



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI
INTERNAZIONALI**

Corso di laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale

Tesi di laurea Magistrale

Indagine sul tema della ludopatia nel territorio del Distretto di
Pieve di Soligo

Survey on the subject of ludopathy in the district territory of Pieve di
Soligo

Relatrice

Prof.ssa: Maria Castiglioni

Laureanda: Edda Zaccherini

Matricola: 2024613

Anno Accademico: 2021/2022

Dedicato a te, che stai leggendo questo elaborato,
che in un modo o nell'altro sei parte di me...

Indice	
Introduzione	3
PARTE PRIMA	5
Inquadramento generale del Gioco d’Azzardo	5
I Capitolo	7
Il fenomeno del Gioco d’Azzardo	7
1.1. Il Gioco e il Gioco d’Azzardo.....	7
1.2. Il gioco d’azzardo patologico	8
1.3. Inquadramento teorico.....	10
1.4. Sintomi del Gioco d’Azzardo.....	14
1.5. I fattori di rischio e di protezione	15
1.5.1 L’importanza delle relazioni sociali	16
1.6. La diffusione del fenomeno.....	17
II Capitolo	19
Il Servizio per la ludopatia	19
2.1. Il servizio per la ludopatia	19
2.2. I professionisti all’interno del Ser.D.....	20
2.3. Il ruolo dell’Assistente Sociale all’interno del Servizio.....	22
2.4. La legislazione Italiana sul Gioco d’Azzardo	24
2.4.1 La normativa della Regione Veneto.....	26
2.5. I possibili interventi legali per supportare il giocatore.....	27
PARTE SECONDA	29
Indagine di ricerca del Gioco d’Azzardo Patologico sul territorio del Distretto di Pieve di Soligo	29
III Capitolo	31
Il disegno di ricerca e l’analisi dei risultati del questionario	31
3.1. La domanda di ricerca	31
3.2. Gli obiettivi	32
3.3. Le caratteristiche del campione	33
3.4. La raccolta dei dati.....	33
3.5. Risultati del questionario.....	35
3.5.1 Generalità personali.....	35
3.5.2 Esperienza personale	36
3.5.3. Percezione del fenomeno	39

3.5.4. Conoscenze professionali.....	43
IV capitolo.....	45
Discussione dei risultati e confronto con le ricerche esistenti	45
4.1. La popolazione oggetto d'indagine	45
4.2. Le esperienze professionali degli operatori	46
4.2.1. Le donne e il Gioco d'Azzardo.....	49
4.3 Le esperienze lavorative degli Assistenti Sociali durante la propria carriera	51
4.4 La percezione personale degli Assistenti Sociali nel territorio dove operano quotidianamente	54
4.5 La formazione degli Assistenti Sociali e la loro disponibilità all'approfondimento della tematica della ludopatia	63
Bibliografia	69
ALLEGATO A	75
ALLEGATO B	76
Ringraziamenti	89

Introduzione

Nel corso dell'anno 2022 ho avuto il piacere di svolgere il Tirocinio di Ricerca presso il Servizio Specialistico per le Dipendenze del Distretto di Pieve di Soligo, appartenente all'ULSS2 Marca Trevigiana. In particolare questa esperienza aveva come obiettivo primario la ricerca.

Il Servizio si è reso disponibile e mi ha permesso di svolgere l'indagine che verrà presentata nelle pagine seguenti.

La presente indagine di ricerca ha come finalità quella di comprendere il grado di conoscenze e la capacità d'intervento da parte degli Assistenti Sociali, che svolgono la propria professione presso un Ente Comunale appartenente al Distretto di Pieve di Soligo, di fronte al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Ciò consente di osservare il fenomeno, sempre più emergente, attraverso una lettura da parte dei professionisti del sociale che lavorano quotidianamente sul territorio del Distretto preso in considerazione.

La principale motivazione che mi ha portato ad approfondire questa tematica risulta essere il fatto che, nonostante una continua diffusione ed espansione del fenomeno del Gioco D'azzardo, il Servizio Specialistico non ha avuto, in generale, un aumento dell'utenza in carico. Inoltre, trovo interessante comprendere se gli Assistenti Sociali che lavorano presso i Servizi Sociali non specialistici sono in grado di affrontare e riconoscere problematiche di questa natura.

La tesi si compone di quattro capitoli. Nel primo capitolo verrà presentato un inquadramento teorico del fenomeno del Gioco d'Azzardo, in particolare si esporrà la differenza tra gioco, gioco d'azzardo e gioco patologico. Inoltre verrà fatto cenno ai sintomi del gioco patologico e alla sua diffusione a livello nazionale.

In seguito, nel secondo capitolo, verrà presentato il Servizio Specialistico per il trattamento delle dipendenze (Ser.D.). Nello specifico verranno esplorate le modalità di lavoro del servizio, con particolare attenzione al ruolo svolto dagli Assistenti Sociali che operano al suo interno e alla

funzione svolta con i Servizi Sociali non specialistici. Inoltre verrà svolta una panoramica a livello giuridico del gioco d'azzardo, a livello sia nazionale che regionale presentando altresì degli interventi di protezione e di supporto al giocatore.

All'interno del terzo capitolo verrà presentata l'indagine svolta chiarendo gli obiettivi, il campione di riferimento e lo strumento utilizzato per la ricerca. Inoltre verranno messi in luce i risultati ottenuti.

Infine, nel quarto capitolo verrà svolta una riflessione sui dati ottenuti e un confronto con altre ricerche, nazionali e internazionali per comprendere l'andamento del fenomeno del gioco d'azzardo.

In conclusione, l'indagine vuole offrire una panoramica sulle abilità e consapevolezza da parte degli operatori sociali del territorio sul GAP. L'indagine svolta potrebbe altresì divenire un supporto ai professionisti volto a costruire risposte sempre più efficaci di policy e salute pubblica per tutti i soggetti che in modo diverso sono coinvolti nella gestione di un fenomeno che, essendo soggetto a continue trasformazioni, deve essere sottoposto a periodiche e programmate attività di monitoraggio.

PARTE PRIMA

Inquadramento generale del Gioco d'Azzardo

I Capitolo

Il fenomeno del Gioco d'Azzardo

1.1. Il Gioco e il Gioco d'Azzardo

Negli ultimi decenni, il Disturbo da Gioco d'Azzardo è diventato, sempre di più, oggetto d'interesse da parte della comunità scientifica e del mondo della salute pubblica (American Psychiatric Association 2013).

È opportuno evidenziare la differenza tra gioco e gioco d'azzardo.

Il gioco è una qualsiasi attività, svolta singolarmente o in gruppo, liberamente scelta sviluppando contemporaneamente attività fisiche, manuali o mentali.

Il Gioco d'Azzardo, invece, può essere definito come un'attività le cui caratteristiche sono le seguenti:

- Il giocatore mette in palio denaro e/o oggetti di valore;
- La posta scommessa è irreversibile;
- La vincita dipende principalmente o totalmente dal caso.

Tenendo conto dell'irreversibilità della posta, è essenziale sottolineare come le regole del gioco, una volta fissate, non possono più essere modificate se non di comune accordo. In qualsiasi gioco le regole sono rilevanti, ma nel gioco d'azzardo vi è il rischio di perdere o di vincere qualcosa di quantificabile.

L'Art. 721 del Codice Penale cita "sono giochi d'azzardo quelli nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria". Quindi, il gioco d'azzardo è qualsiasi svago in cui l'esito del gioco non dipende dalle scelte del giocatore ed è presente una posta di valore economico come il denaro o altri beni.

Secondo questa definizione, se si gioca a Testa e Croce e si mette in palio un euro si sta a tutti gli effetti praticando un gioco d'azzardo.

Attualmente la diffusione e la sostanziale innocuità che un'attività libera e ricreativa come il gioco assume, ha portato negli ultimi anni all'espansione

di questa realtà preoccupante in cui il gioco diviene un problema che conduce a situazioni, spesso, difficili, e inaccettabili a livello personale, familiare e sociale.

1.2. Il gioco d'azzardo patologico

La maggior parte delle persone in generale, gioca senza avere delle conseguenze negative, il gioco è un'attività ricreativa, un'esperienza sociale che permette di creare delle occasioni per instaurare relazioni amicali con interessi comuni come eventi sportivi o una partita a carte durante il *weekend*, ma per alcuni individui il normale gioco, soprattutto se in palio ci sono delle vincite, potrebbe diventare una compulsione e un comportamento incontrollabile trasformando il semplice gioco, in Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Per questo motivo è essenziale comprendere la differenza tra gioco responsabile e gioco problematico. Secondo lo studioso Derevensky (2012) esiste un continuum nel gioco [figura n.1] che va dal gioco d'azzardo come gioco sociale, in cui si collocano i cosiddetti giocatori "non problematici", ovvero tutti coloro che svolgono questa attività per divertimento e sono in grado di interromperla in qualsiasi momento, per passare ai giocatori "problematici o a rischio", cioè coloro che non presentano ancora una patologia conclamata, ma che aumentano il tempo, la frequenza e le spese investite nel gioco, mettendo in atto un comportamento a rischio per la loro salute bio-psico-sociale, ed infine i giocatori "patologici o compulsivi", coloro che si trovano in uno stadio del disturbo con evidenti conseguenze individuali e sociali. Per questa ultima tipologia di soggetti il gioco è quotidiano e intensivo, e il giocatore esperisce il *craving*¹ e le spese

¹ Il *craving* è l'impulso, brama o voglia di giocare, è una sensazione molto diffusa tra le persone che giocano, ma anche tra coloro che smettono di giocare; è una sensazione molto sgradevole e difficile da affrontare

risultano sempre più elevate, in alcuni casi fino ad arrivare all'indebitamento (Derevensky, 2012).

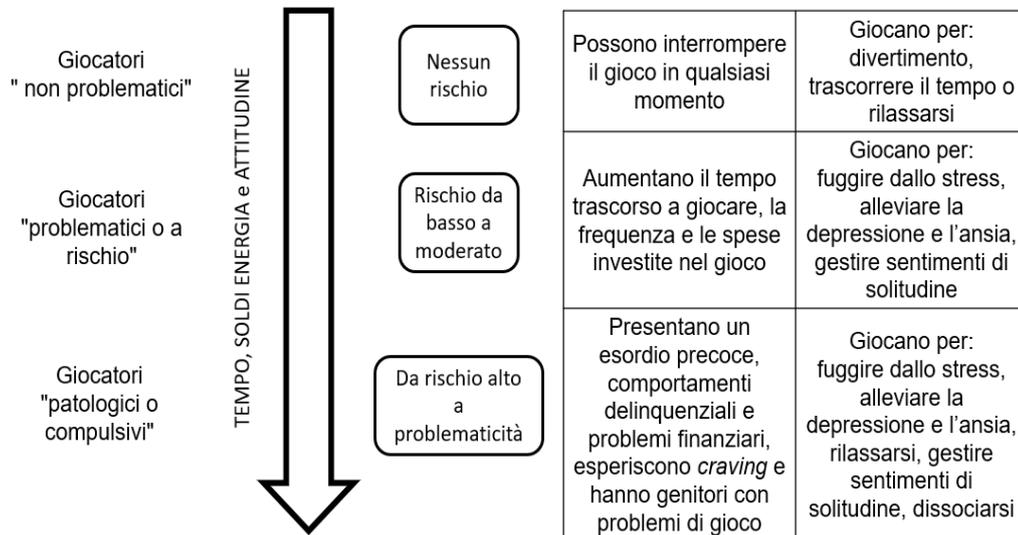


Figura n.1 Continuum del Gioco d'Azzardo e le loro caratteristiche (Derevensky, 2012).

Nel Disturbo da Gioco d'Azzardo, è importante considerare che sia l'abilità che la mancanza di abilità, richiesta all'individuo per giocare, possono aumentare il rischio di sviluppare il disturbo. Infatti, molti giochi richiedono capacità di strategia per raggiungere il successo, altre tipologie al contrario, come i Gratta e Vinci e le Slot Machine, non necessitano di abilità specifiche, poiché tutti i risultati sono predeterminati e indipendenti dalle azioni del giocatore, anche se quest'ultimo ha l'illusione che sia lui stesso, il suo modo di premere i diversi pulsanti e il suo tempismo a incidere sul risultato finale. I giocatori problematici che si considerano abili continuano a giocare pensando di poter vincere d'astuzia contro il gioco, inoltre quando sono consapevoli della casualità del risultato continuano a giocare finché non avviene un "cambiamento nella fortuna".

Questi comportamenti sono causati da errori cognitivi di logica come il credere erroneamente che la conoscenza di uno specifico gioco possa

aumentare le probabilità di vincita. Questi errori di logica sono legati alle cosiddette “distorsioni cognitive”, cioè modalità disfunzionali di interpretazione della realtà non del tutto consapevoli da parte del giocatore, adoperate dallo stesso per giustificare il proprio comportamento e per poter continuare a giocare. Alcune distorsioni cognitive possono essere (Toneatto, 1999):

- Le illusioni di controllo, in cui i giocatori conservano numeri, formule, calcoli, oggetti, su cui basare le loro strategie di gioco, sostenendo di aver trovato un modo per vincere e attribuendo le vincite alle proprie capacità di pianificazione, mentre le perdite al caso;
- Le quasi vincite, nella mente del giocatore c'è la percezione di aver quasi vinto, diventa il motivo di insistere nel gioco, perché la vincita, prima o poi, dovrà per forza arrivare.
- La fallacia di Montecarlo, nella quale i giocatori credono che le probabilità di un evento siano cumulative e non indipendenti tra loro, in questo modo, sovrastimando la possibilità di vincita in seguito ad una serie di perdite.
- Le correlazioni illusorie tra eventi, il giocatore crede che tirare i dadi delicatamente serva a ottenere un numero inferiore o che lanciarli con vigore aumenti la probabilità di ottenere un numero alto.

La presenza di alcuni schemi cognitivi rigidi, ripetitivi, quasi ossessivi nella loro persistenza, favoriscano nei giocatori aspettative irrazionali e illusioni di controllo (Ladoceur et al., 2002).

1.3. Inquadramento teorico

Numerosi studi a livello internazionale hanno dimostrato come il gioco d'azzardo è un'esperienza di vita quotidiana che coinvolge una gran parte della popolazione. La sua diffusione necessita, quindi, di un monitoraggio e attenzione sulle cause in modo da poter prevenire comportamenti problematici (Qian, et al., 2020).

Per molto tempo si è dibattuto per comprendere se il GAP rientrasse nella categoria dei Disturbi dello spettro impulsivo-compulsivo oppure nella dipendenza comportamentale (Kuss, et al., 2012). Le diverse evidenze empiriche sembrerebbero indirizzarsi verso la seconda teoria, evidenziando delle somiglianze tra le dipendenze comportamentali e le dipendenze da uso di sostanza (Grant, et al., 2010).

Le dipendenze comportamentali sono state concettualizzate come condizioni problematiche in cui gli oggetti di dipendenza sono comportamenti o attività leciti, socialmente accettati e inclusi negli standard condivisi dalla società moderna (Alonso-Fernández, 1999). Secondo questa descrizione all'interno di questa tipologia, oltre al Gioco d'azzardo rientrerebbero altresì, per esempio, la dipendenza da Internet, lo *shopping* compulsivo, la dipendenza da *Smartphone*.

