, per passatempo o svago o per ritemperare le energie fisiche e spirituali. O anche Gioco è una competizione fra due o più persone, regolata da norme convenzionali e il cui esito dipende in minore o maggiore misura dall'abilità o dalla fortuna.

Uno studioso francese – Roger Caillois <sup>19</sup>– ha analizzato il gioco dal punto di vista sociologico, definendone le caratteristiche e classificando i giochi in categorie.

Secondo Caillois l'attività di gioco deve possedere le seguenti caratteristiche:

- Libera: il giocatore non può essere obbligato a partecipare
- Separata: l'attività di gioco deve svolgersi entro limiti di spazio e di tempo
- Incerta: lo svolgimento ed il risultato non possono essere decisi a priori
- Improduttiva: non crea né beni né ricchezze né altri elementi di novità
- Regolata: con regole che sospendono le leggi ordinarie
- Fittizia: consapevole della sua irrealtà.

Caillois classifica i giochi in quattro categorie:

- Giochi di competizione = tutte le competizioni sia sportive sia mentali
- Giochi di simulacro = i cosiddetti “giochi di ruolo”, in cui si diventa “altro”
- Giochi di vertigine = tutti quei giochi in cui si gioca a provocare sé stessi
- Giochi d'azzardo o alea (termine che significa rischio) = tutti i giochi in cui il fattore primario è la fortuna

Per ottenere buoni risultati nei Giochi di Competizione occorrono allenamento, capacità personale e concentrazione; mentre i Giochi di Alea si

---

<sup>19</sup> Roger Caillois (Reims, 3 marzo 1913- Le Kremlin-Bicetre, 21 dicembre 1978) è stato uno scrittore, sociologo, antropologo e critico letterario francese.

fondano su elementi che non dipendono dal giocatore: in questo caso vincita o perdita non sono attribuibili a maggiori o minori capacità di chi sta giocando, ma sono piuttosto ascrivibili al caso.

È la presenza di alea che definisce un gioco d'azzardo. Si definisce gioco d'azzardo qualsiasi puntata o scommessa, fatta per sé o per altri, con denaro o con qualsiasi altro bene, sull'esito di un evento futuro, che in genere riguarda un gioco di società oppure una gara. In linea di principio, qualsiasi attività che presenti incertezza sull'esito finale si presta a scommesse e, quindi, può essere oggetto di gioco d'azzardo. Il termine azzardo deriva dal francese *hasard* e questo, a sua volta, dall'arabo *az-zahr* che significa dado; infatti, i più antichi giochi d'azzardo si facevano utilizzando i dadi.

## **2.2 Evoluzione del gioco d'azzardo**

*“Alea iacta est”*

*Giulio Cesare, 49 a.c.*

Questa antica frase latina è stata tradotta in italiano con la frase “il dado è tratto”. Venne pronunciata per la prima volta da Giulio Cesare, il 10 gennaio del 49 a.c., quando attraversò il Rubicone, e la esclamò per indicare che aveva preso tale decisione e che non ci sarebbe più stato modo di tornare indietro. A Roma, infatti, il gioco d'azzardo era molto diffuso, ma ancora prima in Cina. La culla del gioco d'azzardo è stata la Cina, dove sono stati rinvenuti i primi dadi, vecchi di 5.000 anni, e il primo mazzo di carte. In Grecia era molto diffuso il gioco dei dadi; immagini di persone che scommettono con dadi appaiono sulle anfore elleniche. A Roma il più diffuso era forse il gioco dei dadi. Questi, che i romani chiamavano *tesserae*, erano in avorio, osso, bronzo o ambra e avevano come oggi i sei lati segnati da numeri. In genere si lanciavano due o tre dadi, usando il *fritilus*<sup>20</sup>; il gioco più comune

---

<sup>20</sup> E' una specie di bossolo nel quale venivano inseriti i dadi, fatti agitare, poi lanciati sul tavolo e infine si osservava il numero scritto nella faccia del dado rivolta verso l'alto.

prevedeva il conto dei punti usciti. Altrettanto in voga era la *micatio* (dal verbo *micare*, “saltellare”, in riferimento a *digitis*, “, in cui due persone sporgevano simultaneamente il pugno destro distendendo un certo numero di dita e cercando di indovinare al contempo la somma delle dita distese da entrambi. Peraltro, i giocatori più abili ottenevano riconoscimenti per la loro perizia, come dimostra la *Laus Pisonis*, un panegirico<sup>21</sup> dedicato a un eccezionale giocatore di *latrunculi*<sup>22</sup>. Ben presto il gioco con i dadi venne proibito, ma la sera le bettole romane chiudevano e si trasformavano in bische. A Roma, però, era legale scommettere sulle corse di bighe e quadrighe e sui combattimenti dei gladiatori. Le leggi contro gli *aleatores* ebbero peraltro un’efficacia limitata, tanto che persino gli esponenti dell’élite romana si appassionarono alle scommesse. Gli stessi imperatori furono vittime della frenesia del gioco. Narra **Svetonio**<sup>23</sup> che Augusto «non si preoccupò affatto della sua reputazione di giocatore, e continuò a giocare, senza farne mistero, perché si divertiva, fino alla vecchiaia, e non soltanto in dicembre ma anche in tutti gli altri mesi, nei giorni lavorativi e in quelli festivi». Lo storico prosegue citando una lettera che il primo imperatore romano avrebbe scritto al figlio adottivo e futuro imperatore Tiberio, in cui raccontava:

*«Mio caro Tiberio, abbiamo passato molto piacevolmente le Quinquatrie [feste in onore di Minerva], perché abbiamo giocato durante tutti questi giorni e abbiamo riscaldato il tavolo da gioco. Personalmente ho perduto 20.000 sesterzi<sup>24</sup>, ma perché, secondo mia abitudine, sono stato un giocatore eccessivamente generoso. Se avessi preteso le poste che ho condonato a ciascuno, ne avrei vinti almeno 50.000».* Svetonio rivela che Nerone scommetteva somme di denaro elevatissime, fino a 400.000 sesterzi a ogni lancio di dadi, e che l’imperatore Claudio «giocava accanitamente ai

---

<sup>21</sup> Discorso o scritto composito e prolisso in lode di pregi o meriti spesso intenzionalmente esagerati.

<sup>22</sup> Gioco simile agli scacchi o a dama

<sup>23</sup> Storico e biografo romano dell’età imperiale

<sup>24</sup> Antica moneta romana

dadi e scrisse anche un libro su quest'arte; se ne diletta anche durante i viaggi avendo fatto fissare alla lettiga il tavoliere in modo che il movimento non disturbasse il gioco».

Nel Medioevo nacquero le baratterie che erano delle taverne dove venivano praticati il gioco d'azzardo e la prostituzione. Quella delle baratterie tra il XIII e il XV secolo fu una storia controversa; infatti, inizialmente erano clandestine, poi, per interessi economici, molti Comuni sia settentrionali sia meridionali concessero un riconoscimento alle baratterie, trasformandole in bische pubbliche e, nello stesso tempo, imposero una gabella sul gioco d'azzardo.

Grazie a questa regolamentazione i "barattieri" accrebbero i loro guadagni e la loro influenza economica crebbe al punto che poterono organizzarsi in regolari Corporazioni con il loro Gonfalone<sup>25</sup>, sotto la guida di una potestà della baratteria, a cui era affidato l'incarico di regolare i rapporti con il potere pubblico. Nel XV secolo la baratteria aveva assunto le proporzioni di uno scandalo pubblico per cui, nonostante i lauti introiti provenienti dalle gabelle sul gioco d'azzardo, le autorità comunali cominciarono a vietarne la pratica. Nel Rinascimento si affermarono definitivamente i giochi di carte e fece la sua comparsa la prima roulette, così come la conosciamo oggi, che fu inventata dal filosofo e matematico Blaise Pascal nel 1600, nell'ambito dei suoi studi sul moto perpetuo. Nel 1638 venne costruito il Casinò di Venezia, che è il casinò più antico ancora attivo ai giorni nostri. In America, nelle nuove città fondate dai colonizzatori, cominciava ad essere codificato il gioco d'azzardo come lo conosciamo noi oggi (poker e slot machines). L'Età moderna – il gioco d'azzardo come lo conosciamo oggi e come viene giocato nei casinò è nato negli Stati Uniti d'America, dove sono nate le prime slot-

---

<sup>25</sup> E' un vessillo, di norma rettangolare e appeso per un lato minore ad un'asta orizzontale a sua volta incrociata con una verticale sostenuta da chi porta il gonfalone

machines, dove è stato codificato il poker, dove il gioco dei dadi ha assunto la forma attuale. Negli ultimi anni stiamo assistendo ad una vera e propria rivoluzione nel mondo del gioco d'azzardo: in seguito all'avvento di Internet si passa dal casinò tradizionale al casinò online, che è un mercato ancora in espansione.

Vi sono molteplici tipologie di giochi d'azzardo, molte delle quali hanno origini antiche e che sono poi state adattate ai tempi moderni. Queste sono:

- **ROULETTE:** risale al tempo dei legionari romani, i quali sembra che utilizzassero uno scudo fatto roteare sulla punta di una lancia come rudimentale roulette. Nel corso del tempo ha subito notevoli cambiamenti assumendo l'aspetto moderno solamente nel 1600 con Blaise Pascal. Nel 1796 la roulette entra nelle sale da gioco a Parigi e nel 1810 i francesi la portano nelle sale di New Orleans, dove nascono i primi casinò statunitensi.
- **LOTTERIE:** le prime notizie certe del Gioco del Lotto come lo conosciamo oggi risalgono intorno al 1734 a Venezia. A Genova, all'inizio del XVI secolo, si eleggevano 5 senatori fra 120 cittadini del Consiglio utilizzando un'estrazione a sorte con i bussolotti. Dal 1620 in poi il gioco del Lotto in Liguria venne disciplinato da un regolamento molto preciso.

Nel resto dell'Italia, invece, il gioco del Lotto non era ben visto, perché considerato contrario all'etica.

Nel 1728 il papa Benedetto XIII minacciò la scomunica per chiunque avesse partecipato al gioco, ma tre anni dopo il gioco fu riammesso dal suo successore papa Clemente XII e nel 1785 Pio VI decise la destinazione dei proventi alle opere pie.

Nel resto dell'Italia la liceità del gioco del Lotto viene ammessa gradualmente e trova via via una regolamentazione ufficiale: considerati i notevoli introiti derivanti dalle giocate, le Autorità pubbliche posero il gioco sotto il proprio monopolio. A partire dal 1863 il gioco del Lotto è ormai diffuso in tutta Italia e da quell'anno viene giocato su 6 ruote. La struttura a 10 ruote viene inaugurata nel luglio 1939 e l'introduzione della ruota

Nazionale (11° ruota) risale al maggio 2005. Le estrazioni, un tempo limitate a 2 o 3 all'anno, si fanno più frequenti, diventando quindicinali nel 1807, settimanali nel 1871, bisettimanali nel 1977 e trisettimanali nel 2005.

- Il 10eLotto: è un nuovo gioco legato al Lotto, nato nel luglio 2009: su una schedina si scelgono da 1 a 10 numeri da 1 a 90 e, inoltre, si può scegliere tra estrazione immediata, estrazione del Lotto ed estrazione ogni 5 minuti. Si possono giocare da 1 a 20 Euro.
- Il Lotto Più: è una nuova modalità lanciata nel maggio 2012. Su un'apposita schedina, disponibile in tagli predefiniti negli importi (3, 4 e 5 Euro) e nelle sorti che si possono giocare (dall'ambo alla cinquina), il giocatore deve scegliere i propri numeri e la ruota su cui puntare. Il Lotto Più offre moltiplicatori di vincita più elevati rispetto alle stesse giocate effettuate al Lotto tradizionale.
- SLOT MACHINES: la prima slot machine fu inventata nel 1895 da Charles Fey negli Stati Uniti. Nel 1907 il signor Fey si mise in società con una Compagnia e diede inizio alla produzione di slot che suonavano ad ogni combinazione vincente e presentavano una serie di carte da gioco. Nel 1910 viene prodotta una nuova macchina che migliora notevolmente l'ingresso delle monete e introduce per la prima volta i simboli della frutta utilizzati anche oggi. In italiano il termine slot machine è tradotto come "macchina mangia soldi"; per essere a norma di legge devono essere collegate fisicamente a dei modem, che trasmettono i dati e le statistiche di ogni singola macchina all'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato. L'evoluzione delle slot sono le VLT (Video Lottery Terminal). Sono apparecchi simili alle slot da cui si differenziano per le modalità di gioco più evolute: non presentano all'interno una scheda con il gioco residente, ma sono collegate in tempo reale ad una rete presente sia tra apparecchio ed apparecchio sia con un server centrale presente nella sala che fornisce i giochi. Il server della sala, inoltre, comunica costantemente con un server nazionale centralizzato. Ogni apparecchio può fornire più giochi. Le

VideoLottery offrono i pagamenti in base al calcolo del ciclo di Payout stabilito dal Concessionario su base sia di sala sia di circuito sia nazionale. Le slot tradizionali, invece, pagano in base al COIN IN singolo (= totale delle monete inserite nella singola macchina). Le VideoLottery sono caratterizzate dalla presenza di vincite Jackpot fino a 500.000 Euro; accettano banconote e non erogano denaro in caso di vincita, ma stampano un ticket che, dove possibile, può essere rigiocato oppure cambiato in contanti. In letteratura viene sottolineato come i video poker (slot e VLT) sono i giochi che più rapidamente inducono la dipendenza per le loro caratteristiche peculiari: bassa soglia di accesso, velocità e solitudine.

