



GAMBLING DISORDER

Un'analisi del sistema dei servizi dedicati
al disturbo da gioco d'azzardo nel Lazio

a cura di
Sergio Mauceri, Luca Di Censi

FrancoAngeli 

INFERENZE

EVIDENZE

INFERENZE

EVIDENZE

Inferenze/Evidenze

collana diretta da *Antonio Fasanella e Carmelo Lombardo*

Comitato scientifico: Maria Carmela Agodi (Università degli studi di Napoli Federico II), Giuseppe Anzera (Sapienza Università di Roma), Adele Bianco (Università degli studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara), Christian Borch (Copenhagen Business School), Andrea Borghini (Università di Pisa), Wayne Brekhus (University of Missouri/Columbia), Ernesto D'Albergo (Sapienza Università di Roma), Alessandra Decataldo (Università degli studi di Milano Bicocca), Maria Paola Faggiano (Sapienza Università di Roma), Giovanna Gianturco (Sapienza Università di Roma), Srebrinka Letina (University of Glasgow), Mariano Longo (Università del Salento), Veronica Lo Presti (Sapienza Università di Roma), Krzysztof T. Konecki (University of Łódź), Alberto Marinelli (Sapienza Università di Roma), Stefano Nobile (Sapienza Università di Roma), Paolo Parra Saiani (Università di Genova), Massimo Pendenza (Università degli studi di Salerno), Olli Pyyhtinen (University of Tampere), Lorenzo Sabetta (Sapienza Università di Roma), Hizky Shoham (Bar-Ilan University), Stefania Tusini (Università per Stranieri di Perugia), Dieter Vandebroek (Free University of Brussels), Petri Ylikoski (University of Helsinki).

Comitato editoriale: Lorenzo Barbanera (Sapienza Università di Roma), Ernesto Dario Calò (Sapienza Università di Roma), Michela Cavagnuolo (Università degli Studi di Roma "Foro Italico"), Maria Dentale (Università per Stranieri di Perugia), Raffaella Gallo (Sapienza Università di Roma), Melissa Mongiardo (Università della Toscana).

Inferenze/Evidenze intende promuovere il pluralismo delle idee e un approccio integrato di teoria e ricerca, configurandosi come uno spazio di condivisione di prospettive concettuali, strategie di indagine ed esperienze empiriche centrate su un'ampia varietà di temi e problemi tipici del mondo contemporaneo. Guarda a percorsi investigativi capaci di valorizzare la pratica dell'immaginazione sociologica e, attraverso disegni di ricerca rigorosi e innovativi, ancorati a strutture teoriche e a sufficienti e controllate basi di dati, di favorire il più possibile lo sviluppo di programmi di ricerca pluralistici e integrati.

I volumi pubblicati sono sottoposti alla valutazione anonima di almeno due *referees* esperti.

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

GAMBLING DISORDER

Un'analisi del sistema dei servizi dedicati
al disturbo da gioco d'azzardo nel Lazio

a cura di
Sergio Mauceri, Luca Di Censi

FrancoAngeli 

INFERENZE

EVIDENZE

La pubblicazione del volume è avvenuta con il contributo del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale (CoRiS) della Sapienza Università di Roma, a seguito del finanziamento del Progetto di Ateneo per l'anno 2022 da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR).

Isbn: 9788835181330

Isbn e-book Open Access: 9788835190257

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons*
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale
(CC-BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso dell'opera previste e comunica sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Gli eventuali link attivi e QR code inseriti nel volume sono forniti dall'autore.
L'editore non si assume alcuna responsabilità sui link attivi e QR code ivi contenuti
che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190257

Indice

Prefazione , di <i>Maurizio Fiasco</i>	pag.	11
Riferimenti bibliografici	»	15
Introduzione , di <i>Sergio Mauceri</i>	»	17
Ringraziamenti	»	25
Riferimenti bibliografici	»	25
1. Il disturbo da gioco d'azzardo , di <i>Mauro Carta</i>	»	29
1. Introduzione	»	29
2. Definizione e criteri diagnostici del DGA	»	32
3. Fattori di rischio: le determinanti del gioco d'azzardo problematico e del DGA	»	36
4. Le conseguenze del DGA	»	44
Riferimenti bibliografici	»	46
2. Il mercato del gambling e il disturbo da gioco d'azzardo in Italia fra benefici fiscali e costi socio-economici , di <i>Riccardo Tilli</i>	»	50
1. Il ruolo dell'economia comportamentale e delle neuroscienze nella comprensione del comportamento di gioco	»	51
2. Dimensione economica del gambling in Italia	»	56
3. Il ruolo fiscale del settore e la natura regressiva del consumo di gioco	»	62
4. Disturbo da gioco d'azzardo: i costi sociali ed economici e le prospettive di regolamentazione	»	67
Riferimenti bibliografici	»	69

3. Il disturbo da gioco d'azzardo visto dalla prospettiva giuridica: “gioco responsabile” e “gioco sicuro” versus “regolatori responsabili” e “tutele sicure”?, di Paola Marsocci	pag.	71
1. Premessa	»	71
2. I principali riferimenti normativi nazionali, a partire dai fondamenti costituzionali	»	73
3. Perché “vanificare il lavoro di questi anni, riportando in alto mare le politiche sociosanitarie che faticosamente si sono implementate nelle ASL, nei Comuni e nelle Regioni”?	»	79
4. Commentando la normativa in vigore. La questione della circolazione dei dati	»	83
5. Il diritto di fronte alle fragilità personali	»	86
6. La tutela della salute e la pubblicità commerciale dei servizi legati al gioco	»	88
7. Alcune considerazioni conclusive	»	90
Riferimenti bibliografici	»	92
 4. Politiche e strategie di contrasto al DGA nella regione Lazio, di Onofrio Casciani	»	94
1. Introduzione	»	94
2. Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze nel Lazio	»	95
3. Il quadro normativo regionale	»	97
3.1. La formazione del personale operante nelle sale da gioco	»	100
4. Le azioni di contrasto al DGA	»	102
4.1. Programmi di prevenzione	»	102
4.2. Interventi di prossimità	»	103
4.3. Formazione del personale	»	104
4.4. Le fasi del PDTA del DGA	»	108
5. Iniziative in fase di avvio	»	113
6. Conclusioni	»	114
Riferimenti bibliografici	»	116
 5. Un progetto di indagine misto sul sistema dei servizi dedicati al contrasto del disturbo da gioco d'azzardo nella regione Lazio: il disegno di ricerca, di Sergio Mauceri	»	119
1. Introduzione	»	119
2. Obiettivi dell'indagine	»	120
2.1. Il contesto di indagine: la regione Lazio	»	122
2.2. L'approccio metodologico adottato	»	122

2.3. Le fasi procedurali	pag. 123
Riferimenti bibliografici	» 131
6. L'attività dei servizi dedicati al disturbo da gioco d'azzardo nella regione Lazio , di <i>Fiorenza Deriu, Luca Di Censi, Raffaella Gallo e Sergio Mauceri</i>	» 133
1. Introduzione	» 133
2. Le caratteristiche degli enti	» 136
3. Le collaborazioni tra servizi e la rete territoriale di contrasto al DGA	» 145
4. L'attività di monitoraggio e di valutazione dei servizi	» 149
5. Elementi di criticità del sistema dei servizi/progetti dedicati al contrasto del DGA nella regione Lazio e possibili proposte di soluzione	» 152
6. Conclusioni	» 161
Riferimenti bibliografici	» 162
7. La rete territoriale per la prevenzione e il contrasto del DGA nel Lazio. Attori, legami e prospettive di collaborazione , di <i>Fiorenza Deriu e Raffaella Gallo</i>	» 164
1. Introduzione	» 164
2. Obiettivi cognitivi e metodologia d'indagine	» 166
3. Caratteristiche degli Ego, degli Alter e delle loro relazioni	» 169
4. Morfologia e struttura della rete regionale integrata degli enti e servizi per la prevenzione e il contrasto del DGA	» 175
5. La mappa georeferenziata della rete integrata del territorio regionale del Lazio	» 185
6. Note conclusive	» 188
Riferimenti bibliografici	» 190
8. Parsec Cooperativa Sociale: uno studio di caso , di <i>Carmelo Bruni, Mauro Carta e Maria Costanza Massotti</i>	» 191
1. Introduzione: la presentazione di Parsec Cooperativa sociale	» 191
2. I punti di forza dei progetti di Parsec Cooperativa sociale	» 194
2.1. L'adattamento delle strategie di intervento all'evoluzione dei bisogni	» 194
2.2. L'attività di advocacy di Parsec sul Disturbo da gioco d'azzardo	» 205
2.3. La gestione strategica dei fondi e l'attivismo volontario	» 206

3. Gli elementi di criticità	pag. 206
3.1. L'ambiguità della politica in materia di DGA e l'assenza di una solida cabina di regia a livello nazionale	» 206
3.2. Discontinuità e frammentazione dei progetti sul DGA	» 208
3.3. L'impraticabilità delle attività di monitoraggio e valutazione <i>ex-ante</i> , <i>in itinere</i> ed <i>ex-post</i> dei progetti di contrasto al DGA	» 210
4. Le proposte di miglioramento	» 211
4.1. Oltre il profitto: costruire una cultura della prevenzione e della riabilitazione dal DGA	» 211
4.2. Intercettare la popolazione sommersa di giocatori d'azzardo a rischio di sviluppare DGA	» 212
4.3. Migliorare la collaborazione tra enti che si occupano di DGA	» 213
4.4. Ottimizzare i progetti attivi, riattivare quelli sospesi e promuovere nuove progettualità	» 213
4.5. L'avvio di un servizio inteso come organizzazione stabile	» 214
5. Considerazioni conclusive	» 215
Riferimenti bibliografici	» 219
 9. Magliana '80 Cooperativa sociale: uno studio di caso , di Carmelo Bruni, Carlotta Antonelli, Valentina Brattelli e Guglielmo Masci	» 222
1. Introduzione: la presentazione di Magliana '80 Cooperativa sociale	» 222
1.1. I servizi attuali: un supporto integrato e multidimensionale	» 226
2. Evoluzione del fenomeno, bisogni e strategie di intervento: le buone prassi di Magliana '80	» 228
3. Criticità del servizio "SOS Azzardo"	» 237
4. Proposte di miglioramento del servizio "SOS Azzardo"	» 241
5. Considerazioni conclusive	» 244
Riferimenti bibliografici	» 249
 10. Il Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani: uno studio di caso , di Carmelo Bruni, Carlotta Antonelli, Ornella De Luca e Federico Gorgone	» 251
1. Introduzione: la presentazione del Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani	» 251

2. Evoluzione del servizio in risposta ai mutati bisogni	pag. 257
3. Punti di forza e buone prassi del Presidio ASL Roma 1	» 260
4. Principali criticità dei servizi prestati dal Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani	» 265
5. Proposte di miglioramento dei servizi del Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani	» 271
6. Considerazioni conclusive	» 274
Riferimenti bibliografici	» 279
Conclusioni , di <i>Luca Di Censi</i>	» 281
1. Evoluzione e definizione del DGA	» 281
2. L'evoluzione del gioco d'azzardo: dimensione economica e quadro normativo	» 282
3. Una lettura integrata del sistema dei servizi dedicati al contrasto del DGA nella regione Lazio	» 284
4. Criticità e direttrici di azione	» 286
5. Raccomandazioni operative e di policy	» 287
Riferimenti bibliografici	» 290
Gli autori	» 292

Prefazione

di Maurizio Fiasco

Questo volume si distingue tra le produzioni accademiche italiane, non particolarmente numerose sul tema, per uno sforzo che manca a tante rassicuranti ricerche di provenienza universitaria. La differenza sta nello sfuggire al framing, persino lessicale, che si replica nei testi prodotti dalla quindicina di dipartimenti generosamente finanziati (insieme ad alcune società scientifiche) dalle “Big Five” società concessionarie del gioco d’azzardo di Stato. Fa dunque davvero piacere presentare qui un lavoro che affronta il *Gambling Disorder*, evitando due scorciatoie speculari e ugualmente accomodanti. La prima consiste nel trattarlo come un’emergenza estemporanea, circoscrivibile a comportamenti individuali devianti; la seconda nel normalizzarlo come una pratica di consumo tra le altre, governabile attraverso il rinvio a una moderazione dettata dalla responsabilità personale. Non tanto “astratta”, quanto conforme a un modello codificato da una pattuglia di clinici *embedded* dall’industria del settore, quello detto del “gioco responsabile”¹. Dove l’ossimoro di una condotta *temerariamente responsabile* propone, con suggestioni “dannunziane”, il fascino compatibile di una sfida alla Fortuna (quantunque industrialmente ingegnerizzata).

Il lavoro curato da Sergio Mauceri e Luca Di Censi rifiuta entrambe le semplificazioni e colloca il Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA) entro il sistema di relazioni istituzionali, economiche, normative e organizzative che ne ha reso possibile l’espansione, e che ne condiziona tuttora il trattamento.

Una prima verità, che può apparire controintuitiva, va però detta senza esitazioni. Se si considerano gli indicatori di impatto sanitario e sociale, il gioco d’azzardo non rappresenta la filiera di dipendenza quantitativamente più distruttiva. Il confronto con il tabagismo, con l’abuso di alcol, con

1. Sulla struttura e sui dettagli di tale “incorporamento” (in diversi paesi) si rimanda al contributo di Jim Orford (2020).

la diffusione di patologie croniche legate alla sedentarietà e alla cattiva alimentazione – soprattutto nell'età evolutiva – lo dimostra con chiarezza. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, il tabagismo è responsabile in Italia di circa 93-94.000 morti evitabili ogni anno; l'alcol concorre ad almeno 14mila decessi nella stessa unità di tempo; gli alimenti ipercalorici (bevande zuccherate, “merendine” e cibi industriali molto trattati, ecc.) provocano conseguenze rovinose in età evolutiva. E infatti l'OMS e le indagini nazionali ne documentano le dimensioni inedite nel post-pandemia: combinandosi con l'arretramento significativo dell'attività fisica degli sport e dei giochi all'aria aperta tra bambini e adolescenti, si manifesta l'estrema diffusione di effetti già visibili, come obesità, sovrappeso e fragilità metabolica. Dunque, perché dare tanto rilievo alle conseguenze del gioco d'azzardo?

Per l'attenzione che si è creata e per la potenziale rottura del diniego sociale e istituzionale delle dipendenze collegate a business industriali. Ed infatti il DGA è risultata l'unica dipendenza verso la quale effettivamente, nell'arco di un quarto di secolo, si sia levata una disapprovazione pubblica persistente, e per la quale si sia ottenuto almeno un avvio di risposta istituzionale strutturata. Dopo il cosiddetto “decreto Balduzzi” – giova rammentarlo – la patologia è approdata fino al riconoscimento di essa nei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017)². Questa singolarità non è casuale e costituisce uno dei fili conduttori del volume.

Quella da gioco d'azzardo è una dipendenza che – nelle sue dimensioni “di massa” – si diffonde all'interno di uno spazio legale, come ricaduta di un mercato promosso e regolato dallo Stato, volto ad alimentare un gettito fiscale, che sottintende, dunque, un interesse pubblico. Se da un lato ciò segna una differenza dalla diffusione clandestina di una sostanza illegale, dall'altro è necessario collocarla nel novero degli altri danni sociali e sanitari direttamente derivanti da una scelta di politica pubblica. Ne era consapevole l'allora Ministro della Salute del governo Monti, che infatti aveva inserito nel decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 un compendio di misure su più fronti per contenere l'apparato lobbistico strutturato e pervasivo che esercita una pressione costante sul governo e sul Parlamento, affinché le regole su vecchie e nuove *addiction* non potessero interferire sui margini garantiti. Intendiamo dire “garantiti” dal fattore competitivo ingiusto, consistente nella fidelizzazione dei clienti grazie all'*addiction* correlata ai consumi acquistati. In buona compagnia dell'azzardo di Stato, come accennato, beneficiano di analoghi trattamenti di favore il commercio di tabacco (fumato o surriscaldato) e di

2. Un aggiornamento dei LEA, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 ottobre 2025, non è stato ancora recepito in via definitiva con un DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri) e a fine anno non è dunque pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

altri generi tragicamente nocivi per la salute umana, dall'infanzia alla conclusione naturale della vita. È forse un caso che il Bel Paese ospiti tanto la più grande holding dei "giochi" quanto la primaria multinazionale degli alimenti ad alta concentrazione di zuccheri?³

Nel lavoro dei due autori si ricostruisce scrupolosamente come, a partire dagli anni Novanta, la decisionalità pubblica abbia via via trasformato l'azzardo in una componente ordinaria dell'economia nazionale. Anche qui, salvo qualche eccezione, centurie di economisti e di sociologi hanno saltato a piè pari un'evidenza pur riscontrabile applicando al gambling le acquisizioni di una letteratura che permetteva di analizzare l'azzardo come *moltiplicatore economico negativo*, in grado di sottrarre risorse al consumo produttivo e al risparmio delle famiglie, con effetti regressivi più marcati nei contesti a minore reddito disponibile⁴. Tale dinamica è stata più volte documentata anche nei lavori di analisi economico-sociale di chi scrive e nei rapporti prodotti nell'ambito dell'Osservatorio nazionale sul gioco d'azzardo e delle attività di ricerca promosse dal Ministero della Salute.

Nel testo curato da Mauceri e Di Censi si documenta con rigore questa tensione strutturale già richiamata dello Stato, obbligato a tutelare la salute pubblica e, al tempo stesso, presunto beneficiario dell'espansione dell'offerta che contribuisce a generare la patologia. Ne ricostruisce gli effetti concreti: la crescita e la diversificazione dell'offerta, la capillarità territoriale, la pressione comunicativa, la selettività sociale del danno. I dati mostrano che il gioco d'azzardo colpisce in misura maggiore i contesti segnati da precarietà economica, fragilità relazionale, rarefazione dei legami comunitari. In questi contesti, l'azzardo non funziona come consumo voluttuario, ma come promessa compensativa, presentandosi come scorciatoia, una euristica indotta dal marketing dei giochi.

Uno dei contributi più rilevanti del volume emerge quando l'attenzione si sposta dal fenomeno astratto al sistema dei servizi. L'analisi empirica condotta riguardo al Sistema Sanitario Nazionale, qual si presenta nella Regione Lazio, documenta che nonostante esista una rete di servizi pubblici e del Terzo Settore, pur dotata di competenze elevate, e dunque idonea a intercettare bisogni differenziati e a sperimentare pratiche efficaci, la sua configurazione strutturale si presenta come fragile, discontinua, spesso affidata a progettualità temporanee. Un indicatore di fragilità è dato dalla bassa numerosità degli accessi alle terapie e delle permanenze nei protocolli terapeutici.

3. Dalla imponente letteratura, nonché dai continuamente aggiornati *fact check* della World Health Organization (WHO), segnaliamo il contributo di Dela Cruz, Coke, Bodnar (2016). Per una buona divulgazione, si veda Yang (2024).

4. Si rimanda al contributo di Hakim e. Buck (1989), ampiamente utilizzato nel report curato da M. Fiasco (2000) per la Consulta Nazionale Antiusura.

Il vero salto nel trattamento della questione va per l'appunto indicato nella necessaria definizione di una *governance*, che selezioni le buone pratiche e ne promuova la generalizzazione in policy. Questo dato è coerente con quanto emerge da altre ricerche territoriali e da analisi già disponibili negli ultimi anni, che mostrano come la frammentazione degli interventi produca sottostima del fenomeno, disomogeneità territoriale e perdita di apprendimento istituzionale.

In filigrana, il volume pone una questione che va oltre il gioco d'azzardo e investe direttamente la qualità della nostra democrazia. La Costituzione italiana riconosce e tutela diritti civili, politici e sociali come parti di un unico impianto. Il gioco d'azzardo chiama in causa tutti questi profili. Quanto accaduto dall'inizio del secolo in Italia ha contraddetto la giurisprudenza costituzionale, che pure si era espressa in modo netto. Nel 1975, uno dei più grandi giuristi della Repubblica, Francesco Paolo Bonifacio, alla Consulta presieduta all'epoca da Leonetto Amadei, uno dei padri costituenti, lo aveva scritto nella sentenza n. 237 del 1975, affermando che ogni deroga al divieto generale dell'azzardo è *costituzionalmente sensibile*, poiché incide sulla dignità della persona, sulla sicurezza sociale e sull'utilità collettiva.

Quando l'estensione e l'intensità di un business producono una dipendenza non solo nei comportamenti individuali, ma nelle stesse istituzioni che lo regolano e lo tassano, si deve osservare come il rischio sanitario sia l'epifenomeno di un rischio democratico: di cessione di sovranità ai complessi industriali-finanziari. In questo senso, il gioco d'azzardo rappresenta un caso paradigmatico di ciò che Sheldon Wolin (2008) ha inquadrato nella sociologia politica con il termine di *inverted totalitarianism*: un perverso meccanismo decisionale sorretto da un "triangolo di cooperazione" fra governo, industria e attori economici centrali e locali. Le dipendenze patologiche correlate a oligopoli industriali sono una colonna, per l'appunto, di un *totalitarismo invertito*, dove una democrazia formalmente vigente viene progressivamente svuotata perché convenienze economiche di breve periodo comprimono i diritti sociali e l'integrità della rappresentanza politica di lungo periodo. La prova ontologica del maturare di tale processo sta nella progressiva rarefazione della critica istituzionale, nonostante l'accumulo di evidenze empiriche e di dati sanitari, sociali ed economici.

Il volume, a questo proposito, propone di spostare l'attenzione dalla responsabilizzazione astratta del singolo alla responsabilità concreta dei sistemi – normativi, fiscali, organizzativi – che rendono alcuni comportamenti più probabili di altri. Le raccomandazioni di policy che chiudono il volume si muovono in questa direzione e trovano riscontro in una linea di ricerca ormai consolidata, che ha messo in evidenza l'illusione finanziaria sottesa alla fiscalità dell'azzardo, la sua incoerenza con i principi di tutela del risparmio e

di buon andamento della pubblica amministrazione, nonché i costi sanitari e sociali sistematicamente sottostimati nei bilanci pubblici. Per queste ragioni, *Gambling Disorder* è un contributo scientifico, che va oltre il focus sul sistema dei servizi dedicati al DGA nella Regione Lazio, attivando un interesse, che si auspica il più vasto possibile, sui modi surrettizi dei procedimenti decisionali pubblici, che hanno determinato una silenziosa questione della dipendenza di massa dal gioco d'azzardo.

Riferimenti bibliografici

- Dela Cruz, J.A., Coke, T., Bodnar, R.J. (2016), Simultaneous Detection of c-Fos Activation from Mesolimbic and Mesocortical Dopamine Reward Sites Following Naive Sugar and Fat Ingestion in Rats. *J Vis Exp*, 24(114): 53897. <https://doi.org/10.3791/53897>
- Fiasco, M. (a cura di) (2000), Dell'inflazione del gioco d'azzardo. Possibili scenari. In 6^a Commissione permanente del Senato della Repubblica, *Indagine conoscitiva sul settore dei giochi e delle scommesse* (pp. 877-1002), vol. II, Roma, Senato della Repubblica. www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/giochi_e_scommesse_secondo_volume_scan.pdf
- Hakim, S., Buck, A.J. (1989), Do Casinos Enhance Crime?. *Journal of Criminal Justice* 17, pp. 409-416.
- Orford, J. (2020), *The Gambling Establishment. Challenging the Power of the Modern Gambling Industry and its Allies*, Oxford e New York, Routledge.
- Wolin, S. (2008), *Democracy Incorporated: Managed Democracy and the Specter of Inverted Totalitarianism*, Princeton, Princeton University Press.
- Yang, Y. (2024), Gran parte degli alimenti che consumiamo sono sempre più processati per essere resi irresistibili. *National Geographic Italia*, 14 giugno 2024, www.nationalgeographic.it/

Introduzione

di Sergio Mauceri

Etimologicamente, il termine “azzardo” deriva dal termine arabo “zarah”, successivamente mutuato dalla lingua francese (“hazard”), che letteralmente significa dado. In effetti, le origini del gioco d’azzardo possono essere fatte risalire al 4000-3000 a.C. nella civiltà egizia, dove veniva praticato il gioco dei dadi. Da allora, la storia del gioco d’azzardo si è intrecciata con la storia dell’umanità e, “nonostante i numerosi provvedimenti legislativi che ne hanno vietato lo svolgimento, le scomuniche da parte della Chiesa, le condanne sociali e, soprattutto, le condizioni svantaggiose per il giocatore, questa forma di gioco non solo è sopravvissuta, ma ha addirittura prosperato nel tempo, tanto che oggi costituisce una forma di svago ampiamente accettata” (Tani, Ilari, Trapinassi, 2014, p. 3). Infatti, nel corso degli anni, questa forma di consumo è riuscita a trasformare la propria immagine pubblica, contrastando la connotazione negativa che la caratterizzava e riuscendo a trasformarsi in pratica normalizzata, socialmente accettata e legittimata. Molti giochi, in passato esercitati nell’ombra dell’illegalità, hanno assunto una caratterizzazione pubblica e sono entrati a far parte del vivere quotidiano. Infatti, con il fine dichiarato di assicurare la tutela dei consumatori, dell’ordine e della sicurezza pubblica, in Italia i giochi d’azzardo nella maggior parte dei casi sono regolati, sia nella forma che nelle modalità, dallo Stato, mentre le forme illegali sono rimaste ad appannaggio di un’esigua minoranza della popolazione. I giochi con vincite in denaro, gestiti dall’Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM), sono sempre più diffusi e rappresentano una componente importante delle attività economiche in Italia, che prevede una liberalizzazione dell’offerta, in cui il governo, attraverso lo strumento della Concessione Governativa, autorizza società private (concessionari) a immettere sul mercato e a gestire nuovi giochi a pagamento. In considerazione della liberalizzazione attuata, l’espressione “gioco d’azzardo” è stata in molte circostanze sostituita da quelle di “gioco pubblico”, “gioco lecito” o “gioco di Stato”, il cui esercizio – proprio

perché autorizzato e gestito a livello pubblico – può avvenire solo nelle forme tipiche previste da provvedimenti di legge o regolamenti *ad hoc* che ne disciplinano l'erogazione (cfr. Cap. 3). Si tratta, dunque, di un'attività legittimata dallo Stato, che impiega, talvolta e contraddittoriamente, parte del gettito fiscale raccolto con i proventi da gioco per finalità culturali e di ricerca (D'Agati, 2005). Se il gioco d'azzardo, in quanto *fenomeno di costume*, è diventato una componente essenziale del PIL del Paese, generando nuova occupazione, un flusso rilevante di introiti per gli operatori del settore e per l'erario, l'incremento dei comportamenti problematici di gioco costituisce il risvolto negativo ed allarmante del carattere normalizzato e socialmente accettato del gambling. Il carattere patologico che il gioco d'azzardo può assumere ha sollevato nuove ed importanti implicazioni di carattere sanitario, economico e sociale, che saranno oggetto di specifica attenzione all'interno del presente volume.

La gestione pubblica del gioco d'azzardo ha certamente un'importante funzione sociale, che è quella di limitare il ricorso a forme illegali di scommesse, che altrimenti incentiverebbero ulteriormente lo sviluppo delle organizzazioni criminali. D'altra parte, ha effetti propulsivi che alimentano il gioco compulsivo e i comportamenti di dipendenza, seppure questi coinvolgano esclusivamente quella fascia della popolazione che non riesce a controllare l'impulso al gioco. In questo senso, come sarà sottolineato all'interno del volume, lo Stato assume un ruolo ambivalente, dal momento che ha interessi economici, legati alle entrate erariali connesse all'espansione del mercato dell'azzardo, laddove dovrebbe, per converso, essere impegnato prioritariamente nella tutela della salute pubblica, contrastando il gioco compulsivo.

Il gioco d'azzardo può essere definito come una pratica ludica, ormai istituzionalizzata, che implica una scommessa di una somma di denaro su un determinato evento, nella speranza di ottenere una vincita, la cui probabilità incerta è pressoché interamente governata dal caso. Come afferma Bloch (1951), l'elemento casuale, sempre presente, è una componente indispensabile del suo fascino universale.

Seguendo il pensiero di Caillois (1958; tr. it., 1981), i giochi di competizione (*agon*) accentuano una rivendicazione del merito e della responsabilità personale, mentre quelli di rischio (*alea*), tra i quali rientra il gioco d'azzardo, rappresentano un'abdicazione della volontà e un abbandono alla casualità e al fato.

Un sociologo classico della statura di Simmel (1911; tr. it., 1985), nel tratteggiare i contorni della forma sociale dell'avventuriero, descrive il gioco d'azzardo come pratica che consente l'evasione e che trasporta l'attore sociale in una dimensione che ha le caratteristiche del "sogno" e che distoglie dalla routine quotidiana. Analogamente, Walter Benjamin, nei *Passages di Parigi* (1983; tr. it., 2000), descrive il giocatore come figura avventuriera opposta a quella del *flâneur*. Mentre quest'ultimo è impegnato nel far trascorrere il tem-

po vuoto della noia, il giocatore d'azzardo accoglie il tempo, perdendosi in quei *passages* che sono per eccellenza luoghi di sogno.

