

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

**Corso di laurea *Triennale* in  
SERVIZIO SOCIALE**



**IL FENOMENO DEL GIOCO D'AZZARDO:  
IL RUOLO DELL'ASSISTENTE SOCIALE NELLA  
COSTRUZIONE DELLA RETE DI SUPPORTO  
PERSONALE**

*Relatore:* Prof. DARIA PANEBIANCO

*Laureanda:* LINDA CHIARION

*Matricola:* 1096437

A.A. 2023/24

# INDICE

RINGRAZIAMENTI.....	p. 5
INTRODUZIONE.....	p. 6
CAPITOLO 1	
IL GIOCO D’AZZARDO.....	p. 9
1.1. Il fenomeno della dipendenza: un malessere individuale e relazionale.....	p.9
1.2 Il Gioco D’Azzardo Patologico.....	p.13
1.2.1 Cenni storici.....	p.13
1.2.2 La storia del gioco d’azzardo in Italia.....	p.13
1.2.3 Definizioni di gioco d’azzardo e criteri diagnostici.....	p.16
1.2.4 Perché giochiamo? Le distorsioni cognitive ed il “caso”.....	p.18
1.2.5 Tipologie di giocatori.....	p.20
1.2.6 Le fasi del Gioco d’Azzardo: il diagramma di Custer.....	p.21
1.2.7. Un breve excursus del fenomeno in letteratura.....	p.23
CAPITOLO 2	
LA RISPOSTA DEI SERVIZI E IL RUOLO DELL’ASSISTENTE SOCIALE.....	p.25
2.1 Problematiche sanitarie e sociali connesse al Gioco d’Azzardo Patologico.....	p.25
2.1.1 Il debutto degli ambulatori per il D.G.A.: inserimento nei LEA.....	p.25
2.1.2. L’Azienda Ulss 5 Polesana e la U.O.C. Ser.D.....	p.26
2.1.3 Il Ser.D.: descrizione del Servizio.....	p.27
2.1.4. Attività del Servizio Dipendenze.....	p.28
2.1.5 I fruitori dei Servizi per le Dipendenze.....	p.29
2.1.6 Operatori del Servizio Dipendenze.....	p.29
2.2. L’entità del fenomeno: alcuni dati della Regione Veneto e della Provincia di Rovigo.....	p.31
2.2.1 Il Sistema Sanitario Veneto: Legislazione ed obiettivi per l’Anno 2023.....	p.32
2.3 L’importanza del ruolo dell’Assistente Sociale nei Servizi per le Dipendenze.....	p.33
2.4 L’esperienza del Ser.D. di Rovigo: l’”Ambulatorio Gioco”.....	p.35
2.4.2 Alcuni dati sul Ser.D. di Rovigo.....	p.38
2.5 Il modello di Blaszczynski e Nower: definizione delle tipologie di trattamento.....	p.39
2.6 Riflessioni e criticità a partire dalle realtà locali.....	p.42

## CAPITOLO 3

L'IMPORTANZA DELLE RELAZIONI SOCIALI NELLA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CON DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO.....	p.44
3.1 la Social Network Analysis .....	p.44
3.1.1 Lo studio delle reti sociali.....	p.44
3.1.2 Mappatura delle reti: l'importanza nel lavoro dell'Assistente Sociale.....	p.46
3.2 Il supporto delle reti nel progetto di aiuto: Terapia di rete come modello di intervento nei servizi sociali.....	p.50
3.2.1 Lavoro di rete, in rete e con la rete .....	p.51
3.2.2 Il ruolo dell'Assistente Sociale come promotore di rete .....	p.53
CONCLUSIONI.....	p.55
BIBLIOGRAFIA.....	p.57
SITOGRAFIA.....	p.59

*[Al casinò]*

*Un tizio esce dal casinò in canottiera e mutande.*

*"Andata male eh?!"*

*"Sì, ma per fortuna ho saputo fermarmi in tempo."*

**GINO BRAMIERI**

## RINGRAZIAMENTI

In queste righe vorrei ricordare tutti coloro che a vario titolo mi hanno sostenuta ed aiutata nella stesura della tesi non solo a livello pratico e didattico ma soprattutto a livello emotivo, incoraggiandomi nei momenti intensi di difficoltà e sovrapposizione di numerose vicissitudini di vita quotidiana, confermando quanto le relazioni familiari e amicali siano quel bene prezioso insostituibile nella vita di ogni persona.

Porgo immensa gratitudine nei confronti dei miei genitori e dei miei nonni che da sempre mi hanno sostenuta economicamente e non solo, per raggiungere i miei obiettivi scolastici anche nei momenti di difficoltà, senza di loro non sarei mai diventata ciò che sono.

Un immenso grazie a chi mi sta quotidianamente accanto, preziosa risorsa che mi ha dato la forza e la motivazione per arrivare a questo splendido traguardo, senza di te non ce l'avrei fatta.

In ambito lavorativo e di volontariato proseguo ringraziando tutti coloro che nel mio percorso ormai decennale nel mondo del sociale e dello sport mi hanno dato, spesso senza saperlo un bagaglio culturale ed esperienziale che mi ha arricchita profondamente e che quotidianamente continua a farlo.

Un ultimo ringraziamento speciale lo riservo al Ser.D. di Rovigo che mi ha accolta con professionalità , ed in particolar modo all'Assistente Sociale dott.ssa Milan, persona davvero preziosa a livello lavorativo ma soprattutto umano, che mi ha accompagnata in un intenso percorso di tirocinio condividendo le sue conoscenze ed esperienze con un'attenzione rara e preziosa , trasmettendomi a pieno la sua passione per il lavoro ed in particolar modo per l'ambito del Gioco d'Azzardo patologico.

## INTRODUZIONE

*“Per quanto sia ridicolo che io mi aspetti tanto dalla roulette, mi sembra ancora più ridicola l’opinione corrente, da tutti accettata, che è assurdo e stupido aspettarsi qualcosa dal gioco. Perché il gioco dovrebbe essere peggiore di qualsiasi altro mezzo per far quattrini come, per esempio, del commercio? Vero è che, su cento, uno solo vince, ma a me che importa?”<sup>1</sup>*

Nella mente del giocatore d’azzardo patologico si insinuano innumerevoli pensieri, fissazioni, autoinganni in quella che Dostoevskij tratteggia nel suo libro “Il Giocatore” (1866) come una vera e propria radiografia letteraria del vizio del gioco, una fotografia del modo in cui esso può arrivare a uomini e donne di ogni età ed estrazione sociale già a quell’epoca identificato dall’autore come una sorta di malattia dove non è importante vincere o perdere, l’importante è continuare a giocare. Negli ultimi anni il fenomeno delle dipendenze ha conosciuto una fortissima espansione nel nostro Paese e nel contesto internazionale trovando terreno fertile non solamente nell’uso di sostanze ma nella perdita di controllo relativa a comportamenti socialmente accettabili che arrivano ad assumere vere e proprie forme patologiche. In particolar modo questo elaborato tratterà la tematica del Gioco d’Azzardo divenuto un fenomeno estremamente complesso con una crescente diffusione in termini di accessibilità, numero, velocità e forme di gioco che lo rendono di fatto un’esperienza di vita quotidiana per milioni di persone, sino a rappresentare un importante problema sociale per alcuni soggetti e le loro reti familiari. Il dibattito in letteratura risulta ancora relativamente recente se paragonato alle classiche forme di dipendenza, ma non per tale ragione povero di elaborazioni di carattere scientifico e dati reali che vanno a confermare il pericoloso aumento del fenomeno in forte espansione anche e soprattutto alimentato da una generale precarietà socio-lavorativa oltre che ad un cambiamento e molto spesso affievolimento dei legami sociali e familiari in cui il gioco si insinua come illusoria “ancora di salvezza” di fronte a problemi economici e *gap* relazionali. A dispetto della crisi economica, nell’ultimo ventennio il mercato del gioco d’azzardo in Italia ha registrato uno sviluppo da record ottenendo il triste primato di primo Paese europeo per spesa al gioco d’azzardo al netto delle vincite secondo l’*Economist Data Team 2017*<sup>2</sup>, *confermati dai dati pubblicati dall’Amministrazione Autonoma dei Monopoli di*

*Stato, il trend è in continua crescita: si parla di numeri incredibili, che si aggirano sui 74 miliardi di Euro per il gioco fisico e 36 miliardi di euro spesi nei giochi telematici nel 2019 (ultimi dati ufficiali ADM)*<sup>3</sup>. Questi dati stanno accendendo molti campanelli d’allarme e portano a riflessioni circa i numerosi risvolti negativi che il

---

<sup>1</sup> F. Dostoevskij, *Игрок* (1866); tr. it. *Il giocatore*, in D. Tettamanzi, L. Cancrini, F. Dostoevskij, *Gioco d’azzardo e morale. Una tossicomania senza farmaci. Il giocatore*, Edup, Roma, 2002

<sup>2</sup> Stato e Mercato num. 125, Agosto 2022 Società editrice Il Mulino, Bologna.

L’*Economist* è un settimanale d’informazione politico-economica focalizzato su attualità globale e commercio internazionale, la cui taratura si aggira intorno a 1,6 milioni di lettori

<sup>3</sup> Dati ADM (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli) Italia

gioco ha nella società e nelle relazioni, sia a livello economico che soprattutto a livello sociale e culturale. L'obiettivo di questo elaborato vuole essere un'introduzione di tale dipendenza ed una riflessione sull'importanza di quelle che sono le relazioni ed il loro potenziale come fondamentale e potente mezzo di contrasto all'isolamento sociale, molto spesso causa dell'avvio al gioco e di quanto si sta facendo ed ancora si deve fare nei servizi dedicati al trattamento del Gioco d'Azzardo ove in primo piano è coinvolta la figura dell'Assistente Sociale, indirizzando le risorse pubbliche e private dedicate a tale fenomeno nell'ottica di reali interventi personalizzati non solo sulla carta ma nelle realtà di vita per risultare davvero un efficace mezzo di contrasto al Gioco Patologico.

L'interesse per questa problematica è sorta durante il mio percorso di tirocinio svolto presso il Ser.D di Rovigo: essere seguita dall'assistente sociale che fa parte dell'équipe rivolta al disturbo da gioco d'azzardo e poter partecipare attivamente ai colloqui con i giocatori d'azzardo patologici ed i loro familiari mi ha permesso di venire a conoscenza di questa emergente problematica oltre a sviluppare una forte sensibilità ed interesse che ho cercato di trasmettere in questo elaborato conclusivo del mio percorso di studio in Servizio Sociale, trampolino di lancio per la mia futura professione ed indispensabile formazione continua nel mio percorso lavorativo.

Il primo capitolo offre una panoramica del concetto di dipendenza inteso come fenomeno oggetto di studio e ricerca in svariati ambiti per la sua multi-dimensionalità e complessità , passando dalle forme comuni e maggiormente conosciute classiche dipendenze da sostanze alle nuove forme senza sostanza definite *New Addiction* per la loro dimensione comportamentale, con un'attenta analisi di una forma particolarmente conosciuta di questo fenomeno: il Gioco d'Azzardo Patologico, inserito attualmente nel DSM-5 come *“uno stato che compromette sia la salute psico-fisica del giocatore sia la sfera lavorativa e relazionale dell'individuo, a causa dei problemi economici e legali conseguenti”*<sup>4</sup> attraversandolo nel suo percorso storico e concettuale attraverso le sue fasi e le tipologie di giocatori, con lo scopo di fornire una descrizione esaustiva e necessaria per la comprensione del fenomeno che sta accendendo numerosi allarmi sociali.

Il secondo capitolo vuole essere descrittivo nell'ambito dell'offerta di servizi territoriali ed iniziative volte alla riduzione dello sviluppo di comportamenti con modalità problematiche legate al Gioco d'Azzardo Patologico nella realtà del territorio della Provincia di Rovigo, con particolare interesse rivolto alla figura dell'Assistente Sociale, chiave preziosa del percorso terapeutico e della presa in carico del soggetto e della sua rete familiare che si rivolgono al Servizio per le Dipendenze (Ser.D.).

Nel terzo ed ultimo capitolo infine si guarda più propriamente agli aspetti metodologici e teorici che riguardano le relazioni sociali ed il loro indispensabile supporto nel processo di cura dei soggetti con dipendenze da Gioco D'Azzardo, ponendo l'accento sull'importanza del *Capitale Sociale* della persona inteso generalmente come quel bagaglio relazionale e valoriale che ogni soggetto nell'arco della propria esistenza costruisce e che si rivelerà fondamentale nel promuovere il cambiamento. L'interesse delle relazioni sociali e lo studio approfondito della loro tipologia, quantità ed importanza non può che risultare la chiave del successo per il

---

<sup>4</sup>American Psychiatric Association. *“Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.” Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* Milano: Raffaello Cortina, 2014.

miglioramento della qualità di vita del soggetto ed una possibile remissione dalla dipendenza, ed in questo cardinale aspetto entra in gioco il paradigma della *Social network analysis* come strumento metodologico e guida pratica per i *social worker* nella conoscenza delle reti e nella creazione di progetti personalizzati che tengano conto degli effettivi bisogni del cittadino in termini di supporto sociale e comunitario.

L'interesse personale per questo argomento è sorto durante il percorso di tirocinio che ho svolto presso il Ser.D. di Rovigo seguita dall'assistente sociale pioniere del "*Progetto Gioco* " dove ho avuto modo di partecipare attivamente ai colloqui, alla progettazione di interventi personalizzati per i pazienti in cura oltre che alla realizzazione di materiale e partecipazioni di convegni rivolti sia a professionisti che alla cittadinanza attiva per diffondere la conoscenza ed i rischi del Gioco d'Azzardo Patologico in una preziosa ottica preventiva del fenomeno nel territorio rodigino.

Tale esperienza mi ha permesso di conoscere questa emergente problematica e di sviluppare una forte sensibilità e interesse che ho voluto esprimere nell'elaborazione della tesi su questa tematica.

## CAPITOLO 1

### IL GIOCO D'AZZARDO

#### 1.1 Il fenomeno della dipendenza: un malessere individuale e relazionale

*Griffith (2005) sostiene che:*

“La differenza tra un sano entusiasmo, sebbene eccessivo, e la dipendenza patologica è che i sani entusiasmi arricchiscono la vita, mentre le addictions la impoveriscono”.

Come tutte le forme di dipendenza, anche le *new addiction* sono espressione di un malessere relazionale, con alcuni elementi che le accomunano:

- ✓ la rilevanza che il comportamento tende ad avere per il soggetto, portandolo spesso ad annullarsi (e annientarsi) pur di metterlo in atto ininterrottamente;
- ✓ i cambiamenti di umore che frequentemente vengono manifestati da chi ne soffre;
- ✓ i sintomi da astinenza: stati d'animo o conseguenze fisiche spiacevoli (es. senso di malessere, irritabilità, pensiero ossessivo, disagio), conseguenti alla diminuzione o interruzione drastica dell'attività;
- ✓ la possibilità di recidive, anche a distanza di molti anni;
- ✓ la perdita di controllo, il senso di benessere e sollievo nel momento in cui vengono messi in atto i comportamenti e l'atteggiamento compulsivo sono ulteriori tratti comuni tra le diverse tipologie di dipendenze.

Tra gli aspetti comuni e trasversali a tutte le dipendenze troviamo il fatto che chi ne soffre è convinto molto spesso di riuscire in autonomia ad occuparsi della questione, non riconoscendo la reale entità del problema.

Il termine “dipendenza”, per molti associato in modo quasi automatico all'uso di una sostanza fisica, abbraccia in realtà una visione ben più ampia che include al suo interno altre sintomatologie provocate dalla messa in atto incontrollata di attività socialmente accettate con conseguenze altrettanto importanti che si manifestano in un profondo disagio psichico e disgregazione relazionale, portavoce di un cambiamento culturale e sociale tipico dell'epoca attuale descritta in modo incisivo e coerente con la realtà dal sociologo Bauman che nella sua post modernità liquida<sup>5</sup> pone l'accento alla diffusa precarietà che investe la vita odierna a 360 gradi.

---

<sup>5</sup> La contemporaneità è stata definita dal sociologo “società liquida”. Nella sua analisi, Bauman (Poznan 1925 – Leeds 2017), associa il concetto di modernità allo stato solido per indicare appunto solidità, costruzione, legami quasi indissolubili, fermezza. Di contro, associa al concetto di postmodernità lo stato liquido volto a rappresentare assenza di legami, vulnerabilità e tanta incertezza. Nella società liquida non ci sono più certezze, tutto viene messo in discussione: cambiano i valori, i legami, i sentimenti ma soprattutto l'uomo e la società stessa.

Una povertà diffusa di certezze, di prospettive future concrete, di punti di riferimento solidi, di sicurezze e di legami stabili che da un lato può evocare un senso di libertà e assenza di vincoli, dall'altro può generare un profondo senso di confusione e disorientamento ingigantito con l'avvento di Internet e dei dispositivi informatici e tecnologici che ha facilitato l'instaurarsi di molteplici condotte disfunzionali legate all'uso inappropriato e compulsivo di tali strumenti nei giovani in primis ma anche prepotentemente negli adulti.

Questa considerazione della realtà attuale porta alla definizione delle cosiddette dipendenze comportamentali che comprendono tutte quelle nuove forme di condizione patologica in cui non è coinvolto il consumo di sostanze (alcol, droghe, etc.) ma ne vedono l'oggetto in un comportamento o un'attività molto spesso lecita e socialmente accettata che assume valenza patologica nel momento in cui incide sul funzionamento dell'individuo delimitando elementi di frattura con la società, le relazioni, i vari ambiti di vita del soggetto ed assumono la condizione di vera e propria **addiction**, *“rappresentato dalla dimensione comportamentale della dipendenza, dalla ricerca compulsiva dell'oggetto o la ripetizione compulsiva di un determinato comportamento senza il quale l'esistenza perde di significato”*. (Capitanucci D., *Post modernità e nuove dipendenze. Prospettive sociali e sanitarie* n. 6/2006.)

Le nuove dipendenze definite anche “senza sostanza” fanno riferimento ad una vasta gamma di comportamenti disfunzionali nella relazione tra l'individuo, il contesto in cui è inserito e l'oggetto stesso della disfunzione e possono essere ad esempio:

- ✓ ***il gioco d'azzardo patologico***
- ✓ ***lo shopping compulsivo***
- ✓ ***la new technologies addiction (dipendenza da tv, videogiochi, internet, smartphone, social network)***
- ✓ ***la dipendenza dal lavoro***
- ✓ ***la dipendenza dall'esercizio fisico/sport (Sindrome da overtraining)***
- ✓ ***la dipendenza dal sesso (sex addiction)***
- ✓ ***la dipendenza dalle relazioni affettive (love addiction)...***

Precisando alcune sotto-tipologie della new technologies addiction, essa vede riconosciuti e indicati dal DPA 5 tipi di dipendenza riconosciuti:

- **CYBERSEXUAL ADDICTION** (sesso virtuale e pornografia)
- **CYBER-RELATIONAL ADDICTION** (relazioni di amicizia o amorose con persone conosciute in chat)
- **INFORMATION OVERLOAD** (una ricerca ossessiva di informazioni sul web)
- **NET COMPULSION** (Giochi Online) (coinvolgimento eccessivo e comportamenti compulsivi collegati a varie attività online gioco d'azzardo, di ruolo, shopping compulsivo)
- **COMPUTER ADDICTION** (Giochi Offline) (coinvolgimento eccessivo in giochi virtuali che non prevedono l'interazione tra più giocatori e non sono giocati in rete)

Caretti e La Barbera definiscono il fenomeno delle **new addictions** come:

*“Espressione di un disagio psichico profondo e di un malessere culturale vasto e pervasivo –e– seppur ogni forma sembra caratterizzarsi per degli aspetti specifici, esse nel loro insieme manifestano un desiderio di fuga e un’incapacità a tollerare il dolore mentale che porta, a volte quasi consapevolmente, a rinunciare all’uso del pensiero e della riflessività a favore di una scarica emozionale iterativa messa in atto con modalità progressivamente più compulsive”.*

*“Le new addictions senza uso di sostanze potrebbero interessare un numero sempre maggiore di persone, considerando tale fenomeno come una dipendenza tout court e una vera e propria addiction, evidenziando sempre più la differenza tra Addiction e Dipendenza” (Del Miglio e Corbelli, 2003).*

Nella lingua inglese si fa distinzione tra i termini “*Dipendence*” ed “*Addiction*” che in italiano sono tradotti con la stessa parola “dipendenza” ma che nei paesi anglosassoni assumono sfaccettature differenti in quanto con il primo termine si intende una condizione in cui l’organismo ha bisogno di una determinata sostanza per funzionare e sviluppa una dipendenza fisico-chimica da essa, mentre il termine *Addiction* denota il bisogno psicologico che spinge l’individuo alla ricerca dell’oggetto di dipendenza, senza il quale la sua esistenza diventa priva di significato: è dunque un coinvolgimento crescente e persistente della persona al punto che l’oggetto di dipendenza pervade i suoi pensieri ed il suo comportamento, il quale non ha più senso senza di esso.