Le dipendenze comportamentali possono riguardare qualsiasi fascia d'età della popolazione, per questo motivo la loro diffusione ha sollecitato e spinto le principali organizzazioni impegnate nella salute mentale, come l'*American Psychiatric Association* (APA) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ad inserirle all'interno dei loro manuali diagnostici.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha incluso il Disturbo da Gioco d'Azzardo nell'undicesima versione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), all'interno della categoria "Disturbi da Dipendenza", distinguendo, inoltre il gioco in modalità *off line* e modalità *online*.

Nel DSM-5, (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), il Disturbo da Gioco d'Azzardo è stato definito come un "comportamento di gioco problematico persistente e ricorrente" (American Psychiatric Association, 2013) caratterizzato da un'incapacità di controllare il gioco causando significative conseguenze psico-sociali per l'individuo.

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo inserito all'interno della categoria delle dipendenze, ha messo in luce come le evidenze scientifiche hanno

dimostrato le analogie tra *gambling*² e dipendenze chimiche (Brunori et al., 2013).

Oltre alle similitudini riguardante l'efficienza di alcuni trattamenti in entrambe le dipendenze è presente un'elevata percentuale di comorbidità riscontrata tra di essi (Hodgins et al., 2005) ossia la presenza concomitante, nello stesso soggetto, di due o più disturbi delle dipendenze comportamentali e dipendenze da uso di sostanze (Barnes, et al., 2011). Inoltre, il GAP e le dipendenze da sostanze condividono cinque criteri diagnostici, precisamente entrambi presentano: tolleranza, astinenza, tentativi di fermarsi, rinuncia ad attività, e persistenza del comportamento. Oltre a questi, il GAP presenta: un considerevole impatto sulle relazioni personali e familiari dell'individuo e può portare a conseguenze finanziarie e legali dello stesso [figura n.2].

² Termine inglese per indicare il Gioco d'azzardo.

Criteria diagnostici del Disturbo da Gioco D'azzardo
Bisogno di giocare d'azzardo una quantità crescente di denaro al fine di raggiungere l'eccitazione desiderata
Stato irritabile nel momento in cui si tenta di ridurre o smettere di giocare d'azzardo
Ha messo in atto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
Si sente spesso preoccupato per il gioco d'azzardo, pensa come ottenere denaro per giocare
Gioca quando si sente a disagio, prova sentimenti di ansia e depressione
Dopo aver perso soldi, spesso riprova a giocare per cercare di vincere
Mente per nascondere il coinvolgimento del gioco d'azzardo
Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro o un'opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo
Si affida agli altri per cercare denaro per rimediare alle disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo

Figura n.2 Criteri diagnostici della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5).

Il DSM-5, sopra citato, ha altresì, evidenziato come il GAP può presentare diversi livelli di gravità. Questi si costituiscono e basano sui criteri diagnostici, sopracitati, che permettono di identificare tre livelli, sulla base dei quali è possibile classificare l'intensità della gravità in:

- Lieve: nel momento in cui sono soddisfatti quattro o cinque criteri;
- Moderato: quando vengono soddisfatti sei o sette criteri;
- Grave: quando sono soddisfatti otto o nove criteri.

Il Gioco d'Azzardo viene considerato un problema dell'aspetto sociale, proprio perché il giocatore rimane coinvolto in una serie di difficoltà non solo economiche, ma altresì sociali, famigliari e lavorative (Croce, 2001).

1.4. Sintomi del Gioco d'Azzardo

Per quanto riguarda i sintomi psicopatologici e i tratti di personalità associati al disturbo, gli individui evidenziano bassi livelli di empatia e alti livelli di nevroticismo³.

Inoltre, manifestano alti livelli di malessere psicologico e tratti di personalità specifici come ad esempio: impulsività, che sottolinea la loro incapacità di prendere in considerazione soluzioni alternative e valutare le conseguenze, la ricerca di sensazioni forti (*sensation seeking*), strategia utilizzata per superare la noia, un'elevata sensibilità al *reward* (alla ricompensa) e alle punizioni. Inoltre, numerosi studi hanno confermato l'associazione tra Gioco d'Azzardo, problemi di condotta e sintomi depressivi, questi si manifestano altresì con il Disturbo da Gioco su Internet⁴ (Myrseth, et al., 2018).

I problemi di condotta presentano sintomi come: aggressività, violazione delle regole, comportamenti antisociali e atti violenti o delinquenti (Fonagy, et al., 2018) mentre i sintomi depressivi evidenziano un umore basso e sentimenti di inutilità (Rapee, et al., 2019).

È emerso che la presenza simultanea di problemi di condotta e sintomi depressivi espone anche i giovani a un maggior rischio di sviluppare un Disturbo da Gioco su Internet, in particolare ai videogiochi (Giralt, et al., 2018).

L'aggiunta del termine "internet" del Disturbo da Gioco è stata oggetto di dibattito, alcuni studiosi hanno proposto di utilizzare l'etichetta "Disturbo da uso di Videogiochi", questo per evidenziare che l'uso eccessivo di questi non avviene solo *online*, attraverso internet, incorporando così una qualsiasi modalità o mezzo con cui questa azione viene prodotta come la *console*, lo *smartphone*, il *computer* o il *tablet* (Pontes, 2014).

³ Si intende una bassa capacità di regolare l'emozioni.

⁴ Nel DSM-5 il Disturbo da Gioco su Internet viene definito come "uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, portando a compromissione o disagio clinicamente significativi" (American Psychiatric Association, 2013).

1.5. I fattori di rischio e di protezione

I fattori di rischio sono delle caratteristiche individuali e contestuali, associate ad una maggiore possibilità di sviluppare una condizione patologica, in questo caso il Disturbo da gioco d'azzardo (Melodia et, al., 2022).

Uno dei fattori di rischio è legato ai media, in particolare agli effetti audio e video. Dixon e colleghi (Dixon et al., 2007) hanno mostrato come il ritmo musicale possa influenzare la velocità delle scommesse. Oltre a ciò il particolare suono associato alla vincita svolge un ruolo importante nella rievocazione dell'azione piacevole a discapito di quelle spiacevoli.

Altri fattori riguardano la vulnerabilità individuale, tra questi vi sono i fattori biologici e psicologici. Con i primi si intende una predisposizione genetica a sviluppare problemi di salute fisica o mentale o di dipendenza dal momento che altri parenti vicini hanno mostrato le stesse condizioni patologiche. Quindi una storia familiare con problematiche di questo genere è un fattore di rischio, ma questo non significa che il soggetto debba necessariamente sviluppare comportamenti patologici.

Infine, vi sono i fattori di rischio ambientali, questi includono il contesto familiare e le relazioni sociali. È emerso che le condizioni patologiche si sviluppano più semplicemente nel momento in cui si presentano specifiche situazioni come ad esempio problemi familiari, abuso di sostanze da parte di parenti, bassi livelli di monitoraggio da parte dei genitori nel periodo adolescenziale.

Oltre ai fattori di rischio è importante svolgere una breve descrizione dei fattori protettivi, che al contrario, sono condizioni associate a una diminuzione della probabilità di sviluppare problemi legati a gioco, indipendentemente dall'esposizione ai fattori sopra citati.

Tra i fattori di protezione è fondamentale presentare il sostegno sociale.

Le relazioni amicali strette e la famiglia possono influenzare positivamente ed essere dei fattori protettivi per i comportamenti problematici. Gli ambienti sociali possono essere luoghi dove i soggetti si sentono accettati e

desiderati. Per questo è fondamentale creare il senso di appartenenza da parte dell'individuo. Quest'ultimo è importante per la propria identificazione all'interno di un gruppo o di un luogo. Il senso di appartenenza ad un insieme di persone genera sentimenti positivi nel soggetto, quindi questo sentimento che si genera è un'attrazione che identifica l'individuo e lo fa sentire al sicuro. L'appartenenza è un bisogno fondamentale dell'essere umano, prendendo in considerazione la piramide dei bisogni di Maslow, infatti viene posto in seguito ai bisogni fisiologici come mangiare, bere, dormire [figura n.3].

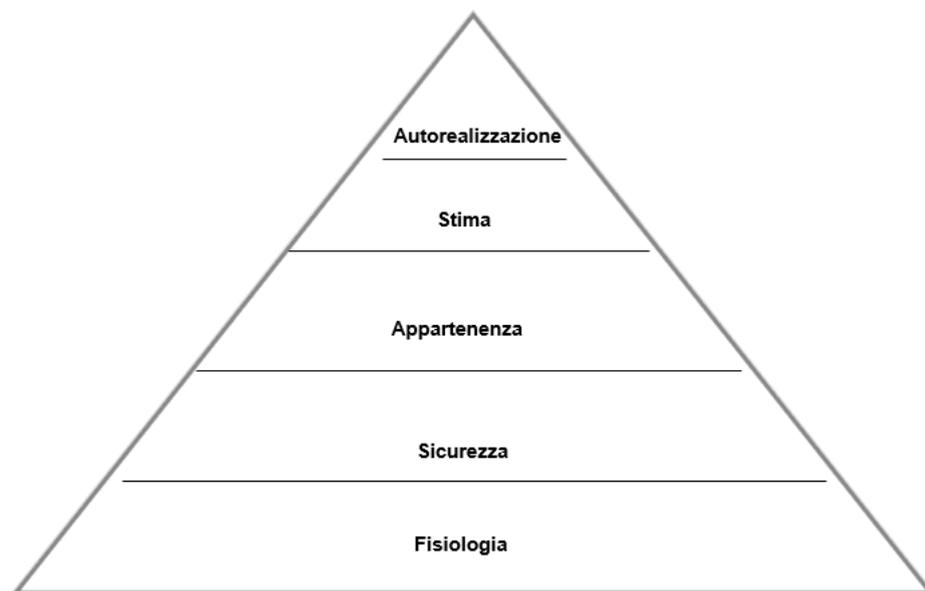


Figura n.3 Piramide dei bisogni (Kenrick, 2016).

1.5.1 L'importanza delle relazioni sociali

È chiaro come il Disturbo da Gioco d'Azzardo danneggia l'individuo ma altresì tutti coloro che lo circondano. In primo luogo le conseguenze negative si riflettono nelle relazioni familiari e la rete amicale.

All'interno della famiglia, infatti si osserva un alto livello di disagio personale, questo è connesso ad una insoddisfazione generale delle relazioni, legate solitamente a un disturbo grave (Kourgiantakis et al., 2013).

Spesso si possono presentare tensioni nelle diverse relazioni sia con la famiglia sia con gli amici, queste possono essere dovute a comportamenti inadeguati o alle continue richieste di denaro da parte del soggetto patologico.

Il gioco d'azzardo quindi, anche se in modalità differenti, coinvolge tutta la famiglia e con il tempo porta modificazioni nelle dinamiche interne alla famiglia stessa.

Oltre a cambiare i rapporti tra le persone coinvolte, crea problemi finanziari che influenzano l'intero benessere delle stesse e altresì la disponibilità economica dell'intera famiglia, anche allargata. La sofferenza e la perdita della qualità della vita comunque possono perdurare anche nel momento in cui l'eventuale attività di gioco cessa a causa dei doverosi debiti recati.

1.6. La diffusione del fenomeno

La dimensione di questo fenomeno in Italia è difficilmente stimabile, in quanto ad oggi non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno (Serpelloni, 2013).

Lo scenario del Gioco d'Azzardo si è trasformato da ambiente esclusivo e riservato ad un comportamento "di massa" normalizzando il gioco e rendendolo presente ovunque (Bellio, et. al., 2014).

Secondo il Ministero della Salute in Italia il 54% della popolazione sarebbero giocatori d'azzardo. La stima dei giocatori problematici varierebbe dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varierebbe dallo 0,5% al 2,2% (Serpelloni, 2013).

L'Istituto Superiore della Sanità al Convegno Nazionale "Il gioco d'azzardo in Italia" presentato a Roma nel 2018, ha condotto un'indagine riguardante il GAP. Il campione era composto da circa 12.000 maggiorenti residenti in 218 comuni su tutto il territorio nazionale scelti con una metodologia casuale dalle liste anagrafiche fornite dai rispettivi comuni.

Questo studio ha evidenziato come durante i 12 mesi precedenti all'intervista il Gioco d'Azzardo ha interessato un uomo su due, rispetto al genere femminile che ha colpito una donna su tre. I giocatori patologici sarebbero più di un milione e mezzo, mentre quelli a rischio corrisponderebbero ad un ulteriore milione e mezzo. Inoltre, l'indagine ha evidenziato come la fascia d'età maggiormente coinvolta è dai 40 ai 64 anni⁵.

Nell'ultimo decennio c'è stata un'enorme espansione e diffusione di sale gioco e Video-Slot e lo sviluppo di nuovi consumi legati all'acquisto di un bene che fornisce la possibilità di vincere, come Gratta&Vinci.

Le chiusure delle diverse attività causate dalla pandemia dovuta al Covid-19 sembra aver arrestato l'incremento delle offerte di gioco legale, nel 2019 il volume di denaro giocato dagli italiani si è attestato sul valore di 110,5 miliardi di euro mentre nell'anno 2020 è calato del 20% toccando la cifra di 88,38 miliardi di euro. Le chiusure del gioco fisico però hanno alimentato il gioco a distanza, ovvero l'online attraverso l'uso di internet, consentendo un accesso in qualsiasi luogo in cui ci si trova (Calado, 2017).

⁵Questi dati verranno approfonditi ulteriormente all'interno del quarto capitolo dove avverrà altresì un confronto con altre ricerche e indagini nazionali ed internazionali.

Il Capitolo

Il Servizio per la ludopatia

2.1. Il servizio per la ludopatia

Il processo evolutivo del gioco d'azzardo ha fatto in modo che anche la patologia cambiasse, e ha portato con sé la necessità, da parte dei servizi e degli operatori, di non dover solo lavorare con le dipendenze da sostanze ma anche con quelle riguardanti i comportamenti eccessivi e le dipendenze comportamentali. Questa trasformazione conseguentemente ha, altresì, modificato la denominazione del Servizio Specialistico, passando da Ser.T, (Servizio per le tossicodipendenze) a Ser.D. (Servizio per le Dipendenze), ampliando così l'area di interventi.

I Ser.D. sono servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale Italiano (SSN) dedicati alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione delle persone che presentano problemi legati all'abuso, alla dipendenza da sostanze e alla dipendenza comportamentale come il Gioco d'Azzardo patologico.

I Servizi dipendono dalle regioni, e sono attivi all'interno delle ASL (Azienda Sanitaria Locale), sono stati istituiti con la L. 162/90. Lo stato Italiano vanta oltre 550 Ser.D.

La regione Veneto è divisa in 9 Aziende ULSS, queste sono a loro volta divise in Distretti Sanitari. Il Distretto è l'articolazione dell'Azienda ULSS con il compito di integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti nel territorio di riferimento, questo consente di programmare ed avere risposte coordinate, mirate e continue ai bisogni del territorio.

Nello specifico, il Distretto di Pieve di Soligo, è situato ad Est della Regione, nel territorio dell'ULSS 2 Marca-Trevigiana, comprendente 95 comuni. Prima della legge regionale n. 19/2016, riguardante l'unificazione delle ULSS, questo apparteneva all' ex ULSS 7, Pieve di Soligo.

L'incorporazione delle diverse ULSS ha fatto in modo che l'estensione del territorio corrispondesse a quella della Provincia di Treviso.