Anche Bloch mette in luce il carattere di loisir e di evasione sottesa al gambling, caratterizzandolo come “una via di fuga dalla noia e dalla regolarità caratteristiche di gran parte della vita industriale moderna in cui la creatività e l’istinto della capacità’ sono andati persi” (1951, p. 218).

La dimensione quasi onirica e legata allo svago contribuisce a spiegare la crescente espansione del mercato del gioco d'azzardo (Cap. 2). Ed è così che molti sociologi contemporanei lo descrivono come parte integrante di un’“economia globale del divertimento” (Kingma, ed., 2010), dalla quale deriva una nuova figura, il “giocatore ricreazionale” o “giocatore sociale”, rispetto al quale si assiste ad una de-stigmatizzazione del gambling, attraverso un gioco d'azzardo “auto-regolato” (Bertolazzi, 2013; Castellani, 2000; Sassatelli, 2004). Il gioco d'azzardo diviene così espressione della cultura del consumo contemporanea.

Erving Goffman, nel suo famoso saggio *Where the Action Is* (1969; tr. it., 1988), mette, invece, in luce la natura ambivalente del gioco d'azzardo: “Nella misura in cui il gioco è un mezzo per conquistare un premio esso costituisce una opportunità; nella misura in cui esso costituisce una minaccia per ciò che si è scommesso esso è un rischio” (tr. it., 1988, p. 168). Nella sua trattazione, gioco d'azzardo e vita quotidiana presentano numerosi elementi di affinità in quanto l'attore sociale corre rischi e scommette quotidianamente, puntando, attraverso le decisioni concernenti la propria vita lavorativa e personale, risorse emotive o materiali su un esito incerto, come quando, esemplifica Goffman, si cambia lavoro o ci si trasferisce in una nuova città.

Altri autori, come Robert King Merton (1938), inseriscono il gioco d'azzardo tra le forme di devianza, che si introducono nelle società anomiche, nelle quali una situazione di incongruenza tra le mete proposte dalla società e le possibilità di conseguirlle effettivamente genera frustrazioni negli individui, alle quali si può rispondere attraverso diverse pratiche che consentano di coltivare il “sogno americano”.

Bloch afferma che “il gioco d'azzardo diventa una forma di patologia sociale solo quando viene a crearsi un risentimento diffuso nei suoi confronti a causa dei problemi sociali e psicologici che esso genera” (1951, p. 215). Riferendosi a Goffman (1963; tr. it., 1970), l'autore descrive gli effetti del processo di stigmatizzazione a cui il giocatore patologico è esposto. Lo stigma, in quanto marchio infamante, viene interiorizzato come parte integrante della propria identità personale e produce una degradazione di status, poiché al giocatore saranno assegnati altri comportamenti tipicamente deprecabili, come l'essere violento, l'utilizzo di sostanze psicoattive, l'essere inaffidabile, ecc. La persona così identificata modificherà, di conseguenza, la propria identità e la propria

visione del mondo, con un mutamento nella gerarchia dei valori (Lemert, 1967; tr. it., 1981) e, sotto la spinta del processo di etichettamento, si verificherà una probabile affiliazione ad una sottocultura deviante (Becker, 1963).

Tuttavia, nonostante, come anticipato, il gambling sfoci nel patologico solo all'interno di una quota minoritaria di giocatori, per quanto niente affatto irrisoria, i costi personali, economici, sanitari e collettivi implicati sono tali da giustificare un diffuso allarme sociale.

L'ampliamento dell'offerta – mediante l'innovazione tecnologica e la proposta di nuovi giochi, così come l'aumento della frequenza delle giocate – genera effetti propulsivi sulla domanda in termini di propensione e volume di spesa. Al contempo, l'obiettivo di espansione viene perseguito manovrando anche le altre leve del *marketing mix*. Da un lato, il basso prezzo unitario dei prodotti rende l'acquisto facilmente accessibile a tutte le fasce di consumatori. Dall'altro, la distribuzione capillare dei punti di gioco, la diffusione del gioco online e l'aumento della pressione pubblicitaria contribuiscono al radicamento del gioco d'azzardo tra le attività quotidiane e socialmente approvate, alimentando l'attitudine al gioco degli italiani. Come risultato, l'Italia detiene il primato europeo tra i paesi che più spendono in gioco, e a livello mondiale è quarta dopo Stati Uniti, Cina e Giappone.

In effetti, l'imperversare della crisi economica italiana, progressivamente manifestatasi a partire dal 2007, pur avendo messo in difficoltà il potere d'acquisto degli italiani, contraendo progressivamente la domanda di beni e servizi, sembra non aver avuto ripercussioni sul comparto dei giochi d'azzardo, che mantiene il suo trend di costante espansione. Gandolfo e De Bonis (2011), come anche de Felice e Martucci (2016), hanno, infatti, riscontrato una correlazione negativa tra la variazione percentuale del PIL e la diffusione del gambling: il ricorso al gioco tende ad aumentare in periodi di recessione economica. Tale tendenza è sicuramente attribuibile agli impulsi generati dalle manovre economiche, che hanno inciso favorevolmente sulla varietà e l'accessibilità dei giochi offerti sul mercato. D'altro canto, l'aumento delle difficoltà economiche e la mancanza di fiducia nel futuro agiscono, per una parte della popolazione, da veri e propri propulsori del gioco, inducendola a tentare la sorte, nella speranza di ottenere una vincita che risollevi le proprie condizioni economiche. Il fatalismo diffuso a livello societario, in altre parole, tende ad accentuarsi nei momenti di maggiore contrazione dei consumi, favorendo il comparto dei giochi d'azzardo. La dominanza del fatalismo si associa al prevalere del narcisismo, che si concretizza nel desiderio di un rapido arricchimento, in assenza di sforzo. Come sostiene Uliano Conti, il “passaggio dai giochi *agon* ai giochi *alea* corrisponde al passaggio sociale dall’“etica del lavoro all'estetica del consumo” (Bauman, 1998; tr. it., 2004, p. 43), al passaggio sociale dal mito di Edipo-acquisitivo al mito di Narciso-fatalista” (2019, p. 106).

Come messo in rilievo da diversi studi, anche a livello microsociologico, sussiste una relazione statistica di proporzionalità inversa tra propensione al gioco e condizione socio-economica, di modo che il gioco d'azzardo risulta essere più diffuso e assumere forme patologiche proprio tra gli strati della società più deprivati (con minore reddito e meno istruiti), che hanno più probabilità di affidarsi al fato, piuttosto che sulle proprie competenze personali, per affermarsi socialmente (Lucchini, Molinaro, 2020). Analogamente a quanto espresso da Deveraux (1949), Bloch (1951) sottolinea la maggiore propensione a giocare d'azzardo da parte di individui appartenenti a classi inferiori, poiché per questi rappresenta uno strumento che “riapre” la competizione, offrendo una possibilità di riscatto a individui alienati, nonché l'illusione di poter controllare “l'incontrollabile” (*alienation theory*). Piuttosto che rispondere ad una logica della merce futile, sulla quale investire somme di denaro in esubero, in alcuni strati della popolazione – quelli più svantaggiati – il gioco d'azzardo assume quindi le forme di un bene di consumo essenziale, teso ad alimentare sogni di rivalsa sociale. In effetti, i fattori motivazionali che spingono al gioco compulsivo non risultano coerenti con le interpretazioni socio-economiche, che fanno capo alle teorie della scelta razionale. Piuttosto, una certa carica di irrazionalità, insita nel gioco basato sul rischio, pone agli antipodi l'*homo oeconomicus*, preciso calcolatore del proprio vantaggio personale nelle scelte individuali compiute, e il giocatore d'azzardo, un soggetto che rischia, scommettendo somme di denaro, a volte anche indebitandosi, a fronte di improbabili possibilità di vincita. I giocatori sono peraltro spesso vittime di un'*illusione del controllo*, che si verifica quando in situazioni nelle quali il risultato è determinato da pura fortuna, gli individui tendono a comportarsi come se questo dipendesse dalla propria abilità (D'Agati, 2004), come quando ci si affida alle teorie probabilistiche per scommettere sui numeri del Lotto ritardatari. La propria irrazionalità assume poi di sovente le sembianze della superstizione, della credenza magica o del desiderio di onnipotenza nei confronti del proprio destino. Come risultato, la condotta del giocatore d'azzardo pare così intrinsecamente oscura da sfuggire a qualsiasi tentativo di decodifica interpretativa definitiva da parte delle teorie più accreditate nel campo delle scienze sociali (Frey, 1984; D'Agati, 2004).

Altre caratteristiche delle società con una più alta spesa pubblica nei giochi di Stato è la carenza di coesione sociale e l'individualismo imperante nel capitalismo contemporaneo. Giddens (1991) ha osservato come la diffusione delle dipendenze sia il risultato di un “ordine post-tradizionale”, che vede un'erosione del senso di comunità, di un sistema di convinzioni comuni e la disorganizzazione dell'identità individuale. D'altra parte, spostando il fulcro di attenzione su una dimensione micro, il gioco d'azzardo è un'attività che nella maggior parte dei casi è condotta individualmente e in solitudine, senza

che si possa verificare alcun tipo di controllo sociale (condizione accentuata dalla diffusione dei giochi online). Questa condizione situazionale di isolamento favorisce la probabilità che si giochino somme di denaro progressivamente maggiori e sempre più velocemente (Conti, 2019, p. 101). Questa caratteristica dell'isolamento del giocatore mette peraltro in luce la possibilità che il gioco sfoci nel patologico, quando sono più carenti le reti di supporto sociale per l'individuo e quando si vive all'interno di contesti metropolitani, caratterizzati da relazioni sociali transitorie, fugaci e superficiali.

Al di là dell'uso ricreativo del gioco d'azzardo, il presente volume si occuperà dei risvolti patologici che un ricorso compulsivo al gambling può comportare, focalizzando l'attenzione sul *Gambling Disorder* (Disturbo da Gioco d'Azzardo – DGA) e sulle strategie di contrasto, in termini di prevenzione e cura, messe in atto nella regione Lazio.

Il DGA (cfr. Cap. 1) è una malattia mentale che l'Associazione psichiatrica americana (APA) ha inserito nel 1980 per la prima volta nel DSM-III (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), classificandolo tra i disturbi del controllo degli impulsi, che hanno grande affinità con i “disturbi ossessivo-compulsivi” e, soprattutto, con i comportamenti d'abuso e le dipendenze. Nella quinta edizione del DSM (APA, 2013; tr. it., 2013), il *Gambling Disorder* viene definitivamente inserito tra le dipendenze. Il DSM-V definisce il DGA come un comportamento di gioco d'azzardo problematico persistente e ricorrente che porta a un significativo disagio o compromissione clinica. Si tratta di una delle forme di dipendenza comportamentali, che presenta numerosi elementi di affinità con le dipendenze da sostanze psicotrope (Marazziti *et al.*, 2015, p. 73).

In una prospettiva di decorso, Cancrini (1998) ripercorre la storia tipica di un giocatore d'azzardo patologico ed evidenzia due fasi caratteristiche del DGA: quella delle vincite e quella delle perdite. È abbastanza frequente che all'inizio della carriera di un giocatore si verifichi una grande vincita. Tuttavia, a prescindere dalle vincite effettive, si sperimentano in questa fase fantasie di vittoria, un intenso bisogno di successi spettacolari, l'eccitazione legata al gioco, l'immagine di un sé vincente, il progressivo crescente investimento economico. Più la stima di sé stessi poggia sul gioco, più sono forti il coinvolgimento emotivo e l'investimento in termini di denaro e tempo.

Nella successiva *fase perdente* il gioco diviene attività solitaria, fonte di ossessione e di frustrazione psicologica ed economica: iniziano le prime difficoltà in tutti gli ambiti (individuale, familiare, lavorativo, economico e sociale); la situazione comincia a sfuggire di mano, fino a culminare nella fase della disperazione, dove ormai tutto ruota intorno al gioco e si verifica ciò che viene definito “inseguimento della vincita”, durante la quale insorge il panico e il soggetto è sempre più isolato, con la sua abitudine di giocare

sempre più pervasiva ed incontrollabile. Questa fase culmina in un crollo, in cui la persona è senza speranze e la sua vita sociale e familiare precipitano, giungendo a chiedere aiuto. Dickerson (1984; tr. it., 1993) osserva come in questa condizione la persona possa sentire il bisogno di essere aiutato e quindi possa accedere ad una *fase critica*, fondamentale per il cambiamento e per la risalita verso la guarigione: rinasce la speranza, prende decisioni, si chiarisce le idee, inizia a smettere di giocare, ipotizza come risarcire i debiti contratti. Ciò porta alla *fase della ricostruzione*: ricomincia a rispettare sé stesso e chi gli sta vicino, è più tranquillo, recupera spazi ed intimità affettiva con i suoi cari. Questo lo avvia ad una *fase di crescita*, in cui diminuisce la preoccupazione legata al gioco, torna ad essere più capace di comprendere ed amare gli altri, praticando un nuovo stile di vita. A questo modello Rosenthal (1987) ha aggiunto una fase, *la fase senza speranza o resa*, per mettere in luce il percorso di coloro che non riescono a percorrere tutte le fasi, tramite le quali potrebbero fuoriuscire dal gioco compulsivo.

Attualmente, il DGA è considerato una malattia neuropsicobiologica, con severe conseguenze sanitarie e socio-economiche (Pacifici, Giuliani, Sala, 2018), che necessita di diagnosi, assistenza e riabilitazione.

Il gioco patologico si caratterizza per una molteplicità di costi sociali, “perché si crea un effetto moltiplicatore dei danni che, dall’individuo, raggiungono la famiglia, la sfera degli amici e dei conoscenti, fino a gravare su tutta la collettività a causa dei costi sanitari, legali, dei danni collegati alla commissione di reati, dei debiti e delle insolvenze contrattuali” (Boccia, 2013, p. 106).

Adottando una prospettiva multidisciplinare nello studio del DGA, con una forte valenza sociologica, il presente volume prende avvio dal finanziamento di un grande Progetto di Ateneo, diretto dallo scrivente e realizzato da un’équipe multidisciplinare di docenti e ricercatori della Sapienza Università di Roma¹, focalizzato su due indirizzi di ricerca, uno dei quali – quello documentato in questa sede – mira ad analizzare il sistema dei servizi deputati al contrasto del DGA nella regione Lazio².

Prima di discutere i risultati dell’indagine condotta, i primi quattro capitoli del volume intendono ricostruire il quadro di sfondo, necessario ad inquadrare il fenomeno del DGA entro un quadro di conoscenze, che ne ricostruisca gli aspetti clinico-diagnostici, psicologici, sociali, economici e normativi.

1. L’équipe di ricerca, che ha lavorato in modo coordinato alla progettazione e realizzazione del Progetto d’Ateneo, è composta dai seguenti membri: Carmelo Bruni, Fiorenza Deriu, Luca Di Censi (Assegnista di ricerca), Maria Paola Faggiano, Raffaella Gallo, Paola Marsocci, Sergio Mauceri (Responsabile scientifico), Fiorenzo Parziale, Riccardo Tilli.

2. L’altro indirizzo di ricerca si è posto l’obiettivo di identificare i fattori propulsivi e protettivi connessi a giochi che comportano dei rischi in età adolescenziale (tra i quali il gioco d’azzardo problematico) ed è documentato in un altro volume (Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026).

Nello specifico, il primo capitolo ricostruisce precisamente le leve motivazionali, i criteri diagnostici, il carattere multifattoriale delle cause e le conseguenze del DGA, adottando una prospettiva multidisciplinare.

Il secondo capitolo ricostruisce tutti gli aspetti economici che gravitano attorno al gambling, focalizzando l'attenzione sui modelli teorici utili a comprendere il comportamento dei consumatori, l'organizzazione dell'offerta, la struttura del mercato e i suoi principali attori, le dinamiche evolutive del comparto e gli effetti redistributivi e sociali del settore.

Nel capitolo successivo, l'attenzione è volta sugli aspetti normativi che, a livello nazionale, regolano il gioco d'azzardo e le strategie di contrasto al DGA. A questo livello, non si mancherà di sottolineare le preoccupazioni che la recente approvazione della legge di bilancio 2025 ha generato tra i soggetti pubblici e del Terzo Settore impegnati nella lotta al DGA.

Il quarto capitolo si concentra sulle disposizioni normative e sulle linee di azione attivate nella regione Lazio, considerato che si tratta del contesto privilegiato all'interno del Progetto di Ateneo realizzato.

Alla ricostruzione del disegno di ricerca che fa capo a questo progetto è destinato il quinto capitolo, che illustra analiticamente gli obiettivi e le fasi procedurali in cui si è articolato il percorso d'indagine misto realizzato.

Il sesto capitolo è dedicato a illustrare i risultati della web survey chiusa, che ha coinvolto, mediante la somministrazione di un questionario online semi-strutturato, i responsabili dei servizi destinati alla prevenzione e alla cura del DGA della regione Lazio.

Il capitolo successivo ha potuto valorizzare i risultati di una precedente indagine – presentati in questa sede in forma inedita –, dal titolo “Mappatura e analisi delle reti territoriali operanti nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione del Disturbo da Gioco D'Azzardo”, diretto da Fiorenza Deriu e commissionato dalla ASL Roma 1 della Regione Lazio al Dipartimento di Scienze Statistiche e al Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Sapienza Università di Roma. Nello specifico, poiché tale indagine si proponeva – analogamente al Progetto di Ateneo qui presentato – lo stesso obiettivo di ricostruire le reti di cooperazione tra gli enti deputati al contrasto del DGA nella regione Lazio, si è reputato superfluo replicare nella medesima forma un percorso di indagine, che si era appena concluso nello stesso contesto territoriale di riferimento, facendo ricorso agli strumenti della social network analysis.

I tre capitoli successivi documentano i risultati ottenuti mediante la conduzione di tre studi di caso qualitativi, centrati su enti (Cooperativa Parsec, Magliana '80 Cooperativa sociale e Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani), che dalla social network analysis risultavano rivestire un ruolo strategico e che, allo stesso tempo, risultavano caratterizzati dall'adozione di strategie di azione

fortemente differenziate. L'intento è di estrapolare *best practices* che possano fungere da guida anche per gli altri enti impegnati sullo stesso fronte.

Il volume si chiude con delle considerazioni conclusive che, valorizzando i risultati derivanti dal complessivo percorso di indagine, oltre a un obiettivo di sintesi dei risultati del progetto, mira a fornire raccomandazioni di policies, che possano indirizzare gli sforzi futuri di contrasto al DGA, nell'ottica di porre a regime le buone prassi, emerse nei capitoli precedenti.

Le riflessioni maturate e i risultati discussi si prestano a costituire un utile strumento euristico, al servizio degli operatori impegnati nel contrasto al DGA e degli studiosi impegnati nella produzione di conoscenze sul gambling, oltre che costituire un punto di avvio di un percorso di indagine, che potrebbe in futuro essere esteso a livello nazionale.

Ringraziamenti

Desideriamo esprimere innanzitutto la nostra sincera gratitudine al MUR per aver finanziato il progetto e a tutti i membri dell'équipe di ricerca (cfr. nota 1) che, a vario titolo hanno concorso alla sua realizzazione.

Un ringraziamento speciale deve essere indirizzato ai responsabili dei servizi che hanno compilato i questionari online nell'ambito della web survey realizzata (vedi Cap. 6, Tab. 1 per un elenco degli enti coinvolti).

Esprimiamo una particolare riconoscenza nei confronti della ASL Roma 1 per aver acconsentito alla pubblicazione di alcuni risultati dell'analisi della rete dei servizi (effettuata nell'ambito del programma regionale di formazione sul DGA), documentati nel settimo capitolo.

Un coinvolgimento particolare ha investito i responsabili (Mauro Carta, Guglielmo Masci, Ornella De Luca) e gli operatori dei tre enti selezionati per gli studi di caso (Cooperativa Parsec, Magliana '80 Cooperativa sociale e Presidio ASL Roma1 di Via dei Frentani). A loro va la nostra più sentita gratitudine.

Desideriamo, infine, ringraziare Carlotta Antonelli, Valentina Brattelli, Federico Gorgone e Maria Costanza Massotti per aver raccolto le informazioni nell'ambito dei tre studi di caso realizzati.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, APA; tr. it., *DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.

- Bauman, Z. (1998), *Work, consumerism and the new poor*, Maidenhead, Berkshire, England-New York, NY, Open University Press; tr. it., *Lavoro, consumismo e nuove povertà*, Troina, Città aperta, 2004.
- Becker, H. (1963), *The Other Side: Perspectives on Deviance*, New York, The Free Press.
- Benjamin, W. (1983), *Das Passagen-Werk*, Frankfurt am Main, Suhrkamp; tr. it., *I Passages di Parigi*, Milano, Feltrinelli, 2000.
- Bertolazzi, A., 2013, *Il gioco d'azzardo, tra alea e sicurezza*. In C. Cipolla, A. Antonilli (a cura di), *La sicurezza come politica* (pp. 239-254), Milano, FrancoAngeli.
- Bloch, H.A. (1951), The Sociology of Gambling. *The American Journal of Sociology*, 51, 215-21.
- Boccia, V. (2013), Conto economico-sociale del gioco d'azzardo. *Tendenze nuove*, 1-2, 101-111.
- Caillouis, R. (1958), *Les jeux et les hommes: le masque et le vertige*, Paris, Gallimard; tr. it., *I giochi e gli uomini*, Milano, Bompiani, 1981.
- Cancrini, L. (1998), Tossicomani e giocatori: a proposito di temerari. *Ecologia della mente*, 1, Il Pensiero Scientifico.
- Castellani, B. (2000), *Pathological gambling. The making of a medical problem*, Albany, State University of New York Press.
- Conti, U. (2019), *Gioco d'azzardo: problemi di etica, coesione sociale e razionalità*. In U. Conti (a cura di), *Vite in gioco. Ludopatia e gioco d'azzardo come emergenze sociali* (pp. 100-109), Roma, Carocci.
- D'Agati, M. (2004), Gioco d'azzardo e modernità: una prospettiva sociologica. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 45(1), 79-102.
- D'Agati, M. (2005), La sociologia del gioco d'azzardo: bilanci, prospettive e ambizioni di un campo di studi "in progress". *Rassegna Italiana di Sociologia*, 46(4), 687-97.
- de Felice, A., Martucci, I. (2016), La spesa per consumi delle famiglie italiane tra crisi economica e gioco d'azzardo, *Rivista economica del Mezzogiorno*, 30(2-3), 503-28.
- Deveraux, E.C. (1968), Gambling in psychological and sociological perspective. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 6, 53-62.
- Dickerson, M.G. (1984), *Compulsive Gamblers*, London, Longman; tr. it., *La Dipendenza da Gioco*, Torino, Gruppo Abele, 1993.
- Frey, J. (1984), Gambling: A Sociological Review. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 474, 107-121.
- Gandolfo, A., De Bonis, V. (2011), *Il gioco pubblico in Italia fra tradizione e innovazione: aspetti economici e di marketing*, Discussion Paper, Collana di E-paper del Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Pisa, n. 115.
- Giddens, A. (1991), *Modernity and Self Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford, Stanford University Press.
- Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs; tr. it., *Stigma. L'identità negata*, Bari, Laterza, 1970.
- Goffman, E. (1969), *Where the Action Is*, London, Three Essays; tr. it., *Il rituale dell'interazione*, Bologna, il Mulino, 1988.

- Kingma, S.F. (ed.) (2010), *Global gambling: cultural perspectives on gambling organizations*, London, Routledge.
- Lemert, E.M. (1967), *Human deviance, social problems and social control*, N.J. Prentice-Hall, Englewood Cliffs; tr. it., *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Milano, Giuffrè, 1981.
- Lucchini, F., Molinaro, S. (2020), Socio-economic status and problem gambling: An analysis of the Italian case. *Salute e Società*, 19(3), 149-164.
- Marazziti, D., Presta S., Picchetti, M., Dell'Osso, L. (2015), Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici. *Journal of Psychopathology*, 21, 72-84.
- Mauceri, S., Di Censi, L. (a cura di) (2026), *Il lato oscuro del gioco. Un'indagine sui rischi associati a gambling, gaming e altre pratiche ludiche in età adolescenziale*, Milano, FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/1532>
- Merton, R.K. (1938), Social Structure and Anomie. *American Sociological Review*, 3(5), pp. 672-82.
- Pacifici, R., Giuliani, M., La Sala (a cura di) (2018), *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*, Rapporti ISTISAN 18/5, Epidemiologia e sanità pubblica.
- Rosenthal, R.J. (1987), *The Psychodynamics of Pathological Gambling: A Review of the Literature*. In T. Galski (ed.), *The Handbook of Pathological Gambling* (pp. 41-70), Springfield, Charles C. Thomas.
- Sassatelli, R. (2004), *Consumo, cultura e società*, Bologna, il Mulino.
- Simmel, G. (1911), *Philosophische Kultur. Gesammelte Essays*, Leipzig, Verlagsort; tr. it., *La moda e altri saggi di cultura filosofica*, Milano, Longanesi, 1985.
- Tani, F., Ilari, A., Tapinassi, M. (2014), Il gioco d'azzardo patologico: una rassegna". *Psicologia Clinica e dello Sviluppo*, 1, 3-36.

1. Il disturbo da gioco d'azzardo

di Mauro Carta

1. Introduzione

In base a quanto sancito dal Codice Penale, art. 721, il gioco d'azzardo in Italia è illegale. Viene definito tale quello “nel quale si rincorre il fine di lucro, e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria”, ossia frutto di una scommessa su ogni tipo di evento con esito incerto dove il caso determina l'esito stesso. Tre i criteri fondamentali che contraddistinguono il gioco d'azzardo: si scommette denaro o altri oggetti di valore, la posta, una volta piazzata, non può essere ritirata e il risultato del gioco è basato sul caso. Diventa legale se autorizzato dallo Stato. Nel 1948 (d.lgs. 14 aprile 1948, n. 496 – Disciplina delle attività di giuoco) viene introdotta una norma per la gestione in senso monopolistico del gioco d'azzardo, che viene quindi praticato nei quattro casinò (Venezia, Campione d'Italia, Saint-Vincent e Sanremo), ogni settimana con le estrazioni del Lotto o del Totocalcio, e negli ipodromi. Nel 1956 si assiste alla prima edizione della Lotteria di Capodanno. La partecipazione all'azzardo era disciplinata da una sua ritualità, collocata in un tempo da dedicare ad esso, comportava un'elaborazione dell'immaginazione rispetto all'attesa di possibili vincite. Il gioco in quella forma esprimeva comunque un equilibrio perdurato dalla fine dell'800; nel suo ordinamento e nel diritto positivo (penale e civile), lo Stato italiano definiva il gioco d'azzardo comunque un disvalore, qualcosa da inibire, autorizzandolo solo in limitate modalità e sotto stretta sorveglianza. Non esisteva dunque un proibizionismo assoluto, ma una contrarietà formale etico-politica; era visto con una certa indulgenza proprio perché era limitato a luoghi e tempi specifici e gli veniva riconosciuta una funzione sociale.

Nel 1992, l'Italia si trova in una seria difficoltà finanziaria, la Lira viene pesantemente svalutata e il nostro paese è costretto ad uscire dallo SME. Il governo è assillato dall'esigenza di reperire entrate tributarie per scongiurare

il fallimento dello Stato. In questa situazione decisamente drammatica, viene deciso di utilizzare le entrate del gioco per sostenere le casse dello Stato. Una pratica questa non inusuale. Da sempre gli Stati hanno finanziato parte delle spese con lotterie e giochi. Negli anni Settanta, ad esempio, gli Usa organizzarono delle lotterie per raccogliere fondi per la ricerca scientifica (Ladouceur *et al.*, 2003). In quegli anni, quindi, in Italia il governo, attraverso lo strumento della Concessione Governativa, liberalizza di fatto il gioco d'azzardo, autorizzando società private a immettere sul mercato nuovi giochi a pagamento. Questo sistema nel tempo si amplia con tecnologie elettroniche, tanto mediante installazioni fisiche, quanto attraverso piattaforme informatiche. Il gioco tradizionale, caratterizzato da ritualità, manualità e socialità, diventa sempre più, un'attività consumistica, tecnologica e solitaria (Croce, 2005). Da evento collettivo e socializzante diventerà un gioco dalle modalità velocissime, ad altissima frequenza e caratterizzato da un *consumo* solitario, silenzioso, desocializzato. I giocatori diventano consumatori di azzardo, muti, isolati.

Diventa un gioco industriale di massa, facilmente accessibile, che entra nelle vite delle persone, impegnandole per molte ore della loro giornata, basato su tecniche di rinforzo ed eccitazione alla compulsività. E come l'industria, quella del gioco, utilizza gli stessi sistemi di vendita come se il gioco fosse un prodotto, per cui è necessario pensare alla presentazione ed alla sua promozione, esaltando i vantaggi e occultando i costi.