Nel fenomeno più ampio della new technologies addiction rientrerebbe il 5% dei giovani di età compresa tra i 14 e i 21 anni, con una dipendenza moderata (*dati forniti da: www.savethechildren.it, 2019*); nella popolazione occidentale lo 0.8% dei ragazzi presenterebbe un quadro grave di dipendenza, percentuale che cresce fino al 4.9% nei paesi orientali (*Nakayama et al. 2017*).

Secondo Digital 2021 (il report annuale di statistiche sull’utilizzo di Internet) sono più di 4,6 miliardi le persone che accedono al web e di queste 4,2 miliardi fruiscono di social media per una statistica di utilizzo di circa 6 ore e 54 minuti giornaliere, considerando in questo utilizzo la presenza di un’ampia crescita nella popolazione meno giovane: si pensi che dal 2020 al 2021 gli over 65 su Facebook sono aumentati del 25% (l’aumento medio è del 13%) e gli over 50 su Snapchat sono aumentati del 33% nell’ultimo trimestre del 2020, sfatando perciò la convinzione che il web sia uno strumento sociale utilizzato principalmente dai giovani e dagli adulti in generale ed anche gli effetti collaterali più diffusi quando si parla della dipendenza da social come ansia e depressione si manifestano in persone di ogni età: nella popolazione meno giovane l’utilizzo di Facebook può incidere negativamente sui livelli di autostima (*Blachnio et al., 2019*) come proposto da uno studio sull’internet dependency che ha mostrato come la maggior parte dei partecipanti che hanno richiesto aiuto era costituita proprio da uomini di mezza età (*Young, 2007*).

Volgendo lo sguardo al nostro Paese, considerando i dati ISTAT del 2021 che registravano una popolazione di circa 60 milioni di abitanti, sono più di 40 milioni i soggetti online ogni giorno e 35 milioni quelli attivi sui canali social, con oltre 350mila studenti a cui nel 2021 è stato identificato un profilo di rischio di gravità variabile (da lieve ad estremo) per l’uso di Internet. Cresce sensibilmente anche il numero di studenti coinvolti

in fenomeni legati al cyberbullismo sia per quanto riguarda le vittime, che arrivano al 46%, sia per quanto riguarda i cyberbulli (29%). Poco meno di un quinto degli studenti afferma che, nel corso della sua vita, si è isolato per un tempo significativamente lungo (non considerando il periodo di lockdown dovuto all'emergenza sanitaria da COVID19) e fra questi il 17% degli studenti ha affermato di essere rimasto isolato volontariamente e che potrebbe avere le caratteristiche per una diagnosi "Hikikomori"<sup>6</sup>.

Facendo riferimento sempre all'anno 2021, si afferma che il 68% degli studenti dichiara di aver giocato ai videogame nel 2021, con una percentuale quasi doppia dei soggetti maschi rispetto alle femmine intervistate. (ESPAD®Italia)<sup>7</sup>

L'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli ha presentato ad Ottobre 2022 il **Libro Blu per il 2021**, pubblicazione annuale che riporta i dati principali relativi ai diversi settori da essa amministrati, tra cui il Gioco d'Azzardo legale, includendo le principali voci: Raccolta, Spesa, vincite, incassi erariali; nella cui indagine statistica è riportato il volume di denaro giocato in Italia nel 2021, aumentato del 21% rispetto al 2020, attestandosi sul valore di 111 miliardi di euro e facendo segnare un nuovo, triste record al quale si può aggiungere un dato significativo: la raccolta pro capite – calcolata sulla popolazione maggiorenne residente in Italia censita dall'ISTAT nel 2021 – che risulta pari a circa 2.229 euro.

Tabella a IX.30 - Raccolta, Vincite, Spesa, Erario				
Anno	Raccolta	Vincite	Spesa	Erario
2019	110.464,18	91.044,77	19.419,53	11.351,01
2020	88.254,88	75.302,52	12.952,32	7.236,31
2021	111.179,68	95.681,83	15.490,69	8.408,73

Fonte: elaborazione dati ADM Valori espressi in milioni di euro

Nella tabella sopra riportata si indicano: la Raccolta, cioè l'ammontare complessivo delle puntate effettuate dalla collettività dei giocatori, la Spesa che corrisponde alle perdite dei giocatori ed è data dalla differenza tra "raccolta" e "vincite" la quale corrisponde al "ricavo" della filiera (al lordo delle somme destinate all'Erario) e L'Erario che costituisce l'ammontare totale dell'imposizione fiscale che entra nelle casse pubbliche. Queste ultime, anche elencate come differenziale residuale tra Raccolta, Aggi e Vincite dei giochi sono state pari a 8,41 miliardi di euro per il 2021 (che corrisponde ad un 12% del totale delle entrate erariali) con un aumento del 16,16% rispetto al 2020 frutto anche e soprattutto dell'allentamento delle misure restrittive riferiti alla pandemia da Sars-Covid 19 nella seconda metà dell'anno e alla riapertura degli esercizi fisici.

<sup>6</sup>"Hikikomori", termine giapponese che significa "stare in disparte", viene utilizzato per indicare chi decide di ritirarsi dalla vita sociale per lunghi periodi, alle volte anni. Rinchiusi nella propria abitazione, evitano qualunque tipo di contatto diretto con il mondo esterno, talvolta anche con i familiari.) *Fondazione Umberto Veronesi ETS*

<sup>7</sup> ESPAD® Italia è una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e non, da parte degli studenti e delle studentesse di età compresa fra i 15 e i 19 anni frequentanti le scuole medie superiori italiane.

Per quanto riguarda il gioco on line, aumentato esponenzialmente nel 2020, non ha registrato una diminuzione in linea con l'allentamento delle restrizioni, anzi se ne è verificato un aumento nel 2021 con una Raccolta online che ha toccato quota 67,17 miliardi di euro (+36% rispetto al 2020).

## **1.2 Il Gioco D'Azzardo Patologico**

### **1.2.1 Cenni storici**

Per la maggior parte delle persone il gioco d'azzardo è un'attività ricreativa, un'esperienza sociale, una forma di intrattenimento e un'occasione per legare con gli amici intorno ad interessi comuni e rappresenta una dimensione fondamentale dell'esistenza umana presente sin nelle prime fasi di vita e via via seguendo l'evoluzione dell'individuo attraverso diversi passaggi assumendo diversi ruoli e caratteristiche e costituendo, come nelle parole di Fink *“una vera oasi della gioia”*<sup>8</sup> luogo di evasione, di affrancamento dalle tensioni psichiche e di “rifugio della mente” .

La parola “azzardo” deriva dal termine arabo *az-zhar*, che significa “dadi” e rimanda all'antichità di forme di gioco in cui si effettuavano scommesse sul numero che sarebbe uscito appunto nel lancio dei dadi definendolo perciò non solo una passione, ma una vera e propria tradizione millenaria ed indissolubilmente legato alla storia dell'umanità, che fin dai tempi antichissimi ama giocare d'azzardo, vivere l'eccitazione e l'adrenalina che esso regala.

Ricordando sempre la storia antica, in Cina sono rinvenuti i primi rudimentali giochi d'azzardo su piastrelle e nel IX secolo risalgono le prime carte da gioco con forme umane decorate che in Europa divennero successivamente i re e le regine raffigurate che noi oggi conosciamo, mentre in Egitto sono stati ritrovati i dadi più antichi finora conosciuti, confermando la pratica ludica d'azzardo e le scommesse come una componente umana fondamentale che lo ha accompagnato nell'evoluzione fino ai giorni nostri.

Gioco, che passione! Tavoli verdi, fiches, ruote che girano, carte che scorrono lungo il tavolo e alzano l'adrenalina a mille con una crescente voglia di giocare e di vincere, il tutto ambientato magari in un scintillante Casinò di Las Vegas.

### **1.2.2 La storia del gioco d'azzardo in Italia**

Anche in Italia il gioco d'azzardo ha una storia millenaria che risale al popolo dell'Antica Roma, testimoniato da diversi reperti archeologici rappresentati da preziosi affreschi ritrovati a Pompei, la città sepolta nel 79 D.C. dall'eruzione del Vesuvio, per proseguire storicamente con le prime forme rudimentali di Casinò e luoghi di ritrovo aditi al gioco, le cosiddette baratterie comparse tra la fine del Medioevo (metà del 15° sec.) e l'inizio del Rinascimento (fine 15° sec. - inizio 16° sec.) dove si giocava a dadi e carte; per non parlare poi degli artisti

---

<sup>8</sup> Fink E. *Oasi della gioia. Idee per una ontologia del gioco*. Salerno: 10/17 Cooperativa Ed; 1987: p. 27.

che hanno immortalato nei loro dipinti uomini intenti a giocare, un esempio ne è “I Bari”<sup>9</sup>, capolavoro di Caravaggio, che ritrae degli uomini impegnati nel gioco delle carte, un evidente segnale di quanto esso fosse diffuso nella società del tempo e facesse parte delle attività ludiche di vari ceti sociali popolari.

Non solo nella storia dell’arte, il gioco è diventato spesso anche tema dei grandi classici della letteratura italiana come dimostra l’indimenticabile “Il fu Mattia Pascal”<sup>10</sup>(1904), grande romanzo di Luigi Pirandello il cui gioco d’azzardo rappresenta una parte importante della trama, il mezzo con il quale lo scrittore costruisce il colpo di scena dell’opera: sarà una serie di esperienze fortunate al tavolo da gioco che daranno una seconda possibilità di vita al protagonista.

Fino al 1992 il gioco d’azzardo in Italia era sempre stato considerato una pratica ad alto rischio sociale, quindi le concessioni rilasciate erano riservate a poche lotterie e al totocalcio, mentre con i governi Amato (1992-1993) e Ciampi (1993-1994) le cose cambiano: gli esecutivi in cerca di fondi per finanziare la spesa pubblica cominciano a varare una serie di provvedimenti per aprire un nuovo mercato dell’azzardo allo scopo di usarlo come leva fiscale che con i governi Berlusconi dei primi anni duemila diventa una vera e propria economia del gioco d’azzardo, con la conseguente nascita e diffusione di grandi società concessionarie che diffondono in maniera capillare in tutto il Paese numerose tipologie di gioco iniziando un boom delle slot machine e dei Gratta e Vinci, figli di quegli anni e di precise volontà esecutive e bisogni economici dello Stato Italiano.

Ma cosa distingue il gioco d’azzardo nelle sue forme patologiche rispetto alla storia dell’attività ludica che, come abbiamo visto ha attraversato i secoli nelle sue varie forme e civiltà?

## Il LUCRO

è l’elemento che distingue

il gioco vero e proprio dal Gioco d’Azzardo

*“Sono giochi d’azzardo quelli nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria”* (art. 718-721 Codice Penale)

Analizzando il trend attuale di gioco nel nostro Paese, i giochi d’azzardo più diffusi sono: le **videolottery** e le **slot machine** (spesso chiamate ancora videopoker), i **gratta e vinci**, il **lotto** e il **superenalotto**, i **giochi al casinò**, il **"Win for life"**, le **scommesse sportive** o ippiche, il **bingo**, i **giochi online con vincite in denaro** (ad esempio, poker online).

Una delle forme di gioco più rappresentative del nostro Paese e, se vogliamo anche di folklore popolare è il gioco del Lotto, la cui istituzione è assegnata dagli storici al patrizio genovese Benedetto Gentili, in occasione

---

<sup>9</sup> Qual è il messaggio dell’opera I Bari di Caravaggio? (1594) Egli non realizzava mai delle opere prive di senso, anzi, in ogni suo lavoro, è presente un messaggio: in questa opera c’è la condanna di un vizio o di un malcostume, che in questo caso, è il vizio del gioco

<sup>10</sup> Nel romanzo, l’autore si sofferma sull’importanza del caso sottolineando l’incapacità dell’uomo di intervenire sugli avvenimenti che non può controllare. Pirandello mette in luce l’inettitudine del protagonista, che per caso vince al gioco, per caso viene a sapere della propria morte, e per caso è riconosciuto dalla moglie in quel cadavere a Miragno. Mattia si illude di poter cambiare vita (proprio come il giocatore medio fa con il Superenalotto); ma alla fine, Adriano Meis sarà costretto dalla sorte a ritornare ad essere Mattia Pascal, e la sua vita non sarà più quella di prima.

della nomina dei 120 candidati al "Serenissimo Collegio" del 1576, cui seguiranno negli anni numerose varianti fino a ad arrivare all'odierno SuperEnalotto che nell'immaginario collettivo offre la possibilità di vincite milionarie investendo somme esigue in assoluto più di ogni altro gioco basato sulla Fortuna. Il montepremi (più eventualmente il jackpot del concorso precedente) di ogni concorso viene suddiviso nelle 5 categorie di vincita e spartito tra i vincitori delle singole categorie.

Per quanto riguarda le scommesse sportive, si può dire che questa pratica risale all'epoca degli antichi Romani, importata dai Greci in cui si usava appunto, puntare su atleti in occasione di gare e giochi, ed attraversa la storia italiana sino alla nascita del Totocalcio come gioco a premi legale legato allo sport nel 1946 rimanendo sino ai giorni nostri una delle pratiche di gioco più diffuse in Italia.

Nel 1994 vien introdotto il "Gratta e Vinci", la prima lotteria istantanea che permette al giocatore di conoscere nell'immediato l'esito del gioco. Questo gioco ha però, conseguenze rilevanti sui giocatori che colpiti da frustrazione e delusione per la perdita, tentano compulsivamente la fortuna.

Il prezzo dei biglietti cartacei e del gioco on line è variabile, come la vincita possibile, fino ad un massimo di 2 Milioni di Euro, con una probabilità media di vincita di 1 biglietto ogni 3,60 ed una probabilità di vincere la cifra massima che si aggira intorno ad 1 ogni 6.000.000 di biglietti.

Prendiamo un caso che appare particolarmente estremo come essere colpiti da un fulmine: ogni anno muoiono 24mila persone per questo evento, il che evidenzia che la probabilità di essere uccisi da un fulmine è pari a una su 300mila l'anno e che lo rende più probabile rispetto alla vittoria della cifra massima dei Gratta e Vinci. Volendo fare un accenno ai giochi al Casinò si può ricordare l'apertura ufficiale del primo aperto in Italia, il casinò di Sanremo, inaugurato ufficialmente nel 1905 (In realtà il primo vero casinò nel nostro paese è stato quello di Venezia, aperto per la prima volta nel 1638, ma chiuso nel 1774 prima di essere infine riaperto negli anni '50). Questi mondi dediti al gioco ed alle scommesse hanno riscontrato un enorme successo negli anni precedenti ma ora sono stati pressoché sostituiti dalle piattaforme digitali che offrono la possibilità di usufruire dei classici giochi dei Casinò tradizionali (roulette, black jack, sette e mezzo, poker...) in ogni luogo, anche da casa e con qualsiasi cifra desiderata, il che può avere disastrose conseguenze per la facilità dell'uso del denaro per giocare e dalla mancanza di alcun possibile controllo da parte di familiari e amici.

Parlando infine delle famose e quanto mai utilizzate VLT (i famosi video poker), la loro comparsa in Italia risale al 1995 ed al cui tempo era permessa solo la vincita di oggetti/premi non convertibili, successivamente modificate con l'entrata in scena del AWP che prevedeva premi in denaro non superiori ai 100 Euro ed infine, nel 2009 per far fronte ai danni e alla ricostruzione delle zone terremotate **lo Stato italiano introduce, appunto le VLT**: queste slot machine digitali offrono premi in denaro fino a 5mila euro e sono chiamate a restituire "l'85% delle somme giocate"

### 1.2.3 Definizioni di Gioco d'Azzardo e criteri diagnostici

La convinzione che il gioco possa in un qualche modo produrre una fonte di guadagno è un discorso affrontato negli ultimi decenni, in un'epoca di grandi cambiamenti culturali e di perdita di identità ed in molti casi del senso del dovere e della fatica, cercando nelle "cose facili" una fortuna che molto spesso non si raggiungerà mai.

*Il gioco non deve produrre, il lavoro deve produrre, lo studio, ma il gioco è una realtà improduttiva. Se il gioco produce o fa perdere qualcosa nella vita reale, ecco che allora non è più gioco, è un'altra cosa....<sup>11</sup>* e perde la sua connotazione di libertà, divenendo una sorta di trappola, di costrizione che ci obbliga a giocare sulla base di un impulso, di una patologia, della dipendenza trasformando il piacere millenario del gioco in tutt'altra cosa da esso.

La lunga storia del gioco d'azzardo come problematica sociale, la sua eterogeneità e le sue diverse finalità hanno fatto sì che negli anni esso venisse definito ed etichettato in modi svariati fino a giungere alla sua attuale definizione scientifica di Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P.) che vede i termini quali: "giocatore problematico", "a rischio", "eccessivo", "patologico" i connotati con i quali vengono definiti i soggetti a seconda del livello di rischio e compromissione della sfera individuale e sociale che il gioco stesso comporta nella loro vita.

In ogni classificazione è tuttavia presente il limite di utilizzare uno solo, o un numero molto limitato di criteri ed il rischio che si corre è che vengano inclusi sotto la denominazione di giocatori patologici anche soggetti che, tutto al più, possono essere definiti come giocatori problematici o come soggetti con problemi di gioco. Il tentativo di individuare criteri certi e oggettivi per diagnosticare il disturbo da GAP viene compiuto dall'American Psychiatric Association che nel 1994 propone la classificazione ancora oggi più comunemente utilizzata.

Il DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO è descritto dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) come *"uno stato che compromette sia la salute psico-fisica del giocatore sia la sfera lavorativa e relazionale dell'individuo, a causa dei problemi economici e legali conseguenti"*.<sup>12</sup>

Riclassificato tra i *Disturbi Correlati alle Sostanze e Dipendenze* per le sue similarità con i disturbi propri delle dipendenze da alcol e le altre sostanze d'abuso, in particolare è stato posto nella sotto-categoria Disturbo non correlato all'uso di sostanze. La denominazione viene modificata dal DSM-5<sup>13</sup> da Gioco d'Azzardo Patologico a Disturbo da Gioco d'Azzardo. (Traduzione dall'originale lingua inglese di **GAMBLING DISORDER**)

---

<sup>11</sup> Dottor Mauro Croce Convegno "Giocati dal gioco" Busto Arsizio, 2007, pag.2

<sup>12</sup> Tratto da ISS. Gioco D'Azzardo. Pubblicato 13/11/2019 - Modificato 30/05/2022

<sup>13</sup> **Che cos'è il DSM?** Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali è una raccolta di tutte le caratteristiche peculiari delle malattie psichiche e mentali conosciute, comprensiva dei rispettivi criteri per la diagnosi. Redatto dall'Associazione Psichiatrica Americana, l'ultima versione - la quinta - è stata pubblicata il 18 maggio 2013.

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo nel DSM-5, è una dipendenza comportamentale che viene perciò definita con le stesse caratteristiche delle dipendenze da sostanze, anche se in questo caso l'oggetto della dipendenza è un comportamento diagnosticato se perdura da almeno 12 mesi, anche se nella realtà gli effetti negativi e le ricadute socio-relazionali possono manifestarsi con evidenza già dopo pochi mesi, in relazione a quanto la persona si espone dal punto di vista economico e temporale rispetto al gioco.

La formulazione di una qualsiasi diagnosi clinica si appoggia a specifici criteri diagnostici che hanno lo scopo di proporre una definizione univoca ed una delimitazione dei segni e dei sintomi che caratterizzano i molteplici disturbi elencati nel DSM-5, ove rientra, appunto anche il Gambling Disorder.

### **CRITERI DIAGNOSTICI:**

**A)** Comportamento da gioco d'azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo, come indicato dalla presenza nell'individuo di 4 (o più) dei seguenti sintomi per un periodo di almeno 12 mesi:

1. Necessità di giocare una **quantità crescente di denaro** con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata.
2. È **irritabile o irrequieto** quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
3. Ha effettuato ripetuti **sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere** il gioco d'azzardo.
4. È spesso **preoccupato per il gioco d'azzardo** (per esempio, ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere denaro con cui giocare).
5. Spesso **gioca quando si sente in difficoltà** (per esempio, assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso).
6. Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (**perdite "inseguite"**).
7. Racconta **bugie per nascondere** il coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
8. Ha messo a **repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera** a causa del gioco d'azzardo.
9. **Si basa su altri per cercare denaro** per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

**B)** Il comportamento da gioco d'azzardo non è meglio descritto da un episodio maniacale.

Inoltre, questa classificazione consente di definire il disturbo come:

**LIEVE**

**MODERATO**

**GRAVE**

(soddisfatti 4-5 criteri) (soddisfatti 6-7 criteri) (soddisfatti 8-9 criteri)

La preoccupazione causata dal gioco d'azzardo e la "rincorsa" delle perdite sono spesso correlate a un disturbo lieve, mentre mettere in pericolo le relazioni e confidare sugli altri per ottenere denaro sono tipicamente condizioni che si manifestano tardivamente, e molto spesso sono correlate a un Disturbo da Gioco d'Azzardo grave

#### 1.2.4 Perché giochiamo? Le distorsioni cognitive ed il “caso”

Molto spesso nei giocatori problematici si innescano meccanismi psicologici secondo cui le convinzioni legate alla “fortuna” nel rapporto con i numeri, con le carte, nel gioco in generale vengono intese come vere e proprie teorie che sostengono continuamente il soggetto nel suo comportamento problematico ed a un reiterato coinvolgimento nonostante le evidenti perdite. Queste condotte disfunzionali di elaborazione del gioco sono correlate alla gravità del comportamento problematico stesso, in quanto aumentano di pari passo con l’aumentare dell’intensità del gioco e si influenzano a vicenda in una spirale senza fine che porta inesorabilmente a gravi conseguenze per il soggetto e le sue relazioni familiari e sociali.

