

4

A CHE PUNTO SIAMO? ESPERIENZA DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DELLA ASL NA1 CENTRO NELL'INTERVENTO SUL GAP

Luigia Cappuccio, *Dirigente psicologo, referente gioco patologico ASL NA 1 CENTRO*

Il gap rappresenta oramai una problematica ben riconosciuta e definita, attorno alla quale si è ragionato a lungo rispetto all'inquadramento nosografico e alla sua classificazione. Negli ultimi anni anche gli studi di neuroscienze hanno dedicato attenzione alle manifestazioni cerebrali che possono essere associate a tale comportamento disfunzionale. Tali studi hanno appurato notevoli contributi, che ci hanno permesso di comprendere i sistemi di funzionamento del cervello e le aree interessate rispetto alla sfera della gratificazione e al controllo degli impulsi nei giocatori patologici. Vari autori si sono occupati di classificare le diverse tipologie di giocatori problematici e patologici, differenziando le diverse tipologie di personalità e le funzioni cui il sintomo del gioco assolve (M. Croce, 2002). La conseguenza di tali riflessioni e approfondimenti scientifici ha determinato la nuova classificazione nosografica del GAP che nel DSM V° è traghettato nel capitolo delle New addiction senza sostanze, con la denominazione "disturbo da gioco d'azzardo patologico". (Ricordiamo che nel DSM IV° era ancora inserito nel capitolo dei disturbi del discontrollo degli impulsi non altrove classificati).

Con il decreto BALDUZZI 158/2012, ai servizi per le dipendenze patologiche viene affidata la cura e la prevenzione dei disturbi da gioco d'azzardo. Analizzando la situazione nei servizi prima e dopo il decreto Balduzzi, si evidenzia come prima del decreto esisteva un'accoglienza sporadica e spontanea dei giocatori nei SerD; alcune realtà del nord Italia avevano già provato a organizzare e a ragionare su interventi dedicati ai giocatori patologici (E. Marcaccini, 2011). Dopo il decreto emerge la necessità di accogliere i giocatori e di strutturare interventi specifici, creando condizioni, spazi dedicati e razionalizzando le risorse già spesso insufficienti per gestire l'utenza in carico.

Si fa subito strada l'interrogativo relativo al se fosse giusto o meno affidare tale problematica ai Sert, che nascono con la prerogativa di essere servizi per la cura delle tossicodipendenze, ma che oramai si sono trasformati in SerD, servizi quindi per le dipendenze in senso più ampio del termine. Il decreto Balduzzi definisce operativamente un riconoscimento che i Sert si erano già dati implicitamente e empiricamente. Questo da un lato ha i suoi effetti positivi perché, come ci ricorda anche G. Bellio, gli operatori dei SerD hanno già un bagaglio di esperienza da mettere a servizio di questa nuova problematica, dall'altro si corre il rischio,

già in parte avvenuto, di appiattire anche questa nuova, almeno nelle sue manifestazioni attuali, forma di addiction su modalità d'intervento cristallizzate e magari non del tutto appropriate. Si delinea l'esigenza di creare momenti di formazione specifica e di sensibilizzazione alla problematica tra gli operatori, promuovere un linguaggio comune, aderire ad una filosofia di intervento. Sembra che i servizi debbano ritornare ad un punto di partenza e giocare una nuova partita. Tale dimensione, se da un lato spaventa e scoraggia (date appunto le condizioni difficili da cui si parte), dall'altra rappresenta per gli operatori ancora motivati un'occasione stimolante che mette di nuovo al centro e rilancia i Sert spesso addormentati in un torpore preoccupante e intrappolati in interventi stereotipati, incapaci di adeguarsi ai cambiamenti della storia delle dipendenze con e senza sostanze.

IL DECRETO BALDUZZI QUINDI SMUOVE LE ACQUE, RIAPRE DOMANDE.