2.2. I professionisti all'interno del Ser.D

Il Servizio per le dipendenze deve essere in grado di affrontare le molteplici e varie problematiche che gli utenti, affetti da dipendenze, manifestano. Proprio per questo motivo l'approccio terapeutico adottato è quello multimodale integrato. Ciò avviene attraverso:

- L'integrazione tra i diversi professionisti all'interno del Ser.D;
 - L'integrazione tra i differenti Servizi del territorio che si occupano di questi pazienti, come ad esempio il Centro Salute Mentale, il Servizio Sociale di base ecc.;
 - L'integrazione tra il Servizio Pubblico e il Privato Sociale come per esempio i gruppi di Giocatori Anonimi e le Comunità terapeutiche.
- All'interno del Ser.D, infatti, vi lavorano dell'équipe multidisciplinari, costituite da diversi operatori che se pur svolgendo compiti differenti collaborano in sinergia.

Le principali figure professionali presenti che svolgono attività sociali sono gli Assistenti Sociali, gli Psicologi e gli Educatori. Mentre coloro che svolgono prestazioni sanitarie nel servizio sono i Medici e gli Infermieri. Il servizio quindi, offre sia prestazioni diagnostiche, di orientamento e supporto psicologico al paziente in carico e alla sua famiglia, sia prestazioni terapeutiche relative allo stato di dipendenza e all'eventuale presenza di malattie infettive o patologie psichiatriche correlate.

La presa in carico dell'utenza, da parte dell'équipe, generalmente, si raggiunge attraverso delle fasi strettamente correlate tra loro.

La Guida ai Servizi, creata dal Dipartimento per le Dipendenza dei distretti di Asolo, Pieve di Soligo e Treviso nell'anno 2021 ha cercato di esporle, riportando le seguenti fasi:

- I) Accoglienza, questa fase è svolta da una figura professionale che varia in base alla problematica prevalentemente emergente (alcool, Gioco d'Azzardo, sostanze stupefacenti). Durante l'incontro vengono acquisiti tutti i dati utili per presentare successivamente all'équipe l'utente.
- II) Valutazione, questa fase consiste in una vera e propria valutazione riguardante le diverse aree: medico sanitaria, psicologica e sociale. Possono coinvolgere più figure professionali contemporaneamente o in tempi diversi.
- III) Condivisione, in base a ciò che emerge dalle informazioni raccolte, viene elaborato, proposto e condiviso con il paziente ed eventualmente con i suoi famigliari, un programma terapeutico.
- IV) Trattamento, durante il percorso di cura condiviso precedentemente, l'utente viene accompagnato e seguito attraverso accessi ambulatoriali infermieristici, visite mediche e colloqui psico-socio-educativi e trattamenti di gruppo. L'obiettivo è quello di raggiungere i fini concordati con l'utente.
- V) Follow up, infine in seguito ad una valutazione multidisciplinare sul raggiungimento degli obbiettivi stabiliti della persona si concorda la fase di eventuale dimissione che prevede delle visite programmate di *follow up* e l'invio alle associazioni del territorio.

2.3. Il ruolo dell'Assistente Sociale all'interno del Servizio

Come riportato precedentemente, all'interno del Ser.D. vi operano diverse figure professionali, una in particolare è l'Assistente Sociale.

Il Servizio si occupa di varie tipologie di dipendenze, proprio per questo motivo il professionista possiede un ruolo, dei compiti e delle responsabilità precise per ogni singola dipendenza, pur mantenendo ferma la sua preparazione professionale, la sua deontologia e la sua etica.

In particolare, all'interno del Ser.D del Distretto di Pieve di Soligo, l'Assistente Sociale si occupa delle diverse dipendenze in maniera diversa, nello specifico:

➤ Alcooldipendenza:

L'assistente Sociale viene coinvolto immediatamente durante la fase di accoglienza e, previa autorizzazione da parte dell'utente, svolge il primo colloquio conoscitivo con i familiari dello stesso finalizzato ad acquisire e comprendere le informazioni in merito al nucleo e valutarne le risorse presenti e possibili. La presa in carico non riguarda solo l'utente ma tutto il nucleo familiare, l'obiettivo è quello di orientare e supportare tutti i soggetti coinvolti ed interessati dal problema.

➤ Tossicodipendenza adulti e giovani/adolescenti⁶:

Nella tossicodipendenza il professionista non viene necessariamente coinvolto in prima battuta nell'accoglienza delle persone, ma, generalmente è chiamato in causa nelle seguenti situazioni:

1. Pazienti con particolari situazioni giudiziarie (procedimenti penali in corso, gestione di misure alternative, contatti con il Ministero di Grazia e Giustizia, con il legale difensore);
2. Pazienti in stato di carcerazione;
3. Pazienti che presentano una situazione problematica riguardante la tutela di figli minori;

⁶ Il Ser.D del distretto di Pieve di Soligo considera i giovani/adolescenti fino a 25 anni d'età, successivamente l'utente rientra nell'area adulti.

4. Pazienti in stato di gravidanza;
5. Altre particolari situazioni che necessitino di una valutazione e di una presa in carico anche da parte dell'Assistente Sociale per bisogni prevalentemente di tipo socio-assistenziali come per esempio problematiche di marginalità sociale, richieste di pensione, sussidi, casa popolare, gestione dei rapporti con gli Enti Locali e i vari Servizi di riferimento del paziente, per quanto di competenza.

➤ **Gioco d'azzardo:**

L'Assistente Sociale nel gioco d'azzardo svolge il primo colloquio conoscitivo, in cui avviene una prima conoscenza della situazione del soggetto. Inoltre, richiede il consenso del coinvolgimento dei famigliari all'interno dell'eventuale percorso.

L'inserimento di terzi importanti per il paziente nel programma terapeutico è rilevante poiché facilita il raggiungimento degli obiettivi e aiuta nella gestione e nel controllo del denaro. Inoltre i famigliari, se coinvolti, svolgono dei colloqui con l'Assistente Sociale, che ha il compito di informare come lavora il Servizio e di approfondire le problematiche all'interno del nucleo familiare. Il professionista attraverso il colloquio mira a:

1. Approfondire la presenza delle risorse famigliari;
2. Accompagnare i soggetti verso la consapevolezza della problematica patologica dei meccanismi di dipendenza da gioco d'azzardo;
3. Accompagnare e sostenere l'intervento di un monitoraggio economico, fornendo degli strumenti pratici e utili per la gestione condivisa delle risorse economiche;
4. Coinvolgere, se necessario, eventuali Servizi Sociali Comunali o altri Servizi Specialistici, questi potrebbero essersi già attivati per l'utente e il proprio nucleo;
5. Accompagnare l'utente verso l'avvio del ricorso alla nomina dell'Amministratore di Sostegno, se necessario a garantirne una sua tutela.

È importante evidenziare come ogni Servizio Specialistico per le Dipendenze possiede una propria organizzazione e suddivisione dei

compiti. Si è ritenuto opportuno evidenziare il ruolo dell'Assistente Sociale nel Distretto di Pieve di Soligo proprio perché nel presente elaborato viene preso in considerazione come territorio di riferimento questo Distretto.

2.4. La legislazione Italiana sul Gioco d'Azzardo

Normalmente le regole del gioco non rappresentano obblighi e diritti del giocatore perché non hanno un carattere giuridico. Solamente nel momento in cui l'esito del gioco è associato ad una scommessa allora è necessario riferirsi a conseguenze giuridiche. La scommessa ha un contenuto economico ed è qui che si introduce la responsabilità giuridica riguardante sia una somma di denaro, sia i beni patrimoniali.

La necessità di una norma nella scommessa è data dal fatto che a differenza del gioco, considerato un'attività tra pari, la scommessa si basa su una gara o competizione basata sulla aleatorietà.

Il legislatore ha avuto il compito di tutelare la spontaneità di gioco e di disciplinare gli effetti negativi che il soggetto può incontrare dall'aleatorietà della competizione.

In Europa non è presente una normativa comunitaria specifica sul Gioco d'Azzardo. La più recente raccomandazione emanata dalla Commissione Europea ha stabilito i principi che gli Stati Membri sono invitati ad osservare per tutelare i giocatori, ponendo particolare attenzione sui minori e i soggetti più deboli. Questa raccomandazione ha inoltre evidenziato l'importanza dell'informazione alla popolazione di giocatori.

In Italia l'ordinamento legislativo mostra diversi ambiti di applicazione, sia da parte del Codice Civile, sia nel Codice Penale e altresì nel Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza (T.U.L.P.S.). Negli ultimi anni numerosi decreti specifici, leggi speciali e norme regionali hanno trattato la tematica del Gioco d'Azzardo e delle scommesse.

Il già citato Art. 721 del Codice Penale definisce il Gioco d'Azzardo, e gli art. 718 e 719 sanzionano l'esercizio e la partecipazione al Gioco d'Azzardo (Codice Penale).

Lo Stato ha adeguato la propria legislazione alle raccomandazioni dell'Unione Europea, anche se le prime leggi dimostrano lacune a causa di continue eccezioni alla regola.

Nel 1988 ebbe inizio l'accentramento delle competenze sulla Azienda Autonoma Monopoli di Stato (AAMS) con l'acquisizione delle lotterie nazionali e successivamente nel 1994 con l'ottenimento del gioco del Lotto e delle lotterie "istantanee". In seguito nel 2000 l'AAMS ha assunto altresì la gestione del Bingo.

La Legge n 266 del 2005, con lo scopo di contrastare i fenomeni di illegalità dei giochi *online* con vincite in denaro, attribuisce all' AAMS il controllo e introduce il divieto dei *siti web* privi di autorizzazioni previste dalla disciplina vigente.

Per contrastare la diffusione del gioco irregolare e illegale, con la Legge n. 220 del 2010, viene riguardato lo schema di convenzione per le concessioni per l'esercizio, e la raccolta dei giochi pubblici per tutelare la sicurezza, l'ordine pubblico e i consumatori, in particolare modo i minorenni (Gazzetta Ufficiale n.297, 2010). Inoltre, per proteggere quest'ultimi, il Decreto Legge 98/2011 ha ribadito il divieto ai minori di anni 18 di partecipare ai giochi pubblici con vincite in denaro, aumentando le sanzioni pecuniarie in caso di violazione.

Uno degli interventi più importanti in materia è stato effettuato attraverso il DL. n. 158/2012 denominato "Decreto Balduzzi", questo evidenzia una forte presa in carico dei problemi sanitari e sociali associati al Gioco d'azzardo (Gazzetta Ufficiale n. 214, 2012). In seguito è stato emanato il Piano d'Azione Nazionale (PAN) 2013-2015 contro il Gioco d'Azzardo. Questo ha prodotto uno strumento strategico e di supporto alla programmazione generale, con l'obiettivo di coordinamento e integrazione degli interventi sanitari in contrasto al gioco su tutto il territorio nazionale. Infine, questo decreto ribadisce, ancora una volta, il divieto d'ingresso ai minori di anni 18

nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro. Per quanto concerne questo aspetto sono previsti controlli che assicurano il rispetto della normativa.

2.4.1 La normativa della Regione Veneto

A livello regionale fino al 2011 la tematica del Gioco d’Azzardo era ritenuta di competenza dello Stato poiché considerata materia di ordine pubblico e sicurezza. Nella sentenza 300/2011 della Corte Costituzionale è stato riconosciuto alle Regioni il potere di legiferare in materia di Gioco d’Azzardo, questo ha fatto in modo che numerose regioni abbiano approvato molteplici provvedimenti ed emanato normative per prevenire la diffusione del fenomeno di dipendenza da gioco.

La Regione Veneto nel 2017 ha emesso il primo “Piano di Prevenzione di contrasto al Gioco Patologico e di cura dei malati di Gioco d’Azzardo”, questo ha permesso di finanziare i Ser.D e di sperimentare modelli innovativi di cura e di prevenzione, nello specifico di rafforzare le reti locali e le esperienze di mutuo aiuto. Il piano voleva fornire una risposta istituzionale, organica e omogenea all’interno del territorio regionale (Martin, 2018).

Successivamente, la Regione Veneto con legge regionale n.38 del 2019 ha promosso interventi e strumenti informativi di valutazione e di pianificazione per combattere la dipendenza da gioco d’azzardo patologico e altri problemi correlati. La citata legge ha introdotto la necessità di un’autorizzazione per l’esercizio delle sale da gioco e l’installazione di apparecchi da gioco di cui all’art 110 comma 6, del R.D.⁷ 773/1953 (Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza). Inoltre, ha normato ed evidenziato le fasce orarie di interruzione al gioco (alla mattina dalle ore 7.00 alle ore 9.00, in pausa pranzo dalle ore 13.00 alle ore 15.00 e alla sera dalle 18.00 alle 20.00), e secondo il principio

⁷ R.D, acronimo di Regio Decreto, un atto normativo avente forza di legge nell' ordinamento giuridico italiano, attualmente in vigore, ma non più emanabile.

di sussidiarietà (art. 118 Cost.) ha previsto che i comuni possono individuare la distanza dai luoghi sensibili entro i quali è vietato autorizzare nuove sale gioco come nei pressi di: istituti scolastici, ospedali, residenze per anziani, istituti di credito e sportelli bancomat (BUR. n.103/2019).

Per fare ciò i comuni, a livello territoriale, possono mettere in atto due forme di interventi: le ordinanze sindacali, cioè provvedimenti motivati ed urgenti emanati dal Sindaco al fine di prevenire ed eliminare gravi pericoli che minacciano l'incolumità dei cittadini, e i regolamenti comunali.

Inoltre, la Regione Veneto promuove lo sviluppo di specifici strumenti informativi per i giocatori e le loro famiglie che si trovano in situazioni di difficoltà come il numero verde regionale, un sito web e un'applicazione per *smartphone* e *tablet*.

2.5. I possibili interventi legali per supportare il giocatore

La legislazione descritta finora rappresenta una situazione ideale e evidenzia le norme nelle quali i giocatori e gli operatori dovrebbero agire.

Ad ogni modo, si è consapevoli che se il gioco non è praticato responsabilmente può provocare effetti negativi sull'individuo stesso e sui propri cari, che come riportato precedentemente vengono coinvolti e influenzati dalla patologia e dalle sue conseguenze altresì legali e finanziarie.

Proprio per questo motivo vi è uno strumento normativo a beneficio del giocatore e dei propri famigliari, l'assistenza legale.

L'assistenza legale prevede due diverse tipologie di interventi:

Il primo fa riferimento agli interventi di natura preventiva. Questi riguardano le strategie volte a impedire che un giocatore possa indebitarsi o peggiorare ulteriormente la situazione debitoria. Appartengono agli interventi preventivi:

- L'amministrazione di sostegno, introdotto nella legislazione Italiana con la L.6/2004, mediante la quale il legale affianca il soggetto che si trova in difficoltà a riparare il danno economico creato e a gestire i debiti contratti a causa del gioco d'azzardo. Questa forma risulta essere la meno invasiva.
- La separazione dei beni, previsto dall'Art. 215 Codice Civile, prevede che i coniugi possano convenire che ciascuno di essi conservi la titolarità esclusiva dei beni acquistati durante il matrimonio, questo impedisce, quindi, che i creditori di un coniuge possano aggredire i beni dell'altro.
- La gestione controllata del denaro attraverso la supervisione del conto corrente del giocatore.

L'altra forma prevista sono gli interventi di natura riparatoria o cautelare. Questi fanno riferimento alle strategie attraverso le quali il legale aiuta il giocatore e la famiglia a costruire un progetto per ristabilire l'ordine finanziario.

Questo procedimento può avvenire attraverso delle fasi utili a:

- Valutare l'ammontare complessivo del debito;
- Stabilire una scala di priorità dei pagamenti;
- Esaminare la situazione patrimoniale e reddituale del giocatore.