**Le distorsioni cognitive tipiche dei giocatori patologici sono le seguenti:**

- ✓ **ILLUSIONE DEL CONTROLLO:** Si tratta della convinzione che i risultati del gioco dipendano più dalle proprie azioni che dal destino, ciò portando la persona a pensare di essere in grado di controllare da sola le partite e i suoi risultati arriva a convincersi di questa distorsione che lo spinge ovviamente, a continuare a giocare. Frasi come: “Ho un metodo infallibile per vincere!” “*So controllare il gioco, so quando devo smettere*”<sup>14</sup>
- ✓ **SUPERSTIZIONI O CORRELAZIONE ILLUSORIA:** Sono associazioni accidentali tra un determinato evento/condotta e un premio che spingono il giocatore a credere che il suddetto evento aumenti la probabilità di vittoria (può essere paragonato all’abitudine di portare un amuleto o eseguire un determinato rituale) in letteratura definito come “pensiero magico” che nella realtà non ha alcuna associazione diretta con la probabilità di vincita o perdita. Un esempio di questa distorsione cognitiva potrebbe essere: “Se tiro i dadi mentre sono girato di schiena, otterrò un punteggio maggiore”.
- ✓ **PERSONIFICAZIONE DELLA MACCHINA:** Si tratta dell’attribuzione di determinate caratteristiche animate agli stessi macchinari od oggetti con cui di solito avviene il gioco, portando alla convinzione che sia la macchina stessa la causa dell’inganno, della confusione nelle decisioni, la sfortuna nella perdita o al contrario la causa di una vittoria. Questo processo di antropomorfizzazione, cioè attribuzione di caratteristiche umane come intenzione, stati mentali, fortuna/sfortuna può far protrarre il tempo di gioco, con conseguenti disastrose perdite economiche che il soggetto non attribuisce totalmente alla propria intenzionalità.
- ✓ **LE QUASI VINCITE (NEAR MISS):** E’ una situazione che si verifica ogni qualvolta il risultato ottenuto non conduce direttamente alla vincita sperata, ma presenta gli elementi che inducono il giocatore a pensare di “averla sfiorata” diventando fonte di motivazione ed incoraggiamento ad insistere nel gioco per giungere ad una vincita percepita dunque come imminente. Questo meccanismo è ben conosciuto dai costruttori di slot-machines e viene “sfruttato” nel loro funzionamento aggiungendo effetti musicali ad una quasi-vincita (es. tutti i simboli vincenti tranne uno) con l’effetto di rinforzare l’idea di essere quasi vicini sostenendo la distruttiva continuazione del gioco. Gli effetti musicali inseriti in una sequenza che

---

<sup>14</sup> I.Colozzi,C.Landuzzi,D.Panebianco “*Se mi togliete il gioco divento matto*” Franco Angeli 2017 pag.71

rappresenta una quasi-vincita, sono gli stessi di quelli che si attivano nel caso di una vera vincita. Un caso molto significativo e diffuso avviene ogni qualvolta nel biglietto Gratta e Vinci escono i numeri precedente e antecedente il numero atteso il giocatore percepisce ciò come una vincita sfiorata per un pelo e ciò lo renderà impaziente nell'acquisto di un successivo biglietto nel tentativo di rincorrere la cifra fortunata persa per un solo numero di differenza.

- ✓ **LA FALLACIA DI MONTECARLO (CALCOLO PROBABILITÀ):** I giocatori sono convinti che le probabilità di un evento siano cumulative e non dipendenti tra di loro, sovrastimando la probabilità di vincere in seguito ad una nutrita sequenza di perdite (un esempio di tale fallacia è la convinzione che “se per quattro volte è uscito il nero, allora è più probabile che esca il rosso”). L'individuo crede perciò erroneamente che un determinato evento casuale sia meno probabile o più probabile che accada in base al risultato di un evento o di una serie di eventi precedenti.

Date tre sequenze numeriche:

- 1) 7-15-28-48-79-86
- 2) 10-20-30-40-50-60
- 3) 1-2-3-4-5-6

Qual è la più probabile che esca nella prossima giocata, ad esempio al Lotto?

Si pensa, erroneamente che sia la numero 1 per una distribuzione disomogenea di numeri, in realtà tutte e tre hanno la stessa probabilità in un range di 90 numeri disponibili!

- ✓ **FREQUENZA ASSOLUTA (MEMORIA SELETTIVA DELLE VINCITE):** I giocatori tendono a prendere in considerazione solo le vittorie tralasciando le sconfitte, ricordando e discutendone in modo selettivo con altre persone, evitando totalmente ogni riferimento al denaro perduto, concentrandosi solo sulle puntate fortunate (es. “Oggi ho vinto 100 euro”) ma senza specificare di aver magari giocato molto di più e quindi, per differenza, di aver di fatto perso.

Questi sono alcuni esempi di distorsioni cognitive tipiche dei giocatori d'azzardo patologici che influenzano pesantemente il numero e la quantità di denaro giocati e che soprattutto, indipendentemente da qualche evento fortunato di vincita solitamente seguito da molte perdite, alimentano lo scopo fondamentale della filiera del gioco che è quella di continuare a giocare proseguendo nella propria dipendenza dal gioco.

E il **CASO**?

La Fortuna, come si sa per definizione è cieca, contrariamente all'opinione di quasi tutti i giocatori d'azzardo i quali riferiscono di avere la convinzione di essere stati almeno una volta “guardati” dalla dea bendata, non casualmente ma perché scelti e premiati secondo una misteriosa logica. Essendo il caso che regola i giochi d'azzardo, il giocatore in teoria dovrebbe essere in grado di riconoscerne l'imprevedibilità e scoraggiato dalle leggi probabilistiche, prendere la cosa per quello che è e provare “a caso” a indovinare la combinazione giusta senza tanto accanimento oppure in alternativa lasciar perdere addirittura; situazione che nella realtà dei giocatori patologici non avviene mai in quanto il soggetto negando l'ingovernabilità del caso sceglie di giocare d'azzardo con la convinzione di riuscire, per tentativi a individuare la logica sottostante per prevedere e controllarne le circostanze fortunate e quindi ottenere la somma desiderata, convincendosi sempre di più che

“se si impegnerà seriamente nel gioco” sarà ricompensato dalla Fortuna. L’abilità nel gioco acquisita con la pratica e l’allenamento non hanno nulla a che fare con la manipolazione della casualità e non possono in alcun modo aumentare le probabilità di vincita quando è solo ed esclusivamente il caso che detta le regole dei giochi d’azzardo.

### 1.2.5 Tipologie di giocatori

Una classificazione tipologica è giustificata dalla presenza di gruppi eterogenei di giocatori che, pur avendo molti sintomi e comportamenti sovrapponibili, manifestano una disomogeneità di fondo che incide significativamente sul trattamento e sulla prognosi e che rende perciò difficile individuare un unico profilo-tipico di giocatore problematico in quanto come avviene nelle altre dipendenze, persone molto diverse tra loro possono sviluppare comportamenti di consumo compulsivo ed incontrollato in varie modalità e di varia intensità, nonostante sia noto scientificamente che il gioco d’azzardo può essere progressivo ed è caratterizzato da tre principali stadi, ai quali corrispondono tre tipologie di giocatore: informale e ricreativo, problematico e patologico.

Il **giocatore informale e ricreativo** solitamente si approccia ad un gioco saltuario e ad una spesa contenuta rispetto alle proprie possibilità economiche ed ha un certo grado di consapevolezza dei potenziali rischi a cui può andare incontro, ma allo stesso tempo il rischio è quello di sperimentare l’effetto gratificante che può essere percepito come sedativo di pensieri negativi o ansie esistenziali e portare dunque ad un incremento di gioco. Un esempio tipico è acquistare un gratta e vinci in tabaccheria saltuariamente come complementare ad altre spese (non c’è la volontà di entrare in tali esercizi appositamente, ma per esempio per acquistare tabacchi o affini) o la partecipazione di gruppo alla giocata di sistemi sportivi in occasione di determinate competizioni. Quando aumenta il tempo trascorso giocando, il denaro speso e la periodicità della ricerca dello stimolo si parla di **giocatore problematico**, caratterizzato dalla comparsa di pensieri ricorrenti, ricerca di luoghi sempre più specializzati e con più offerta accompagnati da distorsioni cognitive e fantasie di "super vincite" considerati segnali sentinella che presuppongono una necessaria diagnosi precoce e un intervento immediato. Nel terzo e ultimo stadio il **giocatore** è definito **patologico** ed il gioco d’azzardo si caratterizza come una vera dipendenza con andamento cronico e recidivo, la cui fruizione diventa quotidiana ed intensiva percependo nell’individuo un forte desiderio a cui non riesce a resistere (*craving*) manifestando sentimenti di inquietudine quando è impossibilitato a giocare, disposto a spendere somme elevate e anche ad indebitarsi con conseguenti forti ripercussioni sia a livello personale che sociale (spesso l’individuo inizia a mentire a chi gli è vicino, modifica le sue abitudini alimentari e la sua puntualità) rendendo necessaria una diagnosi, cura e riabilitazione.

In Italia secondo i risultati dello studio condotto dall’Istituto di Fisiologia Clinica del Centro Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) sulla base dei dati raccolti attraverso l’Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs (IPSAD 2013-2014) circa 17 milioni di individui hanno giocato somme di denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi precedenti l’intervista e di questi oltre 5,5 milioni sono giovani adulti tra i 15 e i 34 anni.

I risultati mostrano che poco meno del 15% dei giocatori presenta un comportamento di gioco definibile a basso rischio, il 4% un comportamento a rischio moderato e l'1,6% un comportamento di gioco problematico con una prevalenza maggiore del genere maschile a rischio moderato/problematico rispetto alle donne (6% vs 4%). Alla luce di questi dati, da un punto di vista statistico, possiamo affermare che **in Italia una persona ogni 60 presenta un comportamento di gioco problematico** con un aumento esponenziale delle occasioni di gioco negli ultimi anni sia a causa delle piattaforme on-line che consentono di scommettere in qualsiasi momento e da qualsiasi luogo, rendendo di fatto molto più semplice nascondere il proprio problema, sia a causa dell'introduzione di nuove modalità di giochi con ricompensa immediata, (pensiamo ad esempio al gratta e vinci oppure alle nuove varianti del tradizionale gioco del lotto con estrazioni ogni cinque minuti) senza tralasciare il fatto che *“minore è il tempo che passa dalla giocata al suo esito maggiore e il livello di dipendenza che si crea”* (Harris, Griffiths, 2018).<sup>15</sup>

### 1.2.6 Le fasi del Gioco d'Azzardo: il diagramma di Custer

Robert Custer, uno dei principali studiosi del Gioco d'Azzardo Patologico parte dall'idea che esso sia una problematica sì complessa ma trattabile e nei suoi studi (1983) osserva che tutti i giocatori arrivano alla dipendenza dopo aver passato stadi comuni, individuando 6 fasi che racchiudono tale progressione, il cui contributo scientifico risulta quanto mai attuale:

#### 1) Fase della “vincita”

Inizialmente, durante le prime fasi di sperimentazione dell'azzardo il giocatore ha la netta impressione di vincere denaro facilmente, di essere in un periodo fortunato e di diventare sempre più abile nel gioco sentendosi incoraggiato ad aumentare sia la frequenza delle giocate che il denaro scommesso. Tale impressione si dimostra per lo più di carattere personale, causata da una percezione selettiva: si tiene conto soprattutto degli esiti positivi e non di quelli negativi, conducendo il giocatore a convincersi che sia facile ricavare denaro dal gioco, sia che la vincita iniziale esista realmente sia che venga solamente presunta. Logicamente vincite e perdite si alternano, ma è difficile in quel momento tener conto delle perdite reali dal momento che spesso l'umore è euforico, la persona è iper-ottimista ed il gioco è vissuto come uno svago dai problemi quotidiani, distrazione dai problemi e dispiaceri vissuti, mantenendo sempre un certo controllo su di esso.

#### 2) Fase della perdita ed inseguimento delle perdite

Prima o poi il giocatore diventa consapevole che la matematica dell'azzardo gli sta facendo perdere continuamente soldi e mentre in precedenza si sentiva baciato dalla fortuna, questa volta interpreta le perdite come un fallimento personale e un voltafaccia della sorte che talvolta lo fa sospettare di giochi truccati al fine di fargli perdere il suo denaro. Le perdite sono ormai diventate importanti e il coinvolgimento eccessivo nel

---

<sup>15</sup> Harris, A., Griffiths, M.D. *The Impact of Speed of Play in Gambling on Psychological and Behavioural Factors: A Critical Review*. J Gambl Stud 34, 393–412 (2018)

gioco viene nascosto ai familiari nel tentativo di rientrare di tutto il denaro per poi interrompere, portandolo continuamente a giocare per rifarsi delle delusioni, scommettendo cifre sempre più elevate allargando sempre di più il buco economico, perché nel gioco d'azzardo vale la regola (statistica) che più si gioca più si perde. L'impossibilità di trovare una soluzione altera in modo significativo l'umore del soggetto che diventa ansioso, insonne, inappetente, irritabile evitando i contatti con i familiari e gli amici, chiudendosi nel silenzio trova scuse sempre meno credibili per giustificare il proprio comportamento e la mancanza di denaro fino ad arrivare a sviluppare vere e proprie patologie da stress, come gastrite, ulcera, ipertensione. La vita in famiglia diventa molto conflittuale a volte con atti di violenza agita o subita ed aumentano di pari passo le comorbidità con altre sostanze d'abuso (alcol, tabacco...). Può iniziare a indebitarsi con amici, parenti, banche, società finanziarie, in certi casi anche affidandosi al mercato nero dei prestiti in un vortice ormai difficile da gestire il cui pensiero del gioco e del denaro prendono il completo sopravvento nella mente e nelle attività del giocatore.

### 3) Fase della disperazione

Prima o poi diventa evidente che i debiti non sono più pagabili e nuovi prestiti vengono rifiutati, in un quadro economico fortemente compromesso le spese di famiglia sono ridotte all'osso e comunque non sono garantite così come i progetti per il futuro dei coniugi e dei figli che alimentano angoscia e disperazione e fanno della disperata ricerca del colpo grosso l'unica cosa che gli dà la tenue speranza di risolvere i suoi problemi. Si vendono beni di famiglia che poi si fingono smarriti o rubati pur di procurarsi denaro per giocare e non raramente si arriva a compiere anche reati: falsificazione di firme sugli assegni, appropriazione di denaro della ditta dove si lavora, furti, truffe, talvolta vere e proprie rapine in negozi o banche; a cui parallelamente seguono pensieri suicidari e qualche volta il tentativo viene compiuto realmente. Nonostante da qualche parte ci sia la consapevolezza che non è più possibile recuperare le perdite, il soggetto continua a giocare in quanto in questa fase il controllo del gioco è completamente perso e spesso a chiedere aiuto sono gli stessi familiari che, scoperto il problema, lo costringono a non maneggiare più il denaro e a rivolgersi ai Servizi per uscire dalla disperazione.

E' appunto in questa fase molto delicata e difficile da affrontare che avviene, sovente da parte delle relazioni più vicine al soggetto o talvolta dal giocare stesso la richiesta di aiuto, suddivisa nelle successive 3 fasi del diagramma di Custer:

### 4) Fase critica

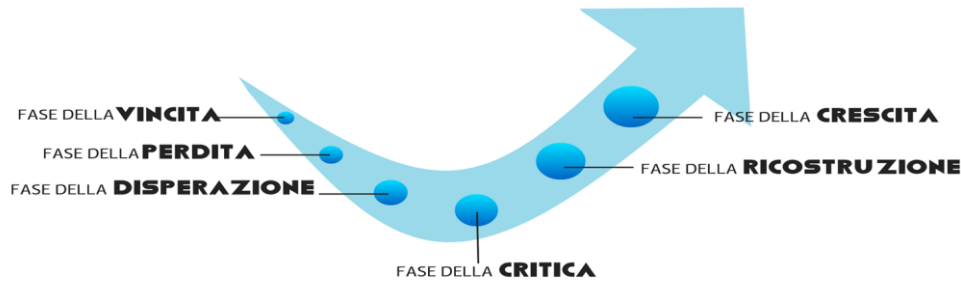
La richiesta di aiuto che viene appunto, nella maggior parte dei casi dai familiari e talvolta dal soggetto (costretto spesso a farlo per problemi legali) rappresenta un tentativo di cambiamento e di smettere di giocare e una seppur minima, nuova speranza che costituisce questa fase in cui, attraverso un aiuto professionale il giocatore inizia a prendere decisioni e programma un piano di risoluzione dei problemi sia affettivi che legali e di risarcimento.

### 5) Fase della ricostruzione

Rappresenta la fase intermedia della terapia ed è caratterizzata da un miglioramento dei rapporti coi familiari, un ritorno al rispetto di sé stessi, una progettazione di nuovi obiettivi, un ampliamento ed eterogeneità delle proprie reti sociali e una maggiore serenità e diminuzione dello stress.

### 6) Fase della crescita

In quest'ultima fase nel giocatore in terapia diminuisce la preoccupazione legata al gioco, vi è un continuo miglioramento della capacità di introspezione ed una maggior comprensione per gli altri verso i quali vengono nuovamente provati sentimenti di affetto.



*Il Diagramma di Custer*

### **1.2.7. Un breve excursus del fenomeno in letteratura**

In questo capitolo si è cercato di illustrare un processo di sintesi utile sia a livello didattico che terapeutico della dipendenza da gioco patologico, precisando l'importanza dell'unicità di ogni persona e delle differenti tempistiche necessarie alla riuscita del trattamento, anch'esse soggettive; che possono variare da qualche mese a svariati anni e purtroppo non sempre possono avere un successo completo evitando definitivamente il rischio sempre alto di ricadute tenendo sempre in mente l'obiettivo principale e più comune che i professionisti si pongono, negoziandolo con gli utenti, nei progetti terapeutici: quello relativo all'incremento di una rete sociale efficace che possa essere di supporto alla persona per combattere la propria dipendenza.

La letteratura scientifica e statistica riguardante tale argomento risulta relativamente giovane ma altresì ricca di spunti di riflessione quali strumenti indispensabili per i professionisti del settore e chiunque a vario titolo sia coinvolto nella gestione della dipendenza. Uno spunto importante per la stesura di questo elaborato proviene dalla ricerca della fondazione I.P.S.S.E.R. nel territorio bolognese effettuata nel 2014 con la collaborazione di vari Ser.D., gruppi di Aiuto Mutuo Aiuto e Giocatori Anonimi dei vari Comuni interessati allo scopo di approfondire la conoscenza del fenomeno direttamente dalle testimonianze dei cittadini e dei familiari coinvolti per darne voce e trarne spunti di riflessione oltre che dati statistici a supporto della dilagazione del problema in tutto il territorio nazionale.

Svariati studi di ricerca da parte di studiosi e docenti universitari americani e non solo si sono concentrati sull'aspetto relazionale seguendo il filone della *gambling social network analysis* portando alla luce l'importanza dell'analisi delle tipologie di relazioni e la dipendenza, indagando quanto *la frequenza e la gravità dei problemi di gioco d'azzardo fossero associati a diverse caratteristiche della rete tra amici, familiari e colleghi di lavoro come modo innovativo di guardare alle relazioni tra individui*. Un rapporto di ricerca

“Analisi egocentrica dei social network del gioco d'azzardo patologico”<sup>16</sup> pubblicato nel 2012 coinvolse 40 giocatori d'azzardo abituali (22 giocatori non patologici e 18 giocatori patologici) ed attraverso questionari di laboratorio e somministrazione di interviste mise in luce le differenze compositive e la causa-effetto delle reti dei vari giocatori: laddove le relazioni sono compromesse e le reti sono povere e/o omofili (i giocatori d'azzardo tendono ad essere più vicini agli altri giocatori d'azzardo) si ha la tendenza ad un impoverimento continuo e ad un rafforzamento dei comportamenti di dipendenza impoverendo sempre di più le relazioni per la capacità del gioco di “risucchiare” qualsiasi momento della vita del giocatore privandolo di altri interessi che non siano appunto il gioco stesso, creando un vortice che autodistrugge le già spesso scarse relazioni esistenti. Molti spunti di ricerca e pubblicazioni a livello nazionale provengono dal dott. G. Bellio<sup>17</sup>, medico specialista in Psichiatria, psicoterapeuta e formatore in tema di disturbo da gioco d'azzardo che con il suo costante lavoro scientifico e sul campo ha dato e continua a fornire un prezioso aiuto per contrastare il fenomeno suggerendo strade per studi ed interventi futuri, sempre incentrati non solo sulla descrizione e conoscenza della dipendenza a livello diagnostico ma e soprattutto ponendo il focus sull'aspetto relazionale; laddove l'*addiction* nasce e si può anche in qualche modo risolvere intervenendo proprio sulle reti di cui il soggetto è parte. Il campo della letteratura scientifica e della ricerca sulla tematica in questione risulta di fondamentale importanza per la progettazione di interventi che siano davvero rispondenti alle esigenze dei soggetti e delle famiglie coinvolte ed il meno possibile “preconfezionati” da servizi e professionisti poco attenti e formati nella conoscenza della realtà sociale che li circonda.