- **Gratta e Vinci:** è il marchio che identifica le lotterie nazionali ad estrazione istantanea previste. Le lotterie ad estrazione istantanea vengono realizzate con la vendita di biglietti - commercializzati presso i rivenditori autorizzati che espongono il marchio distintivo - su cui è stampata una combinazione di numeri o di simboli, nascosta da una patina asportabile con abrasione. La modalità di gioco richiede di asportare, grattandola, la patina che ricopre l'area di gioco per scoprire la combinazione di numeri o di simboli celata. La combinazione risulta vincente se risponde a quanto previsto dalle regole del gioco, riportate sul biglietto stesso. I prezzi dei biglietti variano da 1 a 20 euro e in base al costo cambia anche la cifra massima vincita.

### **2.3 Legislazione sul gioco d'azzardo**

Tutte le disposizioni di legge esprimono la regola generale secondo cui il Gioco d'Azzardo non è consentito e non è suscettibile di tutela.

L'articolo 721 del Codice penale definisce cosa debba intendersi per Gioco d'Azzardo:

“Sono giochi d'azzardo quelli nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria”.

Gli articoli 718 e 719 del Codice penale sanzionano sia l'esercizio (ovvero l'organizzazione) del Gioco d'Azzardo sia la partecipazione al Gioco d'Azzardo così come l'articolo 110 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza (T.U.L.P.S.) del 1931 che puniva come reato l'uso o l'installazione di apparecchi semiautomatici o elettronici per il gioco d'azzardo.

A queste disposizioni sanzionatorie, però, si sono contrapposte nel tempo e continuano a contrapporsi altre disposizioni che introducono eccezioni alla regola. Innanzitutto, il Regio Decreto Legislativo n. 636 del 27 aprile 1924 autorizza all'esercizio del gioco e della scommessa, anche d'azzardo, i Casinò di Campione d'Italia, Sanremo, Saint Vincent e Venezia. Ancora il Regio Decreto legislativo n. 1933 del 19 ottobre 1938 vieta ai privati l'organizzazione del gioco del Lotto e delle lotterie nazionali, riservandole esclusivamente allo Stato. Ed infatti esiste un Monopolio statale del settore, cui si correla un controllo sulla gestione dei relativi proventi. L'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS) fu istituita con il regio decreto-legge dell'8 dicembre 1927, n. 2258, con il compito di svolgere "servizi di monopolio di produzione, importazione e vendita dei sali e tabacchi e produzione e vendita del chinino di Stato". L'accentramento delle competenze sul gioco pubblico iniziò nel 1988, con l'acquisizione delle lotterie nazionali, e nel 1994 con l'acquisizione del gioco del Lotto e delle lotterie istantanee. Nel 2000 poi fu assunta la gestione del Bingo, ed infine, nel 2001-2002, tutte le altre competenze che configurano oggi l'attuale portafoglio dell'Amministrazione.

Con il decreto-legge 27 giugno 2012 n. 87 ai sensi dell'art. 3, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli assorbe le competenze di AAMS. Esiste, poi, una sentenza della Corte costituzionale del 1985, che ha evidenziato come la normativa in materia di istituzione e gestione delle case da gioco fosse caratterizzata da un massimo di disorganicità e, pertanto, invitava il legislatore ad emanare una legge organica su scala nazionale. Nello stesso

tempo, questa sentenza della Corte costituzionale giustificava la depenalizzazione del gioco d'azzardo perché “i proventi di cui si tratta” sono legittimi in quanto costituiscono entrate dello Stato, che li destina al finanziamento di interventi di interesse generale della popolazione. Quindi, l'uso pubblico delle risorse provenienti dal gioco d'azzardo giustifica la deroga alle norme penali. La Legge 13 maggio 1999 n. 133, che riguarda le “Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale”, all'articolo 16 regola i giochi ed autorizza il Ministero delle Finanze a disporre l'accettazione di nuove scommesse. In attuazione di questa disposizione, il Ministero delle Finanze, con due diversi Decreti del 2000, istituisce il gioco del Bingo e il gioco “TotoBingol”; inoltre, con Decreto del gennaio 2001 eleva l'importo della giocata massima del gioco del Lotto.

Per tornare all'articolo 110 del T.U.L.P.S., esso, pur mantenendo il medesimo contenuto letterale, viene di fatto periodicamente aggiornato da tanti altri provvedimenti di natura legislativa e regolamentare (come, ad esempio, le leggi finanziarie). Una per tutte la legge n. 266 del 2005 (Legge finanziaria per il 2006) che ha depenalizzato la fattispecie dell'uso e installazione di videogiochi trasformandola in illecito amministrativo<sup>26</sup>.

In particolare, sono suscettibili di continuo aggiornamento i comma 6 e 7 dell'articolo 110, che definiscono quali sono gli apparecchi ed i congegni idonei per il gioco lecito ed il comma 9, che stabilisce, per i trasgressori, un elenco delle sanzioni amministrative e pecuniarie. Possiamo concludere che alla disorganicità di cui parlava la sentenza della Corte costituzionale del 1985 non è stato posto ancora rimedio dal Parlamento italiano e il **decreto Balduzzi** sul Gioco d'Azzardo del settembre 2012, convertito in legge nel

---

<sup>26</sup> Si intende la violazione di una norma giuridica per cui viene prevista una sanzione amministrativa pecuniaria.

novembre 2012, ha stabilito delle norme per contrastare la patologia da Gioco d’Azzardo, ma non riguarda la regolamentazione del gioco stesso.

#### **2.4 Casinò Campione d’Italia: intervista a Matteo Accardi**

Per avere un seguito pratico dovuto ai cambiamenti legislativi avvenuti nel secolo passato, ho intervistato Matteo Accardi, Dirigente responsabile della stazione appaltante provinciale di Como, che si è prestato a spiegare la storia del Casinò Campione d’Italia. Questo era situato a Campione d’Italia, l’exclave<sup>27</sup> italiana in provincia di Como situata sulla costa orientale del lago di Lugano. Con il Regio Decreto Legislativo n.636 nel 1924, il Casinò Campione d’Italia insieme a Sanremo, Saint Vincent e Venezia erano gli unici ad avere l’autorizzazione, da parte dello stato, all’esercizio del gioco e della scommessa, anche d’azzardo, mentre a tutto il resto d’Italia veniva negato. Il Casinò aprì per la prima volta nel 1917, in piena Prima guerra mondiale, subì poi diverse chiusure e riaprì definitivamente nel 1946.

*Da chi era formata la società che gestiva il Casinò?*

*“L’attività svolta dal Casinò, stante l’imponente quantità di denaro che movimentata, deve essere svolta in regime di controllo pubblico allo scopo di evitare infiltrazioni criminali nella gestione. Per questo la gestione è sempre stata affidata ad una società a totale capitale pubblico. Inizialmente la società di gestione era formata dal Comune di Campione d’Italia, dalle Province di Como e Varese e dalla Camera di Commercio di Como. Le quote societarie non erano suddivise in parti uguali tra i soci, così come i profitti (chiamati proventi) che venivano divisi non in proporzione alle quote societarie possedute dal socio, come accade nelle società di diritto comune,*

---

<sup>27</sup> Territorio situato all’interno di uno stato diverso da quello cui politicamente o linguisticamente appartiene

*ma in base a percentuali di riparto fissate direttamente dalla legge. Il Comune di Campione, in particolare, prelevava una quota pari al 30% degli incassi totali per sostenere la spesa di tutti i servizi pubblici, anche statali, erogati sul territorio. Gli altri Enti soci percepivano quote significative dei ricavi da utilizzare per investimenti in opere pubbliche sui propri territori e compensare gli effetti dannosi che il gioco d'azzardo procurava nel corpo sociale amministrato (basti pensare al dilagare della ludopatia). Nel 2013 la gestione venne affidata ad una società con socio unico il comune Campione d'Italia, e tale gestione è proseguita fino alla dichiarazione di fallimento ed alla chiusura dell'attività nel 2018. Notizie di stampa recenti indicano nel Natale 2021 la data di possibile riapertura”*

*Cosa portò al comune di Campione d'Italia l'apertura del casinò?*

*“Il Casinò di Campione era diventato pienamente operativo nel 1933 allo scopo di creare all'interno del Comune, che costituiva l'unica enclave italiana in territorio straniero, un'attività economica che consentisse di alimentare il bilancio del Comune stesso e stimolare la creazione di attività economiche come indotto della Casa da Gioco. La ragione fondamentale dell'istituzione del Casino era, quindi, di rimediare alla situazione di disagio geografico, sociale ed economico provocata dalla condizione di enclave territoriale e politica che caratterizzava il Comune. Il Comune di Campione è, infatti, ancora oggi l'unico comune italiano interamente circondato da territorio svizzero che riceve i servizi essenziali (acqua, energia elettrica, trasporti) dalla Confederazione Elvetica. Il comune di Campione d'Italia ha 2000 abitanti e di questi circa 500 erano fino al 2018 impiegati del Casinò e del Comune. Quindi la casa da gioco ed il municipio rappresentavano le primarie fonti di occupazione lavorativa dei cittadini campionesi. Gli abitanti, inoltre, adattarono le loro attività in modo da soddisfare le esigenze di ospitalità di che frequentava il casinò, ad esempio aprendo ristoranti e bar. Il Casinò creava, tuttavia, anche un indotto illecito (si pensi al prestito*

*di denaro a tassi usurari ai giocatori) che attirava la criminalità organizzata in cerca di facili profitti. La cronaca ricorda parecchie inchieste giudiziarie negli anni 80 e 90 che portarono all'arresto di malavitosi e politici locali. Ricordo personalmente che nel 1989, a seguito dello scioglimento del consiglio comunale di Campione e l'indizione delle elezioni comunali, fui chiamato assieme ad altri colleghi del Tribunale di Como , presso cui prestavamo servizio, a svolgere le funzioni di presidente di seggio in maniera tale che il turno elettorale fosse presidiato da persone non residenti nel comune di Campione e senza relazioni con il territorio e con i politici candidati . Si trattava di misure eccezionali volte ad impedire che vi fossero brogli indotti dall'interesse dei criminali alla gestione del Comune e in particolare del Casinò nel quale giravano ingenti somme di denaro.”*

*Che tipi di giochi erano presenti nel Casinò? Come riusciva a mantenere la sua “fama”?*

*“Fino al 2000 il Casinò era ospitato in una struttura di due piani diventata con il tempo sottodimensionata rispetto al numero di frequentatori ed alle esigenze di sviluppo del gioco d'azzardo. Nel 1996 venne quindi dato incarico al noto architetto ticinese Mario Botta di progettare il nuovo Casinò. La nuova struttura realizzata è imponente ed è visibile da tutto il lago di Lugano. E' composta da nove piani. Nei primi due si trovavano i giochi d'azzardo individuali, quindi le slot, nei piani successivi quelli più comuni e societari, come ad esempio il poker americano il baccarat e lo chemin de fer, fino ad arrivare ai piani più alti riservati alla ristorazione e al bar. Da sempre è stato uno dei casinò più importanti e frequentati da personaggi famosi, nazionali ed internazionali. Venivano anche organizzati eventi e concerti per accrescere il flusso di gente soprattutto nei periodi dell'anno in cui si registravano dei cali economici.”*

*Quanto incassava annualmente il Casino e grazie e quali giochi?*

*“Nel corso degli anni vi è stata un’inversione di rotta riguardo ai giochi maggiormente utilizzati dai frequentatori. Infatti, inizialmente i giochi societari come il poker o la roulette erano quelli che incassavano maggiormente perché più conosciuti e sui quali si puntavano somme di denaro anche importanti. Negli ultimi quindici anni invece, in coerenza con la diffusione registrata nelle nostre città, i giochi in solitario, quindi le slot, sono di sicuro i giochi con i quali si registra il maggior numero di incassi e che determinano il maggior numero di ingressi. Il periodo in cui si registrava il numero di incassi maggiore era quello natalizio che andava dall’8 dicembre al 6 di gennaio. Nel 2011 il casinò aveva registrato un incasso annuale record di 121 milioni di euro a fronte di circa mille presenze medie giornaliere.”*

L’obiettivo della società di Campione d’Italia è quello di riaprire il casinò entro la fine dell’anno con circa 174 assunzioni tra personale che gestisce i giochi, la sicurezza e l’amministrazione della segreteria.