È chiaro come la dipendenza da Gioco d'Azzardo provoca negli individui che ne sono affetti alterazioni psico-fisiche, il giocatore perde il controllo e non riesce a resistere all'impulso di giocare, questo provoca una ricerca continua di denaro da utilizzare nel gioco. Proprio per questo motivo devono essere messe in atto modalità di tutela del giocatore, gli interventi sopra citati sono strategie che si possono mettere in atto per favorire la protezione del soggetto e della propria famiglia.

PARTE SECONDA

**Indagine di ricerca del Gioco d’Azzardo Patologico sul territorio del
Distretto di Pieve di Soligo**

III Capitolo

Il disegno di ricerca e l'analisi dei risultati del questionario

3.1. La domanda di ricerca

Gli Assistenti Sociali comunali, svolgono un importante ruolo all'interno del territorio, essi sono, infatti, i professionisti più vicini al cittadino, coloro che si prendono carico dei bisogni e delle difficoltà riportate dagli utenti svolgendo l'analisi preliminare per poter eventualmente indirizzare la persona al Servizio più idoneo e competente per la propria situazione di disagio. Ai Servizi Sociali territoriali può accedere qualunque tipo di utenza e di problematica, il Servizio Sociale è un punto di riferimento per tutta la popolazione (Lenarduzzi, 2006).

I professionisti del Sociale sono competenti ed esperti della globalità e hanno, per natura specifica, le capacità di collegare e connettere i diversi aspetti di un problema (Campanini, et al., 1998). Proprio per questo motivo, i professionisti all'interno degli Enti Pubblici di base devono essere pronti e adeguatamente formati per affrontare fenomeni emergenti come la ludopatia, situazione sempre più presente e diffusa nel nostro paese.

Essendo gli Assistenti Sociali, che lavorano presso i Servizi Sociali di base, ad essere coinvolti nell'analisi preliminare delle molteplici situazioni, l'indagine vuole mettere in luce i diversi legami che intercorrono tra la ludopatia e questi professionisti.

La ricerca condotta nel 2022 ha coinvolto gli Assistenti Sociali che lavorano all'interno del Distretto di Pieve di Soligo, ULSS2 Marca Trevigiana, della Regione Veneto. L'indagine vuole comprendere quanto e in quale modalità gli Assistenti Sociali vengono abitualmente coinvolti in situazioni di disagio e di difficoltà causati dal Gioco d'Azzardo Patologico e altresì rilevare se i professionisti del Sociale sono in grado di riconoscere ed intervenire in tali situazioni. Infine, la ricerca intende comprendere se gli Assistenti Sociali percepiscono la necessità e il bisogno di una formazione specifica e rilevare

la loro disponibilità ad aderire a una specifica formazione riguardante il Disturbo da Gioco d'Azzardo e le sue peculiari caratteristiche, in modo da fornire ai professionisti strumenti per capire al meglio come poter affrontare un'eventuale situazione di questa natura.

3.2. Gli obiettivi

L'obiettivo generale della ricerca denominata "Indagine sul tema della ludopatia nel territorio del Distretto di Pieve di Soligo" è quello di rilevare la percezione, le conoscenze e la formazione sul GAP negli Assistenti Sociali comunali che svolgono la propria professione all'interno dei Servizi Sociali. La ricerca ha, previsto degli obiettivi specifici come:

- Acquisire un quadro conoscitivo della diffusione del fenomeno nel territorio del Distretto di Pieve di Soligo delle caratteristiche dei giocatori;
- Comprendere in che modalità e con quale frequenza gli Assistenti Sociali Comunali sono coinvolti nell'affrontare il problema della dipendenza da gioco;
- Comprendere se la percezione da parte degli Assistenti Sociali che lavorano all'interno dei servizi di base, corrisponda alla reale situazione territoriale dove operano;
- Comprendere se gli Assistenti Sociali Comunali si ritengono competenti ad affrontare situazioni di ludopatia;
- Comprendere se i professionisti coinvolti sono disponibili ad approfondire le proprie conoscenze professionali riguardanti il GAP.

L'indagine, quindi, vuole mettere in evidenza e conoscere le diverse connessioni che intercorrono tra Assistenti Sociali dei comuni e ludopatia.

3.3. Le caratteristiche del campione

L'indagine ha coinvolto gli Assistenti Sociali che svolgono la propria professione all'interno dei Servizi Sociali appartenenti ai 28 comuni del Distretto di Pieve di Soligo dell'ULSS 2 Marca Trevigiana.

Il campione a cui è stato somministrato lo strumento d'indagine è composto da 42 Assistenti Sociali, alla ricerca ha aderito il 71% dei professionisti.

Gli operatori che sono stati coinvolti nell'indagine sono coloro che:

- Lavorano presso il Servizio Sociale di base, ovvero gli Enti Comunali;
- Svolgono la propria professione all'interno il Distretto di Pieve di Soligo;
- Si occupano di casistica nei diversi ambiti sociali⁸.

3.4. La raccolta dei dati

Per realizzare la ricerca è stato inviato mediante e-mail, all'indirizzo Personale di Servizio dei professionisti, un *link* per accedere al questionario *online*, congiuntamente ad una breve presentazione e descrizione dell'indagine che si voleva condurre (Allegato A). Gli operatori hanno avuto un periodo di tempo di dieci giorni per inviare il modulo completato.

Lo strumento di rilevazione progettato, consiste in un questionario autosomministrato, strutturato e compilato online, le cui modalità di erogazione e raccolta dati garantiscono l'anonimato dei partecipanti. Le risposte fornite non possono essere riconducibili al rispondente. Il tempo mediamente impiegato per la sua compilazione è stato di circa 12 minuti.

⁸ Con il termine "casistica" si fa riferimento a qualunque situazione che si può presentare al Servizio Sociale riguardante qualsiasi categoria sociale, come anziani, minori, famiglie, immigrati. Non tutti gli Assistenti Sociali all'interno dei Comuni si occupano di casistica, alcuni possiedono compiti e ruoli riguardanti gli Ambiti Territoriali Sociali o prettamente burocratici (BUR. n. 134 del 01 settembre 2020)

Il questionario somministrato era composto da 39 domande a risposta chiusa o semi-chiusa, suddivise in 4 sezioni rispettivamente riguardanti: le generalità personali, l'esperienza personale, la percezione del fenomeno e le conoscenze professionali (Allegato B).

La parte iniziale composta da 9 quesiti indagava i principali aspetti anagrafici dei rispondenti includendo genere, età e gli aspetti riguardanti l'occupazione dell'Assistente Sociale (in quale distretto opera, da quanto tempo esercita la professione, da quanto tempo lavora nell'attuale servizio). La seconda parte, composta da 10 quesiti, era volta ad indagare e ad approfondire l'esperienza personale dei professionisti e il fenomeno della ludopatia, attraverso l'utilizzo di domande retrospettive, prendendo in considerazione tutta la carriera del professionista. Indagando sulle caratteristiche dell'utenza che si era presentata al proprio servizio con un eventuale problema di Gioco d'Azzardo Patologico.

La terza parte composta da 12 quesiti, riguardava la percezione del fenomeno, quindi quali sono le impressioni e le sensazioni riguardanti l'andamento, e la diffusione sia a livello geografico sia rispetto alle caratteristiche dei giocatori da parte dei professionisti.

Infine, la parte finale ha approfondito la formazione personale e professionale degli operatori e le loro conoscenze riguardanti la ludopatia, comprendendo altresì, se secondo i professionisti sono presenti lacune sul GAP e se fossero disponibili ad una eventuale formazione professionale sulla dipendenza da gioco.

L'utilizzo del questionario ha permesso di indagare diverse tematiche importanti per l'indagine svolta.

L'utilizzo di Google moduli per la composizione e somministrazione del questionario ha consentito di acquisire automaticamente le informazioni e di creare una matrice di dati. Questo programma ha permesso di verificare automaticamente la completezza delle risposte fornite dai partecipanti.

3.5. Risultati del questionario

In seguito vengono riportati i risultati descrittivi ottenuti dai dati raccolti nelle varie sezioni del questionario somministrato.

Gli stessi risultati verranno discussi e confrontati con i dati provenienti dal Ser.D del Distretto di Pieve di Soligo e con ulteriori ricerche nel capitolo quarto.

3.5.1 Generalità personali

La prima parte (sezione A) ha voluto indagare le generalità personali degli operatori ed è emerso che sul totale dei questionari analizzati gli Assistenti Sociali del territorio preso in considerazione sono prevalentemente di genere femminile, solo due sono di genere maschile.

I professionisti coinvolti sono, inoltre, iscritti all'albo professionale degli Assistenti Sociali in misura abbastanza equivalente, le persone iscritte all'albo B, infatti corrispondono a poco più del 50%.

Inoltre, le fasce d'età maggiormente presenti risultano essere tra i 35 e i 54 anni, interessando il 66% degli operatori. Le due categorie, 35-44 e 45-54 anni, riguardano entrambe, rispettivamente il 33% dei rispondenti. Il 20% inoltre ha dichiarato di avere un'età superiore ai 55 anni. Questo dato fa emergere come l'86% dei soggetti indagati abbia una età superiore ai 35 anni. Solo il 13% ha un'età compresa tra i 25-34 anni.

I risultati hanno evidenziato, altresì che il 77% dei rispondenti svolge la propria professione da più di 10 anni, e solo 6 soggetti, ovvero i 17%, lavorano da più di un anno ma meno di 5 anni. In aggiunta è emerso che il 60% lavora presso lo stesso servizio da più di 10 anni. Quindi è evidente come la maggior parte dei professionisti nell'arco della propria carriera lavorativa, opera nello stesso servizio e che non vi siano molteplici cambiamenti nel luogo di lavoro da parte dei professionisti.

All'interno dei Servizi Sociali comunali, generalmente, ove sono presenti più di un Assistente Sociale, si lavora in base a diverse aree di intervento, queste possono essere per esempio, l'area disabilità, l'area anziani, l'area adulti. Nel questionario (domanda A9) è emerso che le aree di cui si occupano maggiormente gli Assistenti sociali, in misura di tempo impiegato, risultano essere l'area anziani⁹, il 35% e l'area infanzia, adolescenza e famiglia, il 27%.

3.5.2 Esperienza personale

La seconda parte del questionario (Sezione B), riguardante le esperienze personali, aveva l'obiettivo di indagare in che modalità e in che misura gli operatori del sociale sono coinvolti e si interfacciano con situazioni di disagio dovute alla ludopatia.

Inizialmente è stato chiesto loro, nell'arco della propria carriera, se si sono trovati a lavorare con una persona affetta da dipendenza, in maniera generica (domanda B1), comprendendo tutte le diverse tipologie della patologia. È emerso che al 67% degli operatori "a volte" succede di lavorare con utenti che presentano una dipendenza, inoltre, il 23% degli operatori accade "spesso". Solo ad un operatore, non è "mai" capitato di affrontare una situazione dipendenza, questo è comprensibile dal fatto che il professionista esercita la propria professione solamente "da 1 anno o meno" (domanda A4).

Successivamente, è stato domandato se nell'arco della propria carriera hanno lavorato, nello specifico, con utenti affetti da ludopatia (domanda B3). È emerso che il numero si dimezza, infatti solo il 33% "a volte" intraprende un percorso di presa in carico dell'utente ludopatico, e il 57% "raramente" si interfaccia con tali situazioni. Inoltre viene evidenziato come tre operatori, il 10%, non hanno "mai" affrontato situazioni di questa natura [tabella n.1].

⁹ All'interno dell'area anziani rientrano tutte le prestazioni, attività che coinvolgono i soggetti over 65, a prescindere dal servizio di cui la persona fruisce.

	% Utente dipendente	% Utente GAP
Mai	3	10
Raramente	7	57
A volte	67	33
Spesso	23	0
Totale	100	100

Tabella n.1 Frequenza con cui gli AS, nel corso della carriera professionale, hanno avuto occasione di lavorare con utenti affetti da dipendenza e da dipendenza da Gioco d'Azzardo.

In seguito, si sono volute approfondire le caratteristiche dei principali utenti, affetti da ludopatia, che si sono presentati al Servizio.

Per analizzare queste domande, che riguardano i 5 quesiti successivi, nello specifico dal B4 al B9, non è stato preso in considerazione il gruppo di rispondenti in modo completo, ma solo il 90% di esso, escludendo quindi coloro che non hanno “mai” avuto esperienze con utenti ludopatici, questi corrispondono precisamente ai 3 operatori citati sopra.

Analizzando i risultati si è evidenziato che le persone ludopatiche in carico al servizio presentavano un'età superiore ai 40 anni, nemmeno un operatore ha evidenziato una fascia d'età inferiore a questa. È presente un picco nella fascia d'età 50-59 anni, corrispondente il 41% delle risposte degli assistenti Sociali (Domanda B4). Oltre a ciò i dati hanno messo in luce come l'81% dei professionisti dichiara che sono di genere maschile (Domanda B5).

La principale richiesta di aiuto riportata dagli utenti al servizio è stata di natura economica, 67% e solo il 4% ha richiesto un aiuto assistenziale.

Inoltre, attraverso l'analisi delle risposte fornite dai rispondenti è stato necessario inserire una nuova modalità denominata "consulenza familiare", comprendente per esempio la gestione della quotidianità familiare, le problematiche familiari e la richiesta di informazioni specialistiche. Questa tipologia rappresenta il 15% dell'aiuto richiesto al Servizio [tabella n.2].

Principale motivazione	N. risposte	N. risposte in %
Economico	18	67
Sociale	4	15
Assistenziale	1	4
Consulenza professionale	4	15
Totale	27	100

Tabella n.2 Principale motivazione per la quale i soggetti si sono presentati al Servizio Sociale di base.

Si ritiene, importante evidenziare come la patologia della ludopatia dell'utente in carico è stata principalmente portata a conoscenza dell'operatore da terzi, il 44% dei casi. Solo nel 26% delle situazioni la ludopatia è emersa dal paziente stesso (Domanda B8).

Infine, è stato chiesto a tutti i professionisti, non soltanto coloro che hanno avuto esperienze in materia di gioco d'azzardo, se sapessero e/o avrebbero saputo gestire una situazione di questa natura (Domanda B10) ed è emerso come nessun operatore saprebbe gestire "molto" tale fenomeno e più del 83% dei professionisti è "poco" o "per nulla" preparato a gestire tali situazioni [tabella n.3].

Capacità di gestire una situazione di ludopatia	N. risposte	N. risposte in %
Per nulla	3	10
Poco	22	73
Abbastanza	5	17
Molto	0	0
Totale	30	100

Tabella n.3 Assistenti Sociali divisi per capacità di gestione delle situazioni di ludopatia.

3.5.3. Percezione del fenomeno

La terza parte del questionario (Sezione C) ha esplorato la percezione da parte dei professionisti, sul fenomeno della ludopatia, per comprendere la loro visione del problema all'interno del territorio ove operano quotidianamente.

In principio è stato indagato se ritengono che la ludopatia sia correlata a situazioni come ad esempio il livello scolastico e la povertà economica dei soggetti (Domanda C1 e C2).

Per quanto concerne la prima situazione, è emerso che più dell'80% dei rispondenti non ritiene che esista una connessione tra i due aspetti, mentre il 90% degli operatori sostiene che la povertà economica possa essere collegata alla ludopatia, infatti, solo il 10% di essi ritiene che le due parti non siano legate tra loro [tabella n. 4]. Per quanto concerne questo aspetto si è inteso sia se la povertà economica sia causata dal Gioco d'Azzardo sia se essa ne è la causa, quindi è stata presa in considerazione una qualsiasi connessione tra gli elementi.