Per avere un'idea della dimensione del fenomeno, basti pensare che nel 2023, secondo gli ultimi dati disponibili (dati CGIL-Federconsumatori, 2024), gli italiani hanno speso in gioco d'azzardo 150 miliardi di euro. Questa cifra corrisponde al totale incassato, comprensivo anche delle vincite reinvestite in ulteriori scommesse. Di questi, circa 22 miliardi di euro corrispondono alle perdite effettive – una somma che si avvicina all'intero ammontare della legge di bilancio 2024, pari a 28 miliardi di euro. Una quota crescente del gioco avviene online: nel 2023 sono stati spesi in rete 83 miliardi di euro, con un aumento del 67% rispetto al 2020. Nel 2019 il gioco online rappresentava la metà delle giocate fisiche, ma nel 2020 – complice la pandemia – ha superato il gioco in presenza. Anche nel 2022, in assenza di restrizioni, il canale digitale ha mantenuto il primato, rappresentando il 54% del totale giocato¹.

Si tratta di un fenomeno che non può essere arrestato senza che lo Stato perda dei soldi: si parla di 8,4 miliardi di entrate. Un'attività, quindi, che oltre ad essere uno svago per un numero importante di soggetti, che giocano senza

1. Per un approfondimento del mercato del gioco d'azzardo si rimanda al secondo capitolo del volume.

sviluppare un problema o una dipendenza, rappresenta anche una fonte di guadagno per lo Stato, i concessionari e per i tanti piccoli esercenti che gestiscono il gioco, dalle sale slot ai bar.

Una prima osservazione riguarda il meccanismo perverso che le crisi economiche sembrano attivare. All'acutizzarsi della crisi (reale o percepita) corrisponde una crescita della propensione al gioco e una conseguente contrazione dei consumi (cfr. Cap. 2).

Una delle forme con cui gli Stati cercano di far fronte alle crisi economiche è rappresentato dal gioco legalizzato, come se fosse una tassa aggiuntiva cui aderiscono maggiormente, però, in cerca di soluzione alle proprie difficoltà, proprio le fasce più disagiate, quelle che meno hanno possibilità di risolvere le proprie sorti contando sulle proprie risorse. Esiste una relazione inversa fra la situazione socioeconomica finanziaria e l'incremento della raccolta complessiva dei giochi d'azzardo. Si paventa una vera e propria tassa sulla povertà. Lo conferma una ricerca dell'Eurispes del 2005: in Italia il gioco d'azzardo coinvolgerebbe il 47% degli indigenti, il 56% degli appartenenti al ceto medio-basso e il 66% dei disoccupati (Zavattiero, 2010; cfr. Cap. 2). Negli ultimi anni, non a caso, si assiste ad un aumento crescente dell'offerta di gioco, determinando un incremento dei giocatori e permettendo allo Stato di autofinanziarsi senza investire. In questa prospettiva, il gioco d'azzardo può risultare una modalità compensativa di un più ampio disagio sociale, funzionando come una forma di ammortizzatore della povertà e della mancanza di speranza, facilitando, però, degenerazioni nell'illegalità (Imbucci, 1997).

Da considerare, a questo punto, in che misura, per i motivi prima esposti, il gioco d'azzardo possa essere definito un moltiplicatore negativo dell'economia (Fiasco, 2011), nella misura in cui determina un calo della produzione e moltiplica le situazioni di precarietà.

Il giocatore, infatti, contravviene contemporaneamente sia all'etica della produzione, che a quella del consumo. La spesa nel gioco, infatti, è improduttiva, non produce beni e non consuma prodotti.

Motore di questa dinamica, alimentata dalla crescente pubblicizzazione dei giochi d'azzardo di Stato, del tutto legalizzati, è l'idea illusoria di una vincita in grado di garantire la risoluzione dei problemi economici correlati alla crisi.

In Italia, nel Sud e nelle Isole, si spende esattamente il doppio rispetto al Nord: Campania, Sicilia e Calabria nel 2023 hanno superato la cifra dei 2.000 euro giocati online pro capite (la media in Italia è di 1.926 euro), mentre Molise, Puglia e Basilicata supereranno probabilmente questa cifra nel 2024. I cittadini del Veneto e del Trentino-Alto Adige giocano online, pro capite, un terzo di quanto giocato in Campania.

Circa 18 milioni di italiani (quasi 1 su 3) hanno giocato almeno una volta nell'ultimo anno. Di questi, circa 3 milioni sono considerati giocatori a ri-

schio e 1,3 milioni hanno un disturbo da gioco d'azzardo conclamato. La fascia più colpita è quella tra i 25 e i 44 anni, ma si registra un aumento anche tra giovani e anziani (dati CGIL-Federconsumatori, 2024).

La diffusione del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) in Italia, e in particolare nella regione Lazio, è un fenomeno in crescita e sempre più attenzionato dalle istituzioni sanitarie, sociali ed economiche.

Il Lazio è tra le regioni italiane con maggiore concentrazione di gioco pro capite. Si stimano circa 100.000 persone a rischio e oltre 25.000 con DGA conclamato. Le aree con maggiore incidenza di gioco sono Roma città, Latina, Frosinone e zone periferiche/metropolitane, dove si concentrano anche fenomeni di marginalità sociale. A Roma, nel 2023, il gioco, nel suo insieme, ha raccolto circa 6 miliardi e 740 milioni di euro, che corrispondono a un impegno economico per giocatore di circa 1.600 euro. A fronte di questa cifra giocata, i giocatori hanno perso 348 milioni.

Nella Relazione Annuale del Dipartimento di Epidemiologia delle Dipendenze della Regione Lazio (Camposeragna *et al.*, a cura di, 2024), si evidenzia che nel 2023 ai servizi per le dipendenze (Ser.D.) del Lazio si sono rivolte complessivamente 828 persone con DGA, di cui 334 nuovi ingressi e 494 già in carico ai servizi. Questi dati mostrano un incremento rispetto al 2022. Nella stessa relazione viene sottolineato che il numero totale di persone in trattamento nei servizi pubblici rimane limitato rispetto alla percezione del problema da parte degli operatori sanitari. Siamo di fronte ad un fenomeno ampiamente sottostimato, fenomeno che include approcci al gioco anche profondamente diversi. Così come nei consumi di sostanze psicotrope si sono evidenziati diversi stili di consumo e forme di consumo controllate, anche nel caso del gioco d'azzardo questo non sempre e non per tutti rappresenta un comportamento problematico. Quando lo diventa può rappresentare un grave rischio per le finanze e la salute della persona.

2. Definizione e criteri diagnostici del DGA

È importante sottolineare che non tutti i giocatori d'azzardo sviluppano una dipendenza da gioco o questo diventa un elemento che stravolge la loro vita. Non possiamo non vedere, però, quanto questo fenomeno stia diventando sempre più diffuso, anche se poco riconosciuto. Infatti, le dipendenze comportamentali risultano più subdole, riguardano comportamenti che solo quando diventano totalizzanti vengono riconosciuti come disturbi e quando il numero di persone coinvolte aumenta, quando cioè un consumo limitato a certi ambiti diventa un consumo di massa, non si può non considerarlo un problema di salute pubblica di cui occuparsi.

Zimberg (2019), osservando chi fa uso di sostanze psicoattive, evidenzia quanto non tutti questi consumi siano problematici e incontrollabili; alcuni soggetti riescono a non perdere il controllo nel consumo di sostanze. Allo stesso modo, non tutti i giocatori sviluppano una dipendenza. Seguendo un continuum, che parte dall'assenza di gioco fino alla dipendenza da gioco d'azzardo, potremmo indicare nel mezzo varie modalità e sfumature di approccio al gioco che dipendono da caratteristiche personali, di contesto e dal tipo di gioco. Esistono infatti anche nel gioco d'azzardo giochi che facilitano l'insorgenza di un disturbo più di altri (Croce, 2002).

Per dare un'idea di quali siano gli indicatori relativi a un gioco sociale piuttosto che problematico, fino a diventare patologico, un approccio ricreativo al gioco impegna poco dal punto di vista economico e di tempo dedicato ad esso, in quanto persegue una motivazione sociale e di svago. Se il tempo dedicato al gioco aumenta, tanto da diventare quotidiano, così come anche la spesa inizia ad assumere una certa rilevanza sulle entrate, significa che il gioco sta rappresentando altro nella vita della persona. In questa fase, incomincia a diventare un pensiero ricorrente, si fanno fantasie sulle vincite, si iniziano a frequentare luoghi dedicati a tale attività. Si può parlare di gioco d'azzardo patologico quando la sua fruizione è quotidiana e impegna molto tempo, così come le cifre impiegate risultano cospicue, tanto da indebitarsi notevolmente; è presente il *craving* e altri disturbi, senza contare i problemi sociali, familiari e lavorativi (Serpelloni, 2013).

Bergler (1957; tr. it., 1974) descrive in questo modo il giocatore patologico: deve giocare frequentemente; il gioco prevale su tutti gli altri interessi, affetti, hobby; il soggetto è pieno di ottimismo e non impara dagli errori; non si ferma in caso di vincita e rischia in eccesso, ricercando una sensazione di piacevole tensione, che, nello stesso momento, è percepita come dolorosa e gratificante.

Lo psichiatra statunitense Custer, che nel 1972 fondò il *Brecksville Gambling Treatment Program* presso il *Veterans Administration Hospital* di Brecksville in Ohio, descrive le fasi del gioco patologico e della guarigione (fase vincente, perdente, della disperazione, critica, della ricostruzione e infine della crescita), identificando per ciascuna i comportamenti e gli aspetti psicosociali correlati (Custer, 1982). All'inizio, il gioco è un passatempo piacevole, si ha la sensazione di vincere in misura maggiore di quanto si perda. Lo si vive come uno svago del tutto innocente. Continuando a giocare abitualmente, si acquisisce maggiore consapevolezza della perdita di denaro, le poche vincite non gratificano come prima, ci si sente delusi da ciò che sembrava essere una fonte di gratificazione. È questo il momento in cui la frustrazione aumenta, come aumentano il tempo e i soldi dedicati al gioco, nel tentativo di recuperare ciò che si è perso. Non si gioca più per divertirsi, ma nella speranza di vincere e coprire le perdite e i debiti, che immancabilmente si sono

contratti. Si diventa irritabili, depressi, si viene meno agli impegni familiari, scolastici o lavorativi e si può derogare a quelli che erano dei principi morali saldi, commettendo magari piccoli furti, con la percezione distorta di considerarli dei prestiti. Arriva un punto in cui l'impalcatura di menzogne e falsificazioni che il giocatore ha messo in piedi non regge più. Qualcuno si accorge dell'ammeno di cifre, a volte considerevoli, o egli stesso prende consapevolezza di non riuscire più a tenere in equilibrio il tempo sottratto alle normali attività, gli impegni disattesi, l'ansia per i soldi persi. A quel punto, possono prospettarsi diversi scenari. A seconda delle risorse personali e relazionali, ci può essere un rischio di suicidio, piuttosto che la possibilità di intraprendere un percorso di cura. Questo schema non ha ovviamente un'utilità diagnostica, tuttavia può aiutare a identificare in quale stadio si trovi la persona, per facilitare la sua consapevolezza riguardo al problema di gioco. Così come anche la descrizione sempre di Custer (1982) di diversi tipi di giocatore:

- *il giocatore antisociale*, il cosiddetto baro, cioè colui che non riesce a fare a meno di manipolare le regole a proprio favore;
- *il giocatore sociale casuale*, colui che cerca nel gioco un momentaneo e isolato divertimento;
- *il giocatore sociale severo*, colui che vede nel gioco la principale forma di intrattenimento, senza che questo divenga un danno per gli aspetti della vita lavorativa o familiare;
- *il giocatore nevrotico*, per il quale si riscontrano delle problematiche psicologiche, come ansia, depressione, scarsa autostima, e per il quale il gioco rappresenta una via di fuga o di distrazione;
- *il giocatore compulsivo*, che ha perso il controllo sul gioco, trasformando tale attività ed i suoi correlati come elemento portante della vita quotidiana, divenendo oggetto di ogni pensiero; in questi casi è possibile identificare le fasi tipiche del giocatore d'azzardo patologico.

Tenuto conto di questa variabilità e del differente peso che queste variabili possono avere, Blaszczynski e Nower (2002) hanno proposto un modello patogenetico, per un migliore inquadramento clinico, che possa orientare sul tipo di intervento più efficace da adottare. Secondo questi autori, un primo gruppo (giocatori condizionati nel comportamento) è rappresentato da quei giocatori che non presentano caratteri psicopatologici, in cui i fattori ambientali hanno una certa influenza e sono sensibili a credenze erranee, distorsioni cognitive e possono cadere nella rincorsa delle perdite. Sono i soggetti più facilmente trattabili, dalla prognosi migliore e possono raggiungere più facilmente un gioco controllato.

Il secondo gruppo (giocatori con vulnerabilità emotiva) è composto da giocatori suscettibili alle stesse determinanti del primo, ma presentano condizioni suppletive di vulnerabilità emotiva, per cui il fattore di allegge-

rimento dell'ansia o di aspetti depressivi, ingenerato da alcuni tipi di gioco, favoriscono l'insorgenza della dipendenza. Presentano disturbi dell'umore o della personalità, come più probabilmente sono congiuntamente dediti al consumo di alcol o sostanze e manifestano una difficoltà a fronteggiare gli inconvenienti della vita.

Al terzo gruppo (giocatori impulsivi antisociali) fanno capo quei soggetti che presentano tratti più marcatamente psicopatologici, legati al controllo degli impulsi, ad alterazione dell'umore, al consumo di sostanze e a comportamenti antisociali antecedenti rispetto al gioco, che risponderebbero a un bisogno di fuga attraverso la dissociazione. Incapaci a posticipare la gratificazione, trovano appagamento in attività emozionanti. La Barbera e colleghi (2006), in un'ottica psicodinamica dell'*addiction*², inquadrano le dipendenze come un equilibrato mix di componenti ossessive, compulsive e impulsive. Gli autori vanno oltre le classificazioni statiche, attribuendo valore ad altri indicatori diagnostici degni di attenzione all'atto della presa in carico, come la comorbidità rispetto ad altre dipendenze e alla presenza di disturbi psichiatrici più in generale. Questi contributi sollecitano a stimare che non esiste un giocatore e/o un modo di giocare univoci. Se tutti i giocatori patologici hanno attraversato le fasi descritte da Custer, non tutte le persone che hanno incontrato il gioco, sviluppano una dipendenza. Non è stato infatti individuato un singolo elemento che funzioni da innesco; piuttosto è utile ricostruire in quale misura si combinano in quel singolo individuo.

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), nel corso degli anni, ha rivisto la definizione di gioco d'azzardo patologico riflettendo un'evoluzione nella comprensione clinica del disturbo. Il disturbo da gioco d'azzardo patologico compare per la prima volta nella III edizione del 1980 tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, ossia tra quei disturbi caratterizzati dall'incapacità di resistere ad un impulso, a un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa. Le caratteristiche principali consistevano in un comportamento di gioco d'azzardo cronico e progressivo, in una compromissione delle attività personali, familiari e lavorative e nella mancanza di controllo sugli impulsi legati al gioco. Era visto come una dipendenza comportamentale legata all'impulsività, più vicino a disturbi come la cleptomania o la piromania. Ancora nel 1994, nel DSM-IV, rimane classificato tra i disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, ma inizia ad avere una sua dimensione, tanto da poter essere diagnosticato, se sono presenti in un certo intervallo di

2. Il termine si rifà ad un'usanza dell'antica Roma, secondo la quale chi non riusciva a pagare i propri debiti diventava schiavo, *addictus*, del proprio creditore.

tempo, almeno 5 dei 10 criteri, come ad esempio il bisogno di giocare somme crescenti, l'irrequietezza se si tenta di smettere, i falliti tentativi di controllo, le bugie per nascondere il coinvolgimento, la compromissione delle relazioni.

Nell'edizione del 2013 del DSM-V (APA, 2013; tr. it., 2013), il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) viene inserito tra le dipendenze. La collocazione del DGA nel DSM-V nella parte dedicata alle dipendenze patologiche, segna un cambio di paradigma nella nosografia di questo disturbo rispetto al suo inquadramento precedente ed evidenzia le importanti aree di sovrapposizione tra questo e le dipendenze da sostanze, sia a livello clinico e di manifestazioni psicologiche, come il *craving* e la ricerca di piacere, sia a livello neurobiologico (Worhunsky *et al.*, 2014)

Per la diagnosi occorre siano presenti almeno 4 dei seguenti 9 criteri, in un periodo di 12 mesi:

1. ha bisogno di aumentare la quantità di denaro giocata per ottenere l'eccitazione;
2. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre/interrompere;
3. ha fatto sforzi ripetuti falliti per smettere o controllare;
4. è spesso assorbito dal gioco (pensieri persistenti);
5. gioca quando si sente angosciato;
6. dopo aver perso, spesso torna per rincorrere le perdite (*chasing*);
7. mente per nascondere il grado del coinvolgimento nel gioco;
8. ha messo a rischio o perso relazioni importanti, lavoro o opportunità;
9. fa affidamento su altri per ottenere denaro in situazioni finanziarie disperate.

3. Fattori di rischio: le determinanti del gioco d'azzardo problematico e del DGA

Considerando l'insieme degli elementi di contesto, come la facile disponibilità e accessibilità del gioco, che può incrementare la frequenza d'uso, così come la tolleranza, se non addirittura la promozione attiva del gioco d'azzardo, o, ancora, fattori individuali e relazionali, come le problematiche individuali, sociali ed evolutive, si contempla l'idea che il gioco d'azzardo patologico non si rifà a singole cause, ma all'insieme di più fattori di rischio (Lavanco e Varveri, 2002) e al modo in cui essi si combinano in un processo (Croce, 2018), che si attiva nell'individuo che incontra il gioco.

Intanto, esiste una storia personale, delle caratteristiche familiari che possono predisporre a certi comportamenti.

Noi tutti siamo guidati dal principio di piacere (Freud, 1911; tr. it., 1974), che spinge a cercare soddisfazione e gratificazione ai propri bisogni, e in questo dobbiamo anche includere il sottrarsi a situazioni sgradevoli o peno-

se. Scopo di questo principio è raggiungere uno stato di quiete in cui non si avvertono bisogni o disagi. Crescendo, l'apparato mentale sarà in grado di pensare, non solo percepire sensazioni o emozioni, e potrà orientare la sua azione al fine di ottenere ciò che lo fa stare meglio. Assistiamo alla nascita del pensiero, che consente di posticipare il soddisfacimento, di uscire dall'obbligo della soddisfazione immediata. Le emozioni possono essere pensate e assumere un significato. In genere, nel suo sviluppo psicologico, il bambino può contare su figure genitoriali attente ai propri bisogni, il che permette la strutturazione di un sistema in grado di fronteggiare tutto ciò che può essere vissuto come ostacolante il proprio benessere. Lo sviluppo psichico sano ha origine all'interno di una relazione che organizza i processi mentali, con dei genitori attenti e disponibili, che si sintonizzano sui bisogni del bambino, favorendone lo sviluppo emotivo. Quando il genitore non è emotivamente disponibile a entrare in contatto con il figlio, questa mancata sintonia può determinare una incapacità a sviluppare una funzione di decodifica degli affetti. È come se, mancando un rispecchiamento nelle emozioni del genitore, non fosse possibile fare esperienza delle proprie emozioni. Si interrompe un processo di costruzione delle rappresentazioni, che può costringere, in seguito, a cercare alleggerimento in attività a dominanza sensoriale (Fonagy e Target, 2001). Genitori distratti non consentono questo rispecchiamento delle emozioni del bambino, riducendo la sua capacità di rappresentazione. Il bambino, in questo caso, percepisce le emozioni, ma non può mentalizzarle, trasformarle in pensiero; pertanto, può viverle in maniera dolorosa senza farne esperienza.

Diversi autori mettono in relazione il modo in cui vengono affrontate, nella vita adulta, le varie vicissitudini con il sistema di accudimento che si è avuto a disposizione. Interazioni ripetute con altri soggetti significativi, capaci di protezione, tendono a produrre un senso stabile di fiducia: la possibilità di stabilire una dipendenza "sana" consente di strutturare una indipendenza non "rigida". Una vicinanza fisica ed emotiva organizza la possibilità di interiorizzare relazioni positive, che sono alla base dei processi di individuazione, autostima e autonomia (Bowlby, 1988; tr. it., 1989). Una insufficiente empatia con i bisogni del bambino non permette di maturare quella funzione (barriera dagli stimoli sgradevoli, fonte di stimoli, di gratificazione e di alleviamento della tensione), che l'apparato psichico adulto dovrebbe poi svolgere autonomamente (Kohut, 1978; tr. it., 1982).

In alcuni adulti, osserviamo quanto sia difficile differire il soddisfacimento di un certo bisogno, per cui diventa impossibile aspettare, quasi che il desiderio sia quello di sottrarsi all'attesa, piuttosto che ottenere ciò che si vuole. Questi modelli teorici sono stati confermati da studi (Petry e Casarella, 1999), che hanno osservato quanto soggetti dediti al gioco d'azzardo esprimano una preferenza per una ricompensa minore ma immediata, rispetto a una

ricompensa maggiore ma successiva. Per queste persone, qualsiasi tensione è sentita, come nell'infanzia, alla stregua di una minaccia all'esistenza stessa. Questa spinta alla ricerca del piacere può prendere, a volte, la forma di un impulso a ricercare sensazioni intense, a superare limiti, a evitare sentimenti di noia o vuoto, anche attraverso l'utilizzo di sostanze o mediante alcune condotte. La tendenza può essere quella della ricerca di un'esperienza effimera, piuttosto che durevole. Si allontana dalla coscienza questa sensazione spiacevole attraverso un'esperienza dissociativa, un'esperienza facilitata da una sostanza o un comportamento che funge da regolatore degli stati emotivi.

Può verificarsi una spinta a ricercare tutto questo nell'uso di sostanze o in certi comportamenti disfunzionali, inducendo stati dissociativi in versione di automedicazione (Khantzian, 1985, 1997). La ricerca spasmodica, incoercibile di qualcosa che sottragga al senso di malessere prende il nome di *craving* e sembra comune alle dipendenze da sostanze e a quelle comportamentali. Infatti, questa incoercibile e compulsiva spinta, essendo presente in tutti i comportamenti da *addiction*, sembra sottrarsi a una reazione squisitamente biologica, connessa ad un'astinenza fisica, per connettersi, piuttosto, alla ricerca di uno stimolo che ripristini uno stato di benessere. In questo senso (Caretto, Craparo, Schimmenti, 2008), il *craving* sarebbe precedente alla dipendenza, più che essere conseguente all'assenza dell'oggetto gratificante. Una spinta che orienta alla ricerca di qualcosa che restituisca benessere, e che una volta incontrato induce a reiterare il comportamento, determinando una dipendenza, da un lato per le sensazioni di alleggerimento e piacevolezza che tale comportamento gratificante comporta, dall'altro per evitare, invece, le sgradevoli sensazioni di mancanza. Si rimane quindi legati a qualcosa, cui ci si è avvicinati in cerca di piacere e sollievo, ma che diventa un bisogno. Si cerca un oggetto con cui entrare in contatto intimo senza correre il rischio di rimanere delusi dal suo abbandono. Nelle relazioni umane esiste una quota di rischio legata al fatto che una persona possa abbandonare l'altra, fare una scelta in cui l'altro non è contemplato. Con la sostanza o il comportamento additivo si evita ciò: esse sono sempre disponibili, non deludono mai. Si ha quindi l'illusione di non aver bisogno di relazioni, di affetto, di essere svincolati da tutto questo, dipendendo allo stesso tempo da qualcosa che riteniamo di poter controllare.

Il concetto di piacere e di gratificazione sembra, quindi, rivestire una specifica importanza: la ricerca di gratificazione, indispensabile per la sopravvivenza, procura appagamenti forti che incitano ad una reiterazione del comportamento. Questa dinamica, che parte dalla ricerca di piacere per ottenere felicità e dare senso, viene ripresa da Bignamini e colleghi (2006) e assume una posizione centrale nella definizione di dipendenza. La gratificazione è studiata come un meccanismo sostenuto sia da sistemi neurobiologici sia da meccanismi psicologici, in un modo strettamente connesso. La dipendenza è

quindi un tipo di rapporto patologico tra soggetto dipendente ed oggetto della dipendenza. Si sviluppa una relazione affettiva ed emotiva, basata sulle forti sensazioni di vita che la sostanza, o il comportamento, può dare.

La constatazione che le cosiddette dipendenze senza sostanza producono gli stessi effetti di quelle da sostanze non solo ha permesso che il DGA ricevesse il riconoscimento di una patologia da inserire tra le dipendenze nel DSM-V, ma mostra l'implicazione di natura neurobiologica.

È interessante ricordare che, a differenza di quanto accade nei disturbi da uso di sostanze, nel DGA non vi è una sostanza esogena che possa essere ritenuta responsabile dell'alterazione del substrato biologico, alterazione che sembra quindi essere di natura endogena.

Questo in quanto le emozioni, pensieri, motivazioni sono in stretta relazione con un funzionamento biologico che, se da un lato lo supporta, dall'altro ne è influenzato. Le basi neurobiologiche del funzionamento mentale implicano la partecipazione di diversi sistemi di produzione, alterazione e rilascio di vari neurotrasmettitori, che coinvolgono varie strutture importanti del cervello, con un'influenza sulla personalità e sul comportamento della persona. Varie ricerche sulla base neurobiologica del gioco d'azzardo patologico indicano la presenza di livelli anomali di dopamina, serotonina e nell'attività dei neurotrasmettitori di noradrenalina (Ibanez, Blanco, Saiz-Ruz, 2002). Questi sistemi sono finalizzati alla regolazione di una vasta gamma di funzioni fisiologiche e comportamentali. In particolare, la dopamina regola il piacere, il sistema di ricompensa e la motivazione, la serotonina regola l'umore, la noradrenalina ha effetti sull'attenzione e lo stress. Risulta evidente quanto sia di fondamentale importanza un giusto equilibrio tra questi tre sistemi per la salute fisica e psicologica. Sembra che squilibri in questi sistemi siano correlati con il DGA (Conversano *et al.*, 2012).

Il sistema dopaminergico svolge una funzione importante nel mediare comportamenti finalizzati al raggiungere sensazioni di piacere. Nel caso del DGA, alterazioni di tale sistema sarebbero responsabili della forte tendenza a cercare situazioni che forniscono alti livelli di piacere e di attivazione, che a loro volta determinerebbero un aumento del rilascio di dopamina e un aumento della sensazione di piacere, ricoprendo un ruolo cruciale nei fattori di astinenza e del *craving*, caratteristici dello stato di dipendenza (Zack e Poulus, 2009). Il malfunzionamento del sistema serotoninergico sarebbe collegato a un aumento della vulnerabilità a comportamenti impulsivi, come aggressioni e suicidio (Ryding, 2006). Tra i fattori di vulnerabilità, per lo sviluppo del gioco patologico, vengono considerati i disturbi di personalità e disturbi dell'umore (Fernandez-Montalvo e Echeburua, 2004; Blaszczyński e Steel, 1998). I tratti di impulsività (Clarke, 2004), di disregolazione emotiva, di *sensation* (Martinotti *et al.*, 2006) e *novelty seeking*, tipici dei disturbi di personalità, sono

stati spesso osservati e riscontrati nei giocatori patologici e sembrano essere alla base dei comportamenti disfunzionali messi in atto da questi individui. Altri studi evidenziano una correlazione positiva tra DGA e impulsività.

Se da un lato è ben noto che la presenza di disturbi di personalità rappresentano un aspetto di vulnerabilità per lo sviluppo del DGA (Coriale, 2015), è altrettanto vero che tali disturbi possono essere considerati una modalità profondamente disfunzionale che si manifesta in svariati ambiti.

In questi casi, il DGA appare come uno dei sintomi del corollario clinico, che mantiene, con il restante complesso sintomatologico, un rapporto variabile sia per causalità che per gravità. Non è detto, infatti, che tali disturbi rappresentino sempre un precursore del DGA, ma più semplicemente possano in esso trovare uno scarico sintomatologico per quegli aspetti legati all'impulsività, alla ricerca di stimoli e di novità (Mehroof e Griffiths, 2010). In alcuni casi, il DGA rappresenta la principale problematica del paziente, che soffre di altri disturbi a carico della cognizione, del comportamento o dell'emotività. In altri, viene addirittura considerato dal paziente come un'attività di auto-cura, fornendo esperienze di dissociazione.

Secondo il modello del “*gambling dual disorder*” (Szerman *et al.*, 2020), il DGA si presenta con regolarità in comorbidità con altri disturbi psichici, in quanto manifestazione di una profonda alterazione del neurosviluppo, che interessa il sistema di ricompensa. L'alterazione di questo sistema, mediata dal sistema dopaminergico, colinergico e dal sistema degli oppioidi endogeni e degli endocannabinoidi, sembra precedere lo sviluppo clinicamente conclamato del disturbo e rappresenta il substrato organico di quei processi che fanno percepire come gratificanti le esperienze dell'apprendimento, dell'esplorazione e del piacere.