## **2.5 Quando il gioco d’azzardo diventa patologico**

Con il termine patologico intendiamo quando il gioco d’azzardo diventa una malattia, quindi è necessario identificare il concetto di malattia. Una malattia è definita dai seguenti criteri:

1. **Alterazione e sofferenza** – la malattia è una condizione di alterazione del normale funzionamento e delle condizioni fisiologiche dell’organismo, in grado di creare sofferenza psichica e fisica di una parte, di un organo o di un sistema del corpo umano;

2. **Causalità** – la malattia risulta dall'azione di cause conosciute o sconosciute, interne o esterne, singole o plurime;
3. **Evidenza fenomenica** – costituisce ciò che appare della malattia ovvero una condizione caratterizzata da un gruppo di segni o sintomi identificabili;
4. **Processo con necessità di intervento** – la malattia è un processo di deviazione da una norma biologica e/o psicologica e/o funzionale che presenta l'inizio di un'evoluzione negativa per la salute e che necessita di diagnosi, cure e monitoraggio.

Giocare d'azzardo, di per sé, non è un comportamento patologico, ma può evolvere in patologia, quando diventa un comportamento reiterato in una persona vulnerabile.

Possiamo distinguere tre forme di gioco d'azzardo, che possono anche essere tre stadi nel processo di evoluzione della patologia:

- **IL GIOCO D'AZZARDO INFORMALE E RICREATIVO** – è un comportamento fisiologico nell'essere umano in cui il gioco è saltuario, è motivato dalla socializzazione e dalla competizione, porta ad una spesa contenuta;
- **IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO** – è un comportamento che mette a rischio la salute psicofisica e sociale dell'individuo e che può avere una possibile evoluzione prognostica negativa verso una forma di malattia. Nel comportamento

problematico, il gioco è periodico e determina un aumento sia del tempo trascorso giocando sia delle spese dedicate al gioco;

- **IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO** – è una malattia neuro-psico-biologica, in cui il comportamento di gioco è quotidiano o intensivo, sono presenti il craving, cioè il desiderio incontrollabile di giocare, e l'insorgenza di sentimenti di inquietudine quando si è impossibilitati a giocare, le spese dedicate al gioco diventano elevate con conseguenti indebitamenti.

Il Gioco d'Azzardo Patologico si sviluppa in individui vulnerabili alla dipendenza, che presentano, cioè, alterazioni preesistenti di tipo neuro funzionale dei normali sistemi neurobiologici della gratificazione (sistema di reward dopaminergico con iper-risposta anomala al gioco d'azzardo), del controllo degli impulsi (corteccia prefrontale con deficit dell'autocontrollo) e delle funzioni cognitive correlate (credenze e distorsioni cognitive rispetto alle reali possibilità di vincita).

Esistono dei *sintomi sentinella* nel percorso da Gioco Ricreativo a Gioco Patologico. Segni prodromici del passaggio dalla condizione di GA (gioco d'azzardo) ricreativo alla condizione di GA Problematico sono:

- intensificazione degli accessi al gioco
- aumento delle spese
- comparsa di pensieri ricorrenti di gioco
- comparsa di distorsioni cognitive e fantasie di super vincite
- ricerca di ambienti di gioco sempre più specializzati
- il comportamento di gioco diventa centro esclusivo di interesse.

Segni prodromici del passaggio da GA Problematico a GA Patologico sono:

- comparsa delle menzogne
- depauperamento delle risorse finanziarie
- modificazione delle abitudini alimentari e della puntualità
- piccoli furti domestici
- cambiamenti dell'umore
- cambiamenti delle amicizie e dei luoghi di frequentazione
- aumento dell'aggressività
- aumento del tempo dedicato al gioco con riorganizzazione delle attività e delle relazioni nel tempo
- indebitamento

## 2.6 Criteri diagnostici del gioco d'azzardo patologico

Per la diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico si utilizzano i criteri del DSM IV. Il DSM IV colloca il **GAP (gioco d'azzardo patologico)** tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, ossia tra quei disturbi caratterizzati da incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa. Chi ne soffre riferisce, per lo più, di una sensazione crescente di eccitazione o di tensione prima di compiere l'azione e in seguito prova piacere, gratificazione o sollievo. Dopo l'azione possono insorgere rimorso, autorimprovero o senso di colpa.

All'interno di questa categoria il DSM colloca, oltre al GAP, il Disturbo esplosivo intermittente, la Cleptomania, la Piromania, la Tricotillomania, il Disturbo del controllo degli impulsi NAS.

I criteri diagnostici del DSM IV sono i seguenti.

**A.** Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo, come indicato da **5 o più** dei seguenti criteri:

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

**B. Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale.**

In base ai criteri del DSM IV si stabilisce la seguente distinzione:

**0 – 2 criteri: nessun problema di gioco**

**3 – 4 criteri: gioco problematico**

**5 criteri e più: gioco patologico**

Poiché è stata pubblicata la nuova versione del Manuale, DSM V, nel 2013 parliamo anche di questa, in cui troviamo alcune differenze significative rispetto alla versione precedente.

La prima e più importante riguarda la classificazione diagnostica: il nuovo DSM inserisce il Disturbo da gioco d'Azzardo patologico (*Gambling Disorder*) tra i Disturbi correlati alle sostanze e Dipendenze.

L'altra differenza riguarda la definizione diagnostica: i criteri elencati per la formulazione della diagnosi sono gli stessi che nel DSM IV, ma viene eliminato il criterio del commettere reati e viene richiesta la presenza, nell'arco di 12 mesi, di 4 e più di questi criteri anziché 5.

Il DSM V propone, poi, delle **specificazioni** circa:

- la **GRAVITA'** – che viene definita:

**LIEVE** con un riscontro di **4 o 5 criteri**;

**MODERATA** con un riscontro di **6 o 7 criteri**;

**GRAVE** con un riscontro di **8 o 9 criteri**.

- Il **DECORSO** – che viene definito:

**EPISODICO**, quando la presenza dei criteri diagnostici è verificata in più occasioni, ma con attenuazione sintomatologica che duri almeno alcuni mesi tra i periodi di disturbo da gioco d'azzardo;

**PERSISTENTE**, in cui c'è persistenza continua dei sintomi e criteri diagnostici soddisfatti per un periodo di diversi anni.

- La **REMISSIONE** – che viene definita:

**PRECOCE**, quando non si ha nessun riscontro di criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo per un periodo di almeno 3 mesi, e meno di 12 mesi, dopo che i criteri diagnostici sono stati soddisfatti;

**PROLUNGATA**, quando nessun criterio viene più riscontrato per un periodo di 12 mesi o più

### **3. INDAGINE SUL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**

#### **3.1 Introduzione**

La ricerca che ho voluto condurre tratta del tema “gioco d'azzardo patologico”, riferendomi unicamente ai giochi che si possono trovare in vendita in un semplice tabacchi. Tale scelta è motivata dal presupposto che, al giorno d'oggi, quando parliamo di gioco d'azzardo ci riferiamo all'utilizzo di slot machine o a giochi societari, come il poker o la roulette, nei quali le somme di denaro puntate possono essere ingenti; non curandoci di quanto, in realtà, siano diffusi giochi come Gratta e Vinci o il Lotto, tra la popolazione anziana e non, che, se acquistati assiduamente, anche se a prezzi relativamente bassi, comportano una spesa dannosa tanto quanto i giochi societari prima elencati o l'utilizzo di slot machine.

I clienti assidui, infatti, non preoccupandosi della cifra da investire, che solitamente varia da 1 a 20 euro, si recano ai tabacchi anche più volte al giorno per comprare tali prodotti. Questi non ritengono che il loro gioco sia patologico in quanto le somme spese sono accessibili giornalmente e ignorano quanto, tale spesa, a lungo termine, sia ingente allo stesso modo.

Quello che mi prefisso di indagare riguarda quanto questo fenomeno sia concreto e radicato all'interno della nostra società, in che modalità, e quanto la fascia d'età giovanile sia coinvolta.

#### **Campionamento:**

L'indagine è stata svolta nella città di Fano, comune composto da circa 60 mila abitanti. Il totale dei tabacchi presenti in questo territorio è di 16, e tutti sono stati coinvolti nel mio sondaggio.

### 3.2 Raccolta dei dati

La raccolta dei dati è stata effettuata tramite la somministrazione di un questionario anonimo a scelta multipla ai tabaccai coinvolti nel campione. Di seguito allego il questionario:

1. Da quanto tempo si occupa di questo lavoro?
  - Meno di 2 anni
  - Più di 2 anni ma meno di 10
  - Più di 10 anni
  
2. In media, quanti biglietti di: Gratta e Vinci, Lotto (e altri prodotti simili) vende giornalmente?
  - Meno di 50
  - Più di 50 ma meno di 100
  - Più di 100
  
3. Gli acquirenti più assidui sono per lo più:
  - Maschi
  - Femmine
  - Di ugual numero
  - Non l'ho notato
  
4. Con il termine "assiduo", intende un soggetto che acquista:
  - Una volta ogni due giorni
  - Una volta al giorno
  - Più volte al giorno

5. Gli stessi hanno un'età compresa tra:
- 18 e 30 anni
  - 30 e 50 anni
  - 50 e 70 anni
  - Più di 70
6. L'acquirente assiduo solitamente acquista:
- Un solo biglietto alla volta
  - Più biglietti
7. Lo stesso, è solito ad acquistare:
- Più biglietti, ma meno costosi
  - Un biglietto, ma più costoso
  - Più biglietti costosi
  - Più biglietti, ma poco costosi
8. In caso di vincita:
- Il soggetto la utilizza per intero nell'acquisto di nuovi biglietti
  - Il soggetto la utilizza solo in parte
  - Il soggetto non la utilizza per comprare biglietti
9. Durante il periodo Covid-19, ha notato un aumento di vendita di questi prodotti?
- Sì
  - No

Su sedici tabaccherie coinvolte nel campione, cinque di queste si sono rifiutate di compilare il questionario, nonostante questo fosse anonimo, mentre le restanti lo hanno compilato in maniera esaustiva.

Il questionario è stato somministrato appositamente nell'orario diurno durante il quale, solitamente, l'affluenza è minore rispetto al resto della

giornata. In particolare, i questionari sono stati distribuiti in una fascia oraria compresa tra le ore 10.00 e le ore 12.00, ciò per limitare la possibilità di una mancata disponibilità dei tabaccai a aderire al sondaggio a causa della presenza di un numero di clienti elevato, all'interno del locale, che non avrebbe lasciato loro tempo sufficiente per rispondere.