Nel prossimo capitolo si cercherà di entrare nel concreto dell'offerta Servizi per le dipendenze contestualizzandoli a livello territoriale e normativo partendo dal livello nazionale, passando dalla Regione Veneto per arrivare alla descrizione dei Ser.D. dell'Azienda Ulss5 Polesana senza mai tralasciare preziosi modelli di studio e ricerca che orientano l'operato come il modello di Blaszczynski e Nower superando convinzioni di completezza quantitativa e qualitativa dei trattamenti in una necessaria logica di miglioramento continuo e critica costruttiva per un futuro che porterà a sempre più complesse sfide alle quali i professionisti dovranno tener conto molto spesso cambiando ottica di intervento rispetto alla realtà odierna.

---

<sup>16</sup>Rapporto di ricerca “*Egocentric Social Network Analysis of pathological Gambling*” Matthew K.Meise,Allan D.Clifton,James MacKillop,Joshua D. Miller,W. Keith Campbell,Adam S. Goodie. Pubblicato per la prima volta:16 ottobre 2012

<sup>17</sup>Graziano Bellio. Medico, specialista in Psichiatria, psicoterapeuta e formatore. Ex direttore del servizio dipendenze, del servizio di alcologia e dipartimento per le dipendenze di Castelfranco Veneto (TV). Nel 2002, con l'aiuto di una collega psicologa, ha avviato l'Ambulatorio Specialistico per il Gioco Problematico nel Ser.D. di Castelfranco Veneto. Nel 2014 ha pubblicato con Mauro Croce il “Manuale sul gioco d'azzardo”, Franco Angeli Editore. Ha scritto inoltre vari articoli e capitoli di libri, soprattutto in tema di disturbo da gioco d'azzardo, spesso in collaborazione con la psicologa Amelia Fiorin e altri colleghi.

## **CAPITOLO 2**

### **LA RISPOSTA DEI SERVIZI E IL RUOLO DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

#### **2.1 Problematiche sanitarie e sociali connesse al Gioco d'Azzardo Patologico**

Il gioco patologico è riconosciuto oggi come una vera e propria dipendenza, una problematica di natura sanitaria e sociale che trova riscontro anche dal punto di vista prettamente medico-diagnostico grazie a moderne indagini di investigazione delle funzioni del cervello attraverso la radiologia per immagini (PET, Risonanza Magnetica); e la determinazione dei livelli di agenti chimici coinvolti nelle funzioni cerebrali vedono nel sistema nervoso del soggetto con dipendenza da gioco le stesse dinamiche che si rivelano nel cervello delle persone con dipendenza da sostanze in quanto i meccanismi cerebrali che sono alla base dello sviluppo e del mantenimento della dipendenza sono i medesimi sia nel caso di un coinvolgimento con alcool o droghe, sia ci si trovi di fronte ad un comportamento di gioco eccessivo, dimostrando frequentemente la sofferenza di disturbi fisici soprattutto conseguenti dello stato di stress cronico ed in modo complementare ad un abuso di alcool e/o tabacco (gastrite cronica, ipertensione nervosa, cardiopatia, disturbi epatici...)

Un altro elemento importante è la frequente associazione del gioco eccessivo a disordini di natura psichica quale l'ansia e la depressione, i disturbi bipolari, la tendenza all'impulsività ed altri disturbi del comportamento, oltre che a stati depressivi gravi con pensieri suicidari frequenti nei giocatori in difficoltà che richiedono perciò trattamenti specifici attuati da professionisti del settore.

Oltre ai disturbi fisici e psichici il gioco d'azzardo eccessivo si associa a problematiche di tipo relazionale e familiare, isolamento sociale, problemi lavorativi e/o scolastici, problemi di natura economica e talvolta anche problemi legali rendendolo un fenomeno complesso in grado di coinvolgere l'individuo e l'ambiente intorno a lui in modo del tutto simile alle dipendenze da sostanze.

##### **2.1.1. Il debutto degli ambulatori pubblici per il D.G.A.: inserimento nei LEA**

Le prime esperienze di attività assistenziali rivolte ai giocatori d'azzardo nei servizi pubblici risalgono agli anni 2000, periodo in cui ai servizi per le dipendenze (storicamente definiti "Servizi per le Tossicodipendenze" Ser.T.) si rivolgevano i primissimi soggetti che presentavano uno stato di disagio a tratti simile a quello delle persone con dipendenza da sostanza mostrando una sostanziale difficoltà a sospendere il comportamento di gioco seppure riconosciuto da loro stessi e dalle loro reti familiari e amicali come dannoso. Con la Legge 79 del 2014 sono stati ridenominati i servizi pubblici: Ser.D. (Servizi Pubblici per le Dipendenze) evidenziandone un cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto: non si tratta più di assistere solamente tossicodipendenti e soggetti con problemi di abuso di alcool ma di fornire servizi di elevata specializzazione nel trattamento di diverse tipologie di patologie da dipendenza sia da sostanze illegali e legali che senza sostanza.

La crescente diffusione del fenomeno del gioco d'azzardo ha portato ad un fondamentale passo verso il riconoscimento ufficiale e la piena istituzionalizzazione della problematica: l'inserimento dell'assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenza patologica da gioco d'azzardo nei cosiddetti nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) nell'anno 2016 che consistono in tutte le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse e contributi) entrato ufficialmente in vigore il 18 Marzo 2017 sulla Gazzetta Ufficiale con la pubblicazione del nuovo decreto sui livelli essenziali di assistenza comprendenti anche la cura e la prevenzione del gioco d'azzardo patologico. In base a questo nuovo, importante aggiornamento al Servizio Sanitario Nazionale competono percorsi di cura a chi presenta forme di dipendenza dal gioco d'azzardo e mette in campo anche progetti di prevenzione impegnando lo Stato nella presa in carico non solo dei singoli giocatori ma anche delle loro famiglie in un concetto di salute non solo come assenza di malattia ma come benessere generale psico-fisico e sociale.

### **2.1.2 L'Azienda Ulss5 Polesana e la U.O.C. Ser.D.**

L'Azienda Ulss 5 Polesana (suddivisa territorialmente nei Distretti 1 che comprende il territorio di Rovigo, Badia Polesine e la zona dell'Alto Polesine e 2 con giurisdizione nei territori di Adria, Taglio di Po e la zona del Basso Polesine) concorre alla realizzazione e all'ottimizzazione della Mission del Servizio Sanitario della Regione Veneto contribuendo alla promozione, al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività per la popolazione di riferimento e per l'insieme dei cittadini presenti sul territorio in condizioni di bisogno e di assistenza. Assicura inoltre la disponibilità e l'accesso ai Servizi e alle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come definiti dalla programmazione Nazionale, Regionale e Locale avvalendosi altresì delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e conformando la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

I valori di riferimento di cui l'Azienda ULSS5 Polesana tiene conto per il suo mandato istituzionale sono così sintetizzati:

- **CENTRALITÀ DEL CITTADINO:** si realizza ponendo particolare attenzione alle necessità del soggetto che riguardano la privacy, la garanzia della sua partecipazione, l'individuazione dei bisogni di salute passando attraverso l'organizzazione del Servizio, il monitoraggio dei risultati, il sostegno all'empowerment, la valorizzazione delle sue potenzialità con l'adozione di politiche e strumenti che favoriscano la trasparenza dei processi.
- **UGUAGLIANZA ed IMPARZIALITÀ:** si ottengono escludendo ogni possibile discriminazione riguardo razza, nazionalità, sesso, età, religione e convinzione politica, garantendo così la parità di condizione del Servizio erogato.

- **EFFICACIA ED EFFICIENZA:** in un'ottica di continuo miglioramento dei Servizi, adottando le soluzioni tecnologiche, organizzative e procedurali più funzionali in riferimento agli standard Nazionali e Regionali per rimodulare l'offerta sanitaria dell'ASL rispetto al budget assegnato;
- **EQUITÀ:** l'Azienda si impegna a garantire livelli idonei e adeguati di assistenza a tutti i cittadini residenti a prescindere dal territorio di appartenenza;
- **DIRITTO DI SCELTA:** in base al quale il cittadino può scegliere la struttura sanitaria che meglio risponde alle proprie esigenze, fermo restando il dovere dei sanitari di indirizzare il paziente presso la sede aziendale più opportuna in base alle esigenze sociosanitarie personali.

All'interno della complessa rete aziendale sopra descritta trova ubicazione la U.O.C. Ser.D. (Unità Operativa Complessa) articolata in 3 sedi (Rovigo, Badia Polesine e Taglio di Po) a cui competono entrambi i Distretti 1 e 2 di appartenenza dell'Azienda e la relativa popolazione interessata a tale ambito geografico. Le U.O.C. sono guidate da un Direttore, cui concorre sia la gestione degli aspetti professionali specifici, sia la gestione del personale e delle altre risorse materiali per il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi prefissati.

### 2.1.3 Il Ser.D.: descrizione del Servizio

I Ser.D. sono Servizi Pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale istituiti dalla legge 162/90 (legge 26 giugno 1990, n. 162 aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 , recante *disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*) a cui sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti che presentano varie forme e tipologie di dipendenze assicurando l'accesso diretto alle cure nella garanzia all'anonimato in un'ottica di integrazione multidisciplinare. Ogni paziente riceve un trattamento personalizzato in funzione della valutazione diagnostica attraverso la costruzione di un percorso terapeutico individuale costruito in accordo con la persona stessa che può essere realizzato in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o residenziale in base alle esigenze del cittadino e rispettando un efficiente incontro tra domanda ed offerta dei servizi.

All'interno di questi Servizi operano in équipe multiprofessionale medici, psicologi, educatori professionali, assistenti sociali ed infermieri che tentano di offrire le risposte più appropriate per il Disturbo da Gioco d'Azzardo e per ogni altra tipologia di dipendenza in linea con le attività, gli obiettivi ed il budget di spesa previsti dai Piani di Zona Regionali definiti a cadenza triennale che stabiliscono ogni dettaglio economico, organizzativo, gestionale di tutti i Servizi Socio Sanitari erogati.

Questi strumenti di programmazione sono in linea con l'attivazione di una "rete di servizi integrati" in ambito sociale e socio sanitario coerentemente con quanto indicato dalla legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) che evidenzia suddividendole in modo chiaro: **le azioni**, il **soggetto responsabile** (il Ser.D. appunto), gli **stakeholders interessati** e le **risorse disponibili** o

da **attivare**, soffermandosi in particolar modo sui 3 obiettivi principali da raggiungere in un'ottica migliorativa del Servizio:

- 1) Aumentare la collaborazione e l'integrazione tra servizi e tra pubblico e privato
- 2) Ridurre l'uso di sostanze e comportamenti problematici negli adolescenti e nei giovani
- 3) Potenziare i servizi rivolti all'utenza

I Ser.D. sono attivi all'interno dei dipartimenti delle dipendenze delle ASL ed ogni Distretto Sanitario (o ogni 100.000 abitanti circa) di norma comprende un Ser.D che ne vede attivi 22 nella Regione Veneto, con i loro vari distaccamenti di sede.

#### **2.1.4 Attività del Servizio Dipendenze**

Le attività svolte dal Ser.D. sono rivolte non solo ai pazienti diretti ma anche alle famiglie ed alle persone di riferimento dei soggetti che presentano una qualche forma di dipendenza con lo scopo di offrire risposta non solo personale ma anche familiare e sociale svolgendo quotidianamente compiti istituzionali che riguardano la **consulenza** la **cura** e l'**assistenza** dei fruitori del Servizio.

Le principali prestazioni che il Servizio nell'espletamento delle sue funzioni eroga sono le seguenti:

- Informazioni alla popolazione riguardo le problematiche correlate all'uso di sostanze, alcool e gioco d'azzardo
- Consulenza a chi presenta problematiche di dipendenza ed alle famiglie, persone di riferimento e chiunque sia coinvolto nella rete sociale dei cittadini che presentano problemi di dipendenza
- Interventi di prevenzione ed informazione nelle scuole, contesti di aggregazione, ambienti di lavoro, cittadinanza attiva con progettualità proposte o concordate *ad hoc*
- Interventi medici farmacologici e/o disintossicazioni (anche da fumo di tabacco)
- Ambulatorio GAP (Gioco d'Azzardo Patologico) dettagliato nel paragrafo 2.4
- Ricoveri in cliniche specializzate ed inserimenti in Comunità Terapeutiche
- Consulenze per altri Servizi Socio- Sanitari e ospedalieri
- Interventi psicologici (colloqui, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo)
- Inserimenti in gruppi di mutuo-aiuto
- Programmi terapeutici per artt. 75 e 121 legge 309/90 su invio della Prefettura
- Programmi terapeutici per misure alternative al carcere
- Interventi riabilitativi per il reinserimento socio-lavorativo
- Valutazioni Ser.D. ai sensi dell'art. 186 C.d.S.

Nell'ambito specifico della tematica trattata un'importante attività a cui ho avuto il piacere di partecipare, sia nella realizzazione che nella presentazione alla cittadinanza e ad alcune categorie professionali è la **prevenzione al Gioco d'Azzardo** che ha il compito di informare e sensibilizzare riguardo le conseguenze del gioco eccessivo intervenendo per promuovere i fattori protettivi migliorativi della salute e della qualità della vita, contrastando i fattori di rischio che aumentano la probabilità di sviluppo nella popolazione.

### **2.1.5 I fruitori dei servizi per le dipendenze**

Il Servizio Dipendenze è rivolto a tutti i soggetti che presentano un certo grado di difficoltà/incapacità nella gestione e nell'abuso di sostanze legali o illegali, che vogliono altresì monitorare il loro stato di salute in merito ai propri comportamenti a rischio (con esame HIV) oltre che ai familiari e a tutte le persone coinvolte a vario titolo nella relazione con l'utente in carico al Ser.D.

Il Servizio si rivolge inoltre anche alle scuole, enti locali, mondo del lavoro, pubbliche istituzioni con l'intento di collaborare per avviare attività di prevenzione, informazione e formazione riguardante la tematica della dipendenza attraverso una variegata offerta formativa che prevede la partecipazione a seminari ed incontri nelle classi e gruppi con momenti di discussione e dialogo organizzati dal team di lavoro, oltre alla distribuzione di materiale informativo, volantini pubblicitari e supporti didattici interattivi (slides, brevi video, ecc...) per una chiara spiegazione del fenomeno della dipendenza, dei rischi connessi e delle opportunità di accesso ai Servizi per una necessità di presa in carico personale o rivolta a soggetti vicini alla rete familiare, lavorativa ed amicale della persona.

I cittadini (utenti, familiari e rete sociale) che accedono al Ser.D. si rivolgono tramite appuntamento telefonico o di persona dove vengono indirizzati ad un primo colloquio conoscitivo a cura dell'Assistente Sociale, primo importante step informativo riguardante il Servizio il suo funzionamento ed eventuale percorso terapeutico più efficace, descritto nel dettaglio in successivi colloqui con i vari professionisti che operano insieme come équipe Multidisciplinare allo scopo di elaborare una valutazione completa e personalizzata utile a rispondere alla complessità del fenomeno della dipendenza la quale, insidiosa problematica, non esclude mai sostanzialmente da ripercussioni personali generalizzate (si ripercuote quindi su molti aspetti della vita dell'individuo) ed interpersonali (familiari e sociali).

### **2.1.6 Operatori del Servizio Dipendenze**

La complessità dei fruitori del Ser.D. esige lo sviluppo di modelli integrati di presa in carico di tipo multidisciplinare in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi terapeutici e rende perciò indispensabile la presenza costante di operatori professionali con competenze diversificate che lavorano congiuntamente per dare risposte personalizzate ad ogni paziente, famiglia e rete sociale di riferimento.

Di seguito sono descritti i principali professionisti che insieme formano il team di lavoro dei vari Servizi con un riferimento numerico dei Distretti 1 e 2 del Ser.D. di Rovigo nell'anno 2022:

**L'Infermiere:** ha il compito principale di somministrare la terapia e per i pazienti ai quali è richiesto supervisionarne l'assunzione, inoltre esegue le prescrizioni del medico effettuando esami di controllo o esami dei liquidi biologici.

**Il Medico:** effettua la diagnosi, imposta le terapie e dispone gli esami ed i controlli necessari e nell'ambito dell'équipe contribuisce a definire il programma terapeutico più appropriato.

**Lo Psicologo:** importante la sua valutazione diagnostica sulla personalità dei soggetti attraverso il colloquio di valutazione, l'anamnesi generale, la storia tossicomana, l'uso di test di personalità e di livello e sulla

diagnosi familiare e di rete sociale con attività terapeutiche facenti perno soprattutto sulla psicoterapia individuale seguita da quella familiare, di coppia e di gruppo.

**L'Assistente Sociale:** è il principale “strumento” di raccordo tra il paziente (e la sua famiglia) il territorio e tutti i Servizi pubblici e privati che ruotano intorno alla gestione dei soggetti interessati.

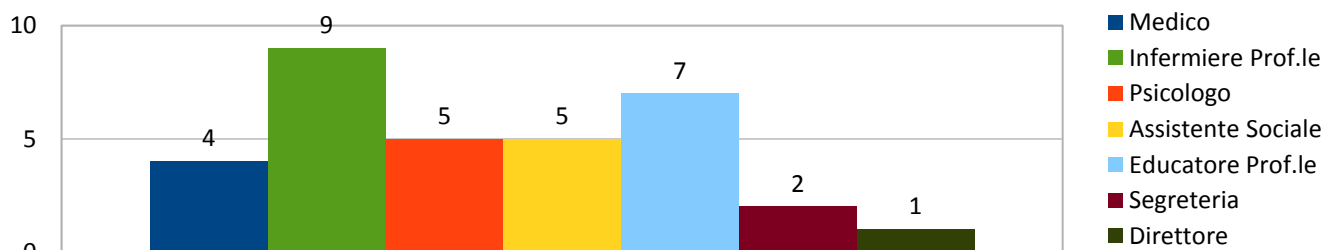
E' inoltre il professionista che si occupa della gestione dei tempi e delle strategie più efficaci per aiutare la persona a raggiungere gli obiettivi di recupero socio-lavorativo e di reinserimento nel suo contesto di appartenenza, svolgendo un importante ruolo sia di aiuto che di controllo, confrontandosi con un complesso e mutevole quadro normativo di riferimento.

**L'Educatore Professionale:** collabora nel definire il programma terapeutico seguendo il paziente ed i familiari nei progetti di comunità e nella fase di reinserimento, offre consulenza educativa ai soggetti presi in carico aiutandoli ad aumentare le proprie capacità di gestione autonoma nelle situazioni quotidiane, intervenendo nella rete sociale in una stretta e costante collaborazione con gli Enti Locali ed il Volontariato.

**La Segreteria amministrativa:** collabora con le altre figure professionali nella gestione burocratica del Servizio accogliendo e gestendo le telefonate quotidiane, prendendo appuntamenti telefonici e fornendo le prime informazioni di carattere organizzativo, oltre che alla cura della logistica del materiale cartaceo presente in ogni Servizio ed all'approvvigionamento di quanto è utile nello svolgimento quotidiano delle attività di ufficio.

La presa in carico dell'utente avviene sempre in maniera integrata attraverso la fondamentale collaborazione tra le diverse figure professionali che insieme redigono e danno sostanza e realtà ad ogni progetto personalizzato, frutto dell'unione strategica di metodi e competenze specifiche e diversificate, rappresentando la vera forza del lavoro dell'équipe ed in generale dei servizi rivolti alla persona.

*Tabella num. figure professionali impiegate presso le sedi Ser.D. di Rovigo, Taglio di Po e Badia Polesine*



*ULSS 5 Polesana - Anno 2022*

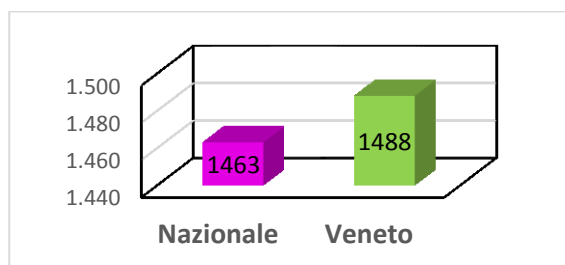
## 2.2 L'entità del fenomeno: alcuni dati della Regione Veneto e della Provincia di Rovigo

La crescente diffusione del Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno che interessa tutte le Regioni italiane, seppur con varie distinzioni per quanto riguarda il volume di denaro impiegato, le tipologie di gioco maggiormente interessate e le caratteristiche dei fruitori nel tentativo di identificare una sorta di 'identikit' del giocatore tipico.