Secondo un approccio categoriale, il concetto di “doppia diagnosi” (D'Egidio *et al.*, 2017) prende in considerazione la presenza di una diagnosi di DGA e di una di disturbo di personalità, di umore, ecc. Per questi soggetti, però, la doppia diagnosi si rivela molto spesso essere la norma, più che l'eccezione (Limosani *et al.*, 2021).

Oltre a fattori di vulnerabilità individuali, cioè quelle caratteristiche personali, di natura bio-psicologiche, che caratterizzano un certo tipo di risposta a certi stimoli, o che anzi mostrano una spiccata sensibilità a certi comportamenti o consumi che producono benessere, cui ricorrere in situazioni di difficoltà, ne esistono di esterni all'individuo. Avere a disposizione ciò che può produrre benessere fa a questo punto la differenza: crescere all'interno di relazioni familiari problematiche, dove si gioca spesso, anche “per gioco”, o in contesti sociali caratterizzati da scarsa presenza di offerte socializzanti e culturali, con scarsa propensione ad osservare regole e leggi, dove il gioco è ritenuto socialmente accettabile o addirittura incoraggiato (es. scommesse

sportive fra amici, “gratta e vinci come regalo”), costituisce una sorta di corsia preferenziale per scegliere questo comportamento come attività di alleggerimento e, in alcuni casi, farne una dipendenza.

Questi contesti, che tollerano se non addirittura promuovono il gioco d'azzardo, come anche l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso alcolico, costituiscono fattori in grado di incrementare il potenziale additivo di certi comportamenti. La solitudine, la marginalità, l'assenza di relazioni significative, caratteristiche di molte aree, soprattutto periferiche, dove mancano spazi di socializzazione sani e gratuiti, possono portare il gioco a diventare una compagnia, una routine, senza contare che la precarietà economica o la disoccupazione possono spingere le persone a vedere nel gioco un'illusione di riscatto. È facile immaginare quanto in certe condizioni il gioco possa apparire nella sua forma innocua e divertente. A tale forma di rappresentazione concorre il ricorso a pubblicità accattivanti, con testimonial famosi, o slogan attraenti come “Ti piace vincere facile?”, che contribuiscono a normalizzare l'esperienza del gambling. A questo proposito, risulta particolarmente insidioso il collegamento tra mondo dei videogiochi e quello del gambling. L'interfaccia grafica delle slot machines richiama quella di un videogioco. Si gioca interagendo con uno schermo attraverso dei pulsanti, da soli o su Internet. Il passaggio dal videogioco al gambling per i nativi digitali può essere del tutto naturale (Gupta, 1996), soprattutto se l'uso delle slot machine viene considerato un mero intrattenimento. Senza contare che gran parte dei videogiochi prevedono l'acquisto di componenti per agevolare e incrementare le proprie possibilità di accedere a livelli superiori, instillando il convincimento che alcune prestazioni possano essere incrementate con il denaro, piuttosto che con l'abilità nel gioco. Esistono poi le *loot box* (cassette premio), contenitori virtuali da acquistare, che possono contenere, in maniera del tutto casuale, oggetti utili per il gioco, spingendo in questo caso ad un comportamento che considera il rischio e la scommessa parte integrante di quello che in origine era solo un gioco di abilità. Non si può non considerare quanto ciò abitui in giovane età, ad un certo tipo di attività e possa indurre più facilmente al gambling in età adulta.

I dati sul denaro impegnato nel gioco e sul numero di giocatori, non solo patologici, dicono che il fenomeno è estremamente diffuso e questo induce a considerare con attenzione l'enunciato dell'epidemiologo Geoffrey Rose (1981): un numero elevato di persone esposte a un rischio relativamente piccolo può causare più casi di malattia, rispetto a un numero inferiore di persone esposte a un rischio più elevato. Più è facile accedere al gioco, quindi, più aumenta il rischio, e in Italia, bar, tabacchi, sale slot sono ovunque e facilmente accessibili. Secondo una ricerca (Cerrai, Resce, Molinaro, 2017), il 58% degli intervistati riferisce di poter raggiungere un luogo dove poter giocare in meno

di 5 minuti a piedi, mentre per il 67,3% del campione gli esercizi commerciali, non esclusivamente destinati al gioco d'azzardo, come bar e tabaccherie, rappresentano i luoghi preferiti per giocare. Ciò sembra avvalorare l'ipotesi che una maggiore disponibilità di occasioni di gioco, anche in luoghi usualmente frequentati per altri motivi e facilmente raggiungibili, faciliti l'accesso al gioco di un maggior numero di persone in valore assoluto e di conseguenza anche un incremento di soggetti che, per caratteristiche personali, sono più vulnerabili a sviluppare una dipendenza da gioco, avvalorando la correlazione fra la moltiplicazione dell'offerta di gioco e l'incremento dei giocatori a rischio o patologici (Capitanucci e Marino, 2002).

La facilità di accesso è una delle tre dimensioni (Croce, 2012) che descrivono il livello di rischio che un gioco può rappresentare per lo sviluppo di un suo uso problematico. Spesso sottovalutata, rappresenta, invece, un elemento importante, tanto da venire considerata nelle norme che regolano la distanza dei luoghi di gioco dalle scuole. Un casinò è difficilmente raggiungibile o accessibile, mentre un gratta e vinci, o addirittura il gioco online, è accessibile a chiunque in qualunque momento. Il diverso gradiente di rischio dei giochi, così come per le sostanze, è dato anche dalla loro attrattività e addittività. Si pensi alla seduzione di alcune presentazioni di gioco, oppure a certe caratteristiche che li rendono più attraenti in senso generale rispetto ad altri, ma anche rispetto all'età, al genere, o a determinate categorie di persone. Gli aspetti additivi si rifanno anche a caratteristiche strutturali, ovvero al funzionamento di un gioco e quanto questo possa o meno favorire lo sviluppo di una dipendenza: ridurre l'intervallo tra la giocata e la riscossione della vincita o favorire la ripetizione di giocate senza interruzioni, favorendo comportamenti compulsivi (cfr. Cap. 2). Giochi pensati per eliminare pause o discontinuità, come i giochi tecnologici, come le slot machine, sono quelli che più di altri sembrano favorire comportamenti dipendenti.

Altri autori (Bertolazzi, 2014; Griffiths, 1999), oltre alle caratteristiche strutturali, parlano di caratteristiche situazionali che possono ampliare l'effetto patogeno. Se le prime fanno riferimento alla percezione sociale del valore del gioco d'azzardo, alla frequenza delle puntate e alla quantità di denaro perso in uno specifico lasso di tempo, alla probabilità e all'ammontare della vincita, alle competenze e alle abilità, reali e percepite, richieste dal gioco, le caratteristiche situazionali influiscono nella scelta iniziale e sulla possibilità di sviluppare una modalità problematica di gioco. Includono elementi, quali la diffusione, la divulgazione e la pubblicità del gioco, la collocazione e l'accessibilità degli spazi dedicati al gioco (orari di apertura, posizione dei punti vendita ecc.), così come la quantità dei punti vendita in una specifica area. Anche il tipo di ambiente dedicato al gioco (casinò, sala scommesse, online ecc.) ha la sua influenza, essendo pensati e realizzati per evitare che il gio-

catore sia distratto e possa interrompere la sua attività. I casinò e le sale da gioco sono progettati per trattenere il giocatore. Gli ambienti illuminati artificialmente in maniera uniforme e tenue, con lo scopo apparente di preservare la privacy e la concentrazione, intendono eliminare qualunque distrazione. Gli ambienti sono anche strutturati e organizzati in modo da favorire la riduzione della cognizione del tempo e dello spazio, eliminando la luce naturale e suoni o musiche, che possano risvegliare altre sensazioni o far percepire il passaggio del tempo. In fondo, le sale gioco sono delle attività commerciali che devono ottimizzare il REVPAC³ e quindi devono far giocare le persone, per più tempo e più velocemente.

L'aumentata crescita e disponibilità di giochi ha ormai assunto legittimità sociale, con conseguenze politiche ed economiche. Anche quando vengono individuate categorie di soggetti, caratterizzate da status sociale, età o genere, più esposte ai rischi del gioco, sembra non si consideri quanto il gioco esponga maggiormente soggetti appartenenti a condizioni economiche e sociali deprivate, a emarginazione e a dominio sociale (cfr. Cap. 2).

Un'interpretazione del gioco d'azzardo (Pedroni, 2019) lo inquadra come strumento di distrazione di massa, valvola di sfogo con il quale gruppi marginalizzati sperimentano forme di emancipazione da sentimenti di oppressione. Le condizioni di certe fasce di popolazione più vulnerabili espongono poi le persone non solo ad un rischio maggiore, ma anche a minori possibilità di chiedere aiuto e di uscire dal problema legato alla dipendenza, sprofondando in una condizione di malato, stigmatizzato e ignorato.

Il gioco d'azzardo ha poi conquistato anche la classe media, proponendosi come attività ricreativa che si fonda su pratiche tradizionali e conosciute. La pubblicità non fa riferimento all'azzardo e al rischio connesso al gioco d'azzardo, ma usa un linguaggio edulcorato, che allude a cambiamenti di vita e vincite facili. Basti pensare quanto questo stile comunicativo rassicurante venga riproposto ogni sera in televisione nei noti programmi di intrattenimento, in cui si deve indovinare il contenuto di certi pacchi. Queste considerazioni ci dovrebbero maggiormente interrogare sul peso che certi elementi di contesto possono avere nella diffusione del gioco d'azzardo, anche problematico, rispetto a fattori squisitamente individuali. Facendone una questione soggettiva, legata a difficoltà di natura psicologica o di funzionamento neurobiologico, scotomizziamo l'aspetto di contesto all'interno del quale questi individui vivono. Contesti che per la povertà di legami sociali, di insicurezza e di diseguaglianza, più che altrove, possono spingere in generale le persone alla

3. Revenue Per Available Customer, cioè la misura di quanto ogni cliente contribuisce al fatturato.

ricerca di alleggerimento, adottando comportamenti illusoriamente risolutivi di queste stesse condizioni. Ian Hacking (2002) ha introdotto il concetto di malattie mentali “transitorie”. La transitorietà di queste malattie non riguarda caratteri di superficialità, o legate a conseguenze e sofferenze passeggera, quanto piuttosto si connette al fatto che la loro comparsa, diffusione e declino sembrano collegate a determinati contesti e momenti storici.

4. Le conseguenze del DGA

Nel paragrafo precedente si sono evidenziate le connessioni neurologiche e psicologiche con il gioco d'azzardo patologico. Il gioco è un'attività che, come altri comportamenti, tra cui l'utilizzo di sostanze, viene ricercato per modificare un proprio stato d'animo alla ricerca di appagamento. Non riuscendo completamente ed in maniera soddisfacente in questo compito, lascia il soggetto in quella condizione di disagio che spinge a reiterare tale condotta. Questa costante tensione produce un aumento della noradrenalina e del cortisolo, che portano ad un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, oltre ad alterazioni del sistema immunitario. In questi soggetti si riscontrano: problemi cardiovascolari, come ipertensione e tachicardia, legati all'ansia persistente; disturbi gastrointestinali, inclusi ulcere e gastriti, spesso derivanti da una cattiva alimentazione; stress e disturbi del sonno. Tra le conseguenze devono essere considerate, inoltre, quelle di tipo sociale, economico, familiare e lavorativo. Secondo i profili di giocatore patologico, quando il gioco inizia ad assumere un peso prevalente nella vita della persona, questo si traduce in tempo e denaro che questa dedica al gioco.

Il giocatore patologico tende ad allontanarsi da amici e attività sociali, per concentrarsi solo sul gioco. Trascorrendo sempre più tempo a giocare, si trascurano gli impegni scolastici, familiari o sociali. Spesso per vergogna, chi ha problemi di gioco teme il giudizio e questo scoraggia anche la ricerca di aiuto. Si evitano amici per nascondere il proprio coinvolgimento nel gioco e si mente su quanto tempo e denaro viene speso nel gioco.

Tutto questo ha un impatto anche sui familiari e sui figli: si creano tensioni in casa, un'incertezza economica, un senso di impotenza. I familiari diventano spesso le vittime silenziose della dipendenza, sino ad arrivare a litigi, crisi di coppia, separazioni, soprattutto quando la fiducia viene tradita per colpa delle bugie e dei debiti contratti. Parallelamente, si iniziano ad avere problemi al lavoro o a scuola. A causa del tempo impegnato nel gioco o delle ore di sonno perse, si ha un calo nel rendimento scolastico o lavorativo e ci si assenta più facilmente. Le perdite di denaro obbligano a chiedere frequentemente soldi in prestito a familiari o amici, o ancora cercare di vendere

oggetti personali per finanziare il gioco. Si possono raggiungere perdite anche molto considerevoli, di centinaia di migliaia di euro, che obbligano a chiedere prestiti e a rivolgersi agli usurai, nel momento in cui non si ha più la possibilità di accedere alle fonti di credito istituzionalizzate. Alcune persone, pur di trovare soldi per giocare, arrivano a compiere reati, spesso nei confronti di amici, familiari o datori di lavoro, sottovalutando, generalmente, la gravità di tali comportamenti.

Esiste anche un altro aspetto conseguente alla diffusione del gioco d'azzardo, direttamente connesso al contesto sociale, che in un movimento circolare determina certi comportamenti e a sua volta ne è influenzato. Se, infatti, gran parte dell'enfasi viene data agli effetti sull'individuo di natura psicologica ed economica, dovrebbero essere presi in considerazione anche quegli aspetti più di natura sociale, che interpretano il fenomeno e lo collocano in un certo modo all'interno di una data società, orientando le percezioni e le valutazioni di quel fenomeno e le inclinazioni future.

A livello di senso comune, al gioco d'azzardo e, per un certo effetto alone, anche a chi lo pratica, si attribuisce un disvalore sociale, in quanto attività improduttiva, che non crea benessere, che distribuisce risorse non in base al merito e, in qualche modo, segnala un degrado morale. Gli orientamenti valoriali delle società occidentali considerano il gioco in contrapposizione a un'etica orientata al lavoro, all'impegno, alla responsabilità. Questa visione, dell'individuo afflitto da una patologia può alleggerire lo Stato dal sentirsi responsabile, che, anziché implementare azioni di contrasto alla sua diffusione, sembra limitarsi a promuovere campagne di sensibilizzazione riguardanti i rischi legati al gioco d'azzardo. Si enfatizza la responsabilità individuale e di conseguenza l'attenzione si concentra sui trattamenti di contrasto alla dipendenza.

Lo Stato è sempre più dipendente dalle entrate fiscali legate al gioco d'azzardo, facendone uno strumento redistributivo. Se da un lato incamera risorse, dall'altro tenta di contrastare gli effetti patologici, alimentando un circolo vizioso. Da un lato promuove un mercato dell'intrattenimento, che appare esente da rischi e ne normalizza la pratica, dall'altro investe in prevenzione e trattamenti per dipendenti e promuove slogan come "gioca responsabile" (Selin, 2002). Tutta la responsabilità viene addossata sull'individuo, non considerando la sua effettiva capacità di libertà nel momento in cui si tratta di attività che comportano possibili alterazioni del controllo dei propri comportamenti e modificazione delle facoltà di discernimento sulla opportunità di certe condotte.

Se si inquadra il gioco d'azzardo come un fenomeno della contemporaneità, caratterizzata da democratizzazione e massificazione dei consumi e liberalizzazione dell'accesso a diverse opportunità, con tutti i limiti che questo comporta, si intravede uno spostamento da un'etica della produzione ad un'etica del consumo, in cui l'ottenimento dei beni è sempre meno collegato

al lavoro, al tempo e alla competenza e sempre più alla fortuna ed al caso, contribuendo alla costruzione di contesti deresponsabilizzanti. Ottenere dei beni corrisponde sempre meno ad una loro utilità, ma all'organizzazione della propria identità.

Valutando le conseguenze a lungo termine del fenomeno, senza fermarsi alle sole problematiche sanitarie, si aprono delle riflessioni sulle conseguenze nel lungo periodo che già oggi si intravedono.

Quando, rispetto ad oggi, aumenterà il numero di soggetti che si rivolgono ai servizi per le dipendenze, quali saranno i costi sanitari, di capitale umano, di sofferenza familiare cui si dovrà far fronte?

Da anni si sottolinea la frenata dell'ascensore sociale, che ha permesso, anche a chi alla nascita non godeva di certe possibilità, di avere successo e migliorare le proprie condizioni di vita. Il gioco d'azzardo può veicolare l'idea che tutto questo possa agilmente essere superato non scommettendo sulle proprie capacità, ma sul gioco. Esiste un problema per il sistema dei valori su cui si basa la società relativo alla percezione, che la fonte della agiatezza, sia la fortuna e non le proprie capacità? Che gli obiettivi raggiungibili con il lavoro siano troppo limitati rispetto a quelli ottenibili con il gioco? Se il Welfare State entra in crisi, si può tollerare che le spese pubbliche siano finanziate anche con risorse derivanti dal gioco d'azzardo e, quindi, a carico di quei soggetti più esposti al rischio della dipendenza, negando il principio di solidarietà sociale?

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, APA; tr. it., *DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.
- Blaszczynski, A, Nower, L. (2002), A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction.*, 97, 487-99.
- Blaszczynski, A, Steel, Z. (1998), Personality disorders among pathological gamblers. *J. Gambl. Stud.*, 14, 51-71.
- Bergler, E. (1957), *The Psychology of Gambling*, New York, New York International Universities Press; tr. it., *Psicologia del giocatore*, Roma, New Compton, 1974.
- Bertolazzi, A. (2014), *Il gioco d'azzardo online: rischi per una pratica sociale a vincoli deboli*. In C. Cipolla, *Le implicazioni sociali del gioco d'azzardo. Il caso dell'Emilia-Romagna* (pp. 84-97), Milano, FrancoAngeli.
- Bignamini, E. (a cura di) (2006), *La dipendenza da sostanze: Un'introduzione per la comprensione e per l'intervento*, Cuneo, ed. Publiedit.
- Bowlby, J. (1988), *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*, New York, Basic Books; tr. it., *Una base sicura*, Milano, Raffaello Cortina, 1989.

- Camposeragna, A., Mataloni, F., Pasqualini, F., Orlando, L., Rosa, A.C., Davoli, M. (a cura di) (2024). *Progetto di ricerca sul Disturbo da Gioco d'Azzardo nella Regione Lazio*, Roman Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio. <https://dgaonline.regione.lazio.it/dgaonline/wp-content/uploads/2023/05/Report-scientifico-DGA-2023.pdf>
- Capitanucci, D., Marino, V. (a cura di) (2002), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, Milano, Raffaello Cortina.
- Caretti, V., Craparo, G., Schimmenti, A. (2008), *Psicodinamica delle dipendenze. Nòs Aggiornamenti in Psichiatria*, 14(2), 107-116.
- Cerrai, S., Resce, G., Molinaro, S. (2017), *Consumi d'azzardo. Rapporto di ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo degli italiani attraverso gli studi IPSAD ed ESPAD*, Roma, CNR IFC.
- CGIL FederConsumatori (2024), *Il libro nero dell'azzardo. Mafie, Dipendenze, Giovani*. https://files.cgil.it/version/c:YmQwYjg5OWEtZDliZS00:MjNjY2U0NDItZjUwOS00/LN2_RevFinale_24maggio2024.pdf
- Clarke, D. (2004), Impulsiveness, locus of control, motivation and problem gambling. *J. Gambl. Stud.*, 20, 319-45
- Conversano, C., Marazziti, D., Carmassi, C., Baldini, S., Barnabei, G., Dell'Osso, L. (2012), Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings. *Harv. Rev. Psychiatry*, 20, 130-48.
- Coriale, G., Ceccanti, M., De Filippis, S., Falletta Caravasso, C., De Persis, S. (2015), Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento. *Riv. Psichiatr.*, 50(5), 216-227. doi 10.1708/2040.22162.
- Croce, M. (2002), La diversa addittività dei giochi e i meccanismi psicologici dei giocatori. *Personalità/Dipendenze*, 8(3), 342-243.
- Croce, M. (2005), Psicologia del giocatore d'azzardo patologico e rischi di criminalità. *Rivista della Scuola Superiore dell'Economia e delle Finanze*, 10, 130-144.
- Croce, M. (2012), La tripla A dei giochi. Attractiveness, Accessibility, Addictivity. Il diverso potenziale di rischio nei giochi: quali elementi, quali riflessioni, quali politiche. *Personalità Dipendenze*, 18(45). <http://dipendenze.welfare.fvg.it/wp-content/uploads/2017/07/La-tripla-A-dei-giochi.pdf>
- Croce, M. (2018), *Psicologia del giocatore*. In F. Lugoboni, L. Zambononi (a cura di), *Manuale sulle dipendenze patologiche Vol. 2* (pp. 177-187), Verona, Edizioni CLAD Onlus.
- Custer, R.L. (1982), Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12), 35-38.
- D'Egidio, P.F., Carpiello, B., Costantino, M.A. (2017), *Carta dei Servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction ("Doppia Diagnosi")*. FEDERSERD, SIP, SINPIA, www.federserd.it/files/novita/RM17_carta.pdf
- Eurispes (2005), *Rapporto Italia*, Scheda 56. *Febbre da cavallo. Gli italiani e il gioco d'azzardo*. <https://eurispes.eu/ricerca-rapporto/rapporto-italia-2005/>
- Fernandez-Montalvo, J., Echeburua, E. (2004), Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *J. Pers. Disord.*, 18, 500-505.
- Fiasco, M. (2011), *L'Azzardo di Stato sarà la nostra bolla*, in (a cura dell'Associazione onlus "Centro Sociale Papa Giovanni XXIII), Aa.Vv., *Ma a che gioco giochiamo?*

- Il gioco d'azzardo da problema sociale e di dipendenza, a interessi economici, politici e criminali*, Edizioni A Mente Libera Reggio Emilia.
- Fonagy, P., Target, M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo, nell'organizzazione del Sé*. In V. Lingiardi, M. Ammaniti M. (a cura di), *Attaccamento e funzione riflessiva* (pp. 65-89), Milano, Raffaello Cortina.
- Freud, S. (1911), *Formulierungen uber die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens*, in *Jahrbuch fur psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, vol. 3 (1), 1-8, Vienna; tr. it., *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*. In *OSF*, vol. 6 (pp. 453-460). Torino, Boringhieri, 1974.
- Griffiths, M.D. (1999), Gambling technologies: Prospects for problem gambling, *Journal of Gambling Studies*, 15(3), 265-283.
- Gupta, R., Derevensky, J.L. (1996), *The relationship between gambling and videogame playing behavior in children and adolescents*. *J. Gambl. Stud.*, 12(4), 375-394. doi: 10.1007/BF01539183. PMID: 24234157
- Hacking, I. (2002), *Les Fous voyageurs*, Parigi, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Imbucci, G. (1997), *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*, Venezia, Marsilio.
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E.J. (1997), The self-medication hypothesis of drug use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- Kohut., H. (1978), *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut 1950-1978*, New York, International Universities Press; tr. it., *La ricerca del Sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1982.
- Ibanez, A., Blanco, C., Saiz-Ruiz, J. (2002), Neurobiology and genetics of pathological gambling. *Psychiatr. Ann.*, 32, 181-185.
- La Barbera, D., Caretti, V., Craparo, G. (2006), Ipotesi di nuovi criteri diagnostici per l'addiction. *S&P: Salute e Prevenzione: La rassegna italiana delle Tossicodipendenze*, 22(43), 13-21.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin C., Doucet, C. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Lavanco, G., Varveri, L. (2002), *Dal gioco sociale al gioco problematico: percorsi per un intervento di comunità*. In D., Capitanucci, V., Marino (a cura di), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema* (pp. 75- 89), Milano, FrancoAngeli.
- Limosani, I., Ciliberti, C., Longo, L., Turco, M., Percudani, M. (2021), Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi. *Psichiatria Oggi*, 34(2), 114-120.
- Mehroof, M., Griffiths, M.D. (2010). Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety and trait anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 313-316.
- Martinotti, G., Andreoli, S., Giametta, E., Poli, V., Bria, P., Janiri, L. (2006), The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Compr. Psychiatry*, 47, 350-356.

- Pedroni, M. (2019), *Sociologia del gioco d'azzardo*. Medium <https://medium.com/@marcopedroni/sociologia-del-gioco-dazzardo-53ba9e3bae85>
- Petry, N.M., Casarella, T. (1999), Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Drug alcohol depend.*, 56, 25-32
- Ryding, E., Ahnide, J.A., Lindstrom, M., Rosen, I., Traskman-Bendz, L. (2006), Regional brain serotonin and dopamine transporter binding capacity in suicide attempters relate to impulsiveness and mental energy. *Psychiatry Res*, 148, 195-203.
- Rose G. (1981), Strategia di prevenzione: lezioni dalle malattie cardiovascolari. *Br. Med J*, 282, 1847-1851.
- Selin, J. (2022), Politics of hesitance and the formation of ethical subjects through responsible gambling practices, *Frontiers in Sociology*, 7. www.frontiersin.org/journals/sociology/articles/10.3389/fsoc.2022.1032752
- Serpelloni, G. (2013), *Gambling: gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione: manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*, Verona, CUEIM.
- Szerman, N., Ferre, F., Basurte-Villamor, I., Vega, P., Mesias, B., Marín-Navarrete, R., Arango, C. (2020), Gambling Dual Disorder: A Dual Disorder and Clinical Neuroscience Perspective. *Front. Psychiatry*, 11, 589155. doi: 10.3389/fpsy.2020.589155
- Worhunsy, P.D., Malison, R.T., Rogers, R.D., Potenza, M.N. (2014), Altered neural correlates of reward and loss processing during simulated slot-machine fMRI in pathological gambling and cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend.*, 145, 77-86.
- Zack, M., Poulos, C.X. (2009), *Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction*. *Curr. Drug Abuse Rev.*, 2, 11-25.
- Zavattiero, C. (2010), *Lo stato bisca*, Milano, Ponte alle Grazie.
- Zimberg, N.E. (2019), *Drugs, Set and Setting. Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.

2. Il mercato del gambling e il disturbo da gioco d'azzardo in Italia fra benefici fiscali e costi socio-economici

di Riccardo Tilli

Negli ultimi anni, il mercato del gioco d'azzardo in Italia ha conosciuto una crescita importante, trasformandosi da fenomeno marginale e socialmente stigmatizzato a componente strutturale dell'economia nazionale. Questa trasformazione è avvenuta sotto la spinta di una serie di riforme normative, della liberalizzazione dell'offerta e, più recentemente, della digitalizzazione del settore. A fronte di un'espansione così rapida, l'attenzione si è gradualmente concentrata non solo sui benefici economici, ma anche sulle sue conseguenze sociali, sanitarie ed etiche.

Nel corso degli anni, il dibattito pubblico e istituzionale sul gioco d'azzardo ha oscillato tra due poli contrapposti: da un lato, il riconoscimento del gambling come fonte rilevante di entrate fiscali per lo Stato e di occupazione per migliaia di lavoratori; dall'altro, la crescente consapevolezza dei costi sociali associati alla dipendenza da gioco (disturbo da gioco d'azzardo, o DGA), che impongono un attento bilanciamento tra libertà d'impresa, tutela della salute pubblica e coesione sociale.

Dal punto di vista economico, il gioco d'azzardo si configura, infatti, come un mercato peculiare in cui coesistono elementi tipici dell'economia di mercato (concorrenza, domanda e offerta, rendite di posizione) con aspetti propri delle politiche di welfare e della regolamentazione pubblica.

Questo capitolo si propone di analizzare il mercato del gambling da un punto di vista economico. Verranno discussi i modelli teorici utili a comprendere il comportamento dei consumatori, l'organizzazione dell'offerta, la struttura del mercato e i suoi principali attori, le dinamiche evolutive del comparto e gli effetti redistributivi e sociali del settore.

1. Il ruolo dell'economia comportamentale e delle neuroscienze nella comprensione del comportamento di gioco

Il termine gambling designa un insieme di attività fondate sull'azzardo, ovvero sulla scommessa di una somma di denaro con l'obiettivo di ottenere un guadagno economico al verificarsi di un evento incerto. A differenza di altre forme di consumo, il gambling presenta una struttura economica peculiare, in cui il prodotto offerto non è un bene tangibile ma un'esperienza ad alto contenuto emozionale e, in molti casi, a rischio elevato. La definizione operativa adottata in ambito istituzionale italiano distingue tra gioco lecito e gioco illecito, a seconda che l'attività sia autorizzata o meno dallo Stato. All'interno del gioco lecito, al quale faremo riferimento in questo lavoro, si distinguono diverse categorie: il gioco con vincita in denaro (VLT, AWP, lotterie, scommesse sportive e ippiche, Bingo, giochi numerici a totalizzatore come il Superenalotto) e il gioco senza vincita in denaro (giochi sociali, lotterie a premi, ecc.).