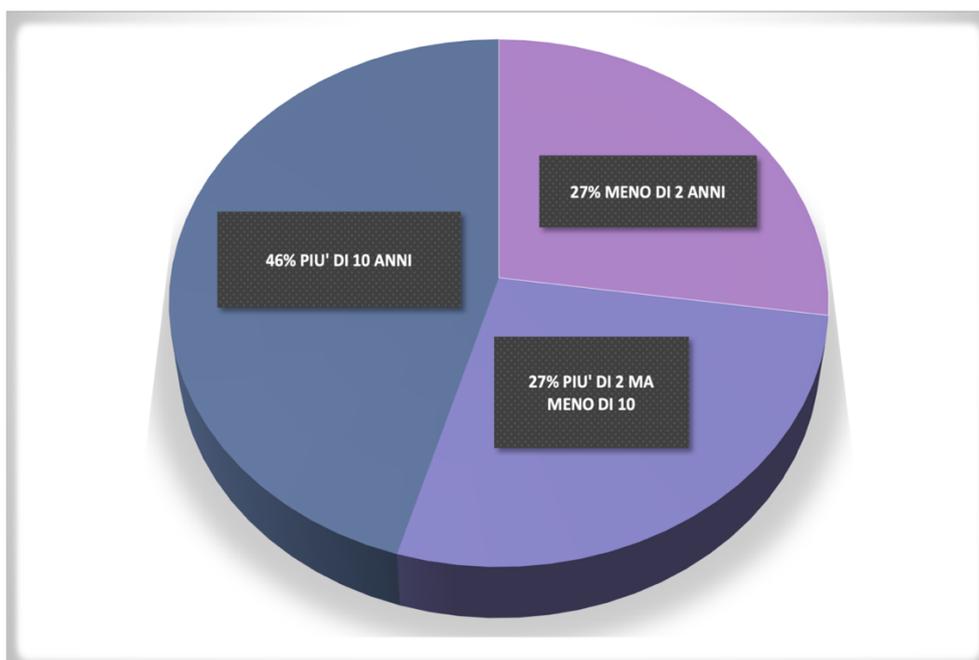
### 3.3 Analisi dei dati

I dati raccolti contengono informazioni interessanti riguardo a come il gioco d'azzardo sia diffuso in una piccola città.

Nell'analisi dei dati raccolti, prenderò in considerazione solo alcune domande presenti nel questionario, ovvero quelle che ritengo abbiano fornito informazioni più rilevanti al fine della mia ricerca.

La prima domanda a cui ci riferiamo è la numero uno del questionario, che recita:

*“Da quanto tempo si occupa di questo lavoro?”*

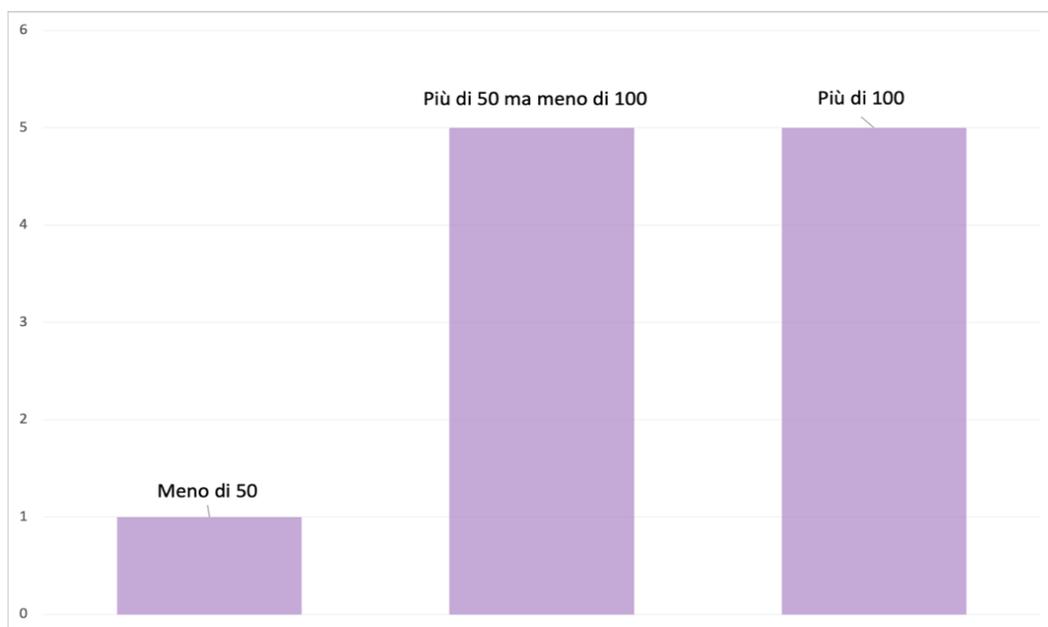


Dal grafico possiamo osservare come il campione preso in considerazione abbia ampia esperienza in questo settore. Infatti, un 46% del totale si occupa di tale mestiere da più di 10 anni, un 27% da più di due anni ma meno di 10, e un'ultima parte del 27% da meno di due anni.

Quindi coloro che svolgono questa professione da oltre 10 anni (46% del campione totale), ha potuto osservare l'evoluzione del fenomeno del gioco d'azzardo in tutti i suoi aspetti. Questi, insieme a coloro che esercitano da oltre 2 anni, quindi una percentuale del 73% del campione, hanno potuto notare se ci sia stato o meno un cambiamento di tale fenomeno durante la pandemia da Covid-19 avvenuta tra il 2020 e il 2021.

La seconda domanda che analizzerò è la numero due del questionario.

*“In media, quanti biglietti di: Gratta e Vinci, Lotto (e altri prodotti simili) vende giornalmente?”*



Dal grafico possiamo notare che la maggior parte del campione si è suddiviso su due risposte, in particolare il 45% ha affermato di vendere un numero

giornaliero di biglietti superiore a 50 ma minore di 100, un altro 45% una cifra maggiore di 100 e un 10% minore di 50.

La vendita quindi di questi giochi risulta essere molto elevata nel 90% dei tabacchi inseriti nel campione. Ricordiamo inoltre che il prezzo di ogni biglietto varia da 1 a 20 euro, quindi anche l'incasso dovuto alla vendita di tali prodotti è molto variabile tra i vari tabacchi in base ai biglietti che vendono maggiormente durante la giornata.

Ciò invece che rimane costante è quanto il gioco d'azzardo sia diffuso anche in una piccola città come Fano, e questo lo possiamo dedurre dal fatto che in tutti i tabacchi la vendita di tali prodotti risulta essere elevata.

La terza domanda da analizzare è la numero tre del questionario.

*“Gli acquirenti più assidui sono per lo più:”*



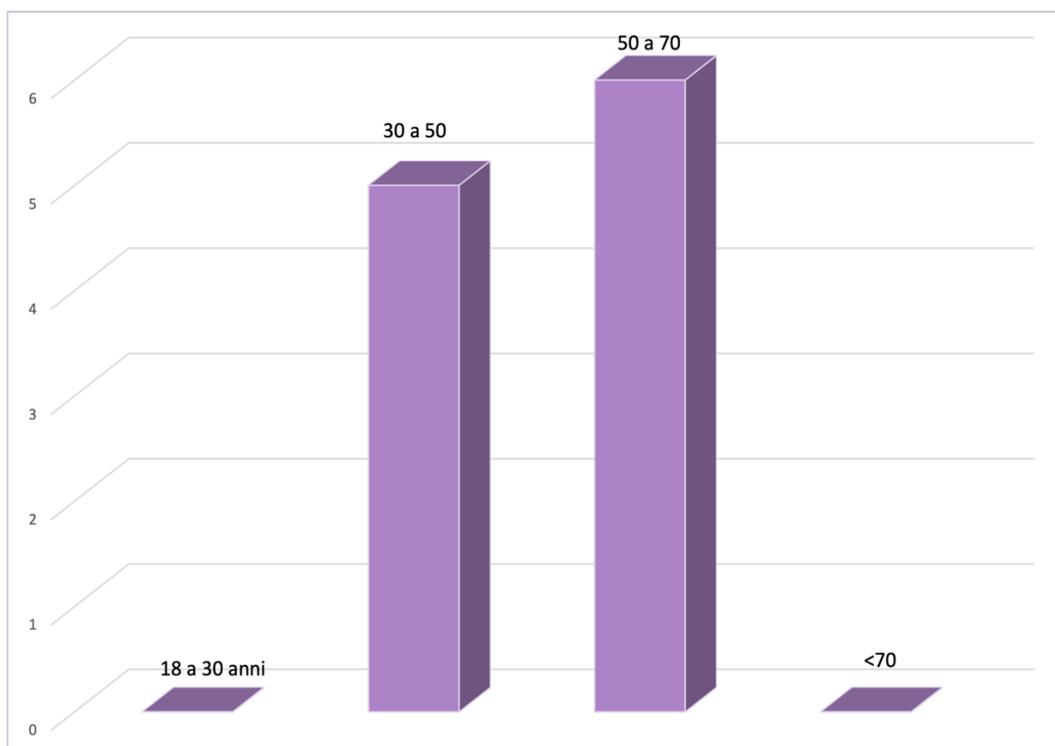
Dal grafico risulta che non sia stata riscontrata dalla maggior parte del campione coinvolto (55%) una predominanza di genere nell'acquisto assiduo

dei prodotti di gioco. Mentre un 18% afferma che la maggior parte degli acquirenti sono donne, un altro 18% che siano uomini e un 9% non lo ha notato.

Con il termine “assiduo” all’interno del questionario ci si riferisce ad un soggetto che si reca ai tabacchi più volte al giorno per l’acquisto di tali prodotti, e ogni volta compra più di un biglietto.

La quarta domanda da analizzare risulta essere la quinta del questionario.

*“Gli stessi hanno un’età compresa tra:”*



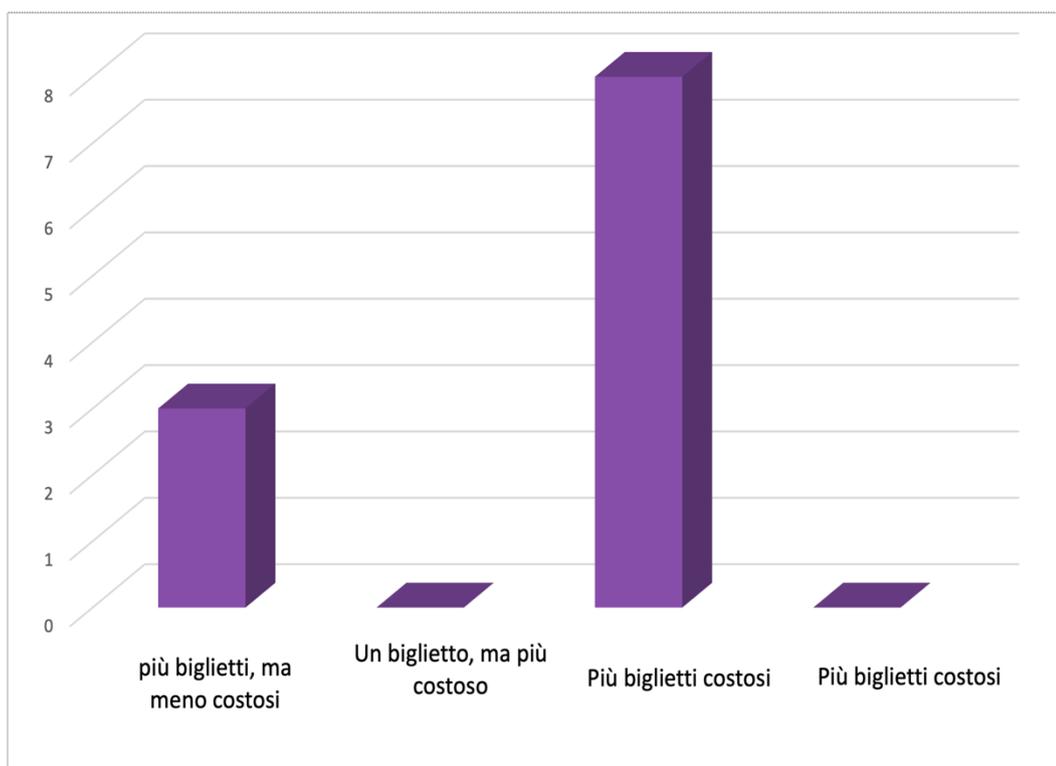
Il totale del campione si è suddiviso su due risposte:

Il 45% dei tabaccai hanno risposto che i clienti assidui hanno un’età compresa tra i 30 e i 50 anni mentre il 55% ha risposto che questi hanno un’età compresa tra i 50 e i 70 anni.