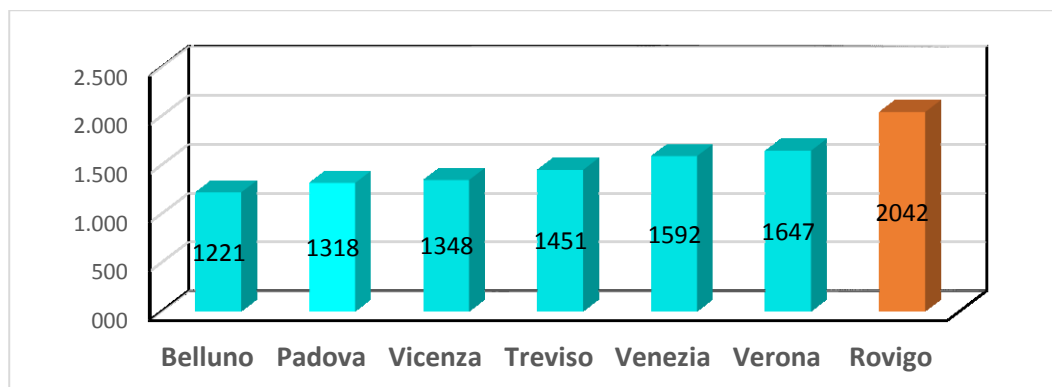
Volgendo uno sguardo particolare al Veneto, nel 2019 si classificava come terza Regione italiana per quantità di denaro giocato alle cosiddette 'macchinette' (AWP) ed alle videolottery, portando ad una riflessione importante e quanto mai necessaria circa l'entità del fenomeno da parte del Consiglio Regionale del Veneto, definendo quindi un progetto legge "Norme sulla prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo patologico" successivamente descritto nel successivo paragrafo.

Sempre nel 2019 (secondo l'ultimo dato fornito dall'ADM, sito ufficiale dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli) si evince una spesa pro-capite relativa al gioco fisico italiana di Euro 1463,00 mentre il dato della Regione Veneto si aggira sulla cifra di Euro 1488, 00 alzando leggermente la media.

Il dato più impressionante è quello riguardante la provincia di Rovigo che si attesta al primo posto rispetto alle altre province venete superando di molto la media nazionale ed attestandosi intorno alla cifra pro-capite di Euro 2042,00, una cifra che fa molto riflettere e mette in allerta gli operatori dei Servizi circa la necessità di un efficace lavoro di **prevenzione, cura e riabilitazione** oltre che di **ricerca e formazione** continua riguardo questa tematica ormai enormemente attuale che riconosce al Polesine un triste primato.



*Dati nazionali spesa pro-capite gioco fisico Anno 2019 ADM (Agenzia Dogane Monopoli)*



*Dati provinciali spesa pro-capite gioco fisico Anno 2019 ADM (Agenzia Dogane Monopoli)*

### 2.2.1 Il Sistema Sanitario Veneto: Legislazione ed obiettivi per l'Anno 2023

Il Sistema Sanitario Regionale del Veneto rappresenta storicamente un modello di eccellenza tra i Sistemi Sanitari Regionali essendo caratterizzato da una lunga serie di performance di elevato livello qualitativo e da un attento e costante controllo dei costi del sistema, ribaditi nella definizione degli obiettivi per l'Anno 2023 attraverso un solido impegno da parte dell'Amministrazione Regionale nel garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale coerentemente con la Programmazione nazionale e regionale in materia socio-sanitaria. Gli obiettivi e gli indicatori presi in esame nell'ambito della procedura di valutazione da parte della Giunta Regionale sono rappresentati in dettaglio nell'Allegato della DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1702 / DGR del 30/12/2022 e gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2023 assumono piena validità e rilevanza per i Direttori Generali delle Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale ai fini della valutazione di cui alla L.R. 56/1994<sup>18</sup>.

La Regione Veneto ha approvato inoltre una legge sulla prevenzione e la cura del disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico (L.R. 38/2019)<sup>19</sup> in cui vengono sintetizzati gli aspetti principali riguardanti:

- Interventi della Regione, dei Comuni e delle Ulss
- Nuove installazioni, “distanziometro”<sup>20</sup> e limitazioni orarie rivolte agli esercizi pubblici che erogano modalità variegata di gioco d'azzardo
- Fiscalità e sanzioni

La gestione economica dei fondi regionali veneti previsti per l'intero corpo della Sanità Veneta è decretata dal **Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023** approvato con L.R. 48/2018 (ultima edizione di bilancio regionale); in tale assetto Azienda Zero, ente di governance della sanità regionale detiene un ruolo operativo importante sia verso l'ente Regione sia verso gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale ed in particolare svolge le funzioni relative alla Gestione del Fondo per le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da gioco d'azzardo patologico (art. 1, c. 946, L. 208/2015) previsto per complessivi euro 3.608.000,00 per ciascuno degli esercizi 2023 e 2024 (*capitolo di entrata n. 101102 e capitolo di spesa n. 103469*) da ripartire nei vari Ser.D. del Veneto e che rientra nel capitolo della “Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali” previsti dalla Regione Veneto<sup>21</sup>.

---

<sup>18</sup>Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 (BUR n. 77/1994) norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria"

<sup>19</sup> LEGGE REGIONALE 10 settembre 2019, n. 38 “Norme sulla prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo patologico”, nel cui Art. 1 si elencano le sue finalità, ben evidenziate nel primo comma: “La Regione del Veneto, nell'ambito delle proprie competenze in materia di tutela della salute e di politiche sociali, promuove interventi finalizzati alla prevenzione, al contrasto e alla riduzione dei rischi da gioco d'azzardo e delle problematiche azzardo-correlate, nonché al trattamento e al recupero delle persone che ne sono dipendenti e al supporto delle loro famiglie.”

<sup>20</sup> **Distanziometro**: Il decreto Balduzzi (decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158) ha introdotto per la prima volta l'obbligo di rispettare una distanza minima da “luoghi sensibili” (scuole, strutture sanitarie etc.) per l'apertura di una sala giochi, tale strumento è ora previsto da numerosi provvedimenti regionali e comunali.

<sup>21</sup> [https://www.consiglioveneto.it/documents/diseagno di legge relativo a “bilancio di previsione 2023-2025”](https://www.consiglioveneto.it/documents/diseagno%20di%20legge%20relativo%20a%20%22bilancio%20di%20previsione%202023-2025%22). (Progetto di legge n. 156)

### 2.3 L'importanza del ruolo dell'Assistente Sociale nei Servizi per le Dipendenze

All'interno della complessa organizzazione dei Servizi per le Dipendenze l'Assistente Sociale svolge un ruolo fondamentale per la presa in carico globale del paziente che si rivolge al Servizio (spontaneamente o su indicazione dei familiari e/o altri Servizi) e data la natura complessa dei bisogni sociali essa risulta multidisciplinare in quanto coinvolge le varie figure professionali operanti all'interno del Servizio dove viene redatto un Progetto Personalizzato che mette in campo non solo le figure interne citate nel paragrafo 2.1.6 (operatori del Servizio) ma anche e soprattutto il prezioso raccordo con il territorio, inteso come tutta l'offerta di Servizi Pubblici, privati, del Terzo Settore, del mondo del Volontariato, lavorativo, scolastico per rispondere in modo efficace alla complessità dei disturbi del G.A.P. (psicologici, familiari, sanitari, economici, penali, ecc.).

E' proprio la figura dell'Assistente Sociale che funge da fondamentale raccordo tra queste diverse realtà attraverso la gestione di rapporti costanti, passaggi di informazioni, accompagnamento, sostegno, collaborazione e monitoraggio con l'utente e la sua figura di riferimento/famiglia e nel suo operato quotidiano dovrebbe sempre essere orientato alla nuova cultura delle *Addiction*, che *guardano ad esse come ad un fenomeno sociale ed è perciò il mondo del sociale che deve necessariamente essere coinvolto nella prevenzione e nella presa in carico del paziente*<sup>22</sup>.

Ai professionisti operanti nei Ser.D. ed in particolar modo alle figure degli Assistenti Sociali è sempre più richiesta la capacità e la predisposizione a navigare in direzione della costituzione di programmi di aiuto intensivi sulle **relazioni** che si basano su approcci di *social network* (argomento trattato in modo più dettagliato nel capitolo successivo), rafforzamento del valore delle comunità e formazione dei soggetti di riferimento del paziente in trattamento. (*Ibidem*)

Analizzando nello specifico le funzioni e le aree di intervento presso i Servizi per le Dipendenze si possono suddividere i vari **compiti dell'A.S.**:

**Accoglienza:** L'utente viene accolto presso la sede di competenza e gli vengono fornite le prime indicazioni riguardanti l'organizzazione e il team professionale presente nel Servizio delineando, ad un primo livello di natura generale e conoscitiva, quali siano le problematiche che lo hanno spinto (più o meno autonomamente) a recarsi presso il Ser.D. ed in caso di necessità altre lo si indirizza al Servizio più competente. In questa fase, nello specifico per le problematiche connesse al Gioco d'Azzardo si delineano le condizioni economiche del soggetto e la persona di riferimento disposta ad accompagnarlo nel percorso di trattamento avendo sempre chiaro che l'obiettivo del primo colloquio di accoglienza è "l'aggancio" col soggetto creando le basi dell'alleanza terapeutica finalizzata al cambiamento ed al miglioramento delle sue condizioni di vita. E' fondamentale quindi fin da subito instaurare un buon clima di fiducia attraverso l'adozione di un approccio relazionale non giudicante, concludendo questo primo momento di conoscenza con l'inizio del programma terapeutico che verrà poi sostenuto e trattato dall'équipe multidisciplinare.

---

<sup>22</sup> Panebianco D.-*Dipendenza e cultura delle relazioni. Sociale Network Analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*. Rubbettino Università, 2019- pag.46

**Attività di Segretariato Sociale:** consiste nel fornire informazioni sul complesso ed ampio mondo dei Servizi rivolti alla persona ed alle prestazioni sociali, sanitarie, educative e culturali fornite sia dal Pubblico che dal Privato Sociale il cui scopo è quello di orientare il cittadino ed accompagnarlo nella ricerca di possibili soluzioni alle sue esigenze e bisogni, avendo cura di presentarle con un linguaggio adeguato al suo livello culturale e alla competenza linguistica. Dare all'utente le giuste informazioni è la condizione necessaria per permettergli di esercitare i propri diritti e ottenere ciò a cui ha diritto; inoltre, è fondamentale perché lui possa scegliere ciò che è bene per sé e quindi autodeterminarsi.

**Attività di reinserimento sociale:** l'Assistente Sociale collaborando con gli enti pubblici e del privato sociale attraverso un sistema integrato di programmazione di interventi e servizi sociali, così come previsto dalla Legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), aiuta il soggetto nell'inserimento (o re-inserimento) socio-lavorativo, sia nella fase del trattamento che alla fine di esso.

Il compito principale dell'assistente sociale è infatti quello di favorire il percorso di recupero e di reinserimento del soggetto nella società aiutandolo a superare le difficoltà d'adattamento; ciò comporta per il professionista un lavoro di raccordo con tutte le risorse presenti o attivabili del territorio, dalla famiglia ai servizi pubblici locali, al volontariato, al mondo del lavoro e della scuola.

**Elaborazione programmi terapeutici:** questo compito di fondamentale importanza prevede il concreto aiuto ed accompagnamento della persona affinché essa, attraverso l'offerta di risorse ed il potenziamento delle proprie capacità trovi risposte adeguate alla soluzione delle difficoltà e dei problemi e nel suo percorso terapeutico l'Assistente Sociale rappresenta il principale raccordo tra le varie figure professionali che insieme valutano il tipo di programma da proporre in base alla tipologia di dipendenza, alla qualità, quantità e tipologia delle reti di sostegno della persona, alla volontà/ resistenza del soggetto stesso al cambiamento, ecc.. cercando di trovare la risposta più idonea a tal fine.

Alcuni esempi di programmi terapeutici proposti dall'Azienda Aulss 5 Polesana di Rovigo presso il ser.D. di competenza sono:

- ✓ programmi terapeutici ambulatoriali
- ✓ programmi in Comunità Terapeutiche
- ✓ programmi in Cooperative Sociali
- ✓ programmi in Gruppi di Auto Mutuo Aiuto
- ✓ programmi in Centro Diurno
- ✓ programmi con tirocini socializzanti

Tutta l'offerta progettuale sopraelencata si attiene all'iter necessario per la sua corretta realizzazione attraverso una prima parte di conoscenza del soggetto e delle risorse disponibili a cui segue il trattamento vero e proprio (realizzazione) concludendo infine con una fase finale di chiusura e valutazione dei risultati.

## **2.4 L'esperienza del Ser.D. di Rovigo: l'“Ambulatorio Gioco”**

“Ambulatorio Gioco” è un progetto esperienziale nato presso il Ser.D. della città di Rovigo nel 2011 per cercare di dare riscontri concreti alle richieste di aiuto dei cittadini del territorio che presentavano problematiche relative al gioco d'azzardo e delle loro famiglie, la cui espansione di tale fenomeno ha portato gli operatori del Servizio ad interrogarsi circa modalità di erogazione di risposte adeguate, nonostante tale dipendenza non fosse in quegli anni ancora inserita nei LEA a livello nazionale (avvenuto come anticipato nell'anno 2016).

Le radici metodologiche dell' “Ambulatorio Gioco” si ispirarono al complesso sistema teorico ed operativo dell'associazione “A.N.D.- APS” con sede a Gallarate (VA).<sup>23</sup>

I promotori del progetto sono professionisti che tutt'ora operano nei Servizi per le Dipendenze e da anni si occupano della presa in carico degli utenti e del loro percorso di cura e riabilitazione, a loro e a tutta l'organizzazione dipartimentale va il merito dell'entusiasmo e della determinazione con cui quotidianamente si fanno carico dei bisogni complessi dei fruitori del Servizio.

L'approccio metodologico che ha ispirato e tutt'ora orienta il lavoro dell'équipe è incentrato sul confronto e sul dialogo con la persona ed il proprio familiare di riferimento e dalla visione di slides appositamente create per dare informazioni sul funzionamento del gioco e della mente riguardo al gioco, oltre che a momenti importanti di riflessione e di allenamento della mente per riflettere riguardo comportamenti, convinzioni ed abitudini.

Tale percorso è suddiviso in 4 fasi descritte nel dettaglio nei paragrafi successivi:

- FASE INIZIALE: PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE
- FASE DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
- FASE DEL TRATTAMENTO
- FOLLOW UP

### **Fase iniziale: la presa in carico del paziente**

Criterio iniziale per la presa in carico del paziente è la sua richiesta (o del familiare di riferimento) a voler intraprendere o segnalare un problema di gioco eccessivo e le modalità di accesso al Servizio possono avvenire di persona o telefonicamente con successivo appuntamento fissando un colloquio con l'Assistente Sociale di riferimento.

Un prerequisito per la presa in carico è la residenza o il domicilio per lavoro o studio nel territorio di competenza della U.O.C. Ser.D. di Rovigo, in caso contrario verranno date informazioni riguardo il Servizio da contattare.

*Accoglienza:* L'Assistente Sociale accoglie il paziente accompagnato dalla figura di riferimento che detiene un ruolo estremamente importante durante tutto il percorso di cura (cruciale la fase iniziale, quella più

---

<sup>23</sup> **A.N.D.** è un'Associazione di Promozione Sociale fondata nel 2003 con lo scopo di occuparsi in particolare del fenomeno del Gioco d'Azzardo legale e dei danni ad esso correlati. Punti cardinali del suo agire sono la specializzazione sull'azzardo, l'indipendenza, la concretezza, la continuità e l'ottica di sussidiarietà. Si occupa di sensibilizzazione, informazione, formazione, prevenzione, ricerca, presa in carico, advocacy, strumenti e pubblicazioni.

restringente nelle libertà economiche individuali) ed in questa fase vengono raccolti i dati personali ed il modulo per il trattamento dei Dati Personali compilando la scheda anagrafica informatizzata attraverso un gestionale denominato Ge.Di (GEstione Dipendenze).

L'obiettivo del primo incontro di accoglienza è, come già descritto, l'“aggancio” del paziente creando le basi per un'alleanza terapeutica finalizzata al cambiamento in un contesto accogliente e di fiducia.

Al termine dell'incontro viene fissato un successivo appuntamento, possibilmente entro 7-10 giorni con l'Assistente Sociale per il proseguo del trattamento ed un ulteriore appuntamento con la figura psicologica per la valutazione diagnostica.

### **Fase della valutazione multidimensionale**

In questa fase viene valutata la persona dal punto di vista psicologico attraverso colloqui di valutazione anche avvalendosi della somministrazione di test psico-diagnostici, oltre che di sostegno individuale, familiare, psicoterapia (individuale e di coppia) al fine di valutare le diverse aree della persona: lavorativa, sociale, familiare, ecc..

L'attività valutativa tocca anche l'ambito medico con lo scopo di descrivere in modo dettagliato l'anamnesi ed eventuale terapia farmacologia con esami tossicologici.

La conclusione di questa fase avviene con la restituzione della diagnosi da parte del team operativo ed alla proposta di trattamento da intraprendere.

### **Fase del trattamento**

Questa fase centrale del percorso terapeutico prevede la realizzazione concreta della progettazione d'intervento/trattamento personalizzata sulla base di quanto emerso dalla valutazione ed inquadramento diagnostico del soggetto.

Sintetizzando l'offerta di intervento si possono suddividere le proposte di intervento in interne ed esterne al Servizio:

Programma ambulatoriale al Ser.D.:

- Tutoraggio e counselling finanziario per evitare un'iniziale ricaduta ed accento sul controllo finanziario soprattutto nel primo periodo che risulta molto stringente ed obbligatoriamente sotto il controllo da parte del familiare o persona di riferimento la quale fisicamente detiene il denaro e carte di credito del soggetto monitorando costantemente entrate ed uscite questa restrizione, si invalidante nella vita quotidiana ma indispensabile per privare il paziente della risorsa principale che lo ha portato alla dipendenza ed a rivolgersi al servizio: il denaro per poter giocare
- Presa in carico psicologica (sostegno e/o psicoterapia) individuale, di coppia, familiare
- Presa in carico medica ed eventuale trattamento farmacologico con controlli tossicologici
- Presa in carico educativa per un eventuale inserimento sociale e/o lavorativo

Interventi esterni:

- Weekend residenziali al paziente con la collaborazione della Cooperativa “Terra” in suggestivi luoghi immersi nella natura dei Colli Euganei (provincia di Padova)
- Interventi semiresidenziali o residenziali (comunità terapeutiche in casi di particolare gravità dovuta ad altre patologie e/o comorbilità con altre sostanze d’abuso e/o assenza di una rete familiare/sociale a sostegno)
- Inserimenti in gruppi territoriali di Auto Mutuo Aiuto che si svolgono solitamente a cadenza bisettimanale

Il trattamento ha termine quando si verificano le seguenti condizioni:

- ✓ astinenza dal gioco d'azzardo o ritorno ad un gioco sociale controllato da più di 12 mesi
- ✓ riduzione significativa dei rischi di ricaduta (cambiamento delle condizioni esistenziali, psichiche, psicologiche, sociali correlate al GAP, consapevolezza dei meccanismi sottostanti la problematica del gioco d’azzardo, acquisizione di capacità di fronteggiare le difficoltà).

In tal caso il case manager prenota il primo incontro di follow up a 6 mesi

### **Follow Up**

Gli incontri di follow up consistono in colloqui finalizzati a verificare il mantenimento dell'astinenza dal gioco d'azzardo, il primo è previsto a circa 6 mesi dalla chiusura del programma e poi uno successivo a distanza di un anno e vengono effettuati dal *case manager* (operatore di riferimento) anche concordando per esigenze varie una modalità telefonica o a distanza (es. con piattaforma Zoom).

I colloqui in questa fase hanno per oggetto il monitoraggio della stabilità delle condizioni di astinenza dal gioco e la valutazione degli eventuali rischi di ricaduta, indagando in particolare:

- la stabilità o meno della motivazione all'astinenza e alla cura di sé
- la stabilità o meno dei cambiamenti svolti durante il percorso di cura
- strategie alternative al gioco per contenere e/o superare momenti di difficoltà o stati di disagio
- eventi esistenziali avversi da quando è stato dimesso che possono destabilizzare a tal punto il paziente da riavvicinarlo al gioco

## 2.4.2 Alcuni dati sul Ser.D. di Rovigo

### ➤ Ambulatorio Gioco:

Il triennio 2020/2022 ha visto i seguenti utenti in carico al Ser.D. di Rovigo:

ANNO	TOT. UTENTI DISTRETTO N.1 E N.2 SER.D. ROVIGO AMBULATORIO GIOCO
2020	136
2021	120
2022	101

*Tabella 1: Dati Ser.D. Aulss5 Polesana Distretto 1 (Rovigo e Badia Polesine) e Distretto 2 (Taglio di Po) riguardanti l' "Ambulatorio Gioco"*

La successiva tabella mostra i nuovi ingressi avvenuti nei due distretti nel triennio precedentemente preso in considerazione:

ANNO	NUOVI INGRESSI DISTRETTO N.1 E N.2 SER.D. ROVIGO AMBULATORIO GIOCO
2020	24
2021	14
2022	22

*Tabella 2: Dati Ser.D. Aulss5 Polesana Distretto 1 (Rovigo e Badia Polesine) e Distretto 2 (Taglio di Po) riguardanti l' "Ambulatorio Gioco"*

Prendendo in esame l' Anno 2022 ed analizzando il genere (maschile e femminile) degli utenti presi in carico presso il Servizio Dipendenze di Rovigo, si evince una sostanziale maggioranza del genere maschile coinvolto nella problematica oggetto di studio.