Dopo queste considerazioni di carattere generale, qui di seguito viene riportata l'esperienza della A.S.L. Na 1 Centro relativa al processo di costruzione di una possibile organizzazione dei 10 SerT territoriali rispetto alle possibilità d'intervento da offrire ai giocatori patologici che si rivolgono ai servizi. L'unità complessa dipartimentale è partita dal cominciare a mettere insieme e riflettere sulle esperienze di lavoro col gap già presenti nei servizi della A.S.L. NA 1 Centro fino a prima del decreto. E' stato nominato dal responsabile della U.O.C dipendenze un referente della A.S.L. per il gioco d'azzardo, il quale ha partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro istituite dalla Regione Campania. Si è successivamente costituito un gruppo di lavoro dipartimentale formato dal referente A.S.L., da alcuni operatori pubblici interessati a lavorare sulla problematica e provenienti dai diversi servizi territoriali per le dipendenze, e da operatori del privato sociale che lavorano nelle strutture intermedie diurne della A.S.L. NA 1 e nel servizio MAMACOCA (dedicato ai consumatori di cocaina). Alcuni di questi operatori avevano già esperienza di lavoro col gap, altri avevano interesse verso la problematica. Tale gruppo allargato, che si è incontrato per 6 volte, aveva due obiettivi principali: promuovere uno scambio e un confronto di esperienze sul lavoro già svolto in alcuni servizi; creare una strategia di intervento comune per l'accoglienza e il supporto da offrire ai giocatori patologici. Successivamente un gruppo più ristretto di operatori (formato dal referente gap per la A.S.L. e da altri 2 operatori dei servizi) hanno continuato a incontrarsi insieme col responsabile dell'unità complessa dipendenze per valutare la fattibilità delle proposte emerse.

COSA È EMERSO DAL LAVORO DEL GRUPPO: Alcuni servizi avevano già una casistica, anche se con numeri non elevati, di giocatori patologici in trattamento. Due Sert avevano aderito ad un progetto di FederSerD e Lottomatica rispondendo alle richieste di aiuto che arrivavano in anonimato grazie ad un numero verde, che orientava presso due dei 10 servizi. Altri Sert avevano seguito solo alcuni casi, qualche altro servizio non aveva esperienza a riguardo. Si è da subito delineata per tutti l'esigenza di un percorso di formazione

specifica. Tale richiesta è stata raccolta dal U.O.C Dipendenze che ha organizzato all'interno del programma ECM 2013 un corso specifico sul gioco d'azzardo patologico. Si è delineata la possibilità di offrire almeno un primo livello di intervento ai giocatori patologici senza pensare al pagamento di un ticket, tale linea testimonia la filosofia alla base della politica di intervento del nostro Dipartimento. Non è sembrato opportuno ipotizzare da subito un servizio specifico dedicato al gap, ma concedersi un tempo di osservazione del fenomeno, del suo andamento anche in termini numerici, in termini di analisi della domanda. Questo orientamento cauto era necessario anche per non mandare in affanno risorse già sovraccariche nei nostri servizi. Gli operatori hanno ipotizzato strategie di intervento possibili nella realtà attuale dei servizi, tentando di mantenere un pensiero critico rispetto alle esigenze presentate dalla nuova problematica, provando a leggerla nelle sue sfaccettature e nella sua complessità (varia tipologia di utenza, fasce di età diverse, tipologie di gioco diverse, comorbidità, ecc.). Il tentativo è stato quello di provare a mettere insieme le risorse già presenti nel nostro sistema di servizi (risorse del pubblico e del privato sociale che già da molti anni hanno nella A.S.L. NA 1 Centro una storia di integrazione nell'intervento sulle dipendenze da sostanze). Si è quindi fatta strada l'idea che ognuno dei 10 SerT potesse pensare di garantire ai giocatori problematici/ patologici un intervento ambulatoriale che si snoda attraverso l'accoglienza, la ridefinizione della domanda e una valutazione del livello di gravità del comportamento disfunzionale di gioco patologico, cui può eventualmente seguire un percorso psicologico individuale. Due servizi in particolare, quelli che lavorano in stretto contatto con le strutture intermedie diurne, invece riescono ad offrire ai giocatori problematici un percorso **diurno più strutturato**, con attività laboratoriali giornaliere, di maggiore contenimento. Tale percorso appare appropriato quando la situazione del giocatore è fortemente compromessa e necessita di un'una fermata e di un allontanamento dalle dinamiche familiari e sociali che sono precipitate al punto di mettere la persona in situazioni di forte rischio. In questi servizi si sono costituiti gruppi di sostegno dedicati specificamente ai giocatori e/o ai familiari. Il tentativo è quello di tenere ben presente la specificità della problematica in oggetto, di favorire il riconoscimento tra i giocatori stessi, di garantire spazi di riflessione intorno alla problematica comune. Anche se i giocatori vengono inseriti in percorsi di cura insieme a persone con dipendenza da sostanze, si cerca di creare spazi dedicati, specifici (gruppi - laboratori) solo per i giocatori, nei quali questi ultimi possono confrontarsi il più possibile con la peculiarità del loro problema. Si tenta di mantenere delle coordinate specifiche negli interventi, come per esempio l'attenzione alle dinamiche di controllo e di gestione del denaro nella mediazione familiare. In fine si sta delineando la figura del **tutor e del tutoraggio economico** che spesso viene svolto da chi segue la famiglia (educatore, ass. sociale).