Le fasce d'età che non sono state minimamente coinvolte sono state quella compresa tra i 18 e i 30 anni e quella superiore ai 70. Possiamo dedurre quindi che i giovanissimi non sono attratti dai prodotti di gioco d'azzardo venduti all'interno dei tabacchi mentre la fascia d'età più coinvolta, anche se per una minima percentuale in più rispetto all'altra, è quella compresa tra i 50 e i 70 anni i quali, secondo un tabaccaio sottoposto al sondaggio "Trovano divertenti questi giochi e non si preoccupano della cifra da spendere perché la considerano irrisoria".

La quinta domanda da analizzare corrisponde alla domanda sette del questionario.

*"Lo stesso, è solito ad acquistare:"*



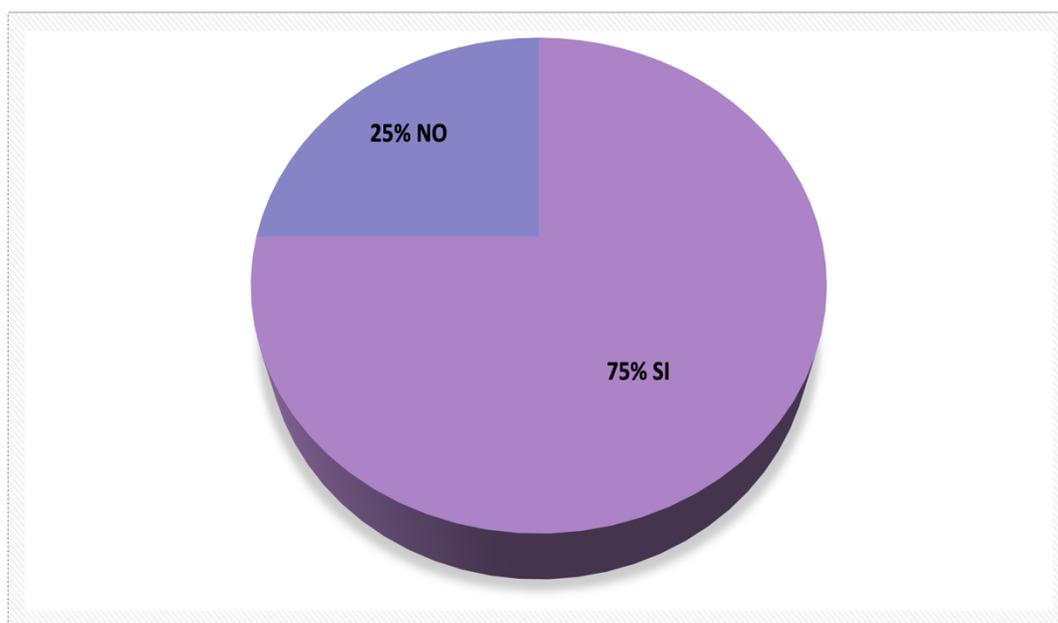
Anche in tale domanda i soggetti del campione si sono suddivisi su due risposte. Un 27% ha risposto che i giocatori assidui sono soliti ad acquistare

più biglietti insieme ma meno costosi, mentre un 73%, ovvero la maggioranza, ha risposto che acquistano più biglietti costosi.

Da ciò possiamo dedurre quanto sia economicamente dispendioso il gioco d'azzardo anche nell'acquisto di questi tipi di prodotti e che quindi la non curanza del prezzo di acquisto sia, a lungo termine, dannoso per l'economia personale del giocatore, mentre per i tabaccai significa maggior guadagno.

La sesta e ultima domanda da analizzare è la domanda numero nove del questionario.

*“Durante il periodo Covid-19, ha notato un aumento di vendita di questi prodotti?”*



Ricordiamo che in questa domanda, tre soggetti del campione non hanno risposto in quanto hanno intrapreso questo mestiere da meno di 2 anni, e non hanno quindi modalità di paragone per valutare se ci sia stato o meno un cambiamento di vendita di tali prodotti durante la pandemia da Covid-19.

Il restante del campione ha risposto sì per un 75% e no per un 25%.

Durante il Covid-19, si è quindi assistito ad un aumento di vendita di tali prodotti nella maggior parte delle tabaccherie, probabilmente a causa delle chiusure di sale nelle quali venivano effettuate altre tipologie di giochi d'azzardo.

### **3.4 Conclusioni**

Da tale ricerca possiamo dedurre che il gioco d'azzardo è un fenomeno molto diffuso anche all'interno di piccole città, come quella da me presa in esame. Abbiamo infatti osservato che la vendita di tali prodotti risulta essere distribuita in maniera abbastanza uniforme su tutto il territorio della città con una vendita giornaliera che supera la cifra di 100 biglietti per un 45% del campione totale. Non è stata notata una correlazione tra giocatore assiduo e il genere sessuale. I giovani sono sicuramente i soggetti meno coinvolti in questo tipo di giochi e non rientrano in quelli da noi considerati giocatori assidui. La fascia d'età più colpita è quella tra i 50 e i 70 anni, nella quale spesso i soggetti sono in pensione e per passare il tempo acquistano questi giochi, i quali risultano una spesa giornaliera irrisoria, ma ingente a lungo termine. Questi sono infatti i giocatori d'azzardo patologici, i quali inseriscono il gioco come evento costante nella loro giornata, a volte per dilettersi e altre invece per sfidare la sorte e vincere una somma di denaro dignitosa. I giocatori patologici si recano ai tabacchi più volte al giorno per comprare questi prodotti, e la maggior parte delle volte tendono ad acquistare più biglietti, nella speranza che uno di questi sia vincente, e prediligono i biglietti più costosi in quanto le vincite sono più sostanziose. Ogni volta però che il biglietto acquistato non è vincente, non rinunciano e continuano ad acquistarne altri.

E se il biglietto è vincente?

Se il biglietto è vincente utilizzano buona parte (se non tutta) la vincita per comprare altri biglietti, in quanto questa raramente va a compensare il totale del denaro speso per tutti i biglietti acquistati.

Il periodo Covid-19 ha incrementato nella maggior parte dei tabacchi la vendita di prodotti come Gratta e Vinci, Lotto ecc. questo probabilmente a causa delle chiusure di sale da gioco o locali simili frequentati da un grande numero di persone i quali, non potendo fare accesso a queste ultime hanno compensato il loro bisogno di gioco tramite l'acquisto di tali prodotti.

Il gioco d'azzardo, dunque, risulta essere un fenomeno molto diffuso in ogni realtà cittadina in cui ci troviamo, e spesso non viene considerato dannoso tanto quanto le dipendenze da sostanza che ben conosciamo. La disinformazione e la sottovalutazione di questa problematica dirige il giocatore patologico verso la distruzione della rete amicale, familiare, affettiva e lavorativa a causa del denaro che viene continuamente sperperato in questi giochi. Se il giocatore di poker o di roulette spesso punta e perde somme di denaro chiaramente ingenti, il giocatore patologico che abbiamo fino ad ora analizzato spende modeste cifre giornaliere ma incredibilmente sostanziose mensilmente.

Facciamo un esempio.

Una Gratta e Vinci costa minimo 1 euro massimo 20, prendiamone in considerazione uno il cui prezzo sono 10 euro. Un giocatore patologico, come osservato dal sondaggio, acquista più biglietti costosi giornalmente, quindi poniamo una media di tre biglietti giornalieri da 10 euro, quindi giornalmente spende 30 euro. Una spesa giornaliera di 30 euro corrisponde ad una cifra mensile di 840 euro che risulta immediatamente evidente quanto questa spesa sia importante per chiunque, in particolar modo se i soggetti presi in

considerazione sono per la maggior parte pensionati. Ecco come anche questo tipo di gioco, se patologico, può essere considerato allo stesso modo dannoso rispetto ai giochi d'azzardo comunemente conosciuti.

## **4. CASO CLINICO**

### **4.1 Comunità terapeutica: cosa si intende?**

Da novembre 2020 a maggio 2021 ho svolto il mio tirocinio presso la Comunità Nuove Dipendenze situato a Fenile, comune di Fano (PU).

*Cosa è una comunità terapeutica?*

Le comunità terapeutiche nascono come intervento spontaneo di persone che, con libera iniziativa, decidono di vivere assieme per superare un problema comune: una dipendenza.

Le prime comunità per tossicodipendenti nacquero in America alla fine degli anni '50, come risposta alla diffusione dell'uso di oppiacei e all'entità sociale di tale fenomeno.

Il fulcro dell'intervento nelle prime comunità era centrato sul modello della vita di gruppo e sui processi di auto-aiuto con lo scopo di agire nella direzione del cambiamento degli stili di vita. Tale cambiamento, in situazione di tossicodipendenza, poteva derivare dalla condivisione, dal confronto e dal rinforzo reciproco. Quando le persone affrontano lo stesso problema, unendosi, interagiscono in base a semplici regole relazionali, finalizzate all'acquisizione di una nuova disciplina comportamentale.

In Italia, negli anni '60, i padri fondatori delle Comunità Terapeutiche furono figure storiche del volontariato e del mondo religioso, pionieri che si fecero carico fin dagli esordi del problema del disagio e dell'emarginazione sociale formando gruppi di aiuto e case alloggio per l'accoglienza e l'assistenza dei giovani in difficoltà.

Come in molti altri paesi europei, agli inizi degli anni '70 ci furono le prime esperienze di comunità per tossicodipendenti, per lo più grazie all'iniziativa di enti religiosi e organizzazioni di volontariato.

### *L'intervento delle istituzioni*

Si deve arrivare agli anni '80, più precisamente tra gli anni '80 e '90 per trovare le prime risposte istituzionali al problema della tossicodipendenza, con la creazione dei Ser.T.; il panorama diventò complesso, per la presenza di interventi diversificati ambulatoriali e residenziali, pubblici e privati.

### *Ad oggi*

Ad oggi le comunità terapeutiche sono normativamente servizi terapeutici riabilitativi a carattere residenziale<sup>28</sup> e/o semiresidenziale<sup>29</sup> e si collocano nella rete dei servizi socio-sanitari per l'attuazione di programmi terapeutici personalizzati di persone con problematiche di dipendenza da sostanze illecite e lecite.

Concretamente, la comunità terapeutica è un percorso esperienziale di apprendimento in gruppo declinato in varie forme di intervento da adattare alle esigenze degli utilizzatori.

Lo scopo è quello della crescita individuale intesa come processo sociale, il compito è quello di permettere ad un individuo di raggiungere il proprio potenziale. Il metodo è quello di vivere imparando dall'esperienza: le persone sono attive rispetto al cambiamento e tutte le attività sono finalizzate al cambiamento stesso. È la comunità stessa che "cura" in quanto in essa la persona viene accettata nonostante le sue colpe, i suoi difetti e nonostante l'esclusione sociale; la comunità fornisce norme e organizzazione, funzioni che erano carenti nell'ambito di provenienza.

Lo strumento principale del cambiamento è la relazione. Lo stretto rapporto che si stabilisce fra gli operatori e le persone in cura, che partecipano al lavoro e alle attività della comunità e contribuiscono alle decisioni che le riguardano, è un elemento essenziale. La relazione è la valorizzazione di diverse figure che si integrano in un processo che è sintesi di identità e alterità. La presenza di modelli d'identificazione alternativi a quelli, spesso

---

<sup>28</sup> Servizio di ricovero per cittadini che non possono essere assistiti al loro domicilio

<sup>29</sup> Assistenza territoriale alternativa al ricovero

scarsi e patologici, con i quali la persona si era confrontata prima, diventa fondamentale. Anche le relazioni umane significative che si instaurano con operatori e gli “altri” assumono un valore importante: aprono alla persona nuovi modi di essere. In questo contesto l’operatore facilita, a livello relazionale, esperienze emozionali correttive.

L’intervento comunitario prevede un lungo lavoro di consolidamento dei cambiamenti comportamentali, attitudinali e affettivi avvenuti, con la fatica di gestire anche eventuali regressioni.

#### **4.2.1 La Comunità Nuove Dipendenze di Fenile**

La comunità di Fenile è una struttura che si occupa, per la maggior parte, di utenti con una dipendenza da cocaina e gioco d’azzardo patologico (che risultano essere le dipendenze più diffuse nel XXI secolo), solo in minoranza di utenti dipendenti da alcol o da eroina. Questa può ospitare un numero massimo di 20 utenti, sia maschi che femmine, di un’età superiore a 18 anni. La struttura è suddivisa su due piani: il primo comprende gli uffici degli operatori, la cucina, la sala da pranzo e uno spazio per rilassarsi e guardare il TV; il secondo piano è composto prevalentemente da camere da letto, che possono essere singole, doppie o triple.