Il gambling rappresenta, sotto il profilo economico, un mercato ad alta intensità regolatoria ma anche ad alto tasso di redditività per gli operatori autorizzati. A livello strutturale, il settore è caratterizzato da un assetto oligopolistico, con pochi grandi concessionari nazionali che operano in regime di concessione pubblica. Questi soggetti – tra cui Lottomatica, Sisal, Snaitech, Eurobet – detengono quote rilevanti del mercato e si avvalgono di una rete capillare di punti vendita, oltre che di piattaforme online, che negli ultimi anni hanno registrato una crescita significativa.

Una prima peculiarità economica del settore riguarda l'asimmetria informativa tra offerta e domanda. I consumatori tendono a sottostimare la probabilità di perdita e sovrastimare quella di vincita, specialmente in giochi ad alto payout ma bassa probabilità di successo (es. Superenalotto, VLT).

In secondo luogo, il gambling genera esternalità negative di tipo sociale e sanitario quando il consumo sfocia in forme patologiche di gioco. A differenza di altri mercati, l'aumento della domanda può non essere socialmente desiderabile, in quanto associato a maggiori costi pubblici per la gestione del DGA, inclusi costi sanitari, sociali e familiari. Di conseguenza, l'efficienza economica del mercato non può essere valutata unicamente sulla base della domanda o dei ricavi, ma richiede un'analisi più ampia finalizzata alla quantificazione del benessere sociale netto.

Un ulteriore elemento distintivo è l'integrazione tra regolazione pubblica e logiche di mercato. Lo Stato, attraverso l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM), svolge un doppio ruolo: da un lato regola l'accesso al mercato e le condizioni di offerta; dall'altro beneficia delle entrate fiscali derivanti dal gioco. Questa coesistenza tra funzione regolatoria e funzione fiscale ha

alimentato una certa ambiguità nella gestione del settore, favorendo talvolta politiche permissive che hanno ampliato l'offerta di gioco, pur in presenza di crescenti allarmi sanitari e sociali.

Dal punto di vista teorico, il comportamento del giocatore può essere interpretato secondo approcci differenti. Quelli più recenti integrano l'analisi economica con elementi neuropsicologici, mostrando come il gambling attivi i circuiti dopaminergici cerebrali in modo analogo ad altre forme di dipendenza comportamentale (cfr. Cap. 1). Questi approcci suggeriscono che, almeno per una parte dei consumatori, il comportamento di gioco non è il risultato di una scelta libera, ma di un processo compulsivo che riduce la capacità decisionale razionale.

Nel tentativo di comprendere le dinamiche che regolano il comportamento dei giocatori – in particolare quelli affetti da forme problematiche o patologiche – l'approccio economico tradizionale si è spesso rivelato inadeguato, a causa dell'assunzione di piena razionalità e dell'obiettivo di massimizzazione dell'utilità individuale da parte dei soggetti economici. Il modello classico dell'utilità attesa (*expected utility theory*) di von Neumann e Morgenstern (1944), presuppone agenti razionali che prendono decisioni sulla base del valore atteso delle vincite e del loro livello di rischio. In realtà, questo modello spiega solo parzialmente il comportamento reale dei giocatori (Loewenstein e Prelec, 1992).

In alternativa, l'economia comportamentale (*behavioral economics*) ha fornito negli ultimi decenni un quadro molto più aderente alla realtà empirica del gambling, evidenziando come i processi decisionali siano spesso guidati da bias cognitivi, emozioni e meccanismi neurologici profondamente radicati. Il contributo di Kahneman e Tversky (1979) ha introdotto la teoria del prospetto (*prospect theory*), che evidenzia come gli individui tendono ad attribuire maggiore peso ai guadagni rispetto alle perdite e sono influenzati da elementi cognitivi e emotivi nelle loro decisioni.

In tal senso, i giocatori non si comportano secondo un modello puramente razionale, ma sono influenzati da una molteplicità di fattori che distorcono la percezione del rischio e delle probabilità di vincita, portandoli a sovrastimare la propria capacità di influenzare esiti che sono, in realtà, puramente casuali. Questo effetto è particolarmente evidente nei giochi che includono elementi pseudo-interattivi, come le slot machine, dove il gesto fisico del giocatore (ad esempio, tirare una leva) induce un falso senso di padronanza.

Il meccanismo descritto è noto in letteratura come “fallacia del giocatore” (*gambler's fallacy*) e alimenta comportamenti irrazionali difficili da ricondurre a scelte di consumo pienamente informate Kahneman e Tversky (1971). La *gambler's fallacy* spiega perché i giocatori spesso continuino a giocare anche in condizioni di perdita prolungata, sulla base della convinzione che eventi

casuali passati possano influenzare le probabilità di eventi futuri: la speranza di “rientrare” delle perdite diventa una motivazione centrale e può, dopo una lunga serie di perdite, indurre il giocatore a credere che una vincita sia “st statisticamente dovuta”, portandolo a continuare a giocare anche contro ogni evidenza probabilistica. Questo comportamento è amplificato dall’intermittenza delle vincite, che rinforza positivamente la reiterazione del gioco anche in assenza di un reale vantaggio economico (Toneatto *et al.*, 1997).

Insieme all’analisi di tipo economico, studi neuroscientifici hanno contribuito a chiarire le basi biologiche di tali comportamenti, dimostrando che l’attività di gioco stimola le stesse aree del cervello coinvolte nei meccanismi di ricompensa e dipendenza, in particolare il sistema dopaminergico (cfr. Cap. 1). La dopamina, neurotrasmettitore associato al piacere e alla gratificazione, viene rilasciata durante l’attività di gioco, soprattutto in risposta a vincite occasionali e imprevedibili, alimentando così un ciclo comportamentale compulsivo. Questo schema neurochimico è molto simile a quello osservato nei soggetti dipendenti da sostanze psicoattive, con la differenza che il gambling non produce effetti fisiologici visibili immediati, rendendone spesso più difficile il riconoscimento e la diagnosi precoce.

Un concetto chiave emerso da questo filone di ricerca è quello di “rafforzamento intermittente” (Skinner, 1953), ovvero la tendenza del cervello a mantenere un comportamento anche in presenza di ricompense sporadiche e imprevedibili. Questo tipo di schema è quello che rende i giochi d’azzardo particolarmente coinvolgenti e difficili da abbandonare. Le slot machine, per esempio, sono progettate per sfruttare al massimo questo principio, alternando perdite frequenti e piccole vincite, in modo tale da mantenere il giocatore in uno stato di eccitazione costante.

Un altro contributo che può essere applicato al gambling nell’ambito dell’economia comportamentale è la teoria del *nudge* (letteralmente “spinta gentile” o “spintarella”), sviluppata da Thaler e Sunstein (2008). Questa teoria si basa sull’idea che sia possibile influenzare le decisioni degli individui attraverso piccoli suggerimenti e aiuti indiretti, senza imporre esplicite restrizioni o divieti sulle scelte degli operatori economici. Questo approccio, definito “paternalismo libertario”, mira a preservare la libertà di scelta, orientando al contempo i comportamenti verso esiti più vantaggiosi per gli individui stessi.

La teoria del *nudge* si basa sull’assunto che gli individui non sempre agiscono in modo pienamente razionale, come postulato dall’economia neoclassica. Thaler e Sunstein definiscono un *nudge* come “qualsiasi aspetto dell’architettura delle scelte che altera il comportamento delle persone in modo prevedibile senza proibire alcuna opzione o modificare significativamente i loro incentivi economici” (2008, p. 6). Un esempio banale può essere la disposizione degli alimenti in una mensa scolastica: posizionando la frutta

all'altezza degli occhi può aumentare la probabilità che venga scelta, senza vietare altri alimenti.

Il concetto di “architettura delle scelte” si riferisce al modo in cui le opzioni sono presentate agli individui, influenzando le loro decisioni. Ad esempio, impostare una certa opzione come predefinita (default) può aumentare significativamente la probabilità che venga scelta. Questo risultato è stato dimostrato da Madrian e Shea (2001) in uno studio sull'adesione automatica ai programmi pensionistici, dove la scelta dell'impostazione “predefinita” sembra derivare dall'inerzia dei partecipanti e dalla percezione da parte degli stessi del comportamento predefinito come consiglio di investimento. Questo risultato ha chiarito l'importanza dei fattori economici e non economici (comportamentali) nella determinazione dei comportamenti di risparmio individuale.

Tuttavia, anche se i *nudge* dovrebbero avere come obiettivo la promozione di comportamenti virtuosi, nel settore del gambling possono essere impiegati in modo manipolativo: si tratta dei “*dark nudge*” (Newall, 2018). I *dark nudge* del gioco d'azzardo sono progettati per sfruttare i pregiudizi dei giocatori, e sono guidati dalla razionalità economica legata alla massimizzazione del profitto da parte delle imprese che operano nel settore. I *dark nudge* possono includere strategie come la progettazione di interfacce che rendono difficile l'accesso alle opzioni di autoesclusione, l'uso di colori e suoni per enfatizzare le vincite e la presentazione di informazioni in modo da minimizzare la percezione delle perdite. In tal modo, è possibile sfruttare i bias cognitivi dei giocatori, inducendoli ad aumentare il tempo e il denaro spesi nel gioco, ma favorendo l'emergere di comportamenti problematici.

La teoria del *nudge* dovrebbe, invece, essere applicata per promuovere comportamenti di gioco più responsabili. Interventi come l'introduzione di limiti di spesa preimpostati, messaggi di feedback sul tempo e denaro spesi o pause obbligatorie dopo periodi prolungati di gioco sono esempi di *nudge* progettati per aiutare i giocatori a mantenere il controllo sulle proprie abitudini (Gainsbury *et al.*, 2014). Questi strumenti, se ben implementati, possono ridurre i rischi associati al gioco d'azzardo senza compromettere la libertà individuale.

Auer e Griffiths (2015) hanno mostrato che l'invio di messaggi personalizzati ai giocatori, informandoli sul tempo e denaro spesi, può ridurre significativamente il comportamento di gioco problematico. L'analisi dimostra che i giocatori online che hanno ricevuto feedback personalizzati hanno speso meno tempo e denaro giocando d'azzardo rispetto ai gruppi di controllo che non hanno ricevuto tali feedback. Ciò implicherebbe che gli strumenti per il gioco responsabile, che forniscono un feedback personalizzato, potrebbero spingere i giocatori a un comportamento più responsabile e potrebbero aiutare coloro che giocano eccessivamente a rimanere entro i propri limiti personali di tempo e denaro.

Harris e Griffiths (2017) esaminano le argomentazioni teoriche alla base dell'applicazione di specifici strumenti di minimizzazione del danno e offrono una rassegna critica della ricerca empirica che ne valuta l'efficacia, in termini di influenza sulle cognizioni e sui comportamenti legati al gioco d'azzardo. Harris e Griffiths (2017) sostengono che gli stessi progressi tecnologici, che possono facilitare la perdita di controllo, possono anche essere utilizzati per fornire strumenti e soluzioni per il gioco responsabile, volti a ridurre i danni correlati al gioco d'azzardo. Le strategie di minimizzazione del danno devono mirare a facilitare l'autoconsapevolezza e l'autocontrollo durante una sessione di gioco e possono includere l'uso di pause di gioco, messaggi "pop-up", l'impostazione di limiti e il monitoraggio comportamentale.

Blaszczynski *et al.* (2011) analizzano come l'applicazione della teoria del *nudge* nel contesto del gambling può avere importanti implicazioni per le politiche pubbliche. I governi possono adottare strategie di "paternalismo libertario" per proteggere i cittadini dai rischi del gioco d'azzardo, senza ricorrere a divieti o restrizioni severe. L'introduzione di messaggi di avvertimento obbligatori, la promozione di opzioni di autoesclusione e la regolamentazione della pubblicità del gioco d'azzardo possono essere efficaci nella riduzione del numero di giocatori problematici.

La teoria del *nudge* offre dunque un quadro sia positivo che normativo per comprendere e intervenire sui comportamenti legati al gambling. Attraverso modifiche mirate nell'architettura delle scelte, è possibile promuovere decisioni più consapevoli e responsabili, contribuendo a ridurre i danni associati al gioco d'azzardo e a migliorare il benessere individuale e collettivo.

Dal punto di vista delle politiche pubbliche, le evidenze comportamentali e neuroscientifiche possono contribuire a costruire modelli di intervento più efficaci, in grado di anticipare i comportamenti a rischio, piuttosto che limitarsi a curarne le conseguenze. Per esempio, il design delle piattaforme digitali può essere regolato in modo da ridurre le occasioni di gioco impulsivo: limiti di sessione, notifiche di spesa, tempi di attesa tra una puntata e l'altra sono tutte misure che possono rallentare l'automatismo della condotta e favorire una riflessione critica.

Inoltre, l'integrazione delle scienze comportamentali nei processi di policy design può migliorare l'efficacia delle strategie di regolazione. Interventi "low cost", come il modo con cui sono disposte le macchine da gioco all'interno dei locali, la modifica delle grafiche dei biglietti o l'uso di colori meno eccitanti, possono generare effetti significativi sui livelli di coinvolgimento (cfr. Cap. 1).

Il mercato del gambling si presenta, dunque, come un ambito complesso in cui si intrecciano dinamiche economiche, psicologiche e istituzionali. Comprendere la sua struttura e le sue caratteristiche consente di analizzare anche le sue implicazioni economiche e sociali. Le peculiarità di questo mer-

cato – caratterizzato da asimmetria informativa, con scelte non razionali dal lato della domanda, dalla produzione di esternalità sociali e sanitarie e dal duplice ruolo dello Stato, in qualità di regolatore e beneficiario di entrate fiscali – lo rendono un settore per il quale un’analisi esclusivamente economica sarebbe inevitabilmente non esaustiva.

L’economia comportamentale e le neuroscienze offrono un approccio alla comprensione del gioco d’azzardo che sposta l’attenzione dalla logica della colpa individuale alla struttura sistemica degli incentivi e dei contesti decisionali. Integrare queste conoscenze nelle politiche pubbliche, nei sistemi di prevenzione e nella progettazione delle interfacce di gioco può rappresentare un passaggio importante per affrontare efficacemente il problema della dipendenza patologica.

2. Dimensione economica del gambling in Italia

Il mercato del gioco d’azzardo legale in Italia rappresenta oggi uno dei comparti economici più rilevanti in termini di volume di denaro movimentato. Secondo i dati più aggiornati dell’ADM, riportati in tabella 1, nel 2022 la raccolta complessiva (cioè l’ammontare totale delle giocate effettuate, comprensivo delle vincite redistribuite) ha superato i 136 miliardi di euro, con un incremento del 54,3% rispetto al 2015. Questo dato, in netto recupero rispetto al biennio pandemico 2020-2021, conferma la capacità del settore di riprendersi rapidamente in seguito a shock sistemici e a prolungate fasi recessive del ciclo economico.

Un altro dato significativo è quello della spesa sostenuta dai giocatori, ovvero la differenza tra la raccolta e le vincite redistribuite, che rappresenta l’ammontare effettivamente perso dai giocatori e, quindi, il reale flusso di denaro che alimenta il sistema. Come mostrato in tabella 1, nel 2022 la spesa è stata superiore a 20 miliardi di euro, con un incremento del 31,6% rispetto all’anno precedente.

La distinzione tra raccolta e spesa è utile per comprendere la portata economica e sociale del fenomeno. La raccolta è un indicatore che, misurando l’ammontare complessivo in denaro delle giocate, fornisce informazioni sulla dimensione del mercato, ma è soggetto a quello che viene chiamato l’effetto “giro di denaro” (nel senso che una parte della raccolta si trasforma in vincite e viene restituita ai giocatori). La spesa, invece, è il netto fra giocate e vincite e rappresenta la misura del costo del gioco per gli individui.

Se andiamo a valutare la dimensione del mercato rispetto al prodotto interno lordo, come riportato in tabella 2, vediamo come la raccolta e le vincite abbiano registrato una crescita importante nel 2022 (superando rispettiva-

mente il 6% e il 5% di PIL), a fronte di una sostanziale stabilità della spesa e della voce erario, che rappresenta il gettito fiscale che lo Stato ottiene in questo settore.

Dall’osservazione della tabella 1, nel 2022 le entrate fiscali hanno superato gli 11 miliardi di euro, con un incremento del 33,4% rispetto all’anno precedente e in netta ripresa rispetto alla significativa riduzione sperimentata nel 2020 (-36,3%). Dalla tabella 2, possiamo notare la sostanziale stabilità del gettito fiscale rispetto al PIL, pari a circa mezzo punto percentuale.

Tab. 1 – Raccolta, Vincite, Spesa, Erario (2015-2022 – milioni di euro e tassi di variazione)

	Raccolta	var. %	Vincite	var. %	Spesa	var. %	Erario	var. %
2015	88.200		71.200		17.000		8.800	
2016	96.180	9,0	77.070	8,2	19.030	11,9	10.470	19,0
2017	101.760	5,8	82.760	7,4	18.920	-0,6	10.260	-2,0
2018	106.850	5,0	87.880	6,2	18.890	-0,2	10.380	1,2
2019	110.460	3,4	91.040	3,6	19.410	2,8	11.360	9,4
2020	88.255	20,1	75.303	-17,3	12.952	-33,3	7.236	-36,3
2021	111.180	26,0	95.700	27,1	15.472	19,5	8.409	16,2
2022	136.073	22,4	115.709	20,9	20.355	31,6	11.218	33,4

Fonte: elaborazione su dati ADM

Tab. 2 – Raccolta, Vincite, Spesa, Erario (2015-2022 – % del PIL)

	Raccolta	Vincite	Spesa	Erario
2015	4,8	3,8	0,9	0,5
2016	5,1	4,1	1,0	0,6
2017	5,4	4,4	1,0	0,5
2018	5,5	4,6	1,0	0,5
2019	5,7	4,7	1,0	0,6
2020	4,7	4,0	0,7	0,4
2021	5,5	4,8	0,8	0,4
2022	6,2	5,3	0,9	0,5

Fonte: elaborazione su dati ADM

Un altro fattore emerso negli ultimi anni è la tipologia di mercato con cui si articola l’offerta nel settore del gambling: il mercato fisico e quello online. Il primo si basa su una rete fisica di punti gioco (sale slot, ricevitorie, centri scommesse), mentre il secondo si sviluppa attraverso siti web e app mobili,

autorizzati da ADM. Dall'osservazione della tabella 3, possiamo notare come il mercato online si sia progressivamente affermato rispetto a quello fisico: nel 2022 il gioco online ha rappresentato il 53,7% della raccolta complessiva, con il sorpasso nella composizione percentuale sul gioco fisico nel 2020. Anche la spesa per il gioco online mostra una crescita importante, passando da circa 1,6 miliardi di spesa nel 2018 (8,6% del totale) a oltre 3,8 miliardi nel 2022 (19,1% del totale).

Queste dinamiche sono presumibilmente state accentuate dalla pandemia, che ha favorito lo spostamento di una parte consistente della domanda verso canali digitali, ma rimane aperta la questione che, a differenza del gioco fisico, l'online presenta caratteristiche di fruizione potenzialmente più problematiche, in particolare con riferimento alle fasce della popolazione cui sarebbe fatto divieto di giocare d'azzardo (minorenni): accessibilità h24, anonimato, assenza di interazione sociale e maggiore aggressività nelle strategie di marketing.

Tab. 3 – Gioco fisico e gioco online (2018- 2022 – milioni di euro)

		<i>Gioco fisico</i>	<i>Gioco online</i>	<i>% online sul totale</i>
Raccolta	2018	75.407	31.439	29,4
	2019	74.137	36.400	32,9
	2020	39.049	49.206	55,8
	2021	44.001	67.179	60,4
	2022	62.995	73.078	53,7
Vincite	2018	58.060	29.816	33,9
	2019	56.505	34.553	37,9
	2020	28.768	46.534	61,8
	2021	32.247	63.453	66,3
	2022	46.519	69.191	59,8
Spesa	2018	17.271	1.623	8,6
	2019	17.560	1.847	9,5
	2020	10.281	2.672	20,6
	2021	11.754	3.719	24,0
	2022	16.476	3.879	19,1

Fonte: elaborazione su dati ADM

Dal lato dell'offerta, il mercato del gambling italiano si caratterizza per una struttura fortemente regolamentata, ma al contempo aperta alla competizione tra operatori privati che agiscono in regime di concessione. Questo

assetto, introdotto per conciliare la liberalizzazione con l'interesse pubblico, ha portato alla formazione di un oligopolio regolato, in cui pochi soggetti detengono una quota consistente di mercato.

I concessionari sono imprese autorizzate dallo Stato, attraverso l'ADM, a gestire le varie tipologie di gioco: lotterie, scommesse, slot machine (AWP), videolottery (VLT), giochi a distanza, Bingo, ecc. Si tratta di soggetti economici che operano sia in proprio, sia attraverso una rete di distribuzione costituita da punti vendita fisici e piattaforme online.

Tra i principali attori figurano: a) Lottomatica Group SpA, che è una holding italiana che controlla un gruppo di società attive nel mercato del gioco. Si tratta di un operatore presente in tutti i segmenti del gioco, che detiene una posizione di mercato dominante sia online che nella rete fisica; b) Sisal Group SpA, che è uno dei marchi storici del settore, attivo nelle lotterie, nelle scommesse e nei giochi online. Nel 2022 è stata acquisita dal gruppo irlandese Flutter Entertainment, operativo su scommesse sportive online e iGaming; c) Eurobet (parte del gruppo inglese Entain), 888 (specializzata in giochi online per l'Italia) e Snaitech (nata con l'incorporazione di Cogetech in Snai SpA nel 2017 e recentemente anch'essa acquisita da Flutter Entertainment), che sono alcuni degli altri operatori con quote significative nel mercato delle scommesse, soprattutto in ambito sportivo e ippico.

Tab. 4 – Quote di mercato dei casinò online in Italia (anno 2024 – valori in percentuale)

Lottomatica	30,8
Sisal	11,7
Eurobet	8,2
888	7,2
Snai	7,0
Pokerstar	5,6
Starcasinò Group	4,2
E-Play24	2,9
Tombola	1,9
Admiral Sport	1,8
Bet365	1,6
Leovegas	1,3
Bgame	1,2
Greentube	1,2
William Hill	1,2

Fonte: Statista, 2024

Nel loro complesso, i concessionari gestiscono flussi economici molto rilevanti: con riferimento ai casinò online, dall’osservazione della tabella 4 si può notare che nel 2024 i primi cinque operatori detengono la metà delle quote di mercato, con una netta dominanza di Lottomatica, che da sola serve quasi un terzo del mercato.

Accanto ai concessionari, un ruolo fondamentale nella filiera del gioco è svolto dagli esercenti locali: bar, tabaccherie, sale giochi e centri scommesse, che operano in regime di affiliazione o conto vendita. In molti casi, questi esercizi costituiscono la “porta di accesso” al gioco per una larga fascia di popolazione, specialmente in contesti urbani e semi-periferici.

Riportiamo in questo paragrafo anche alcuni dati a livello territoriale, che ci permettono di fare alcune considerazioni sulla situazione del Lazio, oggetto di attenzione nel progetto di ricerca presentato nel volume.

Tab. 5 – Raccolta, vincite, spese per gioco fisico e online classificate per regione, anno 2022

	<i>Milioni di euro</i>			<i>Composizione percentuale</i>		
	<i>Raccolta</i>	<i>Vincite</i>	<i>Spesa</i>	<i>Raccolta</i>	<i>Vincite</i>	<i>Spesa</i>
Abruzzo	3.481	3.237	537	2,8	2,7	2,6
Basilicata	1.210	1.192	175	1,0	1,0	0,9
Calabria	4.455	4.439	622	3,5	3,7	3,1
Campania	16.176	15.682	2.406	12,8	13,1	11,8
Emilia-Romagna	8.255	7.619	1.476	6,5	6,4	7,3
Friuli V.G.	1.941	1.718	357	1,5	1,4	1,8
Lazio	13.006	12.689	2.048	10,3	10,6	10,1
Liguria	3.028	2.861	489	2,4	2,4	2,4
Lombardia	20.312	18.214	3.671	16,1	15,2	18,0
Marche	3.155	2.955	506	2,5	2,5	2,5
Molise	746	694	110	0,6	0,6	0,5
Piemonte	7.993	7.407	1.253	6,3	6,2	6,2
Puglia	9.514	9.169	1.447	7,5	7,7	7,1
Sardegna	3.077	2.924	529	2,4	2,4	2,6
Sicilia	11.413	11.713	1.587	9,0	9,8	7,8
Toscana	6.942	6.385	1.194	5,5	5,3	5,9
Trentino A.A.	1.515	1.395	247	1,2	1,2	1,2
Umbria	1.571	1.411	260	1,2	1,2	1,3
Valle d'Aosta	164	175	25	0,1	0,1	0,1
Veneto	7.651	6.778	1.418	6,1	5,7	7,0
<i>Totale</i>	126.452	119.607	20.360	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione su dati ADM

La tabella 5 riporta il totale di raccolta, vincite e spesa su base regionale, riferito sia al gioco fisico che al gioco online: nel 2022 il Lazio ha registrato una raccolta totale pari a circa 13 miliardi di euro, corrispondente al 10,3% del totale nazionale. La spesa si è attestata su un valore di poco superiore a 2 miliardi di euro (10,1% del totale nazionale). Si tratta della terza regione in termini di raccolta e spesa, dopo Lombardia e Campania.

La tabella 6 riporta alcuni indicatori riferiti al gioco online per le cinque province del Lazio. La provincia di Roma concentra la maggior parte dell'attività di gioco online della regione. Con oltre 5,9 miliardi di euro di raccolta nel 2022, la provincia della Capitale rappresenta il 74% del mercato regionale e l'8,2% del mercato nazionale. Tale dato va interpretato alla luce della densità demografica, dell'elevata presenza turistica e della capillarità dei punti vendita, ma anche la maggiore penetrazione del gioco online nelle aree urbane.

Tab. 6 – Giocate, vincite e spese per gioco online per provincia di residenza del Lazio, anno 2022

<i>Milioni di euro</i>	<i>Giocate</i>	<i>Vincite</i>	<i>Spese</i>
Roma	5.966	5.647	319
Frosinone	607	571	36
Latina	969	915	54
Rieti	203	193	10
Viterbo	316	300	17
Totale Lazio	8.061	7.626	435
<i>Totale Nazionale</i>	73.088	69.205	3.884
<i>Composizione %</i>	<i>Giocate</i>	<i>Vincite</i>	<i>Spese</i>
Roma	74,0	74,1	73,3
Frosinone	7,5	7,5	8,2
Latina	12,0	12,0	12,3
Rieti	2,5	2,5	2,4
Viterbo	3,9	3,9	3,8
<i>Totale Lazio</i>	100,0	100,0	100,0%
<i>% sul totale nazionale</i>	<i>Giocate</i>	<i>Vincite</i>	<i>Spese</i>
Roma	8,2	8,2	8,2
Frosinone	0,8	0,8	0,9
Latina	1,3	1,3	1,4
Rieti	0,3	0,3	0,3
Viterbo	0,4	0,4	0,4
<i>Totale Lazio</i>	11,0	11,0	11,2

Fonte: elaborazione su dati ADM e ISTAT

Tuttavia, nonostante questa notevole differenza della provincia di Roma rispetto alle altre – prevedibile data l’elevata concentrazione di popolazione nell’area provinciale della Capitale – emerge un elemento interessante se si considera la percentuale di giocate fisiche e online rispetto al PIL pro capite. Questo dato è riportato in tabella 7 e mostra come la provincia di Roma registra la quota percentuale sul PIL più bassa rispetto alle altre province (4,3%): le province di Latina, Rieti e Frosinone presentano, invece, valori sensibilmente più alti, del 9,1%, 7,6% e 7,1% rispettivamente.

Tab. 7 – Percentuale di giocate pro capite per gioco fisico e online su PIL pro capite, anno 2022

	%
Roma	4,3
Frosinone	7,1
Latina	9,1
Rieti	7,6
Viterbo	5,8

Fonte: elaborazione su dati ADM e ISTAT

3. Il ruolo fiscale del settore e la natura regressiva del consumo di gioco

Il gioco d’azzardo legale costituisce una fonte rilevante di entrate per lo Stato italiano. Nel 2022, il gettito erariale derivante dal gambling ha superato gli 11,2 miliardi di euro (cfr. Tab. 1), corrispondente a circa l’1,2% del gettito fiscale complessivo, con una crescita del 33,4% rispetto all’anno precedente.

Anche se l’entità del gettito fiscale può essere soggetta a fluttuazioni (dipendenti dalla struttura dell’offerta, dalla pressione fiscale sui diversi segmenti di gioco e dalle dinamiche macroeconomiche), va sottolineato che la pressione fiscale sul gambling è fortemente variabile tra le diverse tipologie di prodotto, presentando differenze a seconda che si tratti di giochi erogati tramite canali fisici o digitali. Questa distinzione non è meramente tecnica, ma riflette precise scelte di politica fiscale e di regolamentazione, che il legislatore ha adottato nel tempo, soprattutto in risposta all’evoluzione tecnologica del comparto e alla crescente diffusione delle piattaforme di gioco online.