Connessione tra povertà economica e ludopatia	N. risposte in %
Per nulla	10
Poco	40
Abbastanza	50
Molto	0
Totale	100

Tabella n.4 Connessione tra Ludopatia e povertà economica secondo gli Assistenti Sociali. Valori percentuali.

Un ulteriore aspetto che si è indagato riguarda l'area geografica, in Italia, dove è maggiormente diffusa la ludopatia (Domanda C3). Più del 75% dei rispondenti ritiene che non ci siano differenze a livello nazionale.

In seguito si è chiesto secondo loro in quale fascia d'età si collocano la maggior parte degli utenti ludopatici (Domanda C4) e si è messo in luce come un elevato numero di Assistenti Sociali, pari al 47%, ritiene che le persone presentino un'età tra i 40 e i 49 anni, inoltre il 30% sostiene che appartengano alla fascia d'età successiva, ovvero 50-59 anni, evidenziando come la maggior parte dei professionisti ritengano gli over 40 la popolazione in maggior misura coinvolta nel fenomeno.

Un ulteriore dato ove i professionisti dimostrano un orientamento simile tra loro riguarda il gioco maggiormente utilizzato dai soggetti GAP.

Infatti, il 45% dei rispondenti considera le slot machine/VLT¹⁰ l'attività preferita dei giocatori. Oltre a ciò sono stati indicati i gratta e vinci con una percentuale superiore al 30% [tabella n.5].

¹⁰ VLT è un acronimo per Video Lottery Terminal ed è nato per indicare l'evoluzione del gioco della slot. Sono delle slot machine che a differenza di quelle classiche

Tipologia di gioco	N. risposte in %
Slot Machine/VLT	45
Gratta & Vinci	32
Giochi online	10
Lotto/Super enalotto o simili	7
Bingo	2
Giochi di carte	2
Giochi al Casinò	2
Totale	100

Tabella n.5 Tipologia di gioco maggiormente diffusa secondo gli Assistenti Sociali. Valori percentuali.

Per quanto concerne la comorbilità con altre dipendenze, (Domanda C7) gli Assistenti Sociali hanno riportato un elevato numero di risposte con la dipendenza da alcool e da tabacco, infatti solo due operatori per ciascuna dipendenza riportata hanno ritenuto che non ci sia comorbilità, al contrario più di 20 persone, rispettivamente più del 70% ritengono che ci sia “abbastanza” e “molta” connessione per entrambe le dipendenze.

Un altro aspetto analizzato riguardava, sempre secondo i professionisti, con quale frequenza di gioco una persona possa essere considerata affetta da Disturbo da Gioco d’Azzardo (Domanda C11). La domanda prendeva in

sono collegate ad un server centrale utilizzato per analizzare i dati di ogni singolo gioco.

considerazione solamente la cadenza temporale delle cadute di gioco e non l'importo di denaro speso per lo stesso.

Solo il 20% dei professionisti ritiene che giocare "1-2 volte al mese" sia un tempo sufficiente per considerare un soggetto dipendente, questa percentuale di alza nel momento in cui aumenta la frequenza con cui il soggetto gioca. Il 67% dei professionisti infatti, ritiene che giocare "almeno una volta alla settimana" sia un tempo sufficiente per parlare di dipendenza da gioco, al contrario, il 33% sostiene sia un tempo non adeguato per parlare di dipendenza. Tuttavia il 10% degli Assistenti Sociali supporta che giocare dalle 2 alle 4 volte nell'arco della settimana non sia comunque, sufficiente per considerare una persona patologica [tabella n.6].

Frequenza di gioco	Tempo sufficiente	Tempo non sufficiente	Totale
1-2 volte al mese	20	80	100
Almeno 1 volta alla settimana	67	33	100
Da 2 a 4 volte alla settimana	90	10	100

Tabella n. 6 Frequenza di gioco necessaria per considerare un utente patologico, secondo gli Assistenti Sociali. Valori percentuali.

3.5.4. Conoscenze professionali

L'ultima parte del questionario (Sezione D) ha esplorato le conoscenze professionali e quanto gli operatori si sentano preparati ad affrontare situazioni di ludopatia e ha analizzato la loro disponibilità per una formazione specifica sul tema.

L'analisi dei dati ha evidenziato come più dell'80% dei professionisti ritenga che nella propria formazione professionale siano presenti delle lacune riguardanti la tematica della dipendenza, in generale, non specificatamente da gioco d'azzardo (Domanda D3). Nella tabella n.7 si evidenzia come la percentuale riguardante la preparazione sulla ludopatia non si discosta di molto da questo dato (Domanda D4), infatti quasi l'80% ritiene di sentirsi preparato poco o per nulla in questo ambito, (tabella n.7 somma "per nulla" e "poco"). È importante evidenziare che il 63% degli operatori si sente "per nulla" o "poco" pronto ad affrontare situazioni di dipendenza in generale (Domanda D1) [tabella n. 7].

	Dipendenza	Ludopatia
Per nulla	10	10
Poco	53	67
Abbastanza	37	23
Molto	0	0
Totale	100	100

Tabella n. 7 Preparazione da parte degli Assistenti Sociali suddivisa in capacità di gestione delle situazioni diverse di dipendenza. Valori percentuali.

Inoltre, è stato chiesto loro, se negli ultimi 3 anni hanno frequentato corsi, convegni e incontri, riguardante il Gioco d'Azzardo Patologico. Prendendo in considerazione altresì le attività svolte online a causa della pandemia da Covid-19 (Domanda D5). Questo ha messo in luce come nessun operatore ha svolto incontri, convegni o corsi formati da più di 4 appuntamenti, il 60% ha altresì dichiarato di non aver mai frequentato convegni. Tuttavia successivamente più del 90% ha affermato che sarebbe a favore di una istruzione specifica sull'argomento, (Domanda D6) e in seguito è stato evidenziato come il 77% sarebbe disposto a intraprendere una formazione composta da 2 a 4 incontri, mentre il 20% sarebbe disponibile a partecipare ad un solo incontro (Domanda D8).

IV capitolo

Discussione dei risultati e confronto con le ricerche esistenti

4.1. La popolazione oggetto d'indagine

La parte iniziale come presentato precedentemente ha evidenziato le generalità personali del campione d'indagine.

È emerso che gli Assistenti Sociali del Distretto di Pieve di Soligo sono il 93% di genere femminile e il 7% di genere maschile.

Questi dati sono in linea con quelli regionali dell'anno 2021. I professionisti del sociale nella Regione Veneto sono 3225, solo l'8% di loro risulta essere di genere maschile.

Un ulteriore dato che risulta essere affine riguarda l'iscrizione all'albo. Come riportato precedentemente gli iscritti all'albo B nel campione corrispondono al 53%. I numeri messi a disposizione dal CNOAS del 2021 evidenziano come il 49% degli operatori del Veneto sia iscritto all'albo B, quindi è presente solo una minima differenza.

La fascia d'età maggiormente coinvolta è quella tra i 35 e i 54 anni, interessando il 66% degli operatori. Secondo i dati CNOAS il 64% ha un'età compresa tra i 35 e i 65 anni. Dal questionario è emerso che solo il 13% ha un'età compresa tra i 25-34 anni, i dati forniti dal CNOAS evidenziano che i professionisti con meno di 35 anni sono il 34%.

Quindi, gli assistenti sociali coinvolti nell'indagine rappresentano tutte le fasce d'età che la professione può comprendere. Questo permette di analizzare sia gli operatori che svolgono il proprio mandato professionale da molto tempo, sia coloro che sono alle prime armi.

Infatti, il 77% dei rispondenti svolge la propria professione da più di 10 anni, e solo 6 soggetti, ovvero il 17%, lavorano da più di un anno ma meno di 5 anni. In aggiunta è emerso che il 78% di coloro che svolgono la professione da più di 10 anni opera presso lo stesso servizio da più di 10 anni. Quindi è evidente come la maggior parte dei professionisti nell'arco della propria

carriera lavorativa, opera nello stesso servizio e che non vi siano molteplici cambiamenti nel luogo di lavoro da parte dei professionisti.

Come riportato nel capitolo due, nei Servizi Sociali comunali si lavora per aree di intervento. Il questionario ha fatto emergere come un grande numero di professionisti è impegnato nell'area anziani, il 35%.

Questo può essere spiegato altresì dall'invecchiamento della popolazione italiana. Negli ultimi due decenni la popolazione, Italiana ma anche dell'Unione Europea è diminuita. In Italia, l'indice di vecchiaia è cresciuto fino al 180% nel 2019, la popolazione con un'età fra 0 e 14 anni corrisponde al 13%, mentre le persone con un'età superiore ai 65 anni sono il 23%. L'età media rispetto al 2011 si è alzata di due anni, risultando così 45 anni.

4.2. Le esperienze professionali degli operatori

Attraverso l'analisi dei dati del questionario somministrato è emerso che solo 3 Assistenti Sociali non si sono "Mai" interfacciati con utenza affetta da ludopatia nell'arco della propria carriera.

Questo può essere determinato dal fatto che questi operatori appartengono ad una fascia d'età inferiore ai 34 anni, di conseguenza possiedono meno anni di esperienza lavorativa in questo ambito, infatti, svolgono la propria professione da meno di 5 anni.

Per quanto concerne la percentuale riferita a quanto spesso nella propria carriera i professionisti si sono trovati ad interfacciarsi con un'utenza affetta da dipendenza sia di sostanze, sia comportamentale, non in modo specifico da ludopatia, il numero si alza, precisamente solo 1 professionista ha dichiarato di non aver "mai" affrontato situazioni di questa natura, questo operatore volge la propria professione da meno di 1 anno.

I professionisti hanno messo in luce come la maggior parte dell'utenza, affetta da ludopatia, che si è recata al servizio presentasse un'età superiore ai 40 anni. Questo risulta essere in linea con i dati forniti dal Distretto di

Pieve di Soligo, dove emerge come il 70% degli utenti in carico al Ser.D.¹¹ nel 2021 avesse un'età over 40.

Un ulteriore dato simile tra gli utenti del Ser.D e quelli che si sono presentati al Servizio, riguarda il genere dei soggetti.

Gli Assistenti Sociali hanno evidenziato come nella loro esperienza in questo ambito, ha prevalso il genere maschile, con una percentuale che supera l'80% dei casi, così pure la maggioranza degli utenti in carico al Ser.D risulta essere dello stesso genere, nello specifico il 76% delle prese in carico [tabella n.8].

¹¹ I dati forniti dal Ser.D del Distretto di Pieve di Soligo del 2021, presentati in questo capitolo da ora in avanti, verranno definiti solo con "dati Ser.D."

	Utenti del Ser.D-Distretto di Pieve di Soligo (anno 2021)			Utenti ludopatici che si sono rivolti all'A.S. - Dati dell'indagine		
Età	Maschio	Femmina	Tot %	Maschio	Femmina	Tot %
Under 19	0	0	0%	0	0	0%
20-29 anni	1	2	8%	0	0	0%
30-39 anni	7	2	22%	0	0	0%
40-49 anni	10	0	24%	7	2	33%
50-59 anni	6	4	24%	9	2	41%
Over 60	7	2	22%	6	1	26%
Tot.	31	10	-	22	5	-
Tot. %	76%	24%	100%	81%	19%	100%

Tabella n. 8 Utenza del Ser.D e del Servizio degli A.S. suddivisa per genere e classe d'età.

4.2.1. Le donne e il Gioco d'Azzardo

Il Gioco d'Azzardo è da sempre considerato un passatempo per solo uomini, uno svago ed un "vizio" del genere maschile quindi un'eventuale patologia tipica dell'uomo. Per una madre, moglie, figlia, sarebbe stato inadeguato (Guerreschi, 2008), questo è dovuto ad evidenti e numerose ragioni sociali e culturali che impedivano ed ostacolavano l'accesso delle donne al gioco, ma è la stessa proposta di gioco ad essere orientata verso giochi attivi e di competizione tipici del genere maschile. Nell'immaginario collettivo il giocatore è sempre stato un uomo, amante del rischio, dei soldi e delle donne.

Attualmente, invece, ci si può immaginare una donna semplice, una casalinga, di mezza età, triste e sola (Prever & Locati 2012).

La possibilità di sviluppare una dipendenza sembra essere due volte maggiore per gli uomini rispetto le donne (La Barbera, 2010), il gioco d'Azzardo inizia ad entrare più tardi nella vita delle donne, anche se presenta un'evoluzione più rapida verso la patologia (Grant, 2008).

Le attività lucrative di questo genere sono sempre più diffuse nella quotidianità, ciò ha permesso alle donne di avvicinarsi senza dare nell'occhio e astenersi dalle diverse attività come il lavoro, la spesa, i figli da accudire. È importante evidenziare come la prevalenza del disturbo è influenzata soprattutto dalla disponibilità del gioco, questo ha fatto in modo che la presenza delle donne in questa area problematica sia aumentata. (Lavanco & Varveri, 2006).

Secondo quanto esposto al Convegno Nazionale "Il gioco d'Azzardo in Italia" nell'anno 2018, il GAP ha interessato quasi un uomo su due a fronte di circa una donna su tre. Inoltre, l'8,9% delle donne dichiara di frequentare le sale Bingo, mentre gli uomini solo il 7,7%. In aggiunta a ciò, le donne per giocare frequentano più degli uomini le tabaccherie nello specifico l'87,6%, mentre gli uomini il 78,7% (Pacifici, 2018).

Osservando i dati forniti dal Ser.D è possibile evidenziare come le donne in carico al Servizio giocano più degli uomini ai Gratta&Vinci e Lotto/SuperEnalotto, il 30% rispetto al 16% degli uomini [tabella n. 9].

Gioco preferito dagli utenti del Ser.D- Distretto di Pieve di Soligo (anno 2021)	Maschio	Femmina
Slot Machine/VLT	65	60
Scommesse sportive	13	0
Gratta & Vinci	3	20
Giochi online	3	0
Lotto/Super enalotto o simili	13	10
Bingo	0	0
Giochi di carte	3	0
Giochi al Casinò	0	10
Totale	100	100

Tabella n. 9 Gioco preferito dagli utenti in carico al Ser.D (anno 2021) diviso per genere. Valori percentuali.

Nonostante l'impatto nella società della partecipazione della donna al gioco d'azzardo, questo fenomeno al femminile è ancora sottostimato e poco studiato, esistono ricerche limitate specifiche sull'epidemiologia e sulle differenze di genere (Del Fabbro, 2009) e i risultati sono spesso datati.

A complicare la conoscenza del problema tra le donne è il fatto che esse, in Italia, non si presentano facilmente ai Servizi Specialistici seppur

rappresentino la metà dei giocatori, a causa di alcuni fattori personali come la vergogna, la paura di perdere la custodia dei figli, opposizioni da parte del partner, sottovalutazione del problema nella famiglia e assenza di familiari che la supportino.

La difficoltà delle donne ad accedere ai Servizi fa sì che rimangano una popolazione sotto rappresentata.

Infatti, la poca numerosità del genere femminile ai Servizi di cura fornisce un campione statistico poco significativo e frammentato (Bellio e Fiorin, 2009) per questo è difficile valutare l'impatto del fenomeno e creare eventuali strategie di prevenzione del problema.

I dati dell'indagine svolta negli Assistenti Sociali del Distretto di Pieve di Soligo confermano questa lettura, poiché solo il 19% ha dichiarato di aver incontrato utenti di genere femminile affetta da ludopatia [tabella n.8].