La comunità inoltre dispone di un ampio giardino ed è circondato da terreno che le cooperative locali utilizzano per attività di agricoltura.

L’equipe multidisciplinare che lavora nella comunità è composta da educatori professionali, psicologi, psicoterapeuti e assistenti sociali, e in tutti sono otto operatori. Gli utenti hanno accesso in comunità a seguito dell’invio da parte del loro Sert locale da cui sono seguiti, se infatti questo ritiene necessario un percorso comunitario per la riabilitazione dell’utente, verrà scelta insieme a lui la comunità che gli potrebbe maggiormente giovare. Una volta decisa la comunità in cui svolgere il percorso, il Sert invierà a quest’ultima una cartella con tutte le informazioni necessarie allo sviluppo di un progetto individualizzato. L’utente poi viene affidato ad un operatore

specifico, che ricoprirà la carica di “educatore di riferimento”, che ha il compito di aggiornare il progetto educativo individualizzato dell’utente, di seguire l’utente in maniera più specifica tramite colloqui programmati e la discussione del progetto educativo insieme all’utente.

Il progetto educativo individualizzato viene discusso in equipe stipulando obiettivi che possano raggiungibili dall’utente e da lui accolti. Tali obiettivi devono essere sempre modificabili qualora fosse necessario.

#### **4.2.2 Le attività educative**

Le attività proposte all’interno della comunità sono molteplici e sono tutte finalizzate alla presa di coscienza del proprio problema e al superamento di traumi o problematiche passate irrisolte. Vi sono attività a cui tutti gli utenti devono partecipare obbligatoriamente e ve ne sono altre a cui devono partecipare solo gli utenti il cui progetto prevede la partecipazione a quella specifica attività.

Alcune attività sono ad esempio: il gruppo GAP (gioco d’azzardo patologico) viene effettuato da un’educatrice una volta a settimana e partecipano gli utenti il cui progetto prevede l’attuazione di tale attività e alcuni soggetti esterni, i quali non stanno vivendo un percorso comunitario ma hanno comunque una dipendenza da gioco d’azzardo patologico. L’attività consiste nel posizionarsi in cerchio e di lasciare la parola a chiunque voglia raccontare qualcosa che gli è accaduto durante la settimana, poi ognuno dei partecipanti può esprimere la propria opinione in merito o raccontare un proprio fatto personale oppure di come sta procedendo il loro percorso comunitario. L’educatrice in tale attività riveste la figura di facilitatore del gruppo ma anche di gestione del gruppo, ponendo domande o riflessioni ai componenti stessi.

Un’altra attività è il gruppo cocaina, che viene effettuato da un’educatrice e ha la stessa modalità di svolgimento del gruppo GAP. In entrambi questi gruppi viene spesso discusso il tema della ricaduta. Per ricaduta si intende

che un soggetto, dopo un periodo di astinenza, ritorna ad utilizzare la sostanza, anche per un'unica volta. Questo tema è molto sofferto dagli utenti, i quali spesso non riescono a prevedere il ritorno dei meccanismi mentali e comportamentali che precedono la ricaduta. In questi gruppi, infatti, viene spiegato il concetto di ricaduta e gli educatori mettono a disposizione strumenti per riconoscerla e prevenirla.

Il gruppo conflitto è invece un'attività nella quale l'educatore cerca di fornire agli utenti degli strumenti per affrontare in maniera assertiva le situazioni di conflitto. Tutti gli utenti devono presenziare obbligatoriamente all'attività e, durante questa, discutono delle situazioni di conflitto che vivono nel quotidiano della comunità tramite anche esercizi proposti dall'educatore.

Come citato in precedenza, vi sono anche attività che non trattano nello specifico la dipendenza ma bensì i traumi e le problematiche passate irrisolte che gli utenti devono affrontare per poter andare avanti nella loro vita.

Ad esempio, il gruppo scrittura viene svolto da un'esperta esterna alla comunità, la quale affida loro delle consegne da sviluppare riguardo i loro contesti di vita. Vengono infatti trattati temi riguardo la loro infanzia e il rapporto con le loro figure genitoriali, che risultano spesso traumatici. tramite questo gruppo gli utenti si aprono al racconto e alla condivisione delle proprie esperienze dei propri stati d'animo, scoprendo anche problematiche passate a cui non avevano dato importanza ma che hanno segnato profondamente il loro percorso di crescita. Tutte le informazioni che vengono ottenute in questo gruppo vengono poi condivise dall'esperta con il resto dell'equipe, la quale ha il compito di approfondirle e inserirle, qualora fosse necessario, nel progetto dell'utente.

Altre attività sono il gruppo teatro che viene ugualmente svolto da un esperto esterno, così come i colloqui con la psicologa esterna alla comunità.

Un'attività che viene effettuata ogni giorno è l'assemblea a cui tutti gli utenti hanno l'obbligo di presenziare e viene diretta dall'educatore in turno. In questa vengono discussi gli eventi accaduti durante la giornata, eventuali

problematiche e “impegni” degli utenti. Per impegni si intendono delle consegne che solitamente l’educatore di riferimento affida agli utenti appena entrati in comunità per favorire la conoscenza con il resto del gruppo e il loro inserimento nella comunità. Le consegne vertono dall’esprimere le loro prime sensazioni della vita comunitaria al raccontare anche avvenimenti personali passati che li hanno portati a voler affrontare questo percorso. Alla fine di ogni assemblea, ogni utente si dà una valutazione personale per la giornata passata motivando, se vogliono, tale giudizio.

#### **4.3.1 Il progetto educativo**

Durante la mia permanenza nella comunità di Fenile ho intrapreso un progetto educativo con Luca, un utente entrato in comunità da pochi mesi.

Luca ha 29 anni, è nato e vissuto a Nettuno in provincia di Roma. Ha perso la madre quando era molto piccolo a causa di una malattia, ed è cresciuto passando la maggior parte del tempo con i nonni, dato che il padre per lavoro (guardia del corpo personale di personaggi di rilievo) poteva essere poco presente. Luca racconta che da piccolo non faceva troppe domande sull’assenza della madre nella sua vita e a quelle poche domande che rivolgeva ai suoi nonni riceveva risposte poco precise. Crescendo poi conosce la verità sulla morte della madre e comincia in lui a crescere un sentimento di rabbia nei confronti di coloro che fino a quel momento gli avevano nascosto la verità. Comincia così ad avvicinarsi alle sostanze illegali, inizialmente utilizzando quella che in gergo chiama “erba” all’età di 16 anni, fino poi a 21 dove comincia ad utilizzare altri tipi di droghe in maniera occasionale, fino poi ad arrivare all’età di 24 anni dove inizia ad essere un uso abituale. A quell’età, infatti, decide di trasferirsi a Roma con la sua fidanzata, studentessa universitaria, in una casa di proprietà di suo padre, lavorando come agente di sicurezza in negozi di lusso. Riferisce di essersi avvicinato alle “droghe pesanti” associate al gioco d’azzardo (slot in particolar modo) per scappare dalle problematiche della sua relazione. Luca

racconta che il rapporto con la sua ragazza diventava sempre più difficile, lui ricercava l'affetto che non aveva mai avuto da una figura femminile che lei non riusciva a dargli, e dice di essersi sentito usato da lei. Per questo comincia ad uscire e ricercare sostanze per colmare la rabbia che provava a causa delle continue discussioni che vi erano in casa. Comincia quindi l'utilizzo assiduo della cocaina che lo portò, a luglio 2020, ad avere un grave incidente d'auto che gli fece decidere, in accordo con suo padre, ad intraprendere un percorso al Sert e poi comunitario.

Entra nella comunità terapeutica di fenile a dicembre 2020 e dopo pochi mesi dal suo ingresso comincia una relazione preferenziale con un'utente della comunità. Inizialmente il percorso è stato travagliato, aveva difficoltà nel fidarsi degli operatori e soprattutto delle figure femminili che lavoravano all'interno della comunità. Ho impiegato due mesi per riuscire ad instaurare un rapporto di fiducia con lui, all'inizio parlando dell'attuale vita comunitaria e via via parlando della storia della sua vita e dei suoi traumi passati. Dai suoi racconti ben presto scaturì la sua difficoltà di gestione della rabbia nelle problematiche di vita quotidiana, anche comunitaria. Così, dopo alcuni eventi aggressivi di cui Luca è stato protagonista, in accordo con lui, con la sua educatrice di riferimento e il mio tutor Davide Santandrea, abbiamo deciso di intraprendere un progetto educativo il cui obiettivo primario era proprio la gestione della rabbia.

Le attività svolte sono state quattro colloqui, un colloquio a settimana, nei quali abbiamo trattato il tema della rabbia in tutti i suoi aspetti.

I temi trattati sono stati ricercati nel libro *“Programma di gestione della rabbia per utenti con problemi di salute mentale e abuso di sostanze. Un manuale di Terapia Cognitivo Comportamentale”* di Patrick M. Reilly e Michael S. Shopshire, pubblicato nel 2002 e modificato per l'ultima volta nel 2013.

Il progetto educativo era così costituito:

**FINALITA'**: miglioramento della qualità della vita dell'utente e della sua capacità di affrontare assertivamente le situazioni di difficoltà

**OBIETTIVI**: miglioramento nella gestione della rabbia e dell'aggressività. Gestione di situazioni ostili tramite la messa in atto di strategie concordate con l'operatore durante le attività.

**RISORSE INTERNE**: stanza per effettuare l'attività, educatore, fogli, penne

**ATTIVITA'**: l'attività consiste in colloqui programmati una volta alla settimana di durata un ora, per circa un mese nei quali vengono affrontati i temi della rabbia e dell'aggressività presentando all'utente modelli di azioni differenti.

**TEMPI**: circa un mese e mezzo

**SPAZI**: sala interna alla struttura

**COSTI**: zero

**VERIFICA IN ITINERE**: ogni due settimane si attua un colloquio per ottenere un **feedback** da parte dell'utente

### 4.3.2 Primo colloquio educativo

Nello specifico durante il primo colloquio, effettuato a marzo 2021, ho introdotto a Luca il tema della rabbia e abbiamo insieme cercato di capire quelle che fossero le sue difficoltà nella gestione di questa.

Ho sottoposto a Luca un questionario iniziale che verteva su domande di vita quotidiana, interna o esterna dalla comunità, nella quale si era trovato a gestire in modo sbagliato il suo sentimento di rabbia.

Il questionario era composto dalle seguenti domande:

1. Come vedo il conflitto?
2. Quali situazioni mi invitano al conflitto?
3. Sono in grado di gestire il conflitto? (argomenta brevemente)
4. Come affrontavo in passato le situazioni che mi suscitavano rabbia?
5. Come vorrei reagire oggi?
6. Ci sono situazioni che vorrei non mi causassero conflitto? Se sì, quali?
7. Quali sono secondo me i miei punti di forza che potrei utilizzare per gestire la rabbia e le situazioni di conflitto?