Il totale dei soggetti della Tabella 1 sono così suddivisi:



*Grafico 1: Dati Ser.D. Aulss5 Polesana Distretto 1 (Rovigo e Badia Polesine) e Distretto 2 (Taglio di Po) Ambulatorio Gioco.*

Per la gestione efficace dei trattamenti che giornalmente vengono erogati presso le sedi del Ser.D. di Rovigo gli operatori sono coinvolti in prima linea nell'affrontare questa complessa e multifattoriale problematica attuale che, come si evince dai dati riportati, non risulta essere un fenomeno marginale. I numeri sono in leggera diminuzione nell'anno 2022 probabilmente dovuto al fatto che molti giocatori provano vergogna o, al contrario sottovalutano il problema chiedendo aiuto solo nel momento di disperazione e perdita di legami importanti oltre che di enormi fallimenti finanziari. Sono comunque dati da non sottovalutare tenendo conto che solo una minima percentuale di giocatori a rischio si rivolge ai Servizi.

La spesa pro-capite della provincia di Rovigo, già osservata nel paragrafo 2.2 fa emergere quanto questo fenomeno non debba essere sottovalutato e quanto sia necessaria una sempre più approfondita conoscenza ed educazione dei rischi connessi a questa tematica e della necessità di superare pregiudizi e stereotipi riguardo la possibilità di fruire dei Servizi che trattano le dipendenze.

Di fronte ad una spesa complessiva di 416 milioni di euro giocati a Rovigo (con popolazione di circa 60 mila abitanti) nell'anno 2019 (*dati A.D.M.*) i giocatori che si rivolgono al Servizio per avviare un trattamento sono un numero irrisorio se confrontati con questi numeri enormi e preoccupanti.

## **2.5 Il modello di Blaszczynski e Nower: definizione delle tipologie di trattamento**

Attualmente non esiste un unico modello teorico-concettuale del gioco d'azzardo che raccolga in modo definitivo e completamente esaustivo le molteplici variabili biologiche, psicologiche e sociali che contribuiscono alla nascita ed al mantenimento della dipendenza in quanto gli studi di settore sono tutt'oggi in fase di sviluppo data la complessità del fenomeno, pur contando su pilastri teorici avanzati da vari studiosi concentrati agli inizi del nuovo secolo portando preziosi contributi nella creazione di un sempre più solido assetto metodologico e di una maggiore conoscenza della multidimensionale dipendenza da gioco d'azzardo.

Il Modello Patogenetico (MP) di Blaszczynski e Nower<sup>24</sup> ha lo scopo di elencare dettagliatamente i fondamentali fattori di rischio del Gioco d'Azzardo Patologico secondo un'ottica trans-teorica e bio-psico-sociale (meglio affrontata nel terzo capitolo di questo elaborato) delineando **tre differenti percorsi patogenetici** e conseguentemente descrivendo **tre corrispondenti tipologie di giocatori problematici** (*Blaszczynski, 2000*).

I tre percorsi hanno una radice comune rappresentata dalla esposizione al gioco d'azzardo e dai fenomeni cognitivi e comportamentali costitutivi dell'abitudine all'azzardo trovando nei fattori ambientali una componente fondamentale per l'avvio del comportamento problematico.

Il gioco deve essere infatti disponibile e accessibile al soggetto in termini di presenza sul territorio di sale o punti gioco, in termini di orario, facilità e comodità nel raggiungerli e di economicità delle puntate/giocate (entità minima della scommessa richiesta) con assenza di eventuali condizioni selettive per l'entrata nelle sale.

---

<sup>24</sup> Blaszczynski e Nower sono ben noti per essere tra i maggiori studiosi delle problematiche azzardo-correlate e per aver proposto il famoso modello dei tre percorsi patogenetici, ad oggi ancora raccomandato agli operatori impegnati nella presa in carico di giocatori patologici.

La facile reperibilità delle più svariate tipologie di giochi d'azzardo rendono pertanto possibile e agevole il contatto con una o più forma di scommesse le cui prime esperienze possono avvenire per curiosità, imitazione o per altre motivazioni; tuttavia da queste prime prove può derivare la decisione di continuare o meno, infatti una certa fetta di popolazione non otterrà nessun rinforzo e nessun piacere dopo le prime puntate, alcuni addirittura proveranno fastidio nel subire una perdita di denaro; altri invece saranno ricompensati dal provare piacere o eccitazione associate o meno ad una vincita reale o percepita e qualora il soggetto trovi nel gioco stesso una qualche motivazione può proseguire a scommettere con una certa frequenza.

Considerando quindi fattori comuni il condizionamento ambientale, l'accessibilità e l'imitazione del gioco gli studiosi sopracitati, appunto, definiscono 3 tipologie di giocatori:

→ *GIOCATORE DI TIPO 1: SENZA PSICOPATOLOGIA*

Caratteristico di giocatori che non manifestano particolari complicazioni o ulteriori fattori psicopatologici essi sono soggetti che benché abbiano sviluppato un disturbo da gioco d'azzardo, *appaiono per altri versi "normali"* (Blaszczynski, 2000) ciò non esclude la presenza di sindromi affettive (ansia o depressione) o di abuso di alcol (e meno frequentemente di altre sostanze), tuttavia esse sono per lo più secondarie alle problematiche azzardo correlate., inoltre dimostrano normali livelli di impulsività e la loro vita familiare e sentimentale è sufficientemente conservata.

Nel trattamento si tiene conto di una tempistica relativamente contenuta (Counselling breve).

→ *GIOCATORE DI TIPO 2: EMOTIVAMENTE LABILE*

Il soggetto appartenente a questa categoria presenta un certo grado di vulnerabilità emotiva, in questo caso elementi psicopatologici assumono rilevanza causale nel facilitare l'avvio di una abitudine prima e successivamente di una dipendenza.

Il termine "vulnerabilità emotiva" ha una accezione volutamente ampia e generica, esso non si limita ad indicare la presenza di una ben definita comorbidità psichiatrica primaria ma un ruolo importante può essere rappresentato anche da problemi e/o abusi patiti in età infantile o anche successivamente, problemi relativi alle abilità sociali e di vita (life skills), tratti problematici di personalità, ridotte capacità di far fronte ad imprevisti della vita. Il ruolo del gioco, in questo secondo gruppo, è di rinforzo negativo in quanto viene ricercato perché offre sollievo e distrae dagli stati di sofferenza o conflittuali. In questi casi sono comuni la familiarità per gioco eccessivo e/o per disturbi psicopatologici, e l'abuso di alcol o altre sostanze e perciò risulta necessario un trattamento integrato che tenga conto sia del Disturbo da Gioco d'Azzardo che della comorbidità con le altre patologie rendendo tempistiche e complessità rispetto alla prima tipologia di giocatore più ampie. "Comorbidità" è un termine che si riferisce alla "coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico" (OMS, 1995).

→ *GIOCATORE DI TIPO 3: CON TRATTI ANTISOCIALI*

Anche in questo caso la variabile personale e la comorbidità con altre patologie gioca un ruolo fondamentale nel complicare il quadro clinico del soggetto la cui caratteristica principale è l'*impulsività*, specie quando

associata a tratti antisociali della personalità. Questa tendenza alla messa in atto di comportamenti agiti senza una valutazione delle conseguenze è un costrutto complesso che sottende svariate dimensioni tra cui: la reazione impulsiva e non controllata, l'instabilità attentiva, la scelta irreflessiva, la difficoltà a bloccare un comportamento già avviato, la ricerca di sensazioni sempre nuove o forti, la pulsione ad agire sotto la pressione di stati d'animo negativi (rabbia, ansia, depressione, noia) o positivi (euforia).

I giocatori del terzo gruppo sono generalmente i più gravi ed il trattamento risulta complesso a causa dell'impulsività e dei tratti antisociali che rendono il soggetto poco incline e motivato al percorso di cura, con frequenti ricadute. È comune l'associazione con una qualche patologia psichiatrica o con l'abuso di sostanze, sia legali che illegali e si presentano sovente livelli di funzionamento per lo più bassi, con frequenti fallimenti scolastici e lavorativi, difficoltà nelle relazioni e conflittualità in famiglia. L'avvio del gioco d'azzardo è molto precoce, anche in minore età.

**GIOCATORE TIPO I**  
(senza psicopatologia)  
Assenza di particolari complicazioni psicopatologiche; livelli normali di impulsività; vita relazionale e familiare sufficientemente conservata.  
**COUNSELING BREVE**

**GIOCATORE TIPO II**  
(emotivamente labile)  
Comorbilità psichiatrica: ansia, depressione; storia familiare problematica; difficoltà a gestire eventi stressogeni della vita.  
**TRATTAMENTO INTEGRATO DEL GAP E COMORBILITA'**

**GIOCATORE TIPO III (con tratti antisociali)**  
vulnerabilità emotiva; tratti di personalità antisociale; comportamenti impulsivi e difficoltà attentive; abuso di alcol/sostanze; scarso/assente supporto familiare.  
**TRATTAMENTO COMPLESSO CON PROGNOSI SEVERA.**

*Sintesi tipologie giocatori secondo il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower.*

<p><b>TIPO I</b> Rinforzo motivazionale</p> <p>Limitazione comportamentale accesso al denaro</p> <p>Psicoeducazione individuale e familiare</p> <p>Trattamento manualizzato breve</p> <p>Interventi sulle distorsioni cognitive.</p> <p>Counseling di gestione finanziaria</p> <p>Gruppi di auto-aiuto</p>	<p><b>TIPO II</b> Psicoterapia di sostegno</p> <p>Limitazione comportamentale accesso al denaro</p> <p>Psicoeducazione individuale e familiare</p> <p>Counseling di gestione finanziaria</p> <p>Trattamenti delle distorsioni cognitive</p> <p>Trattamento farmacologico della comorbidità psichiatrica e-o del GAP</p> <p>Rinforzo life skills</p> <p>Gestione del tempo libero</p> <p>Prevenzione ricadute</p> <p>Terapia familiare</p> <p>Gruppi di auto-aiuto</p>	<p><b>TIPO III</b> Limitazione comportamentale accesso al denaro</p> <p>Psicoeducazione individuale e familiare (se possibile)</p> <p>Trattamento dell'impulsività</p> <p>Trattamento farmacologico della comorbidità psichiatrica e-o del GAP</p> <p>Trattamento dell'abuso di sostanze</p> <p>Programmi di supporto e reinserimento sociolavorativo</p> <p>Gestione del tempo libero</p> <p>Counseling di gestione finanziaria</p> <p>Prevenzione ricadute</p> <p>Terapia familiare</p> <p>Gruppi di auto-aiuto</p>
--	---	---

*Sintesi trattamenti possibili nella presa in carico del paziente in base alla sua tipologia, secondo il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower.*

## **2.6 Riflessioni e criticità a partire dalle realtà locali**

Il seguente paragrafo vuole partire da una domanda estremamente importante ed attuale allo scopo di introdurre spunti di riflessione, portando alla luce reali e quotidiane criticità presenti nei Servizi alla persona in generale ed ai Ser.D. nel caso specifico oggetto di studio: le tempistiche e le tipologie d'intervento nella pratica dei Servizi per le Dipendenze sono effettivamente mirate, personalizzate ed in grado di rispondere in modo coerente in base alla tipologia di soggetto che si presenta al Servizio rendendo tale percorso di cura il quanto più possibile efficace per la persona e le sue relazioni?

E' di fondamentale importanza interrogarsi in modo approfondito e con un'ottica migliorativa circa l'effettiva qualità ed efficacia degli interventi rivolti alla persona con disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico per poter ambire ad un costante miglioramento della logica del trattamento che, come precedentemente accennato in molte realtà dei Ser.D. risulta "preconfezionato", standardizzato e di fatto corrispondente ad una serie di incontri con professionisti circoscritti nel tempo e nello spazio, ben lontani dal

concetto di “Progetto Individualizzato” basato sui bisogni reali della persona e della propria famiglia. La volontà e la tenacia degli Assistenti Sociali e dei professionisti che ruotano intorno ai Servizi spesso non è sufficiente nella gestione di soggetti che presentano notevoli difficoltà di natura soprattutto relazionale ed è per questo che il futuro dei trattamenti deve guardare sempre di più ad un supporto personale diretto nella vita delle persone che richiedono azioni di contrasto alla dipendenza nei loro ambienti di vita, intervenendo direttamente nel loro tessuto sociale e familiare, ben più complete e complesse rispetto alle soluzioni a volte “ghettizzate” come i classici incontri periodici tra giocatori, povere di una connessione reale con il tessuto sociale e molto spesso inesistenti riguardo l’inserimento di *alters* eterogenee e sane nella rete di relazioni dei giocatori in trattamento. Certo questa è un’ambizione importante, molto più complessa e difficile da attuare nella realtà, ma sarà sicuramente la strada di maggior successo in un futuro sempre più incerto che richiede di uscire dagli uffici ed addentrarsi nel tessuto sociale conoscendo sempre più le realtà alternative al mondo del Gioco che la comunità può offrire, portandole alla conoscenza della persona e della famiglia spesso in difficoltà soprattutto nell’ottica di creazione di nuove e stimolanti esperienze positive di varia natura con la mediazione dei professionisti visti come punto di partenza, trampolino di lancio verso nuove sfide, nuove conoscenze ed abitudini diverse che portino ad un sempre maggior coinvolgimento nel tessuto sociale e non semplicemente ad incontri periodici e consigli (seppur estremamente utili) riguardo il necessario cambiamento delle abitudini della persona.

Il terzo ed ultimo capitolo si concentrerà sull’importanza delle relazioni e della loro mappatura analizzandole secondo la *social network analysis* nel tentativo di dare un’impronta scientifica fondamentale nella lettura del tessuto sociale perché ciò non resti solo teoria ma utile faro per la guida dei professionisti chiamati oggi sempre più ad essere pionieri di un cambiamento non solo metodologico ma soprattutto di mentalità in una realtà che purtroppo non tiene ancora abbastanza conto di ciò che la persona realmente vive e dei suoi effettivi bisogni.

## CAPITOLO 3

### L'IMPORTANZA DELLE RELAZIONI SOCIALI NELLA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CON DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO

In questo capitolo si tratterà in particolar modo di *reti sociali*, di *legami* e delle loro tipologie e di quanto tutto ciò abbia la forza di influenzare il soggetto nel suo agire, nella promozione o, al contrario nella resistenza al cambiamento in una visione olistica della persona che racchiude una prospettiva a 360° nella quale individuo e società vengono visti nell'insieme e non separati influenzandosi a vicenda.

L'interesse per le *reti sociali* e la loro influenza sulla persona sono oggetto di studio di molte discipline che abbracciano la sfera sociale in particolar modo nell'ambito delle *addictions*, relativamente recente ed in costante evoluzione che necessita sempre più di efficaci prospettive teoriche e metodologiche in grado di cogliere e spiegare i fattori relazionali (oltre che personali) legati a questo dilagante fenomeno sociale.

Tanto ormai si parla di *legami sociali* in questa epoca contemporanea dove sembra che proprio essi siano sempre più fragili, labili e difficili da instaurare e mantenere soprattutto nei soggetti che in un qualche modo sperimentano una sorta di fragilità.... Ma cosa significa veramente il “legame” in una società di individui autonomi? Riprendendo il pensiero sempre attuale, del sociologo francese Durkheim<sup>25</sup>, egli afferma che «è il legame ai gruppi e alla società che fonda la morale. Non la libertà, ma lo stato di dipendenza che contribuisce a fare dell'individuo una parte integrante dell'insieme sociale e, quindi, un essere morale»<sup>26</sup>.

#### 3.1 LA SOCIAL NETWORK ANALYSIS

##### 3.1.1. Lo studio delle reti sociali

*“L'uomo è un essere sociale interagente, capace di manipolare gli altri così come di essere manipolato da loro. [...] Il postulato fondamentale del network approach è che le persone sono viste come interagenti con altre persone, alcune delle quali a loro volta interagiscono fra di loro e con altri ancora, e che il network totale di relazioni che così si forma è in uno stato di fluidità”*

(Boissevain J., Network analysis. Studies in Human Interaction, Paris, 1973)

Il paradigma della Social Network Analysis, o Analisi delle Reti Sociali, è uno strumento metodologico che vede nell'oggetto di studio l'indagine della persona non vista come singola unità bensì come parte di un sistema

---

<sup>25</sup>**Emile Durkheim** (Épinal, 1858 – Parigi, 1917) è stato un sociologo, filosofo e storico delle religioni francese. La sua teoria sociologica si colloca tra quelle che vengono definite teorie olistiche, che privilegiano cioè il punto di vista della società come sistema dotato di vita propria, non riconducibile alla somma degli individui che la compongono. A lui si devono questa e molte altre teorie sociologiche tutt'ora in uso in molte discipline. Con i suoi scritti e il suo insegnamento accademico, egli contribuirà in maniera decisiva al riconoscimento della sociologia come scienza ed alla sua istituzionalizzazione come disciplina accademica.

<sup>26</sup> E. Durkheim – “*la divisione del lavoro sociale*” prima pubblicazione, 1893 - Il Saggiatore, 15 set 2016

di individui e di relazioni che tra essi intercorrono rendendo perciò impossibile pensare ad una riflessione sul soggetto separato dal suo contesto sociale, definendone i concetti chiave dell'analisi come segue:

- L'attore (*ego*) inteso come singolo individuo o collettività, categoria lavorativa, scolastica o altresì gruppo più o meno ampio di cittadini rappresentanti una città, uno Stato....
- La *relazione* intesa come interazione (tra persone e/o organizzazioni) che sviluppa legami di varia tipologia
- La *rete sociale* consistente in un qualsiasi gruppo di individui connessi tra loro da diverse relazioni sociali di varia intensità e tipologie ed in quanto tale costituisce una forma sociale rilevante che definisce il contesto nel quale si muovono gli attori

L'approccio pratico della SNA è multidimensionale, in grado di toccare più aspetti metodologici prendendo in considerazione tutte le parti di un sistema, le loro caratteristiche e le loro relazioni e si configura come metodo inclusivo che tiene conto dell'evoluzione nel tempo dei suoi oggetti di studio. Essa pone l'accento su una particolare dimensione della realtà sociale: la sua **struttura reticolare** che rappresenta la forma ed il contenuto assunto dall'insieme complesso di interdipendenze ed interconnessioni vissute dai diversi attori nelle loro relazioni.

Le possibilità di applicazione di tale paradigma sono numerosissime e questo ha fatto sì che negli ultimi anni siano sempre più gli studi che ne sfruttano le potenzialità, non solo in campo sociale ma anche economico, di marketing, politico ed aziendale per interpretare e spiegare una grande varietà di fenomeni (sociali, economici, ecc.).

L'adozione di una prospettiva sull'analisi delle reti assume un aspetto di rilevanza fondamentale in quanto essa si basa su dati relazionali: contatti e collegamenti che mettono in relazione un attore con l'altro ponendo attenzione alle dinamiche che intercorrono.

L'approccio relazionale e la sua importanza nell'essere umano inteso come essere sociale ha attraversato svariate ere storiche e molti pensatori e sociologi ne hanno studiato le componenti, come Eraclito, Marx, Durkheim, Goffman, tuttavia un "*approccio relazionale molto più esplicito si rinviene nelle intuizioni di Simmel*<sup>27</sup>, che hanno ispirato e influenzato la gran parte delle scoperte empiriche nel campo della network analysis" (Marin & Wellman, 2011, p. 14) il quale ha cercato di dimostrare come il mondo dell'uomo non è fatto di elementi isolati e la comprensione delle dinamiche soggettive sono il frutto dell'intersezione di relazioni il cui compito dei sociologi sta nello studio dei *patterns* (modelli) delle stesse tra gli individui per comprenderne il contenuto, emozioni, sentimenti, motivazioni individuali e collettive.

Tale metodologia ha fornito un prezioso contributo nell'analisi del Gioco d'Azzardo Patologico in quanto la SNA si basa sulla nozione secondo cui alcuni schemi relazionali si configurano come caratteristiche che influiscono sulla vita degli individui (e ne subiscono l'influenza), e che il modo in cui un individuo vive dipende ampiamente da come questi si trovi incastonato in una più ampia rete di contatti sociali che possono essere

---

<sup>27</sup>**Georg Simmel** (Berlino 1858 – Strasburgo 1918) è stato un sociologo e filosofo tedesco, ad oggi considerato uno dei padri fondatori della sociologia insieme a Durkheim e Weber. Il suo pensiero ha ispirato molti e in modi diversi, anche per la vastità della sua opera. La società per Georg Simmel viene prodotta da processi di interazione, che lui chiama forme, che nascono sotto la spinta delle "pulsioni" degli individui (chiamati da Simmel, contenuti)

tanto positivi e risolutivi in momenti critici quanto al contrario influenzanti di comportamenti problematici ed aizzatori di vere e proprie dipendenze.