Nei giochi fisici – come le slot machine (AWP), le videolottery (VLT) e le scommesse effettuate presso i punti vendita – la base imponibile è la raccolta, ovvero l’ammontare complessivo delle somme giocate dai consumatori. Lo strumento impositivo è il Prelievo Erariale Unico (PREU), con un’aliquota

che varia in base alla tipologia di scommessa e che, come appena detto, si applica in misura fissa sul volume totale delle giocate, indipendentemente dalle vincite erogate agli utenti. Questo significa che l'onere fiscale grava anche sulla parte di denaro che viene poi restituita ai giocatori sotto forma di vincite, riducendo il margine effettivo di guadagno. In sostanza, la base imponibile non riflette il valore aggiunto effettivamente generato dallo svolgimento di questa tipologia di attività economica.

Per i giochi online, invece, il regime fiscale è costruito in modo strutturalmente diverso. L'imposta viene calcolata sul margine lordo (noto come *Gross Gaming Revenue*, GGR), ossia la differenza tra l'ammontare delle giocate e l'importo delle vincite pagate ai giocatori. In questo caso, la base imponibile è assimilabile a un ricavo lordo, perché si tratta della parte effettivamente trattenuta dall'operatore. Inoltre, le aliquote applicate ai giochi online sono generalmente inferiori a quelle previste per il gioco fisico, un elemento che si inserisce in una più ampia strategia di incentivo all'adesione al mercato regolamentato da parte degli operatori, anche allo scopo di contrastare il fenomeno dell'offerta illegale o priva di autorizzazione statale.

Unitamente a ciò, c'è anche un ulteriore elemento penalizzante nelle due tipologie di business, rappresentato dalla diversa struttura dei costi tra canale fisico e canale digitale. Il gioco fisico presenta costi operativi più elevati, inclusi affitti, personale, manutenzione delle apparecchiature e altri oneri di gestione dei locali. Il gioco online, al contrario, necessita di una struttura più snella, con costi prevalentemente riconducibili allo sviluppo e alla manutenzione dei software, alla sicurezza informatica e alla gestione della clientela digitale. Ciò implica che il sistema impositivo risulta più aderente ad una logica economica tendente implicitamente a incentivare il gioco online.

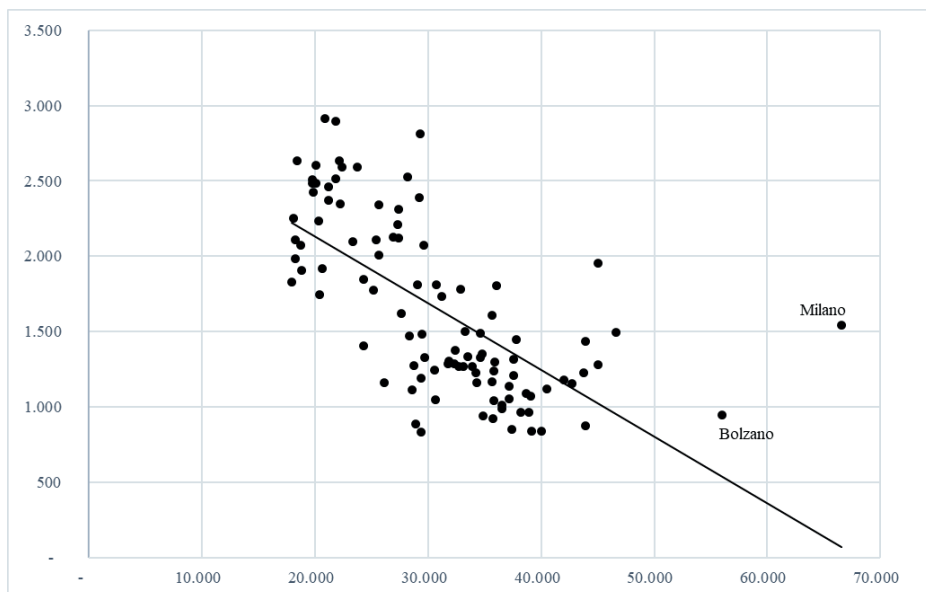
Ma l'aspetto più problematico dal punto di vista fiscale è la natura regressiva del consumo di gioco: le fasce di popolazione a basso reddito tendono a spendere proporzionalmente di più in gioco d'azzardo rispetto ai gruppi più abbienti, contribuendo così a un effetto redistributivo "al contrario", che può avere conseguenze importanti per l'equità sociale: risorse economiche vengono sottratte a famiglie vulnerabili e convogliate verso le imprese del gioco (concessionari) e lo Stato (attraverso la fiscalità). Questo effetto regressivo ha anche un'altra importante implicazione: la spesa nel gioco sottrae risorse potenzialmente destinate a consumi primari (istruzione, salute, beni durevoli) e può generare fenomeni di indebitamento o esclusione finanziaria (Sarti e Triventi, 2012).

Esistono numerosi studi empirici sull'effetto regressivo del gambling. Per l'Italia, Pacifico (2013) mostra che le famiglie con bassi livelli di istruzione (capofamiglia senza titolo di studio o al più con licenza elementare) e quelle con capofamiglia non occupato (specialmente casalinghe e disoccupati) de-

stinano una quota maggiore dei loro consumi totali in concorsi a premi, lotterie e slot-machine. Gandullia e Leporatti (2019) analizzano la relazione tra l'imposta sul gioco d'azzardo pagata dalle famiglie e il loro status socio-economico, misurato in termini di reddito e spesa. I risultati ottenuti mostrano che le imposte sul gioco d'azzardo sono fortemente regressive e, altresì, più regressive rispetto a quelle applicate su altri beni di consumo. In particolare, gli autori, utilizzando dati dell'Indagine sulle spese delle famiglie del 2014 dell'Istat, hanno stimato che ad un aumento del reddito del 10% corrisponde un aumento dell'imposta sul gioco d'azzardo del 6,5%, con un impatto complessivo meno che proporzionale.

Su questa questione, proponiamo un'analisi preliminare, riportata in figura 1, dove si mostra, in un grafico a dispersione, la correlazione fra giocate pro capite e PIL pro capite nelle province italiane. Come si può notare, il grafico mostra una chiara relazione negativa, evidenziando appunto come nelle aree territoriali italiane con più bassi livelli di reddito si riscontra un livello medio di giocate più alto. Nel grafico abbiamo evidenziato le due province di Milano e Bolzano, che rappresentano una sorta di outlier rispetto alle altre province: si nota chiaramente che eliminando queste due province la correlazione negativa fra reddito e giocate pro capite sarebbe ancora più netta e accentuata.

Fig. 1 – Correlazione fra giocate pro capite e PIL pro capite nelle province italiane, anno 2022



Fonte: elaborazione su dati ISTAT e ADM, 2022

Questo risultato, nel caso italiano, ha anche una connotazione territoriale, come mostra la tabella 8, dove è riportata in ordine decrescente la percentuale di giocate sul PIL per provincia. Come si può facilmente notare, tutte le province che registrano una percentuale di giocate sul PIL superiori al 10% sono province del Mezzogiorno, mentre quelle che si collocano nella parte bassa della classifica sono tutte province del Nord. Questo aspetto legato al territorio è certamente connesso con i livelli di ricchezza, con le province del Sud che presentano livelli di PIL significativamente inferiori rispetto al Settentrione, ma suggerisce che il problema degli effetti regressivi del gioco d'azzardo contribuisce a peggiorare la storica dicotomia territoriale che caratterizza il nostro paese.

Tab. 8 – Percentuale di giocate sul PIL per provincia, anno 2022

	% giocate su PIL		% giocate su PIL
Vibo Valentia	14,3%	Pistoia	4,4
Messina	13,9	Roma	4,3
Palermo	13,2	Prato	4,3
Reggio di Calabria	12,9	Vercelli	4,2
Crotone	12,7	Pesaro e Urbino	4,1
Caserta	12,6	Lodi	4,1
Cosenza	12,5	Pavia	4,1
Lecce	12,4	Gorizia	4,0
Benevento	12,2	Alessandria	4,0
Salerno	11,9	Sondrio	4,0
Catania	11,6	Asti	3,9
Enna	11,6	Siena	3,9
Napoli	11,6	Como	3,9
Taranto	11,5	Novara	3,8
Avellino	11,2	Lucca	3,8
Trapani	11,1	Genova	3,8
Brindisi	11,0	Rimini	3,7
Isernia	10,9	Monza e della Brianza	3,6
Bari	10,9	Varese	3,6
Catanzaro	10,5	Piacenza	3,5
Agrigento	10,2	Ravenna	3,5
Caltanissetta	10,1	Biella	3,4
Siracusa	9,6	Arezzo	3,4
Ragusa	9,3	Pisa	3,3

Tab. 8 – Segue

	% giocate su PIL		% giocate su PIL
Latina	9,1	Aosta	3,3
Matera	9,0	Cremona	3,2
Teramo	8,9	Bologna	3,2
Barletta-Andria-Trani	8,6	Forlì-Cesena	3,1
Pescara	8,4	Ferrara	3,1
Campobasso	8,3	Udine	2,9
Ascoli Piceno	8,2	Modena	2,8
Potenza	8,1	Cuneo	2,8
Imperia	7,9	Rovigo	2,8
Foggia	7,8	Bergamo	2,8
Fermo	7,7	Reggio nell'Emilia	2,8
Rieti	7,6	Firenze	2,8
Frosinone	7,1	Mantova	2,8
Chieti	7,0	Brescia	2,8
L'Aquila	6,2	Trieste	2,7
Macerata	5,9	Pordenone	2,7
Verbano-Cusio-Ossola	5,9	Lecco	2,7
Viterbo	5,8	Parma	2,7
Livorno	5,5	Venezia	2,6
Savona	5,4	Treviso	2,5
Grosseto	5,2	Verona	2,5
Massa-Carrara	5,0	Milano	2,3
La Spezia	5,0	Belluno	2,3
Ancona	4,5	Padova	2,1
Torino	4,5	Vicenza	2,1
Perugia	4,5	Trento	2,0
Terni	4,4	Bolzano	1,7

Fonte: elaborazione su dati ISTAT e ADM, 2022

Gli aspetti fiscali evidenziati in questo paragrafo e l'evidenza di alcuni fatti stilizzati richiedono dunque una riflessione più ampia sul ruolo che questo settore di attività economica assume all'interno del sistema economico nazionale e sulla sostenibilità del modello attuale.

4. Disturbo da gioco d'azzardo: i costi sociali ed economici e le prospettive di regolamentazione

Il DGA produce costi sociali indiretti che possono avere effetti pervasivi sull'economia e la società. Questi costi si distribuiscono lungo tre assi principali: costi per la salute pubblica, costi individuali e familiari, costi gravanti sulla finanza pubblica per la gestione dei problemi legati al DGA.

Il costo sanitario più diretto deriva dalla diffusione del DGA.

Il rapporto ISISTAN 19/28 dell'Istituto Superiore di Sanità (Mastrobattista *et al.*, 2019), rileva che il 3% della popolazione italiana adulta (circa 1.500.000 persone) può essere classificata come giocatore problematico. Inoltre, l'analisi delle caratteristiche socioeconomiche dei giocatori problematici mostra una chiara relazione tra gioco d'azzardo problematico e condizioni di svantaggio sociale ed economico: le persone disoccupate, con un basso livello di istruzione o reddito familiare, e quelle che vivono sole o in nuclei familiari disfunzionali, risultano essere più vulnerabili allo sviluppo di comportamenti di gioco patologico.

Accanto ai costi associati alla salute pubblica, vanno poi considerati quelli che colpiscono direttamente famiglie e individui. I giocatori problematici spesso presentano elevati livelli di indebitamento personale, anche verso canali usurari, perdita del risparmio personale e previdenziale ed elevate probabilità di sfratti, insolvenze e fallimenti individuali. Inoltre, questa situazione può peggiorare se associata all'attività lavorativa del giocatore patologico, che può portare ad assenteismo frequente dal lavoro, diminuzione della produttività, rischio di licenziamento e perdita di opportunità formative e occupazionali (Lucchini, 2020).

Da ultimo, lo Stato italiano sostiene costi indiretti per la gestione dei problemi legati al gioco d'azzardo, che includono le spese giudiziarie e i costi di amministrazione penale e civile per cause legate a frodi, truffe, furti e reati connessi al DGA, il costo dei servizi deputati alla cura delle persone con DGA e al supporto a famiglie in crisi economica e gli oneri per l'accoglienza in strutture protette o comunità terapeutiche.

Tenendo conto di tutti questi aspetti, Lucchini e Comi (2022) hanno elaborato una stima dei costi sociali del gioco d'azzardo in Italia, valutando le conseguenze del danno da gioco d'azzardo sulle finanze pubbliche, stimando i costi per il trattamento dei giocatori ad alto rischio, quelli associati alla perdita di produttività, alla disoccupazione, ai costi personali e familiari e sulle spese legali. Dallo studio emerge che i costi sociali annui del gioco d'azzardo in Italia possono essere quantificati in oltre 2,3 miliardi di euro, mostrando un notevole onere economico per la società. Inoltre, si tenga conto che gli

autori ritengono la somma ottenuta una sottostima sostanziale, perché considerano solo i costi sociali per i giocatori ad alto rischio, escludendo quelli a rischio moderato e basso. Il confronto fra questa stima e la voce erario del 2022 della tabella 1 (circa 11,2 miliardi di euro) sembrerebbe mostrare come il settore produca un livello di costi sociali più elevato dei benefici che apporta al gettito fiscale.

L'analisi del mercato del gambling restituisce dunque un quadro complesso e sfaccettato, dove dinamiche economiche, comportamentali, normative e sanitarie si intrecciano in modo profondo. Come evidenziato nelle sezioni precedenti, il settore del gioco d'azzardo rappresenta una componente significativa dell'economia nazionale, sia in termini dimensionali che di gettito fiscale, ma al contempo costituisce una fonte crescente di rischio sociale, sanitario ed economico, soprattutto per le fasce di popolazione più vulnerabili.

Il mercato del gambling genera miliardi di euro di raccolta ogni anno, contribuisce alle entrate erariali e coinvolge un vasto indotto imprenditoriale. Tuttavia, questa funzione economica si accompagna a una distribuzione dei costi estremamente ineguale. I benefici si concentrano presso pochi attori – operatori concessionari, Stato, enti locali – mentre i costi ricadono su singoli individui, famiglie e comunità locali sotto forma di indebitamento, compromissione della salute mentale, perdita di produttività e aumento della domanda di servizi sanitari e assistenziali. In termini di benessere collettivo, questo squilibrio richiede una riflessione critica sulla sostenibilità del modello attuale.

A fronte della situazione descritta, possiamo provare a fornire alcuni suggerimenti volti a costruire un equilibrio più sostenibile tra dimensione economica e tutela della salute pubblica.

Come abbiamo visto, la fiscalità sul gioco è concepita come fonte di entrate per lo Stato, con una struttura regressiva che penalizza maggiormente i giocatori meno abbienti. Una riforma in senso selettivo, ad esempio con aliquote differenziate per i giochi più a rischio di dipendenza, permetterebbe di internalizzare almeno parzialmente i costi sociali prodotti da ciascun segmento.

I maggiori introiti, così ottenuti, dovrebbero essere vincolati al finanziamento di interventi di prevenzione, cura e reinserimento sociale. Si attiverebbe, cioè, un meccanismo di fiscalità compensativa e un vincolo di destinazione delle entrate, per cui una quota del gettito sarebbe vincolata a interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Unitamente a ciò, l'adozione di strumenti di *nudge* e di architetture decisionali responsabili potrebbe contribuire alla prevenzione del gioco problematico. Le interfacce dei terminali, i messaggi informativi, i meccanismi di auto-limitazione e le scelte grafiche possono essere progettati con l'obiettivo di scoraggiare il comportamento compulsivo, promuovendo una maggiore consapevolezza nelle decisioni di spesa.

Infine, è necessario interrogarsi sul ruolo pubblico nella gestione del settore del gioco d'azzardo. Il conflitto d'interesse tra funzione regolatoria e funzione erariale, attualmente presente nel modello italiano, mina alla radice la credibilità delle istituzioni. Una ridefinizione del perimetro di intervento pubblico, che ponga al centro la tutela del benessere collettivo, piuttosto che la massimizzazione del gettito, appare auspicabile per ristabilire un patto fiduciario tra cittadini e istituzioni.

Riferimenti bibliografici

- Auer, M., Griffiths, M.D. (2015), The use of personalized behavioral feedback for online gamblers: An empirical study. *Frontiers in Psychology*, 6(1406). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01406>
- Blaszczynski, A., Ladouceur, R., Shaffer, H.J. (2011), A science-based framework for responsible gambling: The Reno model. *Journal of Gambling Studies*. 27(4), 565-573.
- Gainsbury, S.M., Blankers, M., Wilkinson, C. Schelleman-Offermans, K., Cousijn, J. (2014), Recommendations for International Gambling Harm-Minimisation Guidelines: Comparison with Effective Public Health Policy. *Journal of Gambling Studies*, 30, 771-788. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9389-2>
- Gandullia, L., Leporatti L. (2019), Distributional effects of gambling taxes: empirical evidence from Italy. *The Journal of Economic Inequality*, 17, 565-90. <https://doi.org/10.1007/s10888-019-09423-9>
- Harris, A., Griffiths, M.D. (2017), A critical review of the harm-minimisation tools available for electronic gambling. *Journal of Gambling Studies*. 33(1), 187-221. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9624-8>
- Kahneman, D., Tversky, A. (1971), Belief in the Law of Small Numbers. *Psychological Bulletin*. 76(2), 105-110. <http://dx.doi.org/10.1037/h0031322>
- Kahneman, D., Tversky, A. (1979), Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*. 47(2), 263-292. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Loewenstein, G., Prelec, D. (1992). Anomalies in Intertemporal Choice: Evidence and an Interpretation. *Quarterly Journal of Economics*. 107(2), 573-597.
- Lucchini, F. (2020), *Il gioco d'azzardo problematico. Politiche e impatti sociali*, Milano, FrancoAngeli.
- Lucchini, F., Comi, S.L. (2022), Social Costs of Gambling Harm in Italy. *Critical Gambling Studies*. 3(1), 71-82. <https://doi.org/10.29173/cgs50>
- Madrian, B.C., Shea, D.F. (2001). The power of suggestion: Inertia in 401(k) participation and savings behavior. *The Quarterly Journal of Economics*. 116(4), 1149-1187. <https://doi.org/10.1162/003355301753265543>
- Mastrobattista, L., Minutillo, A., Genetti, B., Andreotti, A., Pacifici R., Mortali C. (2019), *Gioco d'azzardo nella popolazione adulta: studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale*, Roma, Rapporti ISTISAN 19/28. <https://publ.iss.it/ITA/Items/GetPDF?uuid=5961887c-aa59-4cfd-b90e-a8d10d977b76>

- Newall, P.W.S. (2018). Dark nudges in gambling. *Addiction Research & Theory*. 27(2), 65-67. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1474206>
- Pacifico, D. (2013), Chi colpisce il gioco d'azzardo. *Lavoce.info* del 23/12/2013.
- Sarti, S., Triventi, M. (2012), Il gioco d'azzardo: l'iniquità di una tassa volontaria. La relazione tra posizione socio-economica e propensione al gioco. *Stato e mercato*. 3, 503-534. <https://doi.org/10.1425/38647>
- Skinner, B.F. (1953), *Science and Human Behavior*, New York, Macmillan.
- Thaler, R.H., Sunstein, C.R. (2008), *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, Londra, Yale University Press.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., Tsanos, A. (1997), Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*. 13(3), 253-266.
- von Neumann, J., Morgenstern, O. (1944), *Theory of Games and Economic Behavior*, New Jersey, Princeton University Press.

3. *Il disturbo da gioco d'azzardo visto dalla prospettiva giuridica: “gioco responsabile” e “gioco sicuro” versus “regolatori responsabili” e “tutele sicure”?*

di Paola Marsocci

1. Premessa

Sono diversi e articolati, perché stratificati nel tempo e provenienti da fonti di diverso rango¹, i punti di riferimento normativi in materia di giochi pubblici con carattere aleatorio e con la possibilità di vincite, mediante rete fisica oppure a distanza (*online*). Così anche, si deve constatare che in questo settore oggi siamo in presenza di una pluralità di mercati del gioco (con oligopolisti di grandi dimensioni), regolati in modo frammentario o ancora da regolare anche da un punto di vista tributario, tenuto conto del fatto che il servizio viene offerto, per la maggior parte dei casi, a scommettitori residenti da bookmaker stabiliti strategicamente in Paesi dotati di regimi fiscali maggiormente vantaggiosi².

L'abbondanza di regolamentazione si coniuga poi, nel presente, con una decisa tendenza alla delegificazione, unita a un'evidente scarsa diligenza nel rispetto del principio della certezza del diritto³.

1. Cosicché, osserva Savastano (2024, p. 37): “Questa normazione multilivello contribuisce a determinare un panorama non omogeneo a discapito tanto degli operatori del settore quanto della gestione del fenomeno nel suo complesso”. La proposta di adottare un testo unico per il settore era, del resto, già contenuta nella Relazione finale della Commissione di inchiesta del Senato sul gioco illegale e sulle disfunzioni del gioco pubblico del 2022.

2. Non è affatto provato che l'aumento dei prezzi di accesso al gioco, generato dall'aumento della tassazione, sia un deterrente all'abuso di questa forma di intrattenimento. Sui profili di grande complessità, che in questa materia presenta l'*online gambling* nel suo complesso, Fregni osserva che “La tassazione del gioco d'azzardo rientra infatti nell'ambito delle cd. *sin taxes* che colpiscono – *rectius*, dovrebbero colpire – con intenti di deterrenza beni o servizi (l'alcol, il tabacco e, appunto, il gioco d'azzardo) considerati dannosi per gli individui e la società in generale quando “consumati” in eccesso. Paradossalmente, il successo di queste forme di imposizione dovrebbe consistere in un prelievo via via regressivo, ma la questione è in realtà più complessa, finendo per coinvolgere il possibile utilizzo in chiave funzionale dei proventi erariali derivanti da giochi e scommesse” (2024, p. 49).

3. Nel commentare il d.lgs. 41 del 2024, Miniscalco osserva che “non siamo più innanzi solo alla fuga dalla legge, ma pure dal regolamento (...). Insomma, l'art. 5 del decreto delinea

Il fenomeno del *gambling* ha negli anni interessato gli studiosi di diritto penale, di diritto amministrativo e ora sta ricevendo attenzioni maggiori anche dalla dottrina costituzionalistica. Quest'ultima, peraltro, ha sin qui dimostrato una forte consonanza di vedute nel commentare con preoccupazione lo stato di fatto rispetto ad un tema che interroga chiaramente profili attinenti ai diritti fondamentali, portando più volte la Corte costituzionale a prendere posizione, e che spinge ad analizzare nello specifico lo stato dei rapporti (di forza) tra interesse pubblico e interessi privati in un settore, forse emblematico, delle contraddizioni nella determinazione delle scelte politiche e giuridiche della Repubblica⁴.

Nel contesto di questo volume collettaneo e multidisciplinare, senza pretesa di esaustività e di profondità di analisi dei singoli aspetti, nel presente contributo si intende mettere in luce le questioni che più possono aiutare a comprendere lo stato attuale dell'impatto che tale disciplina ha sul fenomeno inizialmente definito come "ludopatia", termine che viene usato per la prima volta nella legge n. 220 del 2010 (art. 1, comma 70) e poi sostituito con l'espressione "gioco d'azzardo patologico" (in acronimo GAP) ovvero "disturbo da gioco d'azzardo" (in acronimo DGA), che fa espresso richiamo alla definizione contenuta nel DSM-V dell'*American psychiatric association* (APA, 2013; tr. it., 2013).

Chi si occupa di curare le persone con questa patologia mette in evidenza il significato apparentemente paradossale di questa espressione, perché è evidente come "questo fenomeno bifronte (divertimento/pericolosità, leggerezza/drammaticità, sogni di ricchezza/miseria e suicidi), si sia diffuso in tutti i livelli soggettivi della persona e in quelli della nostra società, insinuandosi facilmente negli aspetti educativi, nelle richieste sempre più performanti, nei miraggi di mondi ideali e di supereroi capaci di trasformare e illuminare i deserti emotivi interiori, oramai h24. Infatti, è sempre più frequente trovare la definizione di gioco d'azzardo di massa, ad indicare la disperante diffusione del fenomeno, che è sempre più istantaneo, e lo è contemporaneamente nella promessa di vincita, ma anche e soprattutto nella rovina" (Fusi *et al.*, 2022, p. 128).

un catalogo delle fonti disordinato e caotico, caratterizzato da un'evidente atipicità e anomalia, cui si correla una moltiplicazione dei centri di produzione normativa" (2024, pp. 19-20). La conclusione alla quale giunge l'autore è che, per avviare senza indugio da parte dell'ADM le procedure di affidamento, si sia predisposto un testo "dove alla forma è stata verosimilmente anteposta la 'fretta di fare cassa'" (ivi, p. 24).

4. Cfr. Angelini (2012, spec. pp. 4 s.); Rospi (2020, pp. 173 ss.); Albanesi (2021, pp. 396 ss.); Balduzzi (2021, pp. 223 ss.); Savastano (2024, pp. 69 ss.); Scagliarini (2024b, spec. p. 30); Pinardi (2024, p. 6). Per i riferimenti alla giurisprudenza si rinvia al recente Perini (2024, pp. 589 ss.), per quelli alla normativa e giurisprudenza dell'Ue – al momento ferma ad atti di *soft law*, non vincolante per gli Stati membri, mentre un ruolo molto più incisivo hanno avuto le decisioni della Corte di giustizia – si rinvia a Graziani (2021, pp. 227 ss.) e a Roma (2021); per la normativa regionale, si rinvia a Savastano (2024, pp. 55 ss.).

2. I principali riferimenti normativi nazionali, a partire dai fondamenti costituzionali

Nella prospettiva giuridica, dal punto di vista dei fondamenti costituzionali, la disciplina dei giochi deve fare riferimento alle materie ordine pubblico e sicurezza (art. 117, secondo comma, lettera *h*) e ordinamento penale (art. 117, secondo comma, lettera *l*), entrambe di competenza esclusiva dello Stato. Per quanto riguarda più nello specifico i disturbi e le patologie da gioco è, però, nella considerazione del bilanciamento di tale normativa con l'esercizio e la garanzia dei diritti di libertà, a partire dal richiamo al principio di dignità contenuto nell'art. 2 Cost., che emergono i profili legati alla tutela della salute in quanto “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” (art. 32, primo comma)⁵ e al governo del territorio, che rientrano tra le materie di legislazione concorrente tra Stato e regioni (art. 117, terzo comma) e che necessitano del coinvolgimento delle autonomie locali, considerato l'impatto individuale e sociale di tali misure.

In particolare, i soggetti affetti da questa dipendenza hanno diritto alla cura e alla riabilitazione, anche in funzione del reinserimento sociale, secondo programmi terapeutici individualizzati⁶.

Appare oggi molto più evidente poi il nesso con il principio dell'effettività dell'uguaglianza (art. 3, secondo comma) e quello con il diritto al lavoro (art. 4, primo comma), per la cui tutela la Repubblica promuove le condizioni che ne rendano effettivo l'esercizio; l'impoverimento economico, insieme alla sottrazione di tempo di vita a cui sono sottoposti i giocatori patologici, è infatti la condizione da rimuovere in quanto “ostacolo di ordine economico e sociale”, che appunto rende fragili e meritevoli di maggior tutela queste persone. A questi, vanno aggiunti i riferimenti alla libertà di iniziativa economica (art. 41, secondo comma, così come revisionato nel 2022), che “Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all'am-

5. La ludopatia è stata inclusa nel novero delle dipendenze patologiche e inserita tra i livelli essenziali di assistenza (LEA), con la modifica del DPCM del 12 gennaio 2017. Ricorda Balduzzi che “non siamo di fronte ad un'indiscriminata prevalenza del profilo della tutela della salute rispetto agli altri interessi pubblici coinvolti”, ma che occorre “semplicemente affermare quanto pianamente ricavabile dal testo costituzionale: che cioè sia il diritto individuale alla salute, sia l'interesse della collettività alla salute hanno natura fondamentale” (2021, p. 216), con la conseguenza che il legislatore nazionale dovrà perseguire taluni interessi pubblici connessi alla materia dei giochi con modalità più protettive del bene salute e che le autorità locali dovranno assicurare un governo del territorio coerente con tale protezione.

6. Anche a loro beneficio, i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.), in funzione già dal 1990, sono stati trasformati in servizi per le dipendenze (Ser.D.) ed è stato attivato, dal 2 ottobre 2017, un numero verde presso l'Istituto Superiore di Sanità (TVNGA), nonché messa a disposizione una piattaforma *online* con le informazioni necessarie per ricevere assistenza.

biente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana”; alla tutela del risparmio (art. 47, primo comma), per la quale la Costituzione prescrive che “La Repubblica incoraggia e tutela il risparmio in tutte le sue forme; disciplina, coordina e controlla l’esercizio del credito”; al contemperamento dell’esercizio dei diritti con il principio di equilibrio del bilancio dello Stato (art. 81, comma 1 e 6).