Iniziamo quindi a trattare l'emozione "rabbia" utilizzando la metafora dell'iceberg (la rabbia è solo la parte visibile ma al di sotto di essa vi sono tante altre possibili emozioni che la possono far scaturire), che ci accompagnerà fino alla fine del nostro progetto, affermando che *"la rabbia è una risposta naturale a quelle situazioni nelle quali ci si sente minacciati, in cui si crede di poter subire un danno o quando si pensa che un'altra persona ci ha offeso ingiustificatamente. Ci si può arrabbiare anche quando riteniamo che un'altra persona, come un bambino o un nostro caro, viene minacciata o ferita. Inoltre, la rabbia può essere causata dalla frustrazione nel momento in cui i nostri bisogni, desideri ed obiettivi non vengono*

*soddisfatti. Quando ci si arrabbia, si può perdere la pazienza e agire impulsivamente, aggressivamente o violentemente.*

*Le persone spesso confondono la rabbia con l'aggressività. L'aggressività è un comportamento attuato per ferire qualcuno o danneggiare qualcosa. Tale comportamento può includere offese verbali, minacce o azioni violente.*

*La rabbia, invece, è un'emozione e non necessariamente sfocia nell'aggressività. Pertanto, una persona può arrabbiarsi senza comportarsi in maniera aggressiva.*

*Un termine correlato a rabbia e aggressività è ostilità. L'ostilità si riferisce ad un complesso insieme di atteggiamenti e giudizi che motivano i comportamenti aggressivi. Mentre la rabbia è un'emozione e l'aggressività un comportamento, l'ostilità è un atteggiamento che comprende il provare avversione verso le persone e valutarle negativamente” (Patrick M. Reilly e Michael S. Shopshire).*

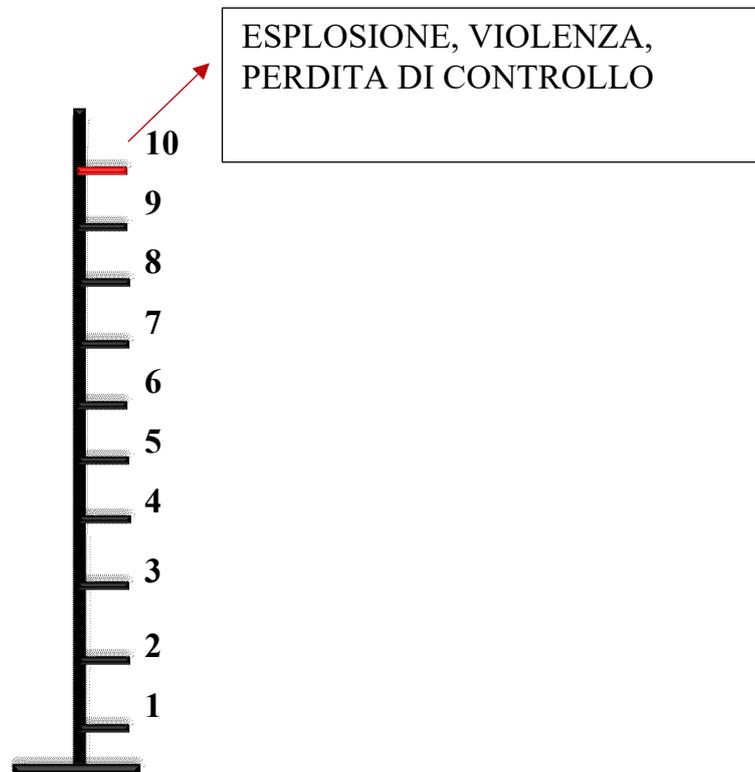
Abbiamo poi discusso di quando la rabbia può essere considerato un problema, e ne abbiamo ricavato che lo diventa quando la si prova troppo intensamente, troppo frequentemente oppure viene espressa in maniera inappropriata. Nei casi estremi, la rabbia può sfociare in violenza o aggressione fisica, che può condurre ad esiti negativi. Anche quando la rabbia non conduce alla violenza, la sua inadeguata manifestazione attraverso offese, intimidazioni o comportamenti minacciosi, porta spesso a conseguenze negative. Ad esempio, è molto probabile che le persone sviluppino paura, risentimento e mancanza di fiducia verso chi ha rivolto loro i propri scoppi d'ira con la conseguenza di venire isolati dai parenti, dagli amici e dai colleghi di lavoro.

Luca ha riconosciuto di avere problemi nella gestione della rabbia e dell'aggressività, e individua come sentimenti sottostanti la tristezza e la frustrazione dovuta alla morte prematura della madre, e alle difficoltose relazioni passate con le figure femminili della sua vita. Afferma infatti che,

nelle situazioni di conflitto con le sue ex fidanzate, per placare la rabbia, ricorreva all'uso di sostanze e che quindi ora, all'interno della comunità, non sa come controllare la sua escalation di rabbia. Alla domanda se il conflitto rappresenta per lui qualcosa di positivo e occasione di crescita risponde di no, che lo interpreta in maniera negativa e di pura frustrazione.

Gli presento all'ora il termometro della rabbia, uno strumento da utilizzare per tenere sotto controllo l'escalation della rabbia durante le situazioni di conflitto.

#### TERMOMETRO DELLA RABBIA:



Il termometro della rabbia rappresenta la rapidità dell'escalation di questa nelle situazioni di conflitto, dove il livello 1 rappresenta quello minimo di rabbia, mentre il 10 è il livello massimo nel quale vi è l'esplosione, la violenza e la perdita di controllo. Luca riconosce che la sua escalation è molto rapida e spesso anche in situazioni futili e racconta di un episodio nel quale,

durante una discussione, non è riuscito a controllare la sua aggressività ed ha colpito e distrutto una porta della comunità.

Abbiamo diviso l'aggressività in tre fasi:

- Escalation: la rabbia dà diversi segnali:
  1. Segnali emotivi: coinvolgono i nostri sentimenti che possono avvenire in concomitanza alla nostra rabbia. Per esempio, possiamo arrabbiarci quando ci sentiamo abbandonati, impauriti, scontenti, non rispettati, colpevoli, umiliati, impazienti, insicuri, gelosi o rifiutati. Questi tipi di sentimenti sono il cuore o emozioni primarie che stanno alla base della nostra rabbia. Una importante componente nella gestione della rabbia è di divenire consapevoli e quindi di riconoscere le **emozioni primarie**<sup>30</sup> che sottostanno alla nostra rabbia.
  2. Segnali fisici: implicano i modi in cui il corpo risponde quando ci stiamo per arrabbiare. Per esempio, il nostro battito cardiaco può aumentare, possiamo sentire tensione al collo, o possiamo sentirci arrossati e accaldati. Questi indizi fisici possono avvertirci che la nostra rabbia sta crescendo fuori controllo o sta arrivando a 10 nel termometro della rabbia. Possiamo apprendere a identificare questi

---

<sup>30</sup> Sono le emozioni innate, osservabili in ogni popolazione. E sono: gioia, tristezza, rabbia, paura, disgusto e sorpresa

segnali quando arrivano in risposta agli eventi che la provocano.

3. Segnali comportamentali: implicano quei comportamenti che facciamo quando siamo arrabbiati, che possono essere osservati dalle persone che ci circondano. Per esempio, possiamo stringere i pugni, andare avanti e indietro, sbattere la porta, o alzare la voce. Come i segnali fisici, sono segnali di avvertimento che possono farci arrivare a 10 nel termometro della rabbia.
4. Segnali cognitivi: si riferiscono a quei pensieri che avvengono in risposta agli eventi che provocano rabbia. Quando le persone si arrabbiano, possono interpretare gli eventi in un certo modo. Per esempio, possiamo interpretare un commento di un amico come una critica o interpretare un'azione di altri come avvilito, umiliante o controllante. Alcune persone chiamano questi pensieri "auto-dialogo" perché assomiglia ad una conversazione che abbiamo con noi stessi. Per le persone con problemi di rabbia, questo auto-dialogo è di solito molto critico e ostile nei toni e nei contenuti. Riflette le credenze sul modo in cui pensano a come il mondo dovrebbe essere; credenze sulle persone, luoghi e cose. Strettamente legati a pensieri e all'auto dialogo sono le fantasie e le immaginazioni. Noi vediamo fantasie e

immagini come altri tipi di segnali cognitivi che possono indicare una escalation della rabbia.

- Esplosione: è una fase a cui ci si arriva se l'escalation continua ad andare avanti fino ad arrivare al numero 10 del termometro, dopo la quale si sfocia in aggressione verbale e fisica.
- Post- esplosione: in questa fase vi sono tutte le conseguenze che derivano dall'atteggiamento aggressivo

Luca ha riconosciuto tutti i segnali della rabbia nella sua escalation e abbiamo deciso insieme di utilizzare il termometro della rabbia come strumento regolatore della sua escalation. La consegna per il colloquio seguente era quella di descrivere brevemente tutte le situazioni quotidiane che avrebbe vissuto durante la settimana e di identificare a che livello del termometro è arrivata la sua rabbia.

#### **4.3.3 Secondo colloquio**

Nel colloquio successivo, Luca afferma che l'utilizzo del termometro lo ha aiutato a rendersi conto di quanto la sua rabbia abbia un'escalation molto rapida, quindi il passo successivo era quello di trovare delle strategie per limitarla.

Abbiamo iniziato il colloquio mostrandogli un lavoro effettuato da lui durante l'attività del gruppo conflitto effettuato nella comunità. In questo si chiedeva di elencare i pregi e i difetti che l'utente si riconosce.

Luca riconosce come pregi la socializzazione, l'ascolto, l'educazione e la simpatia; mentre come difetti il non saper perdonare, amare, la mancanza di pazienza e di razionalità.

Per raggiungere gli obiettivi del nostro progetto, usureremo di quelli che lui considera “pregi”, che noi chiameremo punti di forza, come strumenti su cui fondare delle strategie di cambiamento.

Insieme decidiamo che alcune strategie da poter mettere in atto sono:

- Allontanamento dalla situazione di conflitto: chiedere alla persona con cui si sta avendo una discussione un momento di silenzio per potersi calmare e pensare, allontanarsi dalla situazione per poi riprendere la discussione poco dopo con più serenità e senza incorrere nella possibilità di sfociare in aggressività. Questa modalità è molto efficace anche quando il termometro della rabbia si avvicina al livello 10.
- Auto-dialogo: prima di iniziare una discussione, prendersi un momento per parlare con sé stessi, valutare le modalità corrette e assertive di affrontare la situazione, e se sia necessario o meno intervenire polemicamente con la propria opinione o se sia meglio evitare.
- Esplorare i sentimenti sottostanti: parlare con un amico che non è coinvolto nella situazione di conflitto oppure fare un’auto-riflessione riguardo alla motivazione che ha scaturito la rabbia.
- Modello A-B-C-D: o anche chiamato modello razionale-emotivo

#### MODELLO A-B-C-D

Albert Ellis<sup>31</sup>, psicologo statunitense, ha sviluppato un modello coerente con il modo in cui concettualizziamo il trattamento della gestione della rabbia. Lo chiama modello A-B-C-D o “modello razionale-emotivo”. In questo modello, "A" sta per evento attivante. "B" rappresenta i pensieri che le persone fanno riguardo l'evento attivante. Ellis afferma che non sono tanto gli eventi di per sé a produrre emozioni come la rabbia, quanto

---

<sup>31</sup> Albert Ellis (Pittsburgh, 27 settembre 1913- New York, 24 luglio 2007) è stato uno psicologo statunitense

piuttosto le nostre interpretazioni e credenze sugli eventi. "C" sta per conseguenze emotive degli eventi. In altre parole, questi sono i sentimenti che le persone provano a seguito delle loro interpretazioni e idee rispetto all'evento. Secondo Ellis e altri teorici cognitivo comportamentali, quando le persone si arrabbiano, si impegnano in un dialogo interno, chiamato "dialogo interiore". Ad esempio, supponiamo che tu stia aspettando l'arrivo di un autobus. Mentre si avvicina, diverse persone ti spintonano per salire a bordo. In questa situazione, potresti iniziare ad arrabbiarti. Potresti pensare: "Come possono le persone essere così sconsiderate! Mi spingono per salire sull'autobus. Ovviamente a loro non importa di me o di altre persone."

Esempi di idee

irrazionali che possono produrre escalation di rabbia potrebbero essere: "Le persone dovrebbero essere più attente a come ci restano gli altri!", "Come fanno ad essere così maleducati e irrispettosi!" e "Ovviamente a loro non importa di nessuno tranne che di loro stessi".

Ellis afferma che le persone non dovrebbero arrabbiarsi quando si trovano in una simile situazione. L'evento da solo non li rende sconvolti e arrabbiati; piuttosto, sono le interpretazioni e le idee che le persone fanno rispetto all'evento che causano la rabbia. Le credenze alla base della rabbia spesso assumono la forma di "dovrebbe" e "deve". La maggior parte di noi può concordare, ad esempio, sul fatto che il rispetto degli altri sia un valore. La nostra convinzione potrebbe essere: "Le persone dovrebbero sempre rispettare gli altri". In realtà, tuttavia, le persone spesso non si rispettano reciprocamente negli incontri quotidiani.

Puoi scegliere di vedere la situazione in modo più realistico come uno sfortunato difetto degli esseri umani, oppure puoi far aumentare la tua rabbia ogni volta che assisti o sei il destinatario della mancanza di rispetto di un'altra persona. Sfortunatamente, la tua percezione che gli altri ti manchino di rispetto, ti farà arrabbiare e ti spingerà verso la fase di esplosione. Ironia della sorte, potrebbe anche portarti ad essere a tua volta

irrispettoso, il che violerebbe la tua importante convinzione su come le persone dovrebbero essere trattate.