Studiare la rete di un giocatore d'azzardo patologico potrebbe chiarire alcune caratteristiche relative al suo contesto, fare chiarezza sulla sua posizione ed il suo ruolo all'interno del *network* di relazioni e quindi contribuire all'approfondimento della patologia come fenomeno dotato di rilevanza sociale.

Nella SNA si parla a livello terminologico di *ego* per definire il soggetto-oggetto di analisi e di *alters* per definire quali sono i legami (gli *alters* appunto) più stretti e più forti dal suo punto di vista (cioè quello di *ego*) e di densità che consiste nel numero di relazioni presenti in proporzione al numero di relazioni possibili.

La SNA ha un riscontro ed un legame molto forte con la realtà, configurandosi come strumento assai utile per lavorare alla risoluzione di specifici problemi attraverso il lavoro di rete tenendo conto che la posizione di un attore all'interno di un network determina in parte i vincoli e le opportunità che questi incontrerà, motivo per cui definire le varie posizioni è importante per poter predire risultati, comportamenti e credenze (Borgatti et.al, 2013)

Innanzitutto è necessario identificare la rete del soggetto, significa cogliere le risorse su cui lavorare, capirne la dimensione, quanti sono i contatti, quali le loro caratteristiche e le risorse disponibili.

### **3.1.2. Mappatura delle reti: l'importanza nel lavoro dell'assistente sociale**

Le reti sociali sono *“entità relazionali che veicolano risorse, anzi, in qualche misura sono esse stesse risorse, e il loro incremento qualitativo e quantitativo produce il rafforzamento della capacità degli individui di affrontare le avversità sociali”* (Salvini, 2012: 22).

E' possibile distinguere tra reti sociali primarie e secondarie.

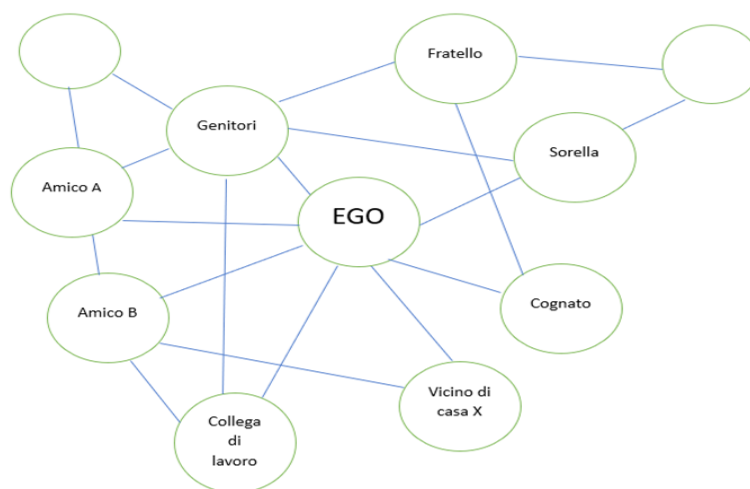
Le reti sociali primarie rappresentano quelle unità che raggruppano l'attore (*ego*) legati da relazioni dirette, “faccia a faccia” anche se non necessariamente di natura affettiva come ad esempio colleghi di lavoro, vicini di casa oltre che parenti ed amici, in cui l'attore conosce direttamente tutti i suoi componenti ed in questa tipologia i rapporti sono solitamente basati sulla reciprocità, normalmente svolgono una funzione protettiva e di sostegno all'identità e spesso si presentano con un alto grado di intensità sia quantitativa che qualitativa con relazioni strette e frequenti. Quando i legami tra i membri di questa rete sono solidi e funzionali esse risultano una risorsa fondamentale che offre risposte ai problemi della persona che, come soggetto relazionale di natura rincorre le proprie reti sociali al fine di soddisfare bisogni materiali ed esigenze socio-emotive. Tutto ciò spesso non avviene nel caso specifico di persone con problemi di *addiction* da sostanze e/o comportamentali i cui legami ad alta intensità proprie delle reti primarie si presentano come deboli e disfunzionali portando allo sviluppo e reiterazione di situazioni di dipendenza con eventuale impedimento del mantenimento di una condizione di astinenza.

Quelle secondarie informali fanno riferimento alle relazioni tra *ego* ed *alters* con una conoscenza non diretta, con un alto grado di variabilità in quanto la loro esistenza è strettamente connessa alla funzione per cui si

costituiscono. Esse comprendono principalmente il mondo del volontariato e dell'associazionismo con un filo conduttore rappresentato dalla necessità di unire le proprie azioni per offrire aiuto e sostegno secondo principi di condivisione, solidarietà e responsabilità collettiva e di *self-help*<sup>28</sup>.

Reti sociali secondarie formali: corrispondono all'insieme delle istituzioni e delle organizzazioni (anche cooperative sociali e gruppi di volontari nel caso in cui operino, a seguito di appalto, convenzione o altra modalità giuridica con l'ente pubblico) deputate a fornire determinati servizi agli individui, organizzate in modo strutturato sul piano gestionale-amministrativo svolgono funzioni e servizi predefiniti (seppur poi nella specificità calati sui bisogni della persona) concorrendo con la propria specificità al sistema di welfare. Esse si distinguono dalle reti primarie per rapporti di tipo asimmetrico caratterizzati da un contenuto professionale.

Nell'esplorazione delle reti ed all'interno di una necessaria classificazione risulta importante rintracciare una rete particolarmente utile allo studio del soggetto in trattamento, il suo cosiddetto **reticolo personale**: esso rappresenta il soggetto nella sua "nicchia" esistenziale in cui è possibile definire la sua identità, autonomia, socialità ed è estremamente importante perché permette di analizzare la problematicità e la dipendenza anche in ottica relazionale e quanto questa può influenzare il suo comportamento evidenziando i legami nocivi, oltre che conoscere eventuali risorse possibili attraverso il supporto della rete stessa.



#### *Esempio di reticolo personale*

L'analisi delle reti sociali e la conseguente mappatura in un contesto ben definito, visibile ed applicabile è una *conditio sine qua non* per l'avvio di un trattamento che risulti efficace per riuscita dell'astinenza dal comportamento di gioco eccessivo tenendo sempre presente l'importanza di uno schema concettuale utile all'analisi delle relazioni di *ego* in un'ottica di sostegno per la riuscita della presa in carico adottando una prospettiva basata sull'analisi delle reti da parte del professionista assistente sociale. Esse infatti costituiscono

<sup>28</sup>Il sistema informale si può dire costituito da "terapeuti naturali" (*natural helper*) differenziandosi dagli operatori del sistema formale per un loro agire spontaneo senza remunerazione, senza necessariamente spesso essere in possesso di specifica formazione e determinando un rapporto paritario sulla base di una libera scelta.

un elemento di particolare attenzione sia per quanto concerne gli interventi connessi agli specifici processi di aiuto che per la realizzazione di progetti sociali di rilevanza comunitaria in un'ottica promozionale e di prevenzione alla diffusione del Gioco d'Azzardo Patologico.

Ma cosa è necessario analizzare nel concreto quando ci si trova di fronte ad un soggetto e/o persona di riferimento che si rivolge ai Servizi per chiedere aiuto?

La risposta non è semplice né esaustiva in quanto il lavoro dei *social worker* risulta complesso in moltissimi aspetti quando si ha a che fare con persone che presentano un certo grado di fragilità, spesso rifiuto alle cure e difficoltà di vario genere, per questo la *social network analysis* risulta spesso complessa e richiede tempo ed energie anche solo nella fase iniziale del trattamento che prevede appunto la conoscenza del reticolo personale facendo riferimento ai componenti che costituiscono la rete del soggetto ed alla **qualità' dei legami**, elemento indispensabile nella conoscenza del soggetto finalizzata ad un efficace intervento terapeutico per la funzione che svolgono nel soddisfacimento dei bisogni, non solo materiali di cui una persona necessita e nell'accesso alle risorse essenziali al raggiungimento degli obiettivi prefissati ricordando sempre l'inevitabile influenza delle relazioni nella strutturazione e definizione del percorso di vita personale.

La rete sociale personale gioca un ruolo cruciale nel promuovere e/o rafforzare cambiamenti positivi o, al contrario resistenze all'astensione al gioco ed incoraggiamento a condotte devianti, risultando in un certo senso una medaglia a due facce: essa può fornire aiuti, sostegno emotivo, mantenimento dell'identità personale, svago e ricerca di nuovi interessi supportando uno stile di vita sano e consono; ma può anche creare/mantenere una o più dipendenze ed essere fonte di stress incrementando il rischio di ricaduta durante o dopo il trattamento.

Un contributo importante e di grande attualità è dato da Mark Granovetter, sociologo e docente: in un articolo pubblicato nel 1973 dall'*American Journal of Sociology* nell'ambito di uno studio sui **legami forti** (*strong ties*) e **deboli** (*weak ties*) egli suddivide in categorie i legami instaurati descrivendo la forza di un determinato legame interpersonale come la combinazione di svariati fattori quali:

- ✓ l'intensità emozionale ed intima dei soggetti coinvolti
- ✓ il tempo dedicato alla relazione inteso in frequenza dei contatti (spesso, occasionalmente o raramente)
- ✓ servizi e risorse a disposizione reciprocamente tra *ego* ed *alters*

I legami cosiddetti "forti" sono perciò caratterizzati da un'alta frequenza sia in termini quantitativi che di intimità e reciprocità (un esempio classico è la famiglia con cui si convive, la cerchia di amici ristretta, ecc...) mentre quelli definiti "deboli" presentano legami più sporadici e di basso grado di intimità spesso appartenenti a *clusters* differenti con caratteristiche molto eterogenee in molti ambiti (ad esempio: gruppi sportivi e ricreativi di varia tipologia)

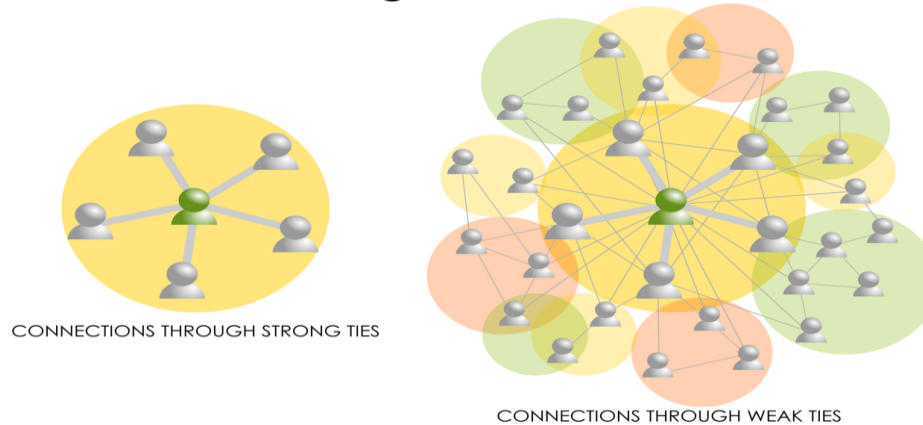
Il suo studio si è principalmente concentrato sull'elaborazione della cosiddetta "**teoria della forza dei legami deboli**" che trova tutt'ora riscontro nella presa in carico dei soggetti con dipendenza da gioco eccessivo in quanto molto spesso sono proprio i legami forti e densi appartenenti ai *networks* (solitamente costituiti dalla cerchia familiare ed amicale più ristretta) ad essere causa/effetto dell'avvio alla dipendenza, alla reiterazione di comportamenti nocivi molto spesso per imitazione e coinvolgimento reciproco in un vortice dannoso e di difficile uscita, non rappresentando spesso utilità nel reperimento di risorse esterne alla rete.

Un esempio classico lo si individua nelle realtà familiari caratterizzate da legami forti in cui il padre o la madre presentano disturbo da gioco d'azzardo ed il figlio fin da giovane sperimenta personalmente queste condotte negative proprio per imitazione ed esempio costante da parte delle figure di riferimento del soggetto. Secondo tale teoria più forte è il legame tra due persone e maggiore è la probabilità che i loro mondi sociali siano simili e ben incastrabili e questo avviene in soggetti con caratteristiche simili tra loro, che presentano perciò anche problematiche e comportamenti devianti in un vortice che si autoalimenta.

I legami deboli invece facilitano l'integrazione sociale tra *clusters* anche non troppo vicini tra loro in quanto consentono il raggiungimento di molti più contatti indiretti (e quindi di risorse, informazioni) di quelli stabiliti riferendosi solo a relazioni forti e risultano importanti anche per la trasmissione di un bagaglio di idee, influenze ed informazioni generali distanti da quello condiviso con il gruppo ristretto di riferimento consentendo di ampliare lo sguardo sul mondo ben oltre quello della cerchia tipica con la quale si tende a condividere informazioni e visioni della realtà già in possesso spesso disfunzionali alla buona riuscita del trattamento. Questa tipologia di legame funge proprio da "ponte" (in gergo si utilizza infatti il termine *bridge*) tra gruppi diversi e quindi sono potenzialmente i migliori generatori di sempre più differenziate opportunità e risorse rispetto a quelle già possedute dall'individuo. La rete di un soggetto, naturalmente, può essere composta sia da legami forti che da legami deboli (*bridge* e non) ma molto spesso il lavoro dell'assistente sociale non sta nell'agire sui primi, ma proprio negli altri per creare connessioni sane e positive, nuovi contatti e nuove opportunità.

Riprendendo le riflessioni esposte nel precedente capitolo si può affermare che il grande lavoro dei Servizi per le Dipendenze dovrà sempre più concentrarsi nello studio approfondito delle tipologie di legami accompagnando il soggetto e la sua rete nel difficile percorso di ri-costruzione dei reticoli volti a portare un reale miglioramento della qualità della vita e gli interventi saranno tanto più efficaci quanto questo delicato percorso coinvolgerà direttamente sul campo tutti gli attori protagonisti dei progetti di cura: Servizi, società, persone dipendenti dal Gioco d'Azzardo e nucleo familiare, nessuno escluso ed il più possibile in modo coinvolgente a 360°. Se lo studio scientifico e le pratiche di rete stanno riscontrando un crescente interesse a livello internazionale, lo stesso non si può sempre affermare nelle realtà locali dei Ser.D. italiani ancora troppo "burocratizzati" ed impegnati in protocolli ed infiniti documenti da compilare lasciando poco spazio e tempo alla reale conoscenza del territorio, proprio nel territorio stesso.

## The Strength of Weak Ties



*Immagine dal Web.*

*I legami deboli (weak ties) sono fonti di nuove opportunità ed allargano la sfera di conoscenze.*

### **3.2 IL SUPPORTO DELLE RETI NEL PROGETTO DI AIUTO:**

#### **TERAPIA DI RETE COME MODELLO DI INTERVENTO NEI SERVIZI SOCIALI**

La diffusione di nuovi comportamenti additivi come si è in più occasioni sottolineato richiedono la predisposizione da parte dei servizi alla persona di modalità di intervento innovative in grado di comprendere la dimensione relazionale degli attori sociali, le dinamiche di esclusione e le possibilità di integrazione utili al soggetto in trattamento, promuovendo una sfida stimolante ed efficiente per i Servizi che hanno la necessità di formazione ed adeguamento continuo per essere sempre al passo sull'acquisizione di pratiche sociali e metodologie di lavoro adeguate alle esigenze in costante cambiamento. Le pratiche di rete stanno riscontrando un grandissimo interesse da parte dei *social worker* come professionisti impiegati in prima linea con l'utenza e prezioso raccordo tra la persona, la sua rete ed il mondo dei servizi a sostegno del soggetto fragile e della sua famiglia. La Legge 328/2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"<sup>29</sup> prefigura un disegno a rete dei servizi che pongono la persona come nodo cruciale di transizione tra bisogni e risorse da poter valorizzare segnando un passaggio di paradigma rispetto alla precedente impostazione dei servizi sociali, affermando una logica promozionale a scapito di una riparativa e puramente assistenzialistica e coinvolgendo soggetti diversi nella progettazione e nella realizzazione degli interventi: dal Terzo Settore come parte attiva e non solo più come fornitore di servizi alle

<sup>29</sup>**LEGGE 8 nov. 2000, n. 328.** "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" delinea le azioni di intervento nei servizi sociali, ricercando il benessere, promuovendo autonomia e solidarietà, attraverso l'offerta e il coordinamento di servizi, risorse e prestazioni. Molte sono state le novità introdotte da questa legge: l'istituzione di un Fondo Nazionale per le politiche sociali; la definizione dei PDZ quali strumenti per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi dando importanza ai Comuni; il principio di sussidiarietà sia verticale che orizzontale e la conseguente centralità del Terzo settore; il principio di "Universalismo selettivo". La modifica del Titolo V della Costituzione, rimandando il potere legislativo in materia di servizi sociali alle Regioni, comporta il rischio di progressivo "svuotamento" delle potenzialità innovatrici della 328/00.

realità familiari e sociali attraverso lo sviluppo continuo di reti di solidarietà. Questo cambiamento di mentalità di così fondamentale importanza nella realtà dei Servizi per le Dipendenze non ha mai trovato terreno fertile nel suo potenziale e nella sua piena realizzazione sia a causa di successive leggi che in qualche modo l'hanno resa inattuabile (come ad esempio la riforma del Titolo V della Costituzione, introdotta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 attribuendo la potestà legislativa in materia di assistenza sociale esclusivamente delle Regioni ) che soprattutto perché ad un disegno di legge non è susseguito un reale cambio di mentalità nell'organizzazione dei Servizi a livello nazionale e locale ove solo alcune realtà si sono parzialmente adeguate portando ad una differenziazione della qualità dei Servizi tra le Regioni ed anche all'interno degli stessi territori e lasciando le sorti della sua efficacia o meno alla mera volontà e motivazione di alcuni professionisti senza un controllo di senso e qualitativo efficiente dei programmi terapeutici che quotidianamente vengono attuati e rimanendo perciò un aspetto puramente teorico e poco calato nella realtà attuale.

### **3.2.1 Lavoro di rete, in rete e con la rete**

Il principale compito del lavoro sociale nell'ambito delle dipendenze e nello specifico del suddetto lavoro, nella relazione disfunzionale con il gioco d'azzardo è quello di stimolare, creare e rinforzare i legami significativi o che possono divenire successivamente tali, che si caratterizzano per le relazioni e le comunicazioni intersoggettive ed intersistemiche e quindi per i cambiamenti che tali dinamiche inducono, sostengono o modificano in un'ottica di continuo miglioramento della qualità della vita e della riuscita del trattamento.

E' importante al fine di fare ulteriore chiarezza di significati distinguere tra "lavoro di rete", "lavoro in rete" e "lavoro con la rete" per coglierne le sfumature e le modalità attuate nelle realtà lavorative e comunitarie. Il **lavoro di rete** si configura come una serie di azioni di raccordo finalizzate a facilitare le sinergie tra le molteplici realtà e risorse (reti formali ed informali, primarie e secondarie) in funzione dell'aiuto alla persona ed al suo nucleo di riferimento, ove i destinatari detengono un ruolo attivo e di partecipazione nella realtà sociale e nel mantenimento e costruzione delle reti stesse come risultante di una progettualità condivisa, svolgendosi nel Servizio Sociale:

✓ *con la persona*: l'assistente sociale nella fase iniziale del trattamento esplora le reti in cui il soggetto è inserito e successivamente in fase di realizzazione dell'intervento la sua azione è finalizzata all'azione di mobilitazione delle reti attraverso la promozione di quelle già esistenti e lo sviluppo di nuove reti. Questo aspetto è di fondamentale importanza e dovrebbe rappresentare la vera crescita ed innovazione dei Servizi Sociali in quanto la conoscenza della persona intesa come portatrice di bisogni ma soprattutto di risorse potenziali (personali e di rete) dovrebbe rappresentare la base di partenza ed il grande sforzo degli Assistenti Sociali se si vuole programmare un intervento di qualità che possa avere qualche risultato in termini reali. Fondamentale è perciò la mappatura e la conoscenza delle relazioni del soggetto prima della stesura di un

qualsiasi intervento che non voglia risultare inevitabilmente preconfezionato e non rispondente ai reali bisogni del soggetto con *addiction* da Gioco d'Azzardo Patologico.

✓ nel Servizio e tra i Servizi: qui il professionista opera per creare connessioni nel Servizio Dipendenze e tra diversi Servizi pubblici e del privato sociale per intervenire in modo esaustivo, tenendo conto che molto spesso dietro alla dipendenza da gioco eccessivo si svelano altre fragilità e comorbidità che possono coinvolgere il nucleo familiare, come ad esempio debiti di gioco e problemi finanziari e legali, abbandono dei figli minori, violenze domestiche dovute a liti a causa di onerose perdite al gioco, ecc..

✓ sul territorio: l'assistente sociale promuove connessioni e legami tra varie risorse che la comunità mette a disposizione, in linea ed a conferma dell'attualità teorica e pratica della "teoria della forza dei legami deboli" in cui risulta fondamentale creare nodi tra il soggetto e tutte le possibili realtà locali a disposizione come collegamenti verso nuove opportunità dati dai legami deboli appunto.