4.3 Le esperienze lavorative degli Assistenti Sociali durante la propria carriera

All'interno del questionario (Sezione B), in continuità con quanto espresso nel paragrafo 4.2 dell'attuale capitolo, i professionisti hanno inoltre evidenziato come un grande numero di utenti affetti da ludopatia viva "con la propria famiglia (moglie/marito e figli)" il 52%. Oltre a ciò, è rilevante riportare come tutto il genere femminile ovvero il 19% dei casi riferiti dagli Assistenti Sociali [tabella n.8], viva con il proprio nucleo familiare. Mentre il 33% vive "da solo" [tabella n.10]. Attraverso un'analisi più approfondita è emerso come i soggetti che vivono in famiglia sono altresì coloro cui la dipendenza da gioco è stata maggiormente portata a conoscenza del Servizio da terzi, quest'ultimi quindi, potrebbero essere i familiari stessi [tabella n.11].

Molte volte, infatti, sono loro a rivolgersi al Servizio per segnalare le problematiche legate al Gioco d'Azzardo patologico delle persone a loro care e per chiedere aiuto, soprattutto nel momento in cui la situazione del

nucleo familiare è diventata insostenibile a causa delle perdite economiche, e alla comparsa di problemi legali.

Persone con cui vivevano gli utenti che si sono presentati al Servizio degli A.S.	Risposte in %
Con la propria famiglia (moglie/marito, figli)	52
Con i propri genitori	15
Da solo	33
Con altri parenti/ amici o conoscenti	0
In comunità/struttura	0
Totale	100

Tabella n. 10 Utenti che si sono recati al Servizio nell'arco della carriera professionale dell'A.S. divisi in base alle persone con cui vivono. Valori percentuali.

Persone che hanno riportato la problematica ai Servizi	Persone con cui vivono gli utenti		
	Con la propria famiglia	Con i propri genitori	Da soli
Riportata da terzi	50	25	45
Riportata dall'utente	21	50	22
Scoperta dall'analisi professionale	29	25	33
Totale	100	100	100

Tabella n. 11 Utenti suddivisi in base alle persone con cui vivono ed i soggetti che hanno riportato la problematica della dipendenza ai Servizi degli A.S. Valori percentuali.

Inoltre, la metà dei soggetti che vivono con i propri genitori, (è importante ricordare che gli utenti presentano un'età superiore ai 40 anni), sono coloro che hanno riportato in prima persona la propria problematica al Servizio. È fondamentale sottolineare come i terzi risultano essere rilevanti per tutti gli utenti affetti da ludopatia, questo mette in luce come i familiari svolgono un ruolo considerevole sia nella presa in carico iniziale, sia nel trattamento stesso. Spesso l'aggancio con il Servizio avviene con la sola presa in carico dei famigliari che cercano un sostegno per svolgere delle scelte come ad esempio, l'attivazione dell'Istituto dell'Amministratore di Sostegno, oppure per capire come agire e mettere in atto comportamenti per arginare i danni causati dal gioco incontrollato. Spesso solo successivamente avviene l'incontro con il paziente interessato dalla problematica.

In generale il ruolo della famiglia nel trattamento di questi disturbi rimane ancora oggi poco studiato, ma sembra essere promettente anche se in base a un numero, ancora limitato, di ricerche (Cowlshaw, 2014).

Oltre a ciò, il 64% degli utenti che vivevano all'interno della propria famiglia si sono rivolti al Servizio Sociale comunale principalmente per richiedere un aiuto economico e il 29% per una consulenza familiare. Solo il 7% di loro per un sostegno sociale [tabella n.12]

Principale motivazione per la quale gli utenti si sono rivolti al servizio	Utenti che vivevano in famiglia
Economico	64
Consulenza familiare	29
Sociale	7
Assistenziale	0
Totale	100

Tabella n. 12 Principale motivazione per la quale gli utenti che vivevano in famiglia si sono rivolti al Servizio degli A.S. Valori percentuali.

4.4 La percezione personale degli Assistenti Sociali nel territorio dove operano quotidianamente

La terza parte del questionario era volta ad indagare la percezione e le opinioni da parte degli Assistenti Sociali riguardanti il Gioco d'azzardo patologico.

Il 77% Assistenti Sociali ha evidenziato che secondo loro non esiste una differenza a livello geografico della diffusione del GAP.

Tuttavia il Convegno Nazionale svolto nel 2018 a Roma, ha messo in luce come il Gioco d’Azzardo è maggiormente diffuso al centro Italia, dove giocano circa il 43% dei residenti. Questo dato però non evidenzia la problematicità del gioco stesso, infatti se si fa riferimento ai giocatori problematici, il centro Italia interessa solo l’1,7% dei giocatori, mentre il mezzogiorno coinvolge il 4,6% dei giocatori, ma la percentuale di gioco dei residenti risulta essere più bassa, circa il 34%. (Pacifici, 2018).

Oltre a ciò, inizialmente è stato chiesto agli operatori se ritengono che la ludopatia sia correlata al livello di istruzione scolastico, secondo l’83% dei rispondenti non c’è una correlazione [tabella n.13]. Questa percentuale però potrebbe non corrispondere ad una opinione reale perché successivamente è stato chiesto qual è, secondo loro, il livello di istruzione delle persone ludopatiche e solo il 67% ritiene che “non ci sono differenze”, mentre secondo il 20% degli operatori i soggetti hanno la licenza media inferiore e il 3% la licenza elementare [tabella n.14].

LUDOPATIA E ISTRUZIONE	Totale risposte in %
Si	17
No	83
Totale	100

Tabella n. 13 Opinione da parte degli A.S. sulla presenza di correlazione tra la ludopatia e il livello di istruzione. Valori percentuali.

Livello di istruzione scolastico	Totale risposte degli A.S.	Utenti del Ser.D- Distretto di Pieve di Soligo (anno 2021)
Elementare	3	2
Media inferiore	20	49
Qualifica professionale	7	8
Diploma superiore	3	39
Laurea	0	2
Ritengo che non ci siano differenze	67	-
Totale	100	100

Tabella n. 14 Livello di istruzione dei soggetti ludopatici secondo gli A.S. Valori percentuali.

Un'ulteriore motivazione che potrebbe mettere in dubbio le risposte evidenziate nella tabella n. 12 è in seguito è stato chiesto quale motivazione, secondo i professionisti del sociale, porterebbe stimolare i soggetti a giocare e il 40% dei rispondenti ha evidenziato un "abbastanza" riguardante il basso livello di istruzione scolastica e solo il 23%, cioè 7 operatori hanno risposto "per nulla".

Attualmente non esistono ricerche scientifiche che evidenziano una vera e propria correlazione tra ludopatia e livello di istruzione scolastica, ciò nonostante i dati forniti dal Ser.D hanno rilevato che il 49% degli utenti ha frequentato la scuola media inferiore, e il 39% la scuola media superiore, solo il 2% ha completato gli studi all'università [tabella n. 14].

Quindi, non è possibile verificare quanto incida il livello scolastico sulla ludopatia, ma secondo gli operatori del territorio preso in considerazione per la ricerca, questo aspetto non influenza le caratteristiche dell'utenza.

Risulta interessante, comunque, che nessuno degli Assistenti Sociali pensa che un soggetto affetto da ludopatia possa raggiungere un livello di istruzione come la laurea.

Inoltre, è stato chiesto se secondo loro esiste una correlazione tra ludopatia e la povertà economica, ed è emerso che il 50% dei rispondenti ritiene che i due elementi siano connessi.

Il 61% di questi professionisti sono altresì coloro cui gli utenti si sono presentati al servizio riportando una richiesta d'aiuto economico. Si ritiene che la principale motivazione che ha portato i soggetti a rivolgersi al Servizio Sociale possa influenzare gli operatori nell'idea che il gioco e la povertà siano legati.

Un'indagine Italiana svolta nell'anno 2017 ha evidenziato come gli adulti che vivono in un ambiente depravato e possiedono un reddito inferiore possono dimostrare problemi relativi al Gioco d'Azzardo. La disuguaglianza di reddito ha un'influenza sulla problematica, infatti maggiore risulta essere la disuguaglianza di reddito, più elevata è la possibilità di diventare un giocatore a rischio o problematico. Lo studio ha dimostrato come la distribuzione della ricchezza all'interno della società può condizionare indirettamente i comportamenti di Gioco d'Azzardo (Canale, et al. 2017).

Inoltre, si ritiene opportuno evidenziare come secondo i giocatori il gioco possa essere considerato una fonte di reddito.

Un'indagine svolta sulla popolazione della regione Emilia Romagna nel 2020, ha evidenziato come il 57% del campione considerato giocatore a rischio ritiene che il Gioco d'Azzardo possa essere una fonte di ricchezza.

Oltre a ciò, gli Assistenti Sociali hanno espresso la loro opinione riguardante quanto le problematiche di origine economica possano essere considerate una motivazione per giocare. È risultato che il 77% degli operatori (somma di "abbastanza e "molto") ritiene che possa essere un movente al gioco. Nessun operatore ritiene che questa variabile non influenzi il soggetto.

Un ulteriore aspetto indagato riguarda la comorbidità con differenti dipendenze come l'abuso di alcool, l'uso/abuso di sostanze stupefacenti, e l'uso di tabacco. Molti operatori hanno messo in luce una forte associazione con l'uso di alcool e tabacco, escludendo maggiormente l'uso/abuso da sostanze stupefacenti.

Il Convegno Nazionale Italiano, precedentemente citato ha evidenziato come circa il 52% dei giocatori problematici fa uso di tabacco. Per quanto riguarda l'alcool, nello stesso convegno, è emerso come circa 11% dei giocatori problematici ha bevuto fino a perdere il controllo nel mese precedente all'indagine (Pacifci, 2018). Questo dato potrebbe essere sostanzialmente basso, ma resta rilevante poiché prende in considerazione un arco di tempo specifico e ristretto ad un solo mese.

L'indagine svolta in Emilia Romagna, già citata precedentemente, conferma ulteriormente questa connessione tra le dipendenze. Infatti tra i giocatori considerati a rischio il 36% nell'ultimo anno ha dichiarato di essersi ubriacato e un terzo di questi ha praticato Binge Drinking¹².

Un'analisi del problema del Gioco d'Azzardo nella popolazione Finlandese ha mostrato come, coloro che consumavano alcool e fumavano avevano una maggiore probabilità di presentare problemi di gioco (Castrén, 2013).

Un'ulteriore ricerca Spagnola ha messo in luce come sia l'alcool che il tabacco hanno una forte interdipendenza con il Gioco d'Azzardo.

Questo studio ha dimostrato come le persone che fumavano o/e bevevano avevano una maggiore probabilità di giocare. Ogni volta che veniva aggiunto un livello di frequenza di consumo sia di tabacco che alcool, aumentava la presenza del Gioco d'Azzardo. Quindi il consumo di tabacco e/o alcool è stato positivamente associato alla probabilità di Giocare d'Azzardo (Diaz, 2021).

I Disturbi associati al Gioco d'Azzardo possono essere, a seconda dei casi, una vera e propria conseguenza oppure semplici fattori predittivi per l'instaurarsi della dipendenza, quindi in alcuni casi i Disturbi come

¹² Traduzione: "abbuffata di alcolici". Consiste nell'assunzione di 5 o più bevande alcoliche in un arco di tempo ristretto, circa 2-3 ore.

tabagismo e alcolismo possono essere considerati in comorbidità. In altri casi questi Disturbi possono essere considerati una vera e propria conseguenza (Tani & Ilari, 2016).

Molto spesso gli utenti del Ser.D presentano una dipendenza multipla, in molti casi è presente una dipendenza principale, ovvero quella per la quale il soggetto viene preso in carico dal Servizio, e in secondo luogo un'ulteriore dipendenza, come per esempio da tabacco o alcool.

Nel questionario è stato chiesto poi qual è, secondo gli operatori, il gioco favorito degli utenti ludopatici ed è emerso che il 45% dei rispondenti sostiene che le persone giocano prevalentemente alle Slot Machine/VLT e circa il 32% ai Gratta&Vinci. Le slot Machine/VLT risultano essere altresì l'attività preferita dagli utenti del Ser.D. interessando il 63% dei pazienti GAP del Servizio, al secondo posto si colloca il Lotto e SuperEnalotto e simili che riguarda il 12% dei pazienti, mentre i Gratta&Vinci interessano solo il 7% [tabella n. 15].

L'indagine svolta sulla popolazione dell'Emilia Romagna ha evidenziato come il Gratta&Vinci risulta essere il gioco maggiormente praticato dalla popolazione indagata, ma questo potrebbe essere conseguente al fatto che, sempre in questa regione Italiana, questo gioco si dimostra, in termini di distanza, il più disponibile per la popolazione. Un'altra spiegazione di questa differenza tra gli utenti Ser.D. e altri studi, potrebbe essere il fatto che al Servizio Specialistico si presentino le situazioni più gravi e rilevanti dal punto di vista sia economico, che psicologico. Proprio per questo motivo l'utilizzo delle Slot machine/VLT potrebbe avere una percentuale così elevata rispetto agli altri giochi.

È fondamentale chiarire come il Ser.D mette in luce solamente la principale attività di gioco che coinvolge i propri utenti, mentre nell'indagine è stato chiesto di indicare fino a 2 risposte.

Si osserva infine che nessun Assistente Sociale ha preso in considerazione le scommesse di vario genere come Gioco d'Azzardo rilevante nella popolazione problematica, quando il Servizio presenta il 10% dei soggetti con una preferenza per questa tipologia di svago.

Tipologia di gioco	Risposte secondo gli A.S.	Principale attività degli utenti del Ser.D.
Slot Machine/VLT	45	63
Gratta & Vinci	32	7
Giochi online	10	3
Lotto/Super enalotto o simili	7	12
Bingo	2	0
Giochi a carte a soldi (Poker, Ramino, ecc...)	2	3
Giochi al Casinò	2	2
Scommesse di vario genere	0	10
Totocalcio	0	0
Altri giochi	0	0
Totale	100	100

Tabella n.15 Tipologia di gioco maggiormente diffusa secondo gli Assistenti Sociali e principale gioco utilizzato dagli utenti del Ser.D. Valori percentuali.

Un articolo del 2005 ha esaminato l'introduzione delle diverse Slot machine per analizzare l'associazione tra gioco elettronico e gioco problematico. È emerso che nonostante le macchine da gioco siano associate ad un alto livello di gioco problematico non esistono, nella lettura empirica, evidenze che dimostrino come le Slot Machine influenzino, sviluppino e mantengano un comportamento problematico da gioco (Dowling, et al. 2004).

Un altro aspetto analizzato riguarda quale comportamento potrebbe far capire agli assistenti sociali di trovarsi di fronte ad un'utenza ludopatica. Non si sono rilevate importanti differenze nelle risposte fornite, infatti la percentuale più elevata riguarda l'impulsività e gli sbalzi d'umore, rispettivamente il 23% e il 20%, solo per il 10% l'aggressività della persona riveste un segnale d'allarme.

Uno studio Spagnolo, svolto nel 2018, ha messo in luce come l'impulsività è correlata al mantenimento, alla gravità del disturbo da gioco e all'esito del trattamento. In questo studio sono stati presi in analisi pazienti che hanno frequentato "L'Unità di Gioco Patologico" dal 2013 al 2016 ed è emerso come i pazienti con un'elevata impulsività hanno evidenziato una patologia più grave rispetto a quelli con livelli di impulsività inferiori (Aragaya et al. 2018).