Le maggiori difficoltà si incontrano nell'aggancio dei ragazzi molto giovani, ma tali resistenze non sembra-

no connesse al servizio troppo connotato rispetto alla cura delle tossicodipendenze, quanto piuttosto al non riconoscimento del problema e alla non accettazione di un percorso di cura.

Si è inoltre sperimentata la possibilità di offrire anche una breve esperienza di residenzialità, nelle situazioni dove è necessario un allontanamento dal proprio contesto o quando il giocatore non riesce a sospendere il comportamento compulsivo di gioco. Queste esperienze sono nate sempre dalla disponibilità a mettere in sinergia le risorse presenti in progetti residenziali presenti nel circuito della nostra ASL. Il percorso di cura per i giocatori si pone due obiettivi principali: lavoro individuale sulla motivazione e coinvolgimento in un percorso terapeutico complesso, che prevede il sostegno psicologico individuale - valutazione dello stato di salute globale - mediazione familiare - gruppo di sostegno per giocatori - gruppo di sostegno per familiari - eventuale inserimento del giocatore in un percorso diurno presso una delle strutture intermedie sovradistrettuali. Pur ritenendo che ciascuno dei punti sopra riportati costituiscono dei passaggi imprescindibili per la riuscita del percorso terapeutico, per esigenze di sintesi approfondiremo l'esperienza del gruppo giocatori.

GRUPPO GIOCATORI: Esso assolve ad alcune funzioni cardine nel percorso di cura. In primis svolge una funzione di meta comunicazione perché rappresenta un contenitore per soli giocatori, nel quale sperimentare uno spazio e un tempo per confrontarsi con lo specifico della problematica (è uno spazio importante all'interno di servizi connotati per le t.d. perché invece definisce un'attenzione selettiva al problema del gap). Tale gruppo specifico permette inoltre una migliore identificazione del giocatore con i suoi pari e facilita il confronto sulle dinamiche comuni: senso di colpa verso i propri cari; insofferenza verso il controllo economico richiesto dal percorso di cura; difficoltà nel confrontarsi con i familiari; difficoltà ad identificare e superare le idee irrazionali (tipiche dei giocatori), soprattutto quella legata all'idea di recuperare i soldi persi solo attraverso il gioco. Il gruppo ha un'impostazione cognitivista (sappiamo come l'approccio cognitivo - comportamentale venga considerato elettivo nella cura del gap - Serpelloni 2013) ma non si può definire un gruppo strettamente di psicoeducazione. Prevale un clima di accoglienza e di incoraggiamento a riportare la propria esperienza. Viene puntualmente stimolato il confronto tra le esperienze personali legate al gioco compulsivo, rilanciando al centro la comunicazione e stimolando la partecipazione di tutti. Il gruppo prevede un numero di incontri prestabiliti (10-12), anche perché in questo modo è tracciato un percorso breve che il giocatore può sentire come realizzabile e chi riesce a completare gli incontri riceve in tal modo un feedback positivo rispetto all'idea di avere concluso un pezzo del percorso di cura. I primi incontri sono dedicati alla conoscenza e alla socializzazione del problema, ci si ascolta rispetto a come si è strutturato il problema (esempi: ricorrere della vincita - funzione del sintomo come strumento di fuga e/o di azione). Gli incontri successivi stimolano (partendo da un tema