Venendo alla normativa nazionale, dal 1948 è stato riservato allo Stato il monopolio per “l’organizzazione e l’esercizio di giochi di abilità e di concorsi pronostici, per i quali si corrisponda una ricompensa di qualsiasi natura e per la cui partecipazione sia richiesto il pagamento di una posta in denaro” (d.lgs. 14 aprile 1948 n. 496, art. 1). Trattandosi di attività economiche per la prestazione di servizi, nel mantenere ed esercitare forti poteri di controllo e sanzionatori sulla base di criteri rigorosi, lo Stato (se ne occupa il MEF – Agenzia Dogane e Monopoli) affida a privati la gestione dei giochi, tramite concessione e sulla base di selezioni ad evidenza pubblica, nel rispetto della normativa dell’Unione europea. Tale modello organizzativo è posto a tutela dell’ordine e della sicurezza pubblici, considerato che devono essere contemperati la salute pubblica e gli interessi pubblici generali al regolare afflusso del prelievo tributario gravante sui giochi, nonché perseguito l’obiettivo di contrastare i fenomeni del gioco irregolare o illegale e del riciclaggio dei proventi di attività criminose (Sciarrone, Esposito, Picarella, a cura di, 2023; Angelini, 2012; Savastano, 2024, spec. pp. 10 ss.).

Nel ribadire questi intenti, la legge n. 111 del 2023 – che ha delegato al Governo l’attuazione del riordino della normativa di settore – ha aggiunto la necessità di tutelare la buona fede; di proteggere i soggetti più deboli e, in particolare i minori; di evitare una diffusione incontrollata, indiscriminata e senza regole del gioco per prevenire i fenomeni di disturbi da gioco d’azzardo (DGA) e di gioco minorile. In particolare, è opportuno segnalare qui che, durante l’iter parlamentare, tra i principi e criteri direttivi era stato introdotto l’impiego di forme di comunicazione del gioco legale coerenti con l’esigenza di tutela dei soggetti più vulnerabili (art. 15, comma 2).

Si deve subito citare, anche, il cd. decreto Balduzzi (d.l. n. 158/2013 convertito in legge n. 189 dell’8 novembre 2012), sul quale si tornerà oltre, con cui per la prima volta viene riconosciuta in un testo di legge la patologia correlata al gioco d’azzardo, disponendone l’inserimento nei livelli essenziali di assistenza (LEA) del Servizio sanitario nazionale e prevedendo misure limitative della pubblicità dello stesso gioco al fine di prevenirne la diffusione.

Un importante avanzamento nel favorire il finanziamento degli interventi dedicati al contrasto del DGA a livello regionale, è costituito dalla previsione della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) che, all’art. 1, comma 133, aveva disposto che nell’ambito delle risorse destinate al finanzia-

mento del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dall'anno 2015, una quota pari a 50 milioni di euro fosse annualmente destinata alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo. Il Fondo per il GAP è stato poi istituito dall'art. 1, comma 946, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016).

Proseguendo l'analisi degli provvedimenti normativi, il recente decreto legislativo n. 41 del 2024 è stato emanato con l'ambizione di introdurre una disciplina sistematica dei giochi *online* (si noti che il riferimento esplicito all'"azzardo" viene oggi eliminato e che quindi l'elemento del rischio appare espunto, rimanendo a definire l'oggetto della normativa la spesa in denaro e la presenza di un concessionario del servizio⁷), mentre per la regolamentazione dei giochi esercitati attraverso rete fisica, così come presso le case da gioco, occorrerà aspettare un successivo decreto legislativo, da emanarsi dopo la definizione di una apposita intesa programmatica tra Stato, Regioni e Enti locali.

Tra i principi ordinamentali del gioco in Italia (art. 3, primo comma), sono da evidenziare, perché più direttamente connessi al nostro tema: la tutela dei minori di età⁸ (lett. a); lo sviluppo del gioco sicuro, volto ad assicurare la tutela del giocatore, specie se appartenente a fasce deboli, sia dal punto di vista della salute sia da quello dell'ordine pubblico e della sicurezza rispetto a fenomeni criminali (lett. c); la promozione del gioco responsabile, diretto a evitare forme anomale o distorte delle giocate o comunque suscettibili di generare dipendenza patologica nel giocatore (lett. d), laddove per gioco responsabile si intende l'insieme delle misure volte a ridurre la diffusione di comportamenti di gioco eccessivo o problematico, sviluppando nel giocatore la capacità di giocare in modo equilibrato, consapevole e controllato; l'utilizzo della pubblicità del gioco pubblico funzionale alla diffusione del gioco sicuro e responsabile, comunque coerente con l'esigenza di tutela dei soggetti più vulnerabili (lett. j).

7. Scelta terminologica che evidentemente è problematica e difatti commentata da molti negativamente, come ad esempio da Savastano, il quale osserva che "Il gioco, infatti, è ben diverso dal gioco d'azzardo, caratterizzato dall'alea e dalle vincite in denaro. La scelta, deprecabile sotto diversi profili, rischia anche di creare confusioni interpretative, anche laddove riferita al gioco a distanza: gli *e-sports* – materia di sempre maggior interesse giuridico – sono contemplati o meno? I videogiochi *online* rientrano nella delega?" (2024, p. 62) e richiama la distinzione semantica tra *gaming* e il *gambling* "questo nuovo contesto permette la formulazione di espressioni nuove, quali gioco sicuro o gioco responsabile, che rischiano però di afferire a concetti inesistenti, dato che il gioco d'azzardo sicuro non può sussistere, per definizione" (ivi, p. 73). Cfr. anche Miniscalco (2024, p. 3).

8. Si ricorda che la legge n. 111 del 15/07/2011, all'art. 24, dispone che: "È vietato consentire la partecipazione ai giochi pubblici con vincita in denaro ai minori di anni diciotto" (comma 20).

La tutela della salute del giocatore, cui è dedicato l'art. 14 del decreto, è prescritta in particolare come obiettivo primario della disciplina dei giochi ed è perseguita attraverso "misure idonee a prevenire ogni modalità di gioco che possa generare disturbi patologici del comportamento o forme di ludopatia, anche attraverso l'uso dell'intelligenza artificiale" (primo comma) e da altri idonei strumenti di tecnologia avanzata (secondo comma). Allo scopo di perseguire la salvaguardia e la tutela di alcuni interessi generali, le regole tecniche minime predisposte dall'Agenzia delle dogane e dei monopoli (art. 12) devono essere seguite da ciascuno dei concessionari nel predisporre e rendere operativa la propria rete telematica, ovvero l'infrastruttura *hardware* e *software* di trasmissione dei dati necessaria per la gestione della concessione.

Per monitorare gli effetti sulla salute, nonché proporre al Governo misure e interventi idonei allo scopo di contrastare lo sviluppo di gioco d'azzardo patologico, viene istituita una "Consulta permanente dei giochi pubblici ammessi in Italia" (terzo comma), sulla quale si tornerà a breve.

L'art. 15 del decreto individua i criteri per porre in essere le "Misure di tutela e protezione del giocatore" che, a bilanciamento del diritto alla salute del giocatore, vanno ad impattare sulla libertà di impresa, come l'obbligo di investire annualmente una somma pari allo 0,2% dei loro ricavi netti, comunque non superiore a 1.000.000,00 di euro per anno, in campagne informative, ovvero in iniziative di comunicazione responsabile; a discrezione dell'imprenditore, invece, a ulteriore tutela e protezione dei giocatori, specie più vulnerabili, è possibile effettuare, con oneri a carico del concessionario (deducibili fiscalmente) campagne di comunicazione sociale, con l'indicazione del proprio logo o marchio, comunque coerenti con l'esigenza di promuovere la prevenzione e il contrasto del gioco patologico (in questo senso, il richiamo, sebbene implicito, è al principio costituzionale della responsabilità sociale di impresa).

Sempre in tema di comunicazione, ma con riferimento alle responsabilità istituzionali, nello stesso articolo, il decreto prevede che presso il Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri operi una commissione governativa, cui compete individuare i temi su cui devono vertere le predette campagne informative e iniziative di comunicazione. Senza ulteriori oneri per lo Stato, la commissione è presieduta dal Capo del predetto Dipartimento ed è composta da cinque membri in rappresentanza dei Ministri della Salute, dell'Istruzione, dell'Interno e dell'Economia e delle Finanze e dello Sport e i giovani.

Così ancora, vanno ad impattare sulle forme organizzative del concessionario (compreso l'uso di strumenti tecnici, tecnologici e informatici) altri obblighi come:

- a) presenza di misure di autolimitazione al gioco in termini di tempo, spesa e perdita di denaro;

- b) presenza di limitazioni, basate sugli importi depositati sul conto di gioco di ciascun giocatore in un periodo di tempo predefinito, stabilite dal concessionario, secondo l'età del giocatore e i suoi comportamenti di gioco, in base a protocolli basati sulle migliori pratiche internazionali di settore e approvati dall'Agenzia delle dogane e dei monopoli;
- c) introduzione di messaggi automatici durante il gioco che evidenzino la durata dello stesso, garantendo inoltre informazioni in tempo reale ai giocatori sui livelli di spesa, al superamento di un determinato limite preimpostato;
- d) presenza nei siti di gioco di contenuti obbligatori di informazione sul gioco problematico e sugli strumenti offerti di prevenzione e supporto;
- e) presenza di strumenti di autoesclusione dal gioco, anche per singole categorie di prodotto, per un arco temporale definito dallo stesso giocatore;
- e) attivazione di canali di contatto a disposizione dei giocatori per la divulgazione del gioco responsabile e che operano continuativamente per almeno cinque giorni a settimana e per non meno di otto ore giornaliere, nonché formazione obbligatoria degli operatori dei *call center* di contatto con i giocatori desiderosi di assumere comportamenti di gioco responsabile;
- g) attivazione di procedure di monitoraggio dei livelli di rischio associati ai singoli giochi oggetto di concessione, basate su metodologie certificate a livello internazionale, escluso in ogni caso che i giochi prevedano discriminazioni sociali, di genere, politiche, religiose o di altra natura;
- h) presenza di strumenti idonei a consentire al concessionario, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, un maggiore controllo sul grado di partecipazione al gioco dei giocatori più esposti al rischio di gioco patologico.

Infine, saranno messi a disposizione annualmente i dati sui progressi in materia di tutela dei giocatori (accanto a quelli relativi alla legalità, allo stato di sviluppo delle concessioni e delle relative reti di raccolta, ai volumi della raccolta, ai risultati economici della gestione del settore del gioco), in quanto contenuti nella relazione sul settore dei giochi pubblici che “entro il 31 dicembre di ogni anno il Ministro dell'economia e delle finanze deve trasmettere ai Presidenti della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica” (art. 23, prima comma).

Dopo il decreto legislativo n. 41 del 2024, il più recente intervento normativo sul tema in oggetto riguarda alcune previsioni della legge di bilancio 2025 (legge 30 dicembre 2024, n. 207), che ridefiniscono la disciplina in tema di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze (come definite dall'OMS), con alcune puntuali modifiche delle disposizioni vigenti.

In estrema sintesi, risorse e competenze che prima erano espressamente dedicate al contrasto delle dipendenze da gioco sono oggi confluite (dopo es-

sere state di molto ridotte) in un più generale fondo e osservatorio di tutte le dipendenze.

Viene infatti istituito il Fondo per le dipendenze patologiche (FDP) nello stato di previsione del Ministero della Salute, per la cui dotazione viene autorizzata la spesa di 94 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2025, allo scopo di garantire le prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione sopra menzionate. Lo stesso Ministero (sentita la Conferenza Stato-Regioni) è competente a definire i criteri per la ripartizione del Fondo tra le Regioni (il 1 agosto 2025 è stato emanato il decreto per il Riparto tra le regioni, per il triennio 2025-2027). In via transitoria, mantengono la loro efficacia i decreti di ripartizione del Fondo per il gioco d'azzardo patologico, già adottati ai sensi dell'art. 1, comma 946, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). Viene inoltre stabilito che nell'ambito del FDP, il 34,25% annuo sia destinato alla realizzazione di piani regionali sul gioco d'azzardo patologico; il restante 34,25% annuo è destinato alla realizzazione di piani regionali sulle dipendenze patologiche. Con decreto saranno poi disciplinati il monitoraggio delle attività previste nei piani regionali e le verifiche circa l'effettiva destinazione dei finanziamenti erogati dal Ministero della Salute (comma 370).

Oltre al Fondo – che era destinato esclusivamente al finanziamento di azioni di prevenzione, cura e riabilitazione del GAP – ad essere soppresso è, in particolare, proprio l'*Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave*, di cui contestualmente si trasferiscono i relativi compiti di coordinamento all'*Osservatorio Nazionale Permanente del Dipartimento politiche antidroga* della Presidenza del Consiglio dei Ministri (comma 371).

L'Osservatorio era stato istituito nel 2012, con il decreto legge n. 158/2012, il cd. “decreto Balduzzi” (art. 7, comma 10⁹) come organismo dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli; con la legge di stabilità per il 2015 (legge n. 190 del 2014, art. 1, comma 133), era stato trasferito presso il Ministero della Salute che – dopo il primo triennio di attività 2016-2019 – lo aveva ricostituito, variandone la composizione, con il decreto interministeria-

9. Nello stesso art. 7, al comma 5, era stato introdotto l'obbligo di riportare avvertimenti sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro e sulle relative probabilità di vincita: sulle schedine e tagliandi dei giochi; sugli apparecchi di gioco; nelle aree e nelle sale con videoterminali; nei punti di vendita di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi; nei siti internet destinati all'offerta di giochi con vincite in denaro. In caso di inosservanza di tali disposizioni è prevista la sanzione amministrativa di 50.000 euro nei confronti del concessionario degli apparecchi di gioco, del titolare della sala o del punto di raccolta dei giochi (relativamente agli apparecchi AWP e VLT), del titolare del punto vendita delle scommesse, se diverso dal concessionario.

le 12 agosto 2019 di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze. L'organismo era composto oltre che da esperti di designazione ministeriale, da rappresentanti degli enti locali e del Terzo settore chiaramente “in prima linea” su questi temi. Soluzione evidentemente messa in discussione già precedentemente, considerato che il d.lgs. 41 del 2024 aveva affiancato all'Osservatorio (con competenze sovrapponibili¹⁰) la Consulta permanente dei giochi pubblici ammessi in Italia, da collocarsi significativamente presso il MEF, aggiungendo però nella composizione di quest'ultima anche rappresentanti dei concessionari, scelta che certo non allontana i dubbi di serio rischio di conflitto d'interesse con i rappresentanti di questo settore economico-commerciale.

3. Perché “vanificare il lavoro di questi anni, riportando in alto mare le politiche sociosanitarie che faticosamente si sono implementate nelle ASL, nei Comuni e nelle Regioni”?

Il titolo di questo paragrafo riporta una domanda¹¹ che ci permette di dare conto anche delle osservazioni che, a conclusione del loro mandato, proprio i componenti dell'ora soppresso Osservatorio hanno ritenuto di condividere pubblicamente, a margine del netto cambiamento della policy del Servizio Sanitario Nazionale verso “la patologia di massa – dalla schiacciante evidenza – del Disturbo da Gioco d'Azzardo” introdotto con la legge di bilancio 2025¹². Si tratta di cambiamenti giudicati non in linea con una situazione che

10. L'art. 14, terzo comma, dispone che “È istituita, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, una Consulta permanente dei giochi pubblici ammessi in Italia con lo scopo di monitorare l'andamento delle attività di gioco, incluse quelle illecite e non autorizzate, i loro effetti sulla salute dei giocatori, nonché di proporre al Governo misure e interventi idonei allo scopo di contrastare lo sviluppo di gioco d'azzardo patologico. Con regolamento, adottato di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro per lo sport e i giovani, sono disciplinati l'organizzazione e il funzionamento della Consulta, il numero dei suoi componenti, la loro designazione in rappresentanza del Governo, delle regioni, degli enti locali, dei concessionari, nonché delle associazioni nazionali di categoria e dei consumatori, prevedendo altresì che ai componenti non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o altri emolumenti comunque denominati”.

11. A porla è Renato Balduzzi nel testo dell'appello del 5 novembre 2024 riguardo al disegno di legge per il bilancio dello Stato 2025, disponibile *online* in diversi siti (cfr. www.primalacomunita.it/2024/12/04/prima-la-comunita-aderisce-allappello-contro-la-soppressione-del-fondo-per-il-contrasto-al-gioco-dazzardo/).

12. Il testo “Bozza per la discussione a cura di Maurizio Fiasco, 16 gennaio 2025, e condivisa dai colleghi richiedenti la convocazione dell'Osservatorio” è rinvenibile al link: www.vita.it/wp-content/uploads/2025/02/Documento-dellOsservatorio-11-febbraio-2025.pdf. Per ulteriori riflessioni si rimanda a Fiasco (2025).

aveva nel tempo dimostrato progressi nel contrasto pubblico del fenomeno, rendendo possibile tra i vari livelli dello Stato (dal Centro alle Regioni¹³, agli Enti Locali) l'effettiva attuazione dei programmi di prevenzione, di trattamento terapeutico e di assistenza prescritti dal cosiddetto decreto Balduzzi e, a seguire, la definitiva integrazione delle attività di cura e prevenzione e riabilitazione rivolte alle persone affette da DGA nei Livelli Essenziali di Assistenza (previsti dal DPCM 12 gennaio 2017, ora aggiornati con l'entrata in vigore il 30 dicembre 2024 del relativo Decreto del Ministero della Salute). Si pensi allo strumento delle comunità terapeutiche e delle altre strutture accreditate che offrono un insieme di servizi tra gli altri per la cura e la riabilitazione dal gioco d'azzardo.

La previsione del Piano d'azione nazionale ha dato modo effettivamente alle Regioni di esercitare le proprie competenze, approvando i propri piani regionali e introducendo “misure che, nell'ambito dell'autonomia ad esse riconosciuta, favoriscano l'integrazione tra i servizi pubblici e le strutture private accreditate che erogano prestazioni sociosanitarie, gli enti del Terzo settore e le associazioni di auto-aiuto della rete territoriale locale, potendo prevedere, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili, anche forme di maggiore tutela per la popolazione”¹⁴.

Un giudizio positivo espresso anche, a livello istituzionale, dalla Corte dei Conti che, esaminate le leggi regionali approvate dal 2013 in poi, in questa materia, aveva messo in luce gli effetti positivi della “continuità normativa” alla base della ben strutturata programmazione decentrate¹⁵; diversamente, sul nodo della gestione dei finanziamenti pubblici, la stessa Corte aveva approvato una Raccomandazione (dicembre 2020), in cui si indicava come necessario “garantire un equilibrato bilanciamento tra gli obiettivi contabili e finanziari connessi alla certezza e alla disponibilità all'Erario delle entrate derivanti dal gioco (in particolare, attraverso l'implementazione di un sistema di controlli e il rafforzamento del sistema sanzionatorio, nonché attraverso l'armonizzazione e la semplificazione della fiscalità nel settore del gioco) e gli obiettivi connessi alla tutela dei consumatori di gioco per prevenire la diffusione della

13. A seguito della sentenza della Corte Costituzionale, n. 300/2011, che ha riconosciuto alle Regioni il potere di legiferare in materia di gioco d'azzardo, buona parte delle Regioni è intervenuta per la prevenzione della diffusione dei fenomeni di dipendenza dal gioco e per tutelare le persone a rischio.

14. Ministero della salute, decreto 16 luglio 2021, n. 136, Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), art. 2.

15. Corte dei Conti, Deliberazione numero 23 del 30 dicembre 2021. Alla Corte dei Conti spetta il controllo della gestione del Fondo per il contrasto alla ludopatia e la verifica della coerenza delle politiche di bilancio con gli obiettivi di contrasto al gioco patologico, al fine di segnalare eventuali danni erariali.

patologia correlata al gioco (anche attraverso il dimensionamento dell'offerta; la definizione di distanze minime tra sale da gioco e tra sale da gioco e luoghi sensibili; la disciplina delle verifiche periodiche dei requisiti dei concessionari; l'avvio di iniziative informative e formative *ad hoc*, volte alla prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo; il rispetto della normativa in materia di avvertenze sul rischio di dipendenza dal gioco d'azzardo e il divieto assoluto di pubblicità)''.

Più di recente la Magistratura contabile ha confermato che nella legge di bilancio 2025 c'è una sproporzione sconveniente per le entrate statali tra il volume dei soldi giocati e ciò che effettivamente rimane nelle casse dello Stato, osservando che, con la diffusione di nuovi giochi *online*, andrebbe ripianata la difformità tra i soldi giocati e i ritorni in vincita.

Tornando al documento stilato dai componenti l'Osservatorio, la dipendenza patologica correlata al gioco, ossia al consumo di "servizi" lecitamente accessibili, è descritta e giudicata come ad oggi l'unica che si è avvantaggiata di elementi di tipo strutturale e generalizzato nelle 20 Regioni. Il riferimento è: al già citato Piano nazionale del Ministero della Salute, che indica le Linee d'Azione da tradursi in programmi operativi di tutte le Regioni; alla continuità di finanziamenti da assicurare se e in quanto siano destinati al sostegno dei programmi operativi stessi delle Regioni, tutti da valutarsi *ex ante*, *in itinere* ed *ex-post*, al fine di procedere alla erogazione delle somme razionalmente ripartite nei territori; alla continuità di osservazione tecnico, scientifica e amministrativa sulla congruenza dei modelli di programmazione nei territori in rapporto all'evoluzione delle fenomenologie collegate alle dipendenze da gioco d'azzardo; al supporto all'amministrazione del Ministero della Salute da parte dell'*Osservatorio sul gioco d'azzardo per il contrasto alla dipendenza grave*, istituzionalmente qualificato quale Organismo consultivo del Ministro della Salute per le politiche nella materia; all'attività dell'Osservatorio, svolta con continuità nei periodi nei quali è stato insediato e messo in condizioni di svolgere i propri compiti, assegnati per legge e per decreto interministeriale, pur con il limite della mancata disponibilità dei dati ADM, ovvero dall'aprile dell'anno 2016 al 31 dicembre 2024.

L'insieme di queste caratteristiche ha prodotto interventi di supporto all'attuazione delle politiche pubbliche nel settore valutati dagli autori come efficaci, anche perché continuativi nel periodo (giudizio che era stato confermato da Balduzzi (2021, p. 207). In questo senso – e in controtendenza rispetto al nuovo corso delle politiche pubbliche, che mina tutta la metodologia e le conseguenti procedure codificate ad oggi – nel documento si propone di ragionare, proprio adottando il modello attuato con riferimento al gioco d'azzardo, in termini di una "*reductio ad unum*" delle strategie verso le altre dipendenze patologiche (dipendenza da sostanze psicotrope; tabagismo;

danni alla salute alcol-correlati; Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA); “nuove dipendenze” o “dipendenze comportamentali”, correlate all’intrusività della presenza delle tecnologie digitali nei bioritmi dell’età evolutiva, compresa la convergenza *gaming-gambling*)¹⁶.

Gli autori prospettano, inoltre, con chiarezza alcuni rischi del cambiamento normativo in atto, quali: l’interruzione della continuità degli interventi (sino ad oggi ben roduta), dovuti allo spostamento dalla competenza finanziaria per il 2024 alla competenza per il 2025 del Fondo per la DGA, confluito nel Fondo nazionale per le dipendenze; la penalizzazione inevitabile di continuità e di effettiva disponibilità dei LEA nelle 20 Regioni, dovuta allo scioglimento dell’organismo consultivo del Ministro della Salute, sostituito dal nuovo Osservatorio presso il Dipartimento delle Politiche Antidroga, in particolare perché viene meno la disposizione che, regolando le incompatibilità nella composizione dell’organismo (il decreto interministeriale 30 gennaio 2024, art. 2, n. 5 stabiliva che “Non possono far parte dell’Osservatorio Enti, Associazioni e persone fisiche che abbiano avuto rapporti contrattuali, sovvenzioni, sponsorizzazioni, incarichi professionali da Società o imprese esercitanti attività industriale-commerciale in qualsiasi comparto dei giochi pubblici con vincite in denaro”¹⁷).

Infine, nell’avanzare proposte “minime” per l’adozione delle misure necessarie per un’ordinata transizione da un assetto consolidato e a regime

16. Si rimanda a Bursi (2024, pp. 96 ss.), che analizza il fenomeno delle *loot boxes* – ancora poco esplorato e soprattutto mai considerato ad oggi dal legislatore italiano come da quello della maggior parte dei Paesi al mondo. In un’ottica di tutela del consumatore, la questione è stata citata dalla Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM), che ne ha evidenziato, nel procedimento relativo alla *Activision Blizzard* (provvedimento n. 28452), l’analogo carattere di aleatorietà espresso sull’equiparazione fra *gambling* e *loot boxes*, pur rilevando come l’aleatorietà, almeno in certi casi, sia “un elemento caratterizzante” questi strumenti.

17. Il riferimento è oggi il DPCM 15 aprile 2025, che ha ricostituito e ridefinito le competenze dell’Osservatorio, di cui all’art. 1, comma 7, del DPR 9 ottobre 1990, n. 309, con l’attuale Osservatorio nazionale permanente sulle droghe, sulle tossicodipendenze e sulle altre dipendenze patologiche, suddiviso al suo interno in sezioni, a seconda delle tematiche in trattazione: a. droghe e tossicodipendenze; b. gioco d’azzardo patologico (GAP); c. dipendenze comportamentali (dipendenza da social media, dipendenza da smartphone, dipendenza da internet, dipendenza da gioco pubblico a distanza/gioco pubblico online). L’organismo è presieduto dal Capo del Dipartimento o da un suo delegato, ed è composto da rappresentanti di numerosi Ministeri e enti pubblici elencati, designati di volta in volta in relazione alla materia da trattare, ai quali – solo a discrezione del Capo di Dipartimento – possono aggiungersi rappresentanti di Amministrazioni centrali, Enti pubblici e privati o anche esperti in materia di tossicodipendenze e di dipendenze patologiche. Le competenze attribuite riguardano l’acquisizione periodica e sistematicamente dei dati sulla diffusione delle tossicodipendenze, il monitoraggio della dipendenza da gioco d’azzardo patologico (GAP) e quello della dipendenza da *social media*, da *smart phone*, da internet, da gioco pubblico a distanza/gioco pubblico online.

verso quello previsto dalla legge di bilancio 2025, i sottoscrittori del documento hanno tra l'altro ricordato la necessità di “Valorizzare, come indicato dall'OMS, la competenza esclusiva del settore di salute pubblica nel definire, controllare, migliorare la prevenzione di tutte le dipendenze come condizioni di salute mentale pregiudicata da comportamenti che possono e devono essere identificati precocemente, trovare adeguate e tempestive forme di intervento, reti curanti e cure disponibili e adeguate, reinserimento familiare, sociale e lavorativo degno di una società civile e del necessario impegno teso al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite in cui l'Italia è impegnata”.

4. Commentando la normativa in vigore. La questione della circolazione dei dati

Da tutto quanto sopra ricostruito, è possibile desumere che il riformato quadro normativo sia di nuovo più orientato a perseguire le politiche di liberalizzazione del settore del gioco con vincita, iniziate negli anni '90, mirando a consolidare le relative entrate erariali¹⁸; la pubblicazione dei bandi di gara per le concessioni degli inizi del 2025 sembra confermarlo, così come l'ordine del giorno approvato dalla Camera dei Deputati il 16 luglio 2025, che a questo proposito impegna il Governo a perseguire “il primario obiettivo della continuità erariale prevista dagli attuali obiettivi di bilancio”.

I dati riportano come l'Italia sia il quarto Paese al mondo per raccolta, dopo USA, Cina e Giappone, con livelli quantitativi assai elevati e in costante crescita, salva la parentesi della pandemia del 2020 (Matteucci, 2022, p. 327; cfr. Cap. 2). Come accennato, dal punto di vista economico, il “mercato” del gioco d'azzardo presenta gli elementi tradizionali di riferimento (domanda e offerta, concorrenza, rendite di posizione...), in un contesto, però, in cui le scelte regolatorie pubbliche non possono prescindere dal valutare gli aspetti essenziali delle politiche di welfare. Tuttavia, come sostiene Tilli, nel secondo capitolo, “a differenza di altre forme di consumo, il *gambling* presenta una struttura economica peculiare, in cui il prodotto offerto non è un bene tangibile ma un'esperienza ad alto contenuto emozionale e, in molti casi, a rischio elevato”, che con le attuali politiche pubbliche appare legittimata anche dall'uso di espressioni quali “gioco sicuro”, “gioco responsabile”.

18. Svolta causata dal passaggio dai tradizionali giochi come Lotto, scommesse ippiche e Totocalcio ad un'offerta quantitativamente e qualitativamente molto più rilevante, analizzata nella prospettiva sociologica tra gli altri recentemente da Sciarrone, Esposito, Picarella (2023).