Un'analisi di regressione lineare svolta per valutare le variabili associate al gioco ha evidenziato come la gravità del Gioco d'Azzardo è associata a un'elevata difficoltà nel controllare gli impulsi e alla non accettazione delle emozioni negative (Aloi, et al. 2022).

È evidente come la regolazione emotiva svolge un ruolo importante nell'individuo patologico. Altresì, autori come Blaszczynski e Nower (2002) hanno individuato nel loro "*pathway model*" tre possibili percorsi in grado di portare allo sviluppo del Gioco d'Azzardo Patologico:

- I giocatori problematici con comportamento condizionato, che fluttuano tra gioco regolare ed eccessivo a causa di carenti processi decisionali e mancanza di controllo del comportamento. Qualsiasi caratteristica come la preoccupazione per il gioco d'azzardo, la depressione e l'ansia, è considerata come una conseguenza e non come causa dell'eccessivo gioco d'azzardo. Questa tipologia di giocatori presenta un minor livello di gravità della patologia.
- I giocatori con vulnerabilità emotiva, questi soggetti iniziano a giocare in età adulta e possiedono una storia caratterizzata da traumi emotivi, e disturbi quali disturbi d'ansia, disturbi depressivi o psicosi, abuso di alcol o di altre sostanze. Questa tipologia manifesta comportamenti

aggressivi-passivi e utilizzano il gioco come fuga dalla disregolazione emotiva. In questi casi, il gioco è in gran parte motivato dal desiderio di regolare gli stati d'umore disforico e rappresenta un tentativo di soddisfare precisi bisogni psicologici;

- I giocatori con disturbi degli impulsi e comportamento antisociale, sono coloro che presentano il più alto livello di gravità e sintomi di potenziali disfunzioni neurologiche e neurochimiche e tratti di impulsività, e una personalità antisociale. Hanno una propensione verso la ricerca di attività gratificanti per ricevere stimoli, e tendono a riportare una molteplicità di problematiche indipendenti dal gioco d'azzardo, come abuso di sostanze, bassa tolleranza alla noia, ricerca di sensazioni forti (*sensation seeking*), atti criminali, scarse capacità relazionali, e una storia familiare caratterizzata da problemi di alcolismo e antisocialità.

È chiaro come all'interno degli ultimi due approcci presentati appartengono soggetti che utilizzano il gioco come fuga dalle emozioni e per aumentare l'eccitazione emotiva, sono caratterizzati da individui con alta impulsività, e tratti di personalità antisociale. La regolazione emotiva risulta quindi un elemento importante da analizzare per comprendere che tipologia di giocatore si ha di fronte.

È stato chiesto agli Assistenti Sociali, anche, con che frequenza di gioco un soggetto deve essere considerato ludopatico. È emerso come giocare 1-2 volte al mese non è considerato un tempo sufficiente per poter parlare di patologia, mentre svolgere attività di questa natura da 2 a 4 volte nell'arco della settimana risulta problematico per il 90% degli operatori, per il 67% di loro è sufficiente giocare una volta alla settimana. È comunque rilevante evidenziare come è presente, seppur con un basso valore, un 10% degli operatori che ritengono che giocare fino a 4 volte nell'arco di una settimana non sia una cadenza temporale elevata a tal punto da potersi riferire a persona patologica [tabella n.6 paragrafo 3.5.3]. Quest'ultimi professionisti hanno comunque riportato che durante la propria esperienza lavorativa hanno indirizzato l'utente verso un servizio specialistico. Al contrario il 33% di coloro che ha risposto di non aver inviato l'utente al Servizio Specialistico

sono gli operatori che ritengono che svolgere questa attività di svago almeno una volta alla settimana può essere considerata una patologia.

4.5 La formazione degli Assistenti Sociali e la loro disponibilità all'approfondimento della tematica della ludopatia

L'ultima sezione del questionario affronta la tematica della conoscenza e della formazione degli Assistenti Sociali.

Il 67% sul totale dei professionisti ha dichiarato di sentirsi "per nulla" e "poco" preparato sul tema della ludopatia.

Per quanto concerne i professionisti che hanno avuto un'esperienza con un'utenza affetta da ludopatia nell'arco della propria carriera (90%), è emerso come il 74% di questi operatori nel concreto ha saputo gestire "poco" una situazione di questa natura, ma nel momento in cui si è indagata la preparazione dei professionisti solo il 67% di loro ha dichiarato di sentirsi "poco" preparato sul tema [tabella n.16].

	Capacità di gestire l'esperienza problematica	Consapevolezza della propria preparazione sulla ludopatia
Per nulla	7	7
Poco	74	67
Abbastanza	19	26
Molto	0	0
Totale	100	100

Tabella n.16 Capacità e preparazione degli A.S. che hanno avuto un'esperienza lavorativa con utenti affetti da ludopatia. Valori percentuali.

Come riportato precedentemente il 67% degli operatori ha dichiarato di sentirsi “per nulla” o “poco” preparato sul tema della ludopatia. Un approfondimento su questo aspetto ha mostrato che: il 30% non ha mai partecipato a incontri, corsi e convegni su questo argomento; il 71% svolge la propria professione da più di 10 anni; l’80% affronta “a volte” e “spesso” problematiche di dipendenza. Infine il 40% dell’utenza affetta da ludopatia in carico a questi professionisti non è stata indirizzata e al Servizio Specialistico delle dipendenze del territorio di riferimento.

Infatti, tutti questi operatori hanno affermato di collaborare con i professionisti del Ser.D “1-2 volte all’anno” o “mai”.

Sul totale delle risposte fornite dai professionisti emerge comunque come la maggior parte degli Assistenti Sociali lavora in collaborazione con il Ser.D solo 1 o 2 volte all’anno, 43% [tabella n.17]. Osservando le risposte di questi soggetti si ipotizza che vi sia poca occasione di lavorare con questa tipologia di Servizio perché il 75% opera prevalentemente nell’area anziani e dai dati emersi dal questionario, la fascia d’età maggiormente coinvolta risulta essere 50-59 anni, 41%. Solo il 26% si colloca nella fascia over 60, (l’area anziani riguarda le persone over 65). È chiaro, quindi, come gli operatori che sono impegnati in maggior misura nell’area anziani hanno minore possibilità di interfacciarsi con questa categoria di utenza e di conseguenza di collaborare con il Servizio Specialistico.

Frequenza con cui gli A.S. in media collaborano con il Ser.D. (Colloqui, Équipe, ecc...)	N. risposte in %
Più volte alla settimana	3
1 volta a alla settimana	10
1-2 volte al mese	37
1-2 volte all'anno	43
Mai	7
Totale	100

Tabella n.17 Frequenza con cui gli A.S. nella propria attività lavorativa collaborano con il Ser.D di riferimento. Valori percentuali.

Successivamente l'indagine ha voluto approfondire la disponibilità degli Assistenti Sociali a partecipare ad un corso di formazione sulla tematica del Gioco d'Azzardo Patologico.

È emerso che il 77% degli operatori sarebbe disposto a svolgere da 2 a 4 incontri per approfondire questa problematica. In particolare il 35% di questi professionisti ha dichiarato di aver già partecipato ad incontri, convegni e corsi riguardanti questo ambito, questo è comprensibile dal fatto che il 75% di questi possiede un'esperienza lavorativa maggiore di 10 anni.

È indiscutibile che nel complesso, tutti gli operatori sono disponibili ad intraprendere un percorso formativo più o meno lungo [tabella n.18].

Disponibilità degli operatori	N. risposte %
No	0
Si, ma solo un incontro	20
Si dà 2 a 4 incontri	77
Si, più di 4 incontri	3
Totale	100

Tabella n.18 Disponibilità degli A.S. a frequentare un corso di formazione specifico sul tema della ludopatia. Valori percentuali.

Il 20% degli Assistenti Sociali, coloro che hanno dichiarato di essere disposti a seguire un solo incontro, hanno altresì affermato di essersi interfacciati raramente o mai con questo genere di utenza. Mentre tutti coloro che hanno sostenuto che “a volte” gli si sono presentate situazioni riguardanti questa problematica hanno risposto che vorrebbero partecipare da 2 a più incontri. In conclusione è certo che coloro che hanno una maggiore propensione a seguire corsi di formazione sulla ludopatia sono i soggetti che nell’arco della propria carriera hanno avuto e possono avere una maggior probabilità che una situazione di questo genere si presenti al proprio servizio. Gli Assistenti Sociali sono consapevoli delle proprie capacità e competenze, per questa ragione sono interessati ad approfondire le conoscenze sulla problematica per aiutare, sostenere ed indirizzare gli utenti e rispondere ai loro bisogni. Per fare ciò sono pronti ad investire il proprio tempo e disposti a mettersi “nuovamente” in gioco.

Conclusioni

Questa indagine ha cercato di mettere in evidenza l'importanza del ruolo degli Assistenti Sociali comunali nel tema del Gioco d'Azzardo.

La panoramica effettuata nei primi due capitoli ha fatto emergere la necessità di conoscere e comprendere questa tematica sempre più diffusa nella popolazione di tutte le società. I servizi Specialistici per le dipendenze svolgono un ruolo fondamentale per il benessere bio-psico-sociale dell'individuo affetto da questa patologia, ma il lavoro di questi deve essere supportato e condiviso con gli operatori che svolgono la propria professione sul territorio, da coloro che si trovano in prima linea nell'affrontare le difficoltà e le problematiche che i cittadini presentano ovvero gli Assistenti Sociali Comunali. Proprio per questo motivo il ruolo degli Assistenti Sociali degli enti comunali risulta essere essenziale, sono questi professionisti che indirizzano i cittadini al Servizio Specialistico di riferimento. La loro collaborazione è altresì una modalità di lavoro indispensabile per lavorare in rete e con la rete territoriale. Il lavoro in rete, ovvero il lavoro interprofessionale e il lavoro di rete, cioè tutte quelle azioni volte a promuovere connessioni e sinergie tra le risorse formali e informali, sono due elementi fondamentali per il Servizio sociale rivolto alla persona, particolarmente ora, dove è necessario far fronte alle poche risorse a disposizione. L'importanza di collaborare con la rete è messa in luce anche dal Codice Deontologico dell'Assistente Sociale all'art.38:

“L'assistente sociale deve conoscere i soggetti attivi in campo sociale, sia privati che pubblici, e ricercarne la collaborazione per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera articolata e differenziata a bisogni espressi, superando la logica della risposta assistenzialistica e contribuendo alla promozione di un sistema di rete integrato”

È chiaro come il lavoro di questa professione non è solo rispondere ai bisogni della popolazione ma altresì aiutarle e supportarle per attivarle a trovare soluzioni alternative alle proprie difficoltà.

L'indagine svolta ha voluto esprimere l'importanza di questa professione nella ludopatia, e comprendere quanto questi operatori conoscono e riconoscono

la tematica proprio perché è da questi che inizia un percorso di presa in carico e d'invio ai Servizi. I professionisti devono essere pronti e preparati ad adeguarsi alle necessità e i nuovi bisogni che il territorio dove lavorano esprime.

Ciò che emerge dal questionario somministrato in materia del gioco d'azzardo e il rapporto con gli assistenti Sociali comunali è la mancanza e il bisogno di sentirsi esperti sull'ambito, ma è presente una grande spinta alla conoscenza e all'approfondimento. Infatti la loro disponibilità a seguire dei corsi di formazione è elevata, questo rappresenta quanto gli operatori presi in analisi tengono alla propria professionalità e lavoro.

I risultati dell'indagine possono offrire una fotografia approfondita sulle abilità e consapevolezza sul GAP da parte degli operatori del territorio del Distretto di Pieve di Soligo. Una prospettiva futura è quella di poter ampliare ed espandere lo studio su tutto il territorio dell'ULSS2, comprendendo quindi pure i Distretti di Asolo e Treviso. Ciò permetterebbe una maggiore analisi del territorio e offrirebbe la possibilità di confrontare i diversi risultati emergenti da territori diversi e che fino ad oggi hanno avuto organizzazioni e modalità di accesso ai Servizi differenti.

Nel tempo la ricerca potrebbe essere altresì, utile per comprendere se l'unificazione dell'ULSS2-Marca Trevigiana porta ad uno sviluppo dei servizi del territorio omogeneo nella stessa direzione, pur restando consapevoli che il meccanismo dell'unificazione richiede tempi lunghi e integrazioni metodologiche, operative e normative.

Bibliografia

- Aloï, M., Riccelli, C., Piterà, F., Notaro, M., Curci, V., Puglia, L., Sorrentino, C., Audino, M. G., Carcione, A., Segura-Garcia, C., & De Fazio, P. (2022). *Impaired Metacognitive differentiation, high difficulty in controlling impulses and non-acceptance of emotions are associated with the severity of gambling disorder*. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10099-y>
- Alonso-Fernández, F. (1999). *Le altre droghe: alimentazione sesso televisione acquisti gioco lavoro*. Edizioni universitarie romane
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Aragaya, N., Barriosc, M., Ramirez-Gendraua, I., Garcia-Caballeroa, A., Garridob, G., Ramos-Grille, I., Galindo, Y., Martin-Dombrowski, J., & Vallès, V. (2018). *Impulsivity profiles in pathological slot machine gamblers*. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.008>
- Barnes, G. M., Welte, J. W., Hoffman, J. H., & Tidwell, M. C. O. (2011). *The co-occurrence of gambling with substance use and conduct disorder among youth in the United States*. *The American Journal on Addictions*, 20(2), 166- 173.
- Bellio G., Croce M., a cura di, (2014), *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*, Franco Angeli, Milano
- Bellio G., & Fiorin A. (2009) *Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale*. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 15: 39–47
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). *A pathways model of problem and pathological gambling*. *Addiction*, 97(5), 487-499.
- Brunori G, Cippitelli A., Serpelloni G. & Ciccocioppo R. (2013), *La Neurobiologia del gioco d'azzardo patologico*. *Italian Journal on Addiction*, 3,(1),25-40.

- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of gambling studies*, 33(2), 397-424.
- Campanini, A., Luppi F. (1998), Servizio sociale e approccio sistemico. La Nuova Italia Scientifica. Carrocci: Roma
- Canale, N., Vieno, A., Lenzi, M., Griffiths, M.D., Borraccino, A., Iazzeri, G., Lemma, P., Scacchi, L. & Santinello, M. (2017) Income Inequality and Adolescent gambling Severity: Findings from a Large-Scale Italian Representative Survey. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01318/full> (verificato il 10.09.2022)
- Castrén, S., Basnet, S., Pankakoski, M., Ronkainen, J., JHelakorpi, S., Uutela, A., Alho, H., & Lahti, T. (2013). An analysis of problem gambling among the Finnish working-age population: a population survey. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23714573/>
- Cowlshaw S. (2014) *Comorbid problem gambling in substance users seeking treatment*. Victoria, Australia: Victorian Responsible Gambling Foundation.
- Croce, M. (2001), Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste dei danni che esistono in *Personalità/Dipendenza*
- Del Fabbro P.H. (2009) *Australasian Gambling Review (1992–1998) (4th edn)* Adelaide: Independent Gambling Authority
- Derevensky, J. L. (2012). *Teen gambling: Understanding a growing epidemic*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Díaz, A., & Pérez, L. (2021) Gioco d'azzardo e uso di sostanze: un'analisi del consumo incrociato del fumo di tabacco, del consumo di alcol e del gioco d'azzardo, *Abuso di sostanze*, 42:4, 1016-1021, DOI: [10.1080/08897077.2021.1903657](https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1903657)
- Dipartimento delle politiche antidroga, <https://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/> (verificato il 10.07.2022)

- Dixon, L., Trigg, R., & Griffiths, M. (2007). An empirical investigation of music and gambling behaviour. *International Gambling Studies*, 7(3), 315-326.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2004). Electronic gaming machines: are they the 'crack-cocaine' of gambling? *Addiction*, 100(1), 34-45.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Conduct problems in youth and the RDoC approach: A developmental, evolutionary-based view. *Clinical Psychology Review*, 64, 57-76.
- Giralt, S., Müller, K. W., Beutel, M. E., Dreier, M., Duven, E., & Wölfling, K. (2018). Prevalence, risk factors, and psychosocial adjustment of problematic gambling in adolescents: Results from two representative German samples. *Journal of behavioral addictions*, 7(2), 339-347.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36,233-241.
- Grant J.E. (2008) *Impulse Control Disorders: A Clinician's Guide to Understanding and Treating Behavioral Addictions*, New York: W.W. Norton & Company.
- Guerreschi C. (2008) *L'azzardo si veste di rosa. Storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita*. Franco Angeli.
- Hodgins D.C., Peden N, Cassidy E. (2005), The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: a prospective follow-up of recent quitters. *Journal of Gambling Studies*. 21(3), 255-271.
- ISTAT (2020), *Il Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni*, Istituto Nazionale di Statistica. https://www.istat.it/it/files//2020/12/REPORT_CENSIPOP_2020.pdf
(Verificato il 20.06.2022)
- Italia. Regio Decreto 19 ottobre 1930, n.1398. Libro Terzo Delle contravvenzioni in particolare, Titolo I Delle contravvenzioni di polizia, Capo II Delle contravvenzioni concernenti la polizia amministrativa

sociale, Sezione I Delle contravvenzioni concernenti la polizia dei costumi. Codice penale, ottobre 1930.

- Italia. Testo Unico delle Legge di Pubblica Sicurezza (T.U.L.P.S.) Regio Decreto 18 giugno 1931, n. 773.
- Italia. Legge 13 dicembre 2010, n. 220. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Gazzetta Ufficiale n. 297, 12 dicembre 2010.
- Italia. Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158. Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. Gazzetta Ufficiale n. 214, 13 settembre 2012.
- Kenrick (2016). La piramide di Maslow. Sublimia. <http://www.sublimia.it/Psicologia/la-piramide-di-maslow.html> (verificato il 30.09.2022)
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M. C., & Tremblay, J. (2013). Problem gambling and families: A systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(4), 353-372.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet and gaming addiction: a systematic literature review of neuroimaging studies. *Brain sciences*, 2(3), 347- 374
- La Barbera D. (2010) *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Ladouceur, R., Ferland, F. & Vitaro, F. (2002) Prevention of Problem Gambling: Modifying Misconceptions and Increasing Knowledge. *J Gambl Stud* 18, 19–29. <https://doi.org/10.1023/A:1014528128578> (verificato il 04.06.2022)
- Lavanco G., Varveri L. (2006) *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*, Carrocci
- Lenarduzzi, M. (2006). *IL servizio sociale E l'ambito sociale*. AssistentiSociali.org. https://www.assistentsociali.org/servizio_sociale. (verificato il 02.08.2022)

- Martin A. (2018). *Ludopatia: Ecco IL piano regionale del Veneto*. Il Popolo, <https://www.ilpopolopordenone.it/Speciali/Ludopatia-ecco-il-Piano-regionale-del-Veneto>. (Verificato il 09.07.2022)
- Melodia F., Pivetta E., Canale N., Marino C., Vieno A., Chieco F., Carraro A., Formentin S., & Camporese A. (2022) Non è un gioco da ragazzi: quando il gioco d'azzardo e l'uso dei videogiochi diventano problematici. Dipartimento per le dipendenze dell'ULSS 6 Euganea.
- Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C., & Tsitsika, A. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European child & adolescent psychiatry*, 24(5), 565-574
- Myrseth, H., & Notelaers, G. (2018). A latent class approach for classifying the problem and disordered gamers in a group of adolescence. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 2273.
- Pacifici, R. (2018). *Convegno Nazionale, Il gioco d'azzardo in Italia*. Istituto Superiore di Sanità. https://www.iss.it/en/il-gioco-d-azzardo/-/asset_publisher/p1x3CsWOX6VQ/content/id/3866307 (verificato il 10.06.2022)
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2014). Internet addiction disorder and internet gaming disorder are not the same. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 5(4).
- Prever F., Locati V. (2012) Women who Gamble. A Group Clinic Experience through the Circus Metaphor and Other Stories, 9th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Loutraki.
- Qian, T. Y., Zhang, J. J., Wang, J. J., & Hulland, J. (2020). Beyond the game: Dimensions of esports online spectator demand. *Communication & Sport*, 8(6), 825-851
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 123, 103501.

- Regione del Veneto. (2020) *Dipendenze*
<https://www.regione.veneto.it/web/sociale/dipendenze>
- Regione Veneto (2019) Legge Regionale, Bollettino ufficiale
<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=402726> (verificato il 12.07.2022)
- Serpelloni G. (2013), *Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*, Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimento Politiche Antidroga,
<http://www.dronet.org/monografia.php?monografie=98>, (Verificato il 13.06.2022)
- Tani, F., & Ilari, A. (2016). *La spirale del gioco: IL gioco d'azzardo Da attività ludica a patologia*. Firenze University Press.
- Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance use & misuse*, 34(11), 1593-1604.

Allegati

ALLEGATO A

INDAGINE SUL TEMA DELLA LUDOPATIA NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO

Lettera accompagnatoria:

Gent.le Assistente Sociale, sono Edda Zaccherini, studentessa dell'Università degli studi di Padova, frequentante la Laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale.

Le chiedo gentilmente di dedicare circa 15 minuti del suo tempo per rispondere a questo questionario realizzato in collaborazione con l'ULSS2-Marca Trevigiana, Distretto di Pieve di Soligo.

L'indagine è rivolta agli Assistenti Sociali che operano presso i comuni dell'Ulss 2- Distretto di Pieve di Soligo.

Lo scopo è comprendere quanto i professionisti del sociale sono coinvolti nella tematica della dipendenza, in particolare nella ludopatia.

La sua adesione sarà un importante e prezioso contributo per l'indagine di ricerca.

Si prega di inviare il questionario compilato entro giovedì 16 Giugno.

Ringraziando per l'attenzione, si porgono distinti saluti.

Edda Zaccherini.

ALLEGATO B

INDAGINE SUL TEMA DELLA LUDOPATIA NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO

Questionario somministrato:

SEZIONE: A

GENERALITA' PERSONALI

A1. Qual è il suo genere di appartenenza?

- Maschio
- Femmina

A2. A quale fascia d'età appartiene?

- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- Over 65

A3. In quale sezione dell'albo professionale è attualmente iscritto?

- Sezione A
- Sezione B

A4. Da quanto tempo esercita la professione di assistente sociale?

- Da 1 anno o meno
- Da più di 1 anno ma meno di 5
- Da 5 a 10 anni
- Da più di 10 anni

A5. Svolge la propria professione nel territorio dell'Ulss 2 Marca trevigiana?

- Sì
- No

A6. In quale distretto svolge la propria professione?

- Asolo
- Pieve di Soligo
- Treviso (Nord-Sud)

A7. In quale servizio, prevalentemente, svolge la sua mansione?

- Comune
- Azienda ULSS
- Terzo Settore
- Altro, specificare

A8. Da quanto tempo esercita la sua professione presso questo servizio?

- Da 1 anno o meno
- Da più di 1 anno ma meno di 5
- Da 5 a 10 anni
- Da più di 10 anni

A9. In quale area d'intervento opera prevalentemente? (massimo due risposte).

- Infanzia. Adolescenza, famiglia
- Marginalità sociale
- Immigrazione
- Disabilità
- Dipendenze
- Salute mentale
- Anziani
- Altro, specificare

SEZIONE: B

ESPERIENZA PERSONALE

B1. Durante la sua carriera le è mai capitato di lavorare con utenza affetta da dipendenza?

- Mai
- Raramente
- A volte
- Spesso

B2. Indichi approssimativamente, di media, quante volte nella sua attività lavorativa collabora con i professionisti del Ser.D (Colloqui, Équipe, ecc...)

- Più volte a settimana
- 1 volta a settimana
- 1-2 volte al mese
- 1-2 volte all'anno
- Mai

B3. Durante la sua carriera le è mai capitato di lavora con utenza affetta da ludopatia?

- Mai (se non è mai capitato, può proseguire alla domanda N. 9)
- Raramente
- A volte
- Spesso

B4. Se le è capitato, a quale fascia d'età appartavano, principalmente, gli utenti?

- Under 19
- 20-29 anni
- 30-39 anni
- 40-49 anni
- 50-59 anni
- Over 60

B5. Se le è capitato, a quale genere appartenevano, principalmente gli utenti?

- Femminile
- Maschile

B6. Se le è capitato, qual era la principale richiesta di aiuto da parte degli utenti?

- Economico
- Sociale
- Assistenziale
- Altro, specificare

B7. Se le è capitato, con chi vivevano gli utenti che si sono presentati al servizio?

- Da solo
- Con i propri genitori
- Con la propria famiglia (moglie/marito, figli)
- Altri parenti
- Amici/conoscenti
- In comunità/strutture
- Altro, specificare

B8. Se le è capitato, con quali modalità la tematica della ludopatia è, prevalentemente, emersa?

- Riportata dall'utente
- Riportata da terzi
- Scoperta attraverso l'analisi professionale
- Altro, specificare

B9. L'utente, in seguito è stato indirizzato ad un Servizio Specialistico del territorio?

- Si
- No

B10. In quanto Assistente Sociale, sapeva/avrebbe saputo gestire una situazione di ludopatia?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

SEZIONE: C

PERCEZIONE DEL FENOMENO

C1. Secondo lei la ludopatia è correlata al livello di istruzione scolastica?

- Si
- No

C2. Secondo lei, c'è una connessione tra ludopatia e povertà economica?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

C3. Secondo lei, in Italia, in quale area geografica è maggiormente diffusa la ludopatia?

- Nord
- Centro
- Sud
- Ritengo che non ci siano differenze

C4. Secondo lei, in Italia, quale è la fascia d'età dove la ludopatia è maggiormente diffusa?

- Under 19
- 20-29 anni
- 30-39 anni
- 40-49 anni
- 50-59 anni
- Over 60

C5. Secondo lei, in Italia, con chi vivevano principalmente le persone affette da ludopatia?

- Da sole
- Con i propri genitori
- Con la propria famiglia (moglie/marito, figli)
- Altri parenti
- Amici/conoscenti
- Comunità/strutture

C6. Secondo lei qual è il livello di istruzione delle persone affette da ludopatia?

- Elementare
- Media inferiore
- Qualifica professionale
- Diploma superiore
- Laurea triennale/Magistrale
- Ritengo che non ci siano differenze

C7. Secondo lei con quali delle seguenti dipendenze esiste una comorbidità con la ludopatia?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
Alcool				
Droga				
tabacco				

C8. Secondo lei, qual è il gioco maggiormente utilizzato dai soggetti ludopatici? (massimo 2 risposte)

- Slot machine/VLT
- Gratta e vinci
- Scommesse di vario genere
- Lotto/ SuperEnaLotto o simili
- Bingo
- Giochi online
- Giochi a carte a soldi (Poker, Ramino, ecc...)
- Totocalcio
- Giochi al casinò
- Altri giochi, specificare

C9. Quale dei seguenti segnali le potrebbe far credere che un utente che si presenta al suo servizio dia affetto da ludopatia? (indichi una sola risposta)

- Impulsività
- Sbalzi d'umore
- Insicurezza personale
- Aggressività
- Solitudine
- Tratti d'ansia

C10. Secondo lei, quanto le seguenti motivazioni incidono sulla ludopatia?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
Problemi di origine economica				
Mal gestione del tempo libero				
Senso di euforia ad eccitazione al gioco				
Basso livello di istruzione				
Mancanza di una rete familiare				

C11. Secondo lei, con quale frequenza di gioco una persona può essere considerata patologica?

	Si	No
1-2 volte al mese		
Almeno una volta alla settimana		
Da 2 a 4 volte alla settimana		

C12. Secondo lei, tra gli utenti in carico al Ser.D, del suo distretto di riferimento qual è la percentuale dei soggetti affetti da ludopatia?

- Meno del 10%
- Circa il 20%
- Circa il 30%
- Circa il 40%
- Più del 50%

SEZIONE: D

CONOSCENZE PROFESSIONALI

D1. In quanto assistente sociale, quanto saprebbe gestire una situazione di dipendenza?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

D2. In quanto assistente sociale, quanto conosce le diverse forme di dipendenza?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

D3. In quanto Assistente Sociale, ritiene che nella sua formazione professionale siano presenti lacune riguardanti la tematica della dipendenza?

- Sì
- No

D4. In quanto Assistente Sociale, quanto si sente preparato nell'ambito della Ludopatia?

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

D5. In quanto Assistente Sociale, negli ultimi 3 anni ha frequentato corsi/convegni/incontri (anche online) riguardanti la ludopatia?

	Mai	Poco (1-2 volte)	Abbastanza	Molto (più di 4)
Incontri				
Corsi				
Convegni				

D6. In quanto Assistente Sociale, sarebbe a favore di una formazione specifica sulla ludopatia?

- Si
- No

D7. In quanto Assistente Sociale, in una scala da 1 a 6 quanto le interessa seguire una formazione specifica sulla ludopatia:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

D8. In quanto Assistente Sociale, sarebbe, realisticamente, disponibile a seguire un corso di formazione specifico sulla ludopatia:

- No
- Sì, ma solo un incontro
- Sì, da 2 a 4 incontri
- Sì, anche più di 4 incontri

Ringraziamenti

A conclusione di questo elaborato, desidero menzionare tutte le persone, senza le quali questo lavoro di tesi non esisterebbe nemmeno.

In primis, vorrei ringraziare la professoressa Castiglioni, relattrice della tesi di laurea magistrale. Ci tengo ad esprimerle la mia riconoscenza per il supporto fornito in questi mesi e per avermi guidata e seguita meticolosamente nella stesura del presente elaborato.

In secondo luogo, vorrei ringraziare la mia tutor di tirocinio, la Dott.sa Magro che mi ha seguita quotidianamente nel mio percorso di crescita professionale e mi ha accompagnato e sostenuto nell'idea di ricerca presentata.

Un ringraziamento speciale spetta alla mia famiglia, è grazie a loro se, per la seconda volta, mi trovo nuovamente a scrivere i miei "grazie a...", sono stati loro a spingermi a continuare nel mio percorso di studi. Per questo spesso si sono dovuti subire le mie lamentele e lacrime, grazie per avermi spronata in tutti questi anni.

Grazie a tutti i miei amici che mi sopportano, che sono sempre presenti, ormai da anni, che non si sono ancora stufati del mio caratterino peperino e delle mie, a volte assenze indesiderate.

Infine, vorrei dedicare queste poche righe anche a me. Se non fossi così testarda, così vogliosa di raggiungere la fine, così competitiva con me stessa da non poter abbandonare le cose a metà, questo percorso di studi non sarebbe giusto a termine. Con questo non riferisco che svolgere la professione prevista dal corso di laurea non mi appartenga, anzi, probabilmente la strada da compiere per me non è ancora giunta al termine.

TO BE CONTINUED...