*"Nessun legame forte è un ponte. Tutti i ponti sono legami deboli"* (*"No strong tie is a bridge. All bridge are weak ties"*) (Granovetter 1973)

Un esempio classico è la partecipazione a gruppi sportivi o teatrali territoriali spesso proposti dai Ser.D. ai soggetti per aggiungere un nodo alla rete della persona allo scopo di favorire nuovi interessi, nuove conoscenze ed anche migliorare la propria condizione fisica, tassello fondamentale per una migliore qualità di vita ed un'astensione all'*addiction* ed alle dipendenze da sostanze o alcool spesso ad esso correlate in quanto ad oggi, nonostante i molteplici mutamenti sociali, le reti mantengono la medesima valenza di supporto fondamentale per ogni individuo come essere sociale.

Lavorare **in rete** significa in qualche modo "entrare" direttamente: l'assistente sociale diviene egli stesso un nodo (risorsa) della rete cooperando con *ego* ed *alters*, risultandone perciò modalità operativa capace di portare il professionista a ragionare con diversi tipi di supporti e agganci attraverso azioni di coordinamento tra professionisti, terzo settore, comunità, volontariato e prima ancora la persona stessa ed il suo nucleo familiare di riferimento. Il mantenimento della posizione funzionale ed istituzionale del professionista deve essere sempre assicurata, in quanto egli non può e non deve sostituirsi ad *alters* ma operare in sinergia ed in prima linea nella co-costruzione di progettualità nel trattamento dei casi mediante solide strutture organizzative (tipico esempio è il lavoro d'*équipe*). Per progettare in modo trasversale una rete efficace risulta fondamentale la conoscenza dei bisogni reali presenti sul territorio e la necessità di interventi multidisciplinari per potere offrire agli utenti tutto ciò che è loro indispensabile alla risoluzione dei problemi ed evitare possibili ricadute. Quando si parla di **lavoro con la rete** si intende un operato indiretto di orientamento, affiancamento, assistenza e supervisione in cui l'assistente sociale ha funzione di "regia", ponendosi accanto ed eseguendo un'azione di guida affinché la rete stessa possa attivarsi, autoregolarsi e divenire autonoma. Il rapporto tra operatore ed il soggetto con il suo reticolo è in questo caso più "blando" e marginale rispetto alle altre due definizioni e rimanda ad azioni puramente orientanti ad opinioni e senza finalità di costante controllo se non in termini di aiuto alla verifica e valutazione del percorso.

### 3.2.2 Il ruolo dell'Assistente Sociale come promotore di rete

L'attuale scenario sociale vede una sempre maggiore precarietà della rete primaria e nel caso di soggetti con disturbo da gioco patologico questa rappresenta una minaccia alla diffusione e reiterazione del fenomeno pregiudicando diversi aspetti riguardanti la vita di un soggetto: fisico, psicologico, relazionale, legale, economico, lavorativo e anche quello legato agli interessi personali, ed ancora più in generale il deficit delle reti sociali ed il conseguente isolamento sociale sono tutti fattori che producono esclusione sociale, per cui il soggetto vive in una condizione di insoddisfamento dei propri bisogni e di mancato accesso a risorse di supporto e coinvolgimento in opportunità di vita promosse e facilitate dalle relazioni sociali, ragion per cui l'intervento rivolto a questa patologia deve necessariamente essere di tipo multidisciplinare, prevedendo una presa in carico globale che permetta di far fronte a tutti i problemi correlati al gioco eccessivo progettando perciò interventi di natura medica, psicologica e di tipo sociale al fine di costituire un programma di aiuto personalizzato ed integrato in grado di intervenire su tutte le aree di sofferenza dell'utente e del suo nucleo di riferimento. Nei Servizi per le Dipendenze il ruolo fondamentale su cui l'Assistente Sociale fonda il suo mandato istituzionale sta nell'instaurare un'efficace e duratura *relazione di aiuto*<sup>30</sup> con l'utente e la persona/nucleo di riferimento, fondamentale per il successo del trattamento: questa particolare tipologia di relazione si inserisce in uno spazio ben definito e protetto in cui il professionista dovrà adottare un atteggiamento in grado di infondere fiducia portando la persona ad aprirsi senza timore, garantendo che qualsiasi parola pronunciata all'interno delle conversazioni verrà tutelata e preservata nella massima riservatezza, con l'obiettivo principale di sviluppare nella propria utenza l'*empowerment*, utile per fronteggiare in autonomia le avversità della vita, attivando, organizzando ed integrando le varie risorse formali ed informali necessarie ed opportune alla specificità del bisogno sociale creando una rete di relazioni positive ed orientate alla remissione della dipendenza ed alla scoperta di nuovi interessi e sane occasioni di confronto.

In questo complesso scenario di ri-costruzione sociale da parte del soggetto è proprio l'Assistente Sociale la figura indispensabile nel processo di aiuto nei soggetti affetti da ludopatia, promotore di un percorso terapeutico incentrato sul rafforzamento delle relazioni dell'utente mediante un suo accompagnamento al riconoscimento ed alla valorizzazione delle relazioni significative per sé, di ampliamento del reticolo relazionale già esistente, oltre che ad una efficiente gestione del tempo libero, considerato un aspetto problematico spesso ricorrente nella vita dei giocatori patologici nel momento in cui smettono o almeno riducono il tempo dedicato al gioco che rappresentava gran parte del loro agire quotidiano. Si rende necessario perciò un sostegno solido da parte del professionista nell'aiutare la persona a trovare le strategie più efficaci per gestire tempo, energie e spazio mentale prima riservati esclusivamente al gioco: riorganizzare il proprio tempo in modo tale da trovare nuove gratificazioni che riempiano i "vuoti" creati attraverso un programma terapeutico atto ad aiutare il giocatore a ristrutturare il proprio stile di vita equilibrando gli spazi dedicati al

---

<sup>30</sup>*Relazione di aiuto*: Nel Servizio Sociale la relazione professionale si definisce come relazione di aiuto e rappresenta una forma specifica di relazione che si instaura intenzionalmente tra l'utenza ed il professionista a seguito di una domanda (implicita o esplicita, diretta o indiretta) allo scopo di produrre un cambiamento rispetto ad una situazione negativa, generatrice di malessere. Per l'A.S. la relazione di aiuto, svolta nel rispetto del *setting*, fondata su saperi teorici ed abilità operative deve essere agita nel rispetto dei principi e dei valori della professione per poter risultare lo strumento fondamentale per la realizzazione del processo di aiuto.

lavoro, alla famiglia, alle relazioni sociali ed ai momenti ricreativi adattati agli interessi soggettivi. E' ormai chiara la grande sfida alla quale i Servizi sono chiamati ad affrontare per muoversi nella direzione dell'acquisizione di metodologie e pratiche sociali di lavoro maggiormente adeguate al fine di incentivare reali cambiamenti nella vita delle persone promuovendo a pieno il loro benessere che non possono non tener conto dell'ambiente in cui sono inseriti e dell'influenza che esercitata su di essi, in un'ottica di intervento *network oriented* fondato sulla conoscenza ed il coinvolgimento di tutte le risorse relazionali disponibili in ambito comunitario, come affermato in letteratura (*D.Panebianco. Dipendenza e cultura delle relazioni. Social network analysis e capitale sociale nei servizi alla persona. Rubbettino Università, pag. 130-132*), promuovendo eterogeneità e supporti continui da parte della famiglia, degli amici, delle connessioni a gruppi di vario genere disponibili a mobilitare risorse e motivazioni diverse dalla pratica del Gioco.

Ogni pratica d'intervento deve necessariamente tener conto degli obiettivi fondamentali da raggiungere quali il mantenimento dell'astinenza dal gioco, dell'integrità della rete di riferimento e l'assunzione di comportamenti sicuri e risolutivi per sé e per la collettività in generale migliorando costantemente la qualità e la tipologia delle reti utile a prevenire possibili ricadute.

L'adozione di metodologie orientate alla rete è fondamentale per qualsiasi tipologia di giocatore e livello di *addiction* in quanto rappresenta per molti aspetti la miglior ancora di salvezza senza la quale ogni tentativo di remissione al gioco risulterà solamente temporaneo e privo di volontà personale, ma solamente dettato da una necessità che non avrà radici solide come quelle che si possono costruire e radicare attraverso la costruzione di relazioni di qualità.

## CONCLUSIONI

Il gioco d'azzardo, sebbene non sia una pratica esclusivamente figlia dell'epoca moderna, negli ultimi anni sta assumendo i connotati di un vero e proprio problema sociale che coinvolge non solo la persona che si immerge in questo mondo ma a macchia d'olio si diffonde nel nucleo familiare, amicale, lavorativo e comunitario creando non poche problematiche di vario genere: economico, psicofisico, legale e soprattutto relazionale e sociale come descritto in questo elaborato che ha voluto mettere l'accento soprattutto nell'aspetto riguardante le relazioni e la loro importanza nel trattamento di questa nuova *addiction*.

Questa situazione ha dato il via a studi e servizi di diversa natura con lo scopo di approfondire, informare e sperimentare sempre nuovi e più efficienti percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione delle problematiche connesse al disturbo da gioco d'azzardo. Situazioni di disagio che richiedono da parte dei Servizi interventi integrati e multidisciplinari volti a riassetare tutti gli ambiti di vita corrosi dal gioco d'azzardo patologico sia per il soggetto protagonista che per la comunità che se ne fa carico attraverso le reti formali ed informali che rappresentano la natura stessa dell'essere umano. La ludopatia è il risultato di una situazione diventata insostenibile, iniziata spesso con la sperimentazione dell'emozione e del piacere fornitogli dal gioco, portando la persona a ripetere l'esperienza con modalità compulsive, perdendone il controllo e diventandone dipendente e che cela sovente un disagio di natura personale, relazionale, emotiva, psicologica, culturale, economica. Questa situazione è molto ricorrente anche nei giocatori che ho avuto modo di conoscere durante il mio percorso di tirocinio formativo presso il Ser.D di Rovigo svolto durante il primo semestre dell'anno 2022 in cui ho avuto la possibilità di sperimentare in prima persona la qualità dell'approccio dei Servizi alla persona rivolti ai soggetti con dipendenza ed all'importanza della conoscenza e dell'agire sulle relazioni interpersonali e sulle reti sociali degli utenti attraverso una loro analisi, ri-costruzione e creazione di nuovi legami funzionali alla buona riuscita del trattamento ed alla prevenzione di eventuali ricadute durante la presa in carico. La figura dell'Assistente Sociale in questo ambito risulta fondamentale come raccordo tra il soggetto, il territorio, i Servizi e le reti con la collaborazione di tutte le figure professionali che ruotano attorno al Servizio Dipendenze e con la sua preziosa preparazione e formazione continua ho toccato con mano la qualità della progettualità messa in atto per ogni soggetto, costantemente condivisa con il suo nucleo di riferimento in un'ottica di presa in carico globale della persona.

Guardando nello specifico alla tipologia delle reti degli utenti con problemi di gioco eccessivo, in generale essi presentano poche ed intense relazioni con soggetti simili che facilitano il rafforzamento dei contenuti relazionali e comportamentali della rete favorendo il mantenimento dello status quo e rendendo difficile il miglioramento delle condizioni di vita, presentando perciò maggiori difficoltà a superare la propria condizione, ed in quest'ottica il lavoro del *social worker* è proprio quello di portare il giocatore ad una graduale socializzazione più eterogenea configurando come elemento chiave l'accesso a risorse esterne con differenti interessi che può favorire una più lineare e rapida astensione completa al gioco.

Il *gambling* è stato classificato, secondo il DSM-5 come una dipendenza senza l'uso di sostanze in quanto i comportamenti del giocatore patologico sono infatti molto simili a quelli dei dipendenti da sostanze psicoattive

e manifestano le stesse principali caratteristiche dell'addiction quali il *craving* (bisogno incontenibile di tornare a giocare), la tolleranza (la perdita di controllo sul comportamento che implica la necessità di giocare sempre maggiori somme di denaro/ assumere quantità maggiori di sostanze) e l'astinenza (dolore fisico e psicologico che si presenta quando si cerca di interrompere la dipendenza, che sia da gioco o da assunzione di sostanze) configurandosi come un'esperienza gratificante al pari del consumo di sostanze psicoattive ed alcool. Questo comporta una necessaria risposta globale da parte dei Servizi per le Dipendenze che consideri numerosi fattori sia individuali che sociali nell'ottica di una presa in carico efficiente e rispondente alle ormai numerose richieste da parte dei cittadini, delle istituzioni e della comunità in generale, auspicabile e realizzabile solamente quando avverrà un reale ed importante cambio di rotta metodologica e prima di tutto mentale nel concetto di cura, trattamento e progettualità dove ancor poco si tiene conto del reale potere di cambiamento dato dalle relazioni, linfa vitale per ogni persona, in particolar modo per chi presenta problematiche legate alla dipendenza. Le relazioni sono parte di noi e formano un qualcosa che è più della somma di esse, sono quel "tutto" su cui ognuno di noi fonda la propria esistenza, ed è per questo che su di loro dobbiamo concentrarci affinché i Servizi possano fare un reale salto di qualità ed essere davvero un faro alla guida di tutti coloro che necessitano di sostegno, nessuno escluso.

## BIBLIOGRAFIA

- F. Dostoevskij, Игрок tr. it. *Il giocatore*, in D. Tettamanzi, L. Cancrini, F. (1866);
- F.Dostoevskij, *Gioco d'azzardo e morale. Una tossicomania senza farmaci*. Il giocatore, Edup, Roma, 2002
- “American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.*”. Edizione italiana: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Cortina, 2014.
- Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione europea sulla droga 2022: tendenze e sviluppi*, Ufficio pubblicazioni dell'U.E., Lussemburgo.
- Cantarelli Angelo, dott. Specialista in Pediatria, 2015 pubblicazione
- Istituto per lo Studio delle Psicoterapie, 8 giugno 2020
- Rivista di psichiatria, *L'emergere delle dipendenze comportamentali*- vol. 51, num.3 Maggio-Giugno 2016
- Capitanucci D., *Post modernità e nuove dipendenze. Prospettive sociali e sanitarie* n. 6/2006.
- Panebianco D., *Dipendenza e cultura delle relazioni. Social Network Analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*. Rubbettino Università, 2019- Del Miglio C. & C, orbelli, S. (2003). *Le nuove dipendenze. Attualità in Psicologia*, 18, 9-36.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Politiche Antidroga, 2014
- Z. Bauman. *Modernità liquida*. Trad. S. Minucci. Editori Laterza 2011, XXIV rist. 2022
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le Politiche Antidroga. *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*, 2022
- ISS. *Gioco D'Azzardo*. Pubblicato 13/11/2019 - Modificato 30/05/2022
- Fink E. *Oasi della gioia. Idee per una ontologia del gioco*. Salerno: 10/17 Coop. Ed. 1987: p. 27
- Guerreschi C. *Il Gioco d'Azzardo Patologico, quando il divertimento diventa una malattia*. Milano: San Paolo Editore; 2000.
- Victorian Casino & Gaming Authority (VCGA). *Definition and incidence of pathological gambling including the socioeconomic distribution*. Melbourne: Victorian Casino & Gaming Authority; 1997.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Romo, L., Legauffre, C., Guilleux, A., Valleur, M., Magalon, D., Fatseas, M., et al. (2016). *Cognitive distortions and ADHD in pathological gambling: A national longitudinal case-control cohort study*. *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 649–657
- Dottor Mauro Croce *Convegno “Giocati dal gioco”* Busto Arsizio, 2007
- Dickerson M.G.. *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*, EGA Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1993
- Calcolo delle probabilità di vincita, su [superenalotto.it](http://superenalotto.it)
- *Regolamento del Superenalotto*, su [gazzettaufficiale.it](http://gazzettaufficiale.it)

- Choliz, M. *The challenge of online gambling: the effect of legalization on the increase in online gambling addiction*. Journal of Gambling Studies, ed. 2016; pag.749-756
- Libro Blu 2021 fonte elaborazione dati ADM
- Harris, A., Griffiths, M.D. *The Impact of Speed of Play in Gambling on Psychological and Behavioural Factors: A Critical Review*. J Gambl Stud 34, ed. 2018; pag. 393–412
- I.Colozzi,C.Landuzzi,D.Panebianco “*Se mi togliete il gioco divento matto*” Franco Angeli 2017 pag.71
- Regione del Veneto-ULSS8 “*Vincere il gioco d’azzardo*” *Manuale di auto-aiuto per il giocatore che vuole smettere*” a cura di G.Bellio, A.Fiorin, S. Giacomazzi. Aprile 2011
- G.Bellio & A.Fiorin, *I Servizi per le Dipendenze e i giocatori problematici. Organizzazione, valutazione e presa in carico*. Medicina delle Dipendenze, Italian Journal of the Addictions, 21, 2016
- Regione del Veneto- Piano regionale sul Gioco d’Azzardo Patologico 2021.
- Dati Ser.D. Aulss5 Polesana Distretto 1 (Rovigo e Badia Pol.) e Distretto 2 (Taglio di Po)
- Bellio, G. (2016). *I mille volti del giocatore d’azzardo impulsivo*. Dal Fare al Dire, 3, 5-14.
- Blaszczynski, A. (2000). *Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies*. Journal of Gambling Issues,
- F.Crespi, *Il pensiero sociologico*. Ed. Il Mulino, Bologna 2002-pag.18
- Salvini A. *L'analisi delle reti sociali*, Pisa University press, Pisa,2005
- Borgatti S.P., Everett M.G., Johnson J.C. (2013), *Analyzing Social Networks*. SAGE Publications Limited
- Salvini A. (2012), *Connettere. L'analisi di rete nel servizio sociale*. Edizioni ETS, Pisa
- A. Bartolomei, A.L. Passera *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*. Cierre ed. 2013
- A. Ziliani, B. Rovai. *Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale*. Carocci Faber, ed. 2007
- Marin A., & Wellman B. *Social network analysis: An Introduction*. In J. Scott,& P. J. Carrington Eds., 2011.
- Granovetter, M. *The strength of weak ties*. American Journal of Sociology, 1973
- Bourdieu P. *The forms of capital*. J.G. Richardson (a cura di), *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Westport, CT: Greenwood Press, 1986
- Coleman J.S. *Foundations of Social Theory*. Cambridg, Harvard University Press. 1990
- Dal Pra Ponticelli. *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber 2005

## SITOGRAFIA

[www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)  
[www.salutefisica.it](http://www.salutefisica.it)  
[www.rivistapsichiatrica.it](http://www.rivistapsichiatrica.it)  
[www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)  
<https://www.stateofmind.it/2017/11/new-addictions-smartphone/>  
<https://wearesocial.com/it/blog/2021/01/digital-2021-italia/>  
<https://www.addictioncenter.com/drugs/social-media-addiction/>  
<https://www.savethechildren.it/blog-notizie/dipendenza-da-internet-bambini-e-adolescenti-4-sintomi-riconoscerla>  
<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/chi-sono-gli-hikikomori>  
<https://www.voglioviverecosi.com/storia-gioco-d-azzardo.html>  
[www.culturalmente.it](http://www.culturalmente.it)  
<https://disturbossessivo.it/dipendenze/gioco-dazzardo-patologico-gap-cose-definizione-dsm-5/>  
<https://www.stateofmind.it/2020/12/bias-gioco-azzardo/>  
<https://www.azzardoinfo.org/che-cose-il-disturbo-da-gioco-dazzardo/> pubblicazione a cura del dott. G.Bellio  
[http://archivio.torinoscienza.it/dossier\\_i\\_tre\\_stadi\\_del\\_gioco\\_d\\_azzardo](http://archivio.torinoscienza.it/dossier_i_tre_stadi_del_gioco_d_azzardo)  
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettagliocontenutilea>  
<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/>  
[https://www.salute.gov.it/imgs\\_c\\_17\\_paginearee\\_3001\\_listafila\\_itemname\\_16\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs_c_17_paginearee_3001_listafila_itemname_16_file.pdf)  
<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/realta-attuale>  
<https://www.aulss5.veneto.it/>  
<https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici/gioco-dazzardo/legge-della-regione-veneto-sulla-prevenzione-e-la-cura-del-disturbo-da-gioco-dazzardo-patologico/>  
<https://www.consiglioveneto.it/documents/disegno-di-legge-relativo-a-bilancio-di-previsione-2023-2025>  
<https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo-15-ottobre-2019>  
<https://azzardotivinco.it/>  
<http://www.andinrete.it/portale/documenti/pdf/>  
<https://www.azzardoinfo.org/il-modello-patogenetico-di-blaszczynski-e-nower/>  
<https://www.adm.gov.it/portale/dati-sul-gioco-legale-in-italia>  
<https://saperesociale.com/2017/05/15/il-segretariato-sociale/>  
<https://sociologicamente.it/pierre-bourdieu>  
<https://gabriellagiudici.it/il-capitale-sociale/>  
[www.insna.org](http://www.insna.org)  
<https://www.studenti.it/comunita.html>  
<https://www.riccardoperini.com/reti-sociali-social-network.php>