sollecitato dal conduttore o dalle esperienze riportate) il confronto, lo sviscerare alcune tematiche legate alla dipendenza dal gioco, come il senso di colpa verso i familiari che si trovano spesso coinvolti in gravissime conseguenze economiche; la sfida che contraddistingue lo stile nel relazionarsi del giocatore; il valore dei soldi; la perdita del controllo. Parallelamente si comincia a fare emergere gli aspetti cognitivi che caratterizzano in maniera ossessiva e invasiva il pensiero del giocatore patologico, proponendo una rilettura di tali meccanismi; si pone l'attenzione sulle idee irrazionali legate al gioco, sul pensiero magico, sullo stile cognitivo legato alla negazione del caso, sull'onnipotenza legata all'illusione di gestire il caso, di controllare il risultato di un gioco dove prevale l'alea, il ripetere ogni volta la sfida fra l'onnipotenza e la sconfitta. **I conduttori cercano di fare emergere tali disfunzioni cognitive**, di metterle a confronto, si prova a porle in discussione con l'aiuto dell'esperienza di tutti.

In alcuni momenti vengono utilizzati dei giochi per mettere in evidenza in modo più chiaro il ragionamento e il comportamento irrazionale. Gli ultimi incontri sono dedicati a riconoscere gli stimoli che innescano il craving e il conduttore spinge ad un confronto sulle strategie di ognuno per superare tali momenti e a stimolare nuove modalità di comportamento maggiormente protettive rispetto al comportamento di abuso e alla perdita di controllo.

Punti critici del gruppo: questo tipo di intervento dovrebbe ripartire ogni volta che si crea un nuovo gruppo di giocatori. È possibile, infatti, che le persone ripetano l'esperienza massimo 2 volte, ma si è potuto osservare che per chi ha aderito in maniera seria e motivata al percorso di gruppo, ripetere più volte l'esperienza così articolata non costituisce più uno stimolo costruttivo per l'evoluzione del percorso di cura. Avendo osservato, invece, che i partecipanti al gruppo, manifestano l'esigenza di mantenere uno spazio riabilitativo gruppale si è provato quindi a orientare il gruppo verso una modalità esperienziale, che può favorire la partecipazione ad esso da parte di chi ha già ripetuto l'esperienza, ma sente ancora utile questo contenitore. Gli incontri non hanno più una durata pre-stabilita ma comunque il tempo di partecipazione che si prospetta al giocatore varia dai tre ai cinque mesi. Viene mantenuta sempre, da parte del conduttore, un'attenzione a lavorare sul cognitivo, stimolando tali riflessioni e rileggendole ogni qualvolta emergono nei contenuti riportati dai partecipanti. Viene dato ampio spazio alla ricaduta, che non viene esasperata ma utilizzata per esplorare le situazioni che stimolano il craving, analizzando le situazioni/stimolo che inducono la ricaduta e gli effetti di essa sul piano personale e familiare. Il gruppo è aperto anche ai giocatori con una motivazione debole. In questi casi è il gruppo stesso che risulta essere un contenitore adeguato per lavorare sulla motivazione, uno specchio che in qualche modo rimanda anche solo frammenti della propria condizione di giocatore problematico.

Conclusioni

L'esperienza organizzativa riportata e l'esperienza di lavoro con un gruppo specifico e dedicato alla proble-

matica del gioco patologico è chiaramente ancora in fase di osservazione ed è passibile di continui riaggiustamenti in funzione di poter fornire delle prestazioni sempre più aderenti alle esigenze rilevate nel lavoro con i giocatori.

BIBLIOGRAFIA

Manuale sul gioco d'azzardo-diagnosi, valutazione e trattamenti a cura di G. Bellio e M. Croce FrancoAngeli 2014

Il Gioco e l'Azzardo - il fenomeno la clinica le possibilità d'intervento a cura di M. Croce e R. Zerbetto. FrancoAngeli 2002

Riflessioni su un'esperienza di trattamento del Gap in un servizio sanitario territoriale. E. Marcaccini - rivista AR n. 2, 2011