L'approccio di Ellis consiste nell'identificare le idee irrazionali e nel sostituirle con prospettive più razionali o realistiche (nel modello di Ellis, "D" sta per discussione). Potresti arrabbiarti, ad esempio, quando inizi a pensare: "Devo sempre avere il controllo. Devo controllare ogni situazione." Tuttavia, non è possibile o opportuno controllare ogni situazione. Invece di continuare con queste idee, puoi provare a contestarle. Potresti dire a te stesso, "Non ho alcun potere su cose che non posso controllare" o "Devo accettare ciò che non posso cambiare".

Le persone possono avere molte altre convinzioni irrazionali che possono portare alla rabbia. Considera un esempio in cui un tuo amico non è d'accordo con te. Potresti iniziare a pensare: "Devo piacere a tutti e devo avere l'approvazione degli altri". Se hai questa convinzione, è probabile che quando ricevi un rifiuto, ti destabilizzi e ti arrabbi. Tuttavia, se contrastate questa convinzione irrazionale dicendo: "Non posso piacere a tutti; alcune persone non approveranno tutto ciò che faccio", molto probabilmente inizierai a calmarti e sarai in grado di controllare più facilmente la tua rabbia.

Un'altra idea irrazionale comune è: "Devo essere rispettato e trattato in modo equo da tutti". Anche questo probabilmente porterà a frustrazione e rabbia. Molte persone che, ad esempio, vivono in una società urbana potrebbero non ricevere le normali forme di cortesia che si aspettano. Questo è un peccato, ma dal punto di vista della gestione della rabbia, è meglio accettare l'ingiustizia e la mancanza di buone relazioni interpersonali che possono succedere quando si vive in un contesto urbano. Pertanto, per contrastare questa convinzione, è utile dire a te stesso: "Non posso aspettarmi di essere trattato in modo equo da tutti."

Altre idee irrazionali che possono portare alla rabbia includono "Tutti dovrebbero seguire le regole" o "La vita dovrebbe essere giusta" o "Il bene dovrebbe prevalere sul male" o "Le persone dovrebbero sempre fare la cosa giusta". Si tratta di idee che in genere non sono sempre condivise da tutti nella società e, di solito, c'è poco che si può fare per modificarle. Come potresti modificare queste credenze?

In altre parole, quali pensieri più razionali, adattivi e che non portano alla rabbia puoi utilizzare per sostituire tali credenze?

Per le persone con problemi di controllo della rabbia, queste idee irrazionali possono indurre alla fase esplosiva (livello 10 sulla scala della rabbia) e portare alle conseguenze negative tipiche di questa fase. Spesso è meglio cambiare il proprio punto di vista mettendo in discussione i propri pensieri o credenze e creando un dialogo interiore che sia più razionale e adattivo.

Dopo quindi aver approfondito tutte le diverse strategie da poter mettere in atto, affido a Luca la consegna per l'incontro successivo. La consegna verte sulla descrizione delle situazioni di conflitto che si troverà ad affrontare durante la settimana, stimando l'escalation della sua rabbia del termometro della rabbia, e la messa in atto della strategia che gli sembra più opportuna per la situazione usufruendo della sua capacità di socializzare e di ascolto.

#### **4.3.4 Terzo colloquio**

Il terzo colloquio è stato effettuato assieme all'educatore, e mio tutor, Davide Santandrea. Durante tale colloquio Luca si presenta molto agitato a causa di una situazione familiare che stava vivendo. Infatti, ci racconta che la sera precedente ha ricevuto una chiamata da suo padre che lo informava che la nonna con cui lui era cresciuto da bambino era in fin di vita e che il padre stesso era venuto a conoscenza di tale situazione clinica poco prima. Questo evento ha fatto riemergere in lui la profonda rabbia che ha sempre provato

per non aver saputo prima la motivazione dell'assenza della madre per volere dei familiari, quindi il colloquio si è basato su questo evento e su come poterlo affrontare al meglio.

Dopo aver parlato a lungo di questa situazione e della sua volontà di chiamare i suoi familiari e di aggredirli verbalmente per avergli nascosto la malattia della nonna, decide autonomamente che la cosa migliore da fare non era lasciare che la sua rabbia prendesse il sopravvento ma bensì di passare gli ultimi momenti insieme a sua nonna senza cedere alla tentazione di litigio.

Alla fine del colloquio mi ha illustrato il lavoro svolto seguendo la consegna che gli avevo affidato in precedenza, soffermandoci sulla buona capacità di messa in atto delle strategie insieme studiate.

#### **4.3.5 Fine del progetto e conclusione**

Nonostante gli educatori della comunità avessero notato in Luca un notevole cambiamento nella gestione del conflitto, e che quindi il suo percorso comunitario stava procedendo in maniera positiva, una settimana dopo l'ultimo colloquio, Luca e l'utente con la quale aveva una relazione preferenziale, sono stati scoperti in atteggiamenti intimi e, dato che la comunità di Feline non accetta relazioni tra utenti della stessa comunità, gli è stato proposto di dividersi in due percorsi comunitari differenti e di intraprendere un percorso di terapia di coppia con una psicologa in modo che la relazione sarebbe stata funzionale e non deleteria per entrambi. Hanno però deciso di rifiutare tale opportunità e di uscire dalla comunità.

Il percorso comunitario è un percorso imprevedibile e pieno di ostacoli, questa scelta non è di certo ciò che noi educatori ci prospettavamo per entrambi gli utenti. Nonostante ciò, Luca si è dimostrato gentile e non ostile o aggressivo, come accadeva in precedenza, nel rapporto con gli operatori che si opponevano a un suo pensiero o ad una sua decisione, e ha affrontato

questa situazione in maniera corretta da un punto di vista comportamentale.  
A distanza di mesi, non hanno fatto ritorno in comunità.

## BIBLIOGRAFIA/ SITOGRAFIA

- ◆ Cesare Guerreschi “New Addiction”, San Paolo Edizioni 2005
- ◆ Bernardo Nardi “Organizzazione di personalità: normalità e patologia psichica”, Accademia dei cognitivi Mrca 2017
- ◆ Emanuele Bignamini, Cristina Galassi “Addiction Come pensarla, come prenderla, trattarla”, Publiedit 2017
- ◆ “L’alcol nella Rivoluzione Francese giocò un ruolo determinante”, Michel Craplet; vice.com 2021
- ◆ Fabio Lugoboni, Lorenzo Zamboni “In sostanza: Manuale sulle dipendenze patologiche”, Edizioni CLAD 2018
- ◆ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- ◆ Biondi M, Bersani FS, Valentini M. Il DSM-5: l’edizione italiana. Riv Psichiatr 2014
- ◆ “Le origini, i luoghi e l’evoluzione delle droghe” Amici di Lazzaro ODV, Articolo a cura di Giorgio Ricci, Responsabile Tossicologia Clinica, Azienda Ospedaliera universitaria Integrata Verona. 2015
- ◆ Viviana Olivieri “Formazione continua sulla personalizzazione delle cure” 2015
- ◆ Stefano Canali “Droghe di guerra”, Psicoattivo 2017
- ◆ “Storia naturale delle dipendenze, Le Scienze 2008
- ◆ “Evoluzione delle dipendenze “, ti.ch 2006
- ◆ “Il consumo di droga in Italia, oggi” (a margine della serie SanPa) Style magazine 2021
- ◆ “Perché drogarsi”, Psicologia contemporanea 2020
- ◆ Kerouac J. (1957), *Sulla strada* (trad. it.), Mondadori, Milano, 2006.

- ◆ Cesare Guerreschi “Definizioni di Gioco d’azzardo patologico”, Kappa 2003
- ◆ “Storia delle droghe”, Veveri
- ◆ Antonio Floriani “Storia delle tossicodipendenza”, Normalarea
- ◆ Vittorino Andreoli “La testa piena di droga”, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli 2008
- ◆ “I Ser.D. e Dipartimenti delle Dipendenze”, Dipartimento per le politiche antidroga (Governo italiano)
- ◆ Fancesco Scopelliti, Renato Rizzi e Rosanna Giove “Dipendenze Patologiche in Area Penale”, Edizioni Materia Medica 2018
- ◆ Gaetano Insolera “La disciplina penale degli stupefacenti”, Giuffrè Editore 2008
- ◆ Vittorino Andreoli “La testa piena di droga”, BUR 2008
- ◆ Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. “Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence.”, Cochrane Database of Systematic Reviews 2009
- ◆ Mattick R, Kimber J, Breen C, Davoli M.” Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence.” Cochrane Database Syst Rev. 2003
- ◆ Curcio F, Franco T, Topa M, Baldassarre C. “Buprenorphine/naloxone versus methadone in opioid dependence: a longitudinal survey.”, Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2011
- ◆ Riccardo C. Gatti “Il sistema sanitario per le dipendenze sul territorio. L’evoluzione del sistema.” Droga.net 2018
- ◆ Dott.ssa Vincenza Fusco “Il gioco d’azzardo patologico”, Asl2 Abruzzo
- ◆ Miguel Ángel Novillo López “La passione per il gioco nell’antica Roma”, National Geographic 2021
- ◆ Adriano Stefanini “Dipendenze patologiche”

- ◆ Corriere di Como “Casinò Campione verso la riapertura”, settembre 2021
- ◆ Patrick M. Reilly, Michael S. Shopshire “Programma di gestione della rabbia per utenti con problemi di salute mentale e abuso di sostanze. Un manuale di Terapia Cognitivo Comportamentale.” SIRP Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale 2013

## **RINGRAZIAMENTI**

In primo luogo, vorrei ringraziare il Professore Bernardo Nardi per avermi dato la possibilità di affrontare con lui questo progetto di tesi, per la sua disponibilità nel risolvere ogni mio dubbio e per avermi aiutata a riflettere sui temi analizzati.

Un ringraziamento speciale va anche al mio tutor e amico, Davide Santandrea, per avermi affiancata passo per passo e avermi supportata in ogni momento di difficoltà quotidiano, diventando per me un punto di riferimento nella mia vita.

Grazie anche a tutti i colleghi e amici con cui ho avuto la fortuna di condividere questi tre anni. In particolare a Lucia, Caterina, Angelica e Sara, per il sostegno reciproco, per i consigli, per aver condiviso ogni momento di felicità e di dolore sempre insieme.

Grazie alle mie amiche di sempre, per avermi affiancata in questo percorso, per aver ascoltato tutte le mie preoccupazioni e per aver sempre creduto nelle mie capacità. Grazie a Linda, che ogni giorno ha trovato tempo per una parola di conforto e per non avermi mai lasciata sola.

Un grazie anche a colui che ha vissuto con me ogni momento, che non mi ha mai abbandonata e che ha saputo prendermi la mano e accompagnarmi dove c'è più luce. Grazie Paolo, per stare in silenzio e ridere con me in ogni momento in cui ne ho bisogno. Grazie per essere sempre stato positivo e per esserci stato comunque anche se le cose andavano male. Grazie semplicemente perché con te al mio fianco ho meno paura.

Un grazie di cuore va alla mia famiglia, che mi ha sempre lasciata libera di fare le mie scelte, giuste o sbagliate che fossero, e per esserci sempre stati a condividere poi la gioia o il dolore che ne derivava. Grazie per avermi spronata ad andare avanti nel mio percorso anche se il mondo ci stava cadendo addosso. Grazie per essere le persone più forti che io conosca e ancora grazie per riuscire sempre a capirci senza dirci niente.

Infine, un grazie speciale a te che sei sempre stato il pilastro della mia vita, che hai sempre messo da parte te stesso per noi, che ci hai protette fino alla fine perché quello che per te era importante è la nostra felicità. A te che ci hai insegnato a non mollare mai e ad essere pazienti. A te che non hai mai rinunciato al tuo “ciao Pippa” anche quando le forze non ti assecondavano. Grazie per aver creato tutto per noi, per averci messo sempre al primo posto, per essere stata la persona migliore che ho conosciuto e che conoscerò mai. Tutto questo percorso lo dedico a te, a mamma e la Eli, perché anche se non potrai mai leggerlo so che saresti stato contento. Ti voglio bene Babbone.