Alcuni hanno infatti già efficacemente evidenziato il contrasto tra fatti e auspici del legislatore, in quanto, sia il Bollettino del MEF sia il Libro Blu dell'ADM indicano un costante aumento dell'ammontare complessivo delle giocate, senza però una proporzionale crescita del gettito derivante, o addirittura con una decrescita del gettito (come nel 2023, ultimo anno di cui siano stati diffusi i dati), verosimilmente per l'ormai inarrestabile spostamento verso il gioco *online*, soggetto a un'imposizione inferiore (Minciotti, Scagliarini, 2025).

Il tema della raccolta ed elaborazione dei dati di fonte pubblica e della loro conseguente disponibilità all'analisi (sia essa scientifica o politica) – come è doveroso ricordare – non è dunque affatto irrilevante in relazione a questa tematica.

Considerato che l'ISTAT non offre una copertura informativa specifica e che in Italia non è prevista la redazione di un bilancio sociale dell'azzardo, tra le fonti pubbliche elettive c'è l'appena soppresso *Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave* e l'ADM, che con il *Libro Blu* – la principale pubblicazione di divulgazione statistica del complesso dei dati riguardanti le proprie attività – come si è accennato è ferma all'edizione 2023 e dunque all'elaborazione dei dati del 2022. Altri dati sul Consumo di sostanze psicoattive legali sono consultabili nell'ultima Relazione al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia (giugno 2024) del Dipartimento per le Politiche antidroga, dove in particolare si illustra l'aumento di consumo tra i minori, spesso associati ad altri comportamenti devianti, tra cui furti, atti vandalici e uso di sostanze stupefacenti¹⁹.

Si ricorda poi che, nel 2021, il Senato aveva istituito una Commissione parlamentare di inchiesta sul gioco illegale e sulle disfunzioni del gioco pubblico, la cui Relazione finale è del settembre del 2022 e nella quale appunto si legge che “l'interazione e la cooperazione inter-istituzionale si è dimostrata l'arma vincente anche per il contrasto all'illegalità e il controllo del territorio. È opportuno disciplinare e promuovere la condivisione delle informazioni delle banche dati, come i risultati proficui delle segnalazioni per operazioni sospette hanno dimostrato nei confronti della lotta al riciclaggio e come il meccanismo di integrazione della banca dati della Direzione nazionale antimafia parimenti ha mostrato” (pp. 179 ss.).

A queste fonti si possono aggiungere quelle, di provenienza privata, dei siti web dei grandi player del settore; concessionari e associazioni di categoria svolgono, infatti, un'intesa attività di lobbying, elaborando direttamente oppure commissionando a enti di ricerca dati e analisi sul gioco pubblico²⁰.

19. www.politicheantidroga.gov.it/media/v5dlr0fu/relazione-al-parlamento-2025.pdf, p. 27.

20. Si pensi ad esempio al Bilancio di sostenibilità del comparto dei giochi pubblici, stilato da ACADI, Associazione concessionari di giochi pubblici di Confcommercio.

In questo contesto di carenze istituzionali e sovrabbondanze commerciali, altri report di fonte privata sociale risultano, ad avviso di chi scrive, più utili, come da ultimo l'edizione 2025 del *Libro nero dell'azzardo. Mafie, dipendenze, giovani, Europa*, curato da CGIL, Federconsumatori e Fondazione Isscon, dove infatti si legge in premessa quanto sia stato più difficile elaborare tale Report – che offre un quadro informativo comparativo in senso storico e territoriale –, considerato che sono state necessarie due richieste di accesso civico avanzate da Federconsumatori Modena nei confronti dell'ADM, per reperire i dati 2024 relativi al gioco telematico, disaggregati per regione, provincia e comune. Sul nodo specifico della circolazione delle informazioni, nella ricerca si commenta che “il completamento delle informazioni fornite in modo parziale, o mancanti, è demandato ad un'articolata architettura statistica di stime. Il percorso di “oscuramento informativo” è iniziato nel 2020, con il diniego relativo alla diffusione dei dati subregionali relativi a AWP e VLT ed è poi proseguito nel 2023 con la mancata fornitura dei dati relativi a Lotto e Bingo. Per il 2024 il taglio aggiuntivo nella fornitura e diffusione dei dati riguarda anche il canale *online* per tutti i comuni sotto i 10.000 abitanti” (CGIL, Federconsumatori e Fondazione Isscon, 2025, p. 5). In particolare, nella motivazione addotta per il diniego alla fornitura dati riportata nella risposta dell'Agenzia per il secondo degli accessi civici, si ribadisce che “In riferimento alla richiesta relativa al “giocato, vincita, speso ed erario, dati suddivisi canali remoto e fisico, dei Comuni con popolazione inferiore a diecimila abitanti si precisa che, ai sensi dell'art. 5 bis, comma 2, lett. c), del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n. 33, non è possibile accogliere l'accesso a tali specifici dati. Invero, i dati richiesti – con tale livello di dettaglio comunale – contengono informazioni di natura commerciale la cui divulgazione comprometterebbe la tutela degli interessi privati, economici e commerciali, dei concessionari/punti di gioco nei Comuni di piccole dimensioni” (ivi, p. 6). Tuttavia, riguardo alla prima richiesta di accesso (parzialmente adempiuta), l'Agenzia – nel ricordare le competenze dei soggetti istituzionali tenuti a raccogliere ed elaborare i dati –, si fa scudo, ad avviso di chi scrive, di un generico riferimento alla “tutela degli interessi economico-commerciali (pubblici e privati)”, che, soprattutto considerato il ritardo nell'adempimento spontaneo di tali compiti, non rientra tra i pur esistenti legittimi limiti all'attività di comunicazione e informazione delle amministrazioni pubbliche, da assicurarsi in base al principio generale (costituzionalmente fondato, benché non esplicitato) di pubblicità dell'agire delle istituzioni (Marsocci, 2002, pp. 111 ss.). Si tratta di una carenza che pesa, a maggior ragione, considerato che l'utilità della elaborazione dei dati da parte delle istituzioni competenti è correlata proprio alla loro diffusione con tempistiche, oltre che certe, non irragionevolmente dilatate.

Infine, si ricorda che la Commissione Ue aveva approvato la Raccomandazione 2014/478/EU sui principi per la tutela dei consumatori e degli utenti dei servizi di gioco d'azzardo *online* e per la prevenzione dell'accesso dei minori ai giochi d'azzardo *online*, proprio al fine di sollecitare gli Stati membri a introdurre norme per la condivisione di obblighi di informazione e trasparenza da imporre agli operatori del gioco, invitandoli anche a relazionare periodicamente circa l'adozione delle misure suggerite e, comunque, sullo stato della legislazione interna di settore e sui livelli di tutela che essa garantisce ai cittadini. Con il passare degli anni, i confini di questo ambito sono poi sempre più ampi; si pensi alla *International Classification of Diseases*, che nel 2019, tra le *addiction* ha incluso quelle da consumo digitale (*Internet Gaming Disorder*).

Dunque, da questo contesto si può trarre almeno una probabile nuova sottovalutazione dell'impatto sociale di questa, come di altre patologie correlate al consumo di beni e servizi leciti, considerazione che ha spinto da tempo, condivisibilmente, non pochi giuristi a domandarsi se il binomio tutela costituzionale della salute pubblica e diritto alla salute individuale sia oggi ancora più difficile da bilanciare con le esigenze di bilancio, considerato che i danni collettivi e individuali stanno aumentando e che il calo delle entrate servirà ancor meno ad attenuarli, in un ambito in cui è ovvia la pressione degli interessi industriali (Angelini, 2012, p. 6; Scagliarini, 2024, p. 33).

5. Il diritto di fronte alle fragilità personali

In precedenza, si è solo accennato ad alcuni aspetti che, nella prospettiva giuridica, sembrano caratterizzare le persone con DGA, in quanto particolarmente vulnerabili e di conseguenza meritevoli di interventi specifici. Di seguito, si propone qualche considerazione che possa fare apprezzare in particolare la prospettiva costituzionalistica della questione.

La Costituzione promuove il libero sviluppo della personalità attraverso l'esercizio dei diritti, sia individualmente sia nei contesti collettivi e sociali nei quali ciascuno si trovi a volere o a dovere intrecciare relazioni; prescrive il riconoscimento della pari dignità sociale dei cittadini, indipendentemente dalle condizioni personali e sociali, affidando alla Repubblica il compito di adoperarsi per rendere effettivo il principio di uguaglianza sostanziale, ossia per dare possibilità concrete agli individui che debbano confrontarsi con ostacoli che, nei fatti, li rendano per certi aspetti (temporaneamente o permanentemente) diseguali e, dunque, potenzialmente discriminabili; promuove, in particolare, l'effettività del diritto al lavoro, in quanto tale attività ed esperienza umana è, o dovrebbe essere, funzione della migliore realizzazione della persona nella società e, in quanto tale, fondamento della Repubblica democratica.

È questo quadro interpretativo dei primi 4 articoli dei Principi fondamentali della Carta che, ad avviso di chi scrive, può utilmente essere messo a confronto con le evidenze e le considerazioni messe in luce in altre prospettive, come quelle medico-sanitaria, sociologica, statistica, economico-finanziaria.

Si “acquista” fragilità quando si perde o si limita fortemente la propria capacità di autodeterminazione, con effetti negativi chiari (indizi appunto di tratti patologici) sulla gestione delle relazioni familiari, lavorative e sociali in genere; quando il senso e la realtà dell’autoisolamento si accompagna alla percezione di inadeguatezza e di impotenza o alla incapacità di cercare aiuto e ovviamente allo stare male (cfr. Cap. 1); quando la considerazione da parte del gruppo sociale, ma anche delle istituzioni (in questo senso il riferimento è al principio di solidarietà sociale e politica), che sono chiamate a fare le scelte politiche alla base dei provvedimenti normativi, porta a ricercare, più spesso, proprio nello stesso paziente le “responsabilità” come causa principale della patologia da cui è afflitto, con la conseguenza che le misure immaginate a contrasto del fenomeno risultano meno efficaci, perché non si concentrano sulle motivazioni di ordine economico che sono alla base dell’aumento esponenziale della disponibilità delle attività legate al gioco d’azzardo, legale o illegale.

Le caratteristiche personali, comprese quelle neurobiologiche, risentono dall’ambiente in cui, non sempre per scelta, si vive. Più in generale, nello spazio pubblico della comunicazione – che ovviamente oggi prescinde da quello strettamente territoriale – spesso i messaggi semplificati e/o subliminali sono quelli più ricorrenti e incisivi, primo tra tutti la pulsione al consumo e all’acquisto di beni e servizi di scarso valore economico, con l’aspettativa di vantaggi superiori al loro valore effettivo. Quest’ultima considerazione vale a maggior ragione per il coinvolgimento di persone a basso reddito che tendono a indebitarsi, divenendo ancora più vulnerabili anche a vantaggio della criminalità organizzata (usura e riciclaggio) (Berti, 2024, p. 101). In sintesi, come per tutto ciò che riguarda la promozione della salute e della prevenzione dalle malattie, lo Stato deve essere parte attiva con campagne mirate a questi particolari disturbi, per i quali, mediamente, la domanda di cura va concretamente sollecitata.

In questo quadro ricostruttivo, si deve ricordare che nella sentenza n. 54 del 2024 (considerato in diritto, punto 5.5), la Corte costituzionale ha chiaramente e nettamente ricondotto questa condizione personale (espressa ancora con il termine “ludopatia”) a “uno di quegli ostacoli di fatto”, di cui parla l’art. 3, comma 2, Cost., “che è compito della Repubblica rimuovere”, e dunque ha usato il parametro dell’uguaglianza sostanziale in riferimento all’esclusione anche di chi soffre di questo disturbo all’accesso al reddito di cittadinanza, quando abbia realizzato (e non dichiarato) vincite che lo porterebbero a superare i limiti reddituali previsti dalla normativa. Tuttavia, alcuni commentatori

hanno letto nelle parole della Consulta una valutazione assai severa e quasi moralistica nei confronti dei giocatori, compreso quelli patologici; se infatti il giocatore *online* vince, le somme sono subito liquidate sul suo conto corrente, dunque sono disponibili per essere “reinvestite” e probabilmente nuovamente perse, ma sicuramente risultano utili a ingenerare un comportamento ripetitivo fino alla possibile dipendenza. La Corte non entra con il proprio ragionamento in questo contesto fattuale, mentre invece sottolinea che non è possibile “pretendere che la solidarietà pubblica si faccia carico di una spesa di tal genere” in favore di “chi, poco prima, si è rovinato con il gioco”.

Se ne desume che a fronte di “un reddito, che solo virtualmente è entrato nel patrimonio del giocatore, si finisce per lasciare una persona, dichiaratamente riconosciuta come vulnerabile, in uno stato di povertà, imputandole a colpa una situazione che discende da una dipendenza sviluppata in relazione ad un’attività lecita: ciò che, evidentemente, non può certo dirsi rappresentare una misura di protezione e di recupero del soggetto in questione. Insomma, abbandonare il giocatore alla propria indigenza e privarlo del reddito di cittadinanza, che, come precisa la Corte ha anche una forte connotazione inclusiva di reinserimento lavorativo, sembra segnarne definitivamente la sorte e abbandonarlo al proprio destino, ben lungi dal costituire un intervento statale di eliminazione di un ostacolo alla piena eguaglianza” (Scagliarini, 2024a, p. 327).

6. La tutela della salute e la pubblicità commerciale dei servizi legati al gioco

Quanto, allora, il legislatore è stato attento a non comprimere irragionevolmente il diritto alla salute del giocatore?

A questo riguardo, connessa ma differenziata rispetto al tema, prima richiamato, della non soddisfacente circolazione delle informazioni, appare la questione della pubblicizzazione dei servizi legati al gioco.

La sollecitazione a perseguire a una politica di limitazioni alla pubblicità e alle sponsorizzazioni, che tuteli particolarmente i minori e che non si traduca in forme di promozione e di invito al gioco, e l’adozione di efficaci campagne di educazione e sensibilizzazione, soprattutto nei confronti dei minori, era provenuta dalla già citata Raccomandazione Ue a tutela dei consumatori del 2014, con cui si incoraggiano gli Stati membri a garantire un elevato livello di protezione, dei rischi associati al gioco d’azzardo (specie a distanza) che comprendono lo sviluppo di patologie correlate o altre conseguenze negative sul piano personale e sociale (Savorani, 2021, pp. 236 ss.).

Misure, come si è detto, in parte attuate in Italia, a partire dalle Regioni, che hanno adottato il divieto di pubblicità ben prima dell’intervento del

legislatore statale, che non si era ancora espresso sul punto. Era stato il cd. decreto Balduzzi del 2012 a esplicitarlo e poi la legge di stabilità 2016 ad arricchirlo di ulteriori misure restrittive e dall'aumento dei poteri di controllo dell'AGCOM (quest'ultima ha però, tramite le Linee guida, escluso dall'applicazione una serie di fattispecie molto ampia). Con il cd. Decreto Dignità (d.l. 87 del 2018, art. 9, convertito in l. n. 96 del 2018), si è poi vietata qualsiasi forma di pubblicità diretta o indiretta per qualunque tipo di gioco o scommessa con vincite in denaro, comunque effettuata e su qualsiasi mezzo, e si è prescritto l'inserimento di avvertimenti sul rischio di dipendenza in luoghi e apparecchi destinati al gioco, con il fine dunque di introdurre misure idonee alla prevenzione della patologia, accanto a quelle di sostegno successivo alla loro insorgenza.

Il divieto assoluto, tuttavia, sembra oggi destinato ad essere ridimensionato in forza del d.lgs. n. 41 del 2024, dalla cui interpretazione potrebbe desumersi un'abrogazione implicita²¹. Non si comprenderebbe altrimenti il riferimento alla pubblicità del "gioco sicuro", che – con quella che appare una stridente contraddizione – il legislatore ha introdotto (solo nominalmente) come misura di prevenzione del gioco d'azzardo patologico, accanto alle misure sul "gioco responsabile".

Che la maggioranza parlamentare attuale sia pronta a superare il divieto assoluto è poi provato da una Risoluzione che la VII Commissione Cultura del Senato ha approvato a marzo 2025 (Doc. XXIV, n. 24). Nel contesto delle prospettive di riforma del calcio italiano, la decisione impegna il Governo (lett. j) a valutare la modifica del divieto di pubblicità vigente dal 2018, considerato che "la misura ha ampiamente disatteso le aspettative del legislatore non risultando affatto efficace al contenimento dei fenomeni di ludopatia a fronte, invece, di una riduzione delle entrate per le società sportive che ha penalizzato il sistema calcio italiano rispetto al contesto europeo". Il rimedio proposto è (lett. k) "destinare una quota annuale dei proventi derivanti da giochi sullo sport e scommesse sportive agli organizzatori degli eventi sui quali si scommette", che potranno usarli per gli scopi più vari; si va, appunto, dal contrasto alla ludopatia al contrasto a discriminazione, razzismo e antisemitismo nei confronti di atlete ed atleti, fino alla promozione del calcio femminile²². A ulteriore riprova, infine, l'abrogazione del divieto di pubblicità in forma indiretta di scommesse o gioco d'azzardo, risulta – alla data del 2 dicembre 2025 – tra gli emendamenti

21. Ulteriori riflessioni puntuali, in Scagliarini (2024, p. 38 ss).

22. Probabilmente, per le incertezze interpretative del nuovo corso normativo, ad aprile del 2025, l'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni ha deciso di non procedere all'avvio della consultazione pubblica, precedentemente prevista, in vista della predisposizione delle nuove linee guida sulla comunicazione pubblicitaria.

presentati da Forza Italia e ammessi al Senato nell'iter di approvazione della legge di bilancio 2026. Nel testo della legge di bilancio poi entrata in vigore, 30 dicembre 2025, n. 199, non risultano approvati né l'emendamento proposto da senatore Lo Tito, né quello proposto dall'apposizione volto a istituire il Fondo per il contrasto alla ludopatia.

Gli obiettivi delle attuali politiche pubbliche di settore in merito alla redistribuzione del gettito proveniente dal *gambling* sono evidenti: potenziare il commercio e non la sanità pubblica. Come è evidente che pubblicizzare un servizio significhi, comunque sia, promuoverne il consumo, normalizzandolo alla stregua di una qualunque attività ricreativa e socialmente accettabile, e che la serie di misure introdotte dichiaratamente a tutela della salute in un settore di chiaro impatto sulle dipendenze patologiche rinviino al giocatore ogni scelta.

7. Alcune considerazioni conclusive

Si è visto quanto, anche nella prospettiva giuridica, siano indispensabili i riferimenti economici, sociali e medico-sanitari di contesto. Il frammentato mercato attuale – ampio e continuamente in evoluzione quanto a tipologia di servizi commerciali offerti dal digitale – aumenta la distorsione concettuale, per cui l'interesse generale a che lo Stato incassi utili dal settore andrebbe bilanciata con la salvaguardia di diversi profili delle libertà individuali.

La crisi dei conti pubblici, del resto, implementa inadeguatezze del sistema del welfare e dunque fragilità individuali.

Si pensi anche a quelle che, in un'intervista condotta a Maurizio Fiasco, nel corso della realizzazione della ricerca, ha chiamato “ulteriori esternalità negative”, che la dipendenza fiscale dello Stato da questi consumi dannosi per la salute impedisce di vedere. In questa sorta di sistema industriale della dipendenza, come ha precisato lo stesso Fiasco, si tratta di quei “comportamenti disfunzionali che (ruotano) attorno al gioco d'azzardo, al tabacco, all'alcol (...) appropriazioni indebite, furti, vessazioni, violenze familiari, elusione degli obblighi di assistenza familiare, non rispetto delle norme sulla sicurezza nell'ambiente di lavoro, non rispetto delle norme sulla circolazione stradale”.

Così anche, e in stretta connessione con queste considerazioni, va qui ribadito, in conclusione, che “favorire il gioco legale può essere una scelta politica, più o meno condivisibile e i cui limiti andrebbero vagliati anche in termini di legittimità costituzionale, ma non può essere presentata come una misura di ordine pubblico per il contrasto al gioco illegale” (Savastano, 2024, p. 53) e che tale scelta deve essere comunque temperata innanzitutto con l'interesse collettivo alla tutela della salute pubblica e con il diritto individuale alla salute.

I dati disponibili suffragano la considerazione che è sulle fasce di popolazione meno benestante che, di fatto e quasi in termini esponenziali, grava sia

l'assottigliarsi delle risorse pubbliche destinate alla garanzia dei diritti sociali (non da ultimi quelli sanitari da destinarsi anche alla prevenzione e alla cura delle DGA) sia il costo dei giochi (cfr. Cap. 2). La maggiore vulnerabilità al gioco di questa fascia della popolazione, caratterizzata da una disomogenea distribuzione sul territorio nazionale, è un dato che si aggiunge a quello economico nella definizione delle diseguaglianze che lo Stato ha il dovere di combattere.

Un paradosso, quindi, analogo a quello linguistico-semantic, cui si è accennato all'inizio di questo contributo: lo svago e le piccole speranze quotidiane ricercate soprattutto dalle persone più fragili (oggi anche sempre di più minori) sono le pulsioni all'origine di quello che il *contesto di gioco* così come oggi è offerto – dal mercato, dalle tecnologie, dalla cultura, dalla comunicazione mediatica – “consente” di far divenire troppo spesso compulsioni patologiche. Ciò accade, che si sia iniziato o meno a fruire di questo particolare servizio commerciale da giocatore responsabile, con buona pace dei nostri attuali legislatori, che al momento non hanno comunque offerto una definizione di “*gioco sicuro*”.

È sul contesto di gioco che è dunque necessario e straordinariamente urgente intervenire²³, cominciando da (o ritornando con maggiore vigore su) interventi apparentemente minuti (distanziamento, limiti dettati da fasce orarie e pause temporali per i giochi *online*, limiti stringenti alle forme di pubblicità ecc.), ma soprattutto non gettando alle ortiche i passi (messa a regime del sistema delle relazioni pubblico-privato²⁴ e pratiche istituzionali, nelle relazioni tra Stato e autonomie²⁵) che, nel recente passato, sono stati giudicati, anche dalla dottrina giuridica, sostanzialmente migliorativi.

23. Si veda, da ultimo, quanto disposto dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 104 del 10 luglio 2025, che in questa sede non si ha lo spazio per commentare, che a proposito proprio di contesti di gioco, ha ritenuto di dover censurare per incostituzionalità le disposizioni del d.l. 58/2012 (cd. Balduzzi), art. 7, comma 3-quater, che vietano “la messa a disposizione, presso qualsiasi pubblico esercizio, di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on-line, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsiasi titolo concessorio o autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità”. Secondo la Corte: “il divieto, nella sua indiscriminata estensione, sacrifica in modo irragionevole e sproporzionato altri interessi contrapposti, fra i quali la libertà di impresa” (considerato in diritto 6.6), a fronte di una “offerta di gioco online che comunque rimane capillare e vastissima” (considerato in diritto 6.5). Ormai, ahinoi, i buoi sono scappati dal recinto...

24. Ricorda Mauceri nel Cap. 6 di questo volume che: “Nel nostro paese, i pionieri nell'assistenza ai giocatori patologici e alle loro famiglie sono stati gli enti del privato sociale che, prontamente, hanno studiato il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) e hanno adottato strategie pionieristiche per il suo contenimento, in termini di prevenzione e trattamento”.

25. Sciarabba definisce “resistenza costituzionale” quella che è apparsa come un'importante “diversificazione e contrapposizione strutturale di indirizzi politici di Regioni e Comuni rispetto al dilagare del gioco d'azzardo e del suo sfruttamento imprenditoriale su larga scala in conseguenza delle scelte compiute a livello nazionale” (2024, p. 87) e mette in risalto il grave pericolo della proposta di compartecipazione delle Regioni al gettito fiscale derivante dal gioco che era stata avanzata nel 2024 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, APA; tr. it., *DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.
- Angelini, F. (2012), Quando non bastano le “regole del gioco” la Corte fa “ordine”. Note a margine. *Rivista AIC*, 1, 1-5.
- Balduzzi, R. (2021). Il (disturbo da) gioco d'azzardo tra politica e magistratura. *Corti supreme e salute*, 1, 207-230.
- Berti, F. (2024), *Il gioco – d'azzardo – dei poveri. Quando a rimetterci sono sempre i più fragili* (pp. 95-110.) In M. Perini (a cura di), *Il gioco d'azzardo: una prospettiva multidisciplinare* (pp. 1-241), Firenze, Firenze University Press.
- Bursi, M. (2024), *Quello che la riforma trascura: gaming e cryptocurrencies*. In S. Scagliarini (a cura di), *Riordino del settore dei giochi, atto I: il nuovo decreto sul gioco a distanza* (pp. 96-105), Modena, Quaderni Fondazione Marco Biagi.
- CGIL, Federconsumatori e Fondazione Isscon (2025), *Libro nero dell'azzardo. Mafie, dipendenze, giovani, Europa*, 4 luglio 2025, www.cgil.it/ci-occupiamo-di/dipendenze/il-libro-nero-sullazzardo-mafie-dipendenze-giovani-europa-mlcjsxhcc
- Fiasco, M. (2025), Gioco d'azzardo in Italia: la grande impostura normalizzata, editoriale. *ALEA Bulletin*, 1, 3-5.
- Fregni, M.C. (2024), *Gioco online e tassazione: prime osservazioni a margine del d.lgs. 25 marzo 2024, n. 4*, pp. 45-67. In S. Scagliarini (a cura di), *Riordino del settore dei giochi, atto I: il nuovo decreto sul gioco a distanza* (pp. 1-105), Modena, Quaderni Fondazione Marco Biagi.
- Fusi, G., Donati, M.A., Primi, C., Iozzi, A., Prestano, C. (2022), L'efficacia dell'intervento cognitivo all'interno dei gruppi psicoeducativo-motivazionali per il disturbo da gioco d'azzardo. *Alcologia*, 49, 127-135.
- Graziani, C. (2021), *Giochi e scommesse online: profili pubblicistici* In P. Costanzo (a cura di), *Giochi e scommesse sotto la lente del giurista* (pp. 222-231), Genova, Genova University Press.
- Marsocci, P. (2002), *Poteri e pubblicità. Per una teoria giuridica della comunicazione istituzionale*, Padova, Cedam.
- Matteucci, N. (2022), Il boom italiano del gioco d'azzardo: mercato, istituzioni e politiche. *Stato e mercato*, 2, 327-361.
- Minciotti, P., Scagliarini, S. (2025), Il frettoloso addio al contrasto dell'azzardo patologico. *Lavoce.info*, 24 gennaio 2025, <https://lavoce.info/archives/106887/il-frettoloso-addio-al-contrasto-dellazzardo-patologico/>
- Miniscalco, N. (2024), *Regolazione del gioco online e delega legislativa: considerazioni su tecnica legislativa e sistematica delle fonti*. In S. Scagliarini (a cura di), *Riordino del settore dei giochi, atto I: il nuovo decreto sul gioco a distanza* (pp. 12-25), Modena, Quaderni Fondazione Marco Biagi, Fondazione Marco Biagi, Università di Modena e Reggio Emilia.
- Perini, M. (a cura di) (2024), *Il gioco d'azzardo: una prospettiva multidisciplinare*, Atti del convegno tenutosi presso il Dipartimento di Giurisprudenza

- dell'Università degli Studi di Siena il 1° dicembre 2023, Firenze. <https://media.fupress.com/files/pdf/24/14871/42607>
- Perini, M. (2024), Evoluzioni normative e giurisprudenziali in materia di giuoco con vincita di denaro. *Consulta Online*, 2, 589-626.
- Roma, M. (2021), *La lotta alla ludopatia nell'unione europea*. In P. Costanzo (a cura di), *Giochi e scommesse sotto la lente del giurista* (pp. 359-374), Genova, Genova University Press.
- Rospi, M. (2020), Il nuovo assetto costituzionale della materia di giochi e scommesse. *Federalismi.it*, 29, 171-198.
- Savastano, S. (2024), Una nuova disciplina per il gioco d'azzardo e le scommesse sportive. riflessioni a partire dal riordino del comparto online, operato con d.lgs. 41 del 2024. *Rivista AIC*, 3, 36-76.
- Savorani, G. (2021), *Pubblicità del gioco d'azzardo*. In P. Costanzo (a cura di), *Giochi e scommesse sotto la lente del giurista* (pp. 232-252), Genova, Genova University Press.
- Scagliarini, S. (2024a), Alea iacta est: la Corte conferma la (possibile) esclusione dei giocatori d'azzardo patologici dal reddito di cittadinanza (e dall'assegno di inclusione). *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 2, pp. 321-337.
- Scagliarini, S. (2024b), *Il nuovo decreto sui giochi online: quale tutela per il giocatore?*, pp. 26-44, In S. Scagliarini (a cura di), *Riordino del settore dei giochi, atto I: il nuovo decreto sul gioco a distanza* (pp. 1-105), Modena, Quaderni Fondazione Marco Biagi, Fondazione Marco Biagi Modena.
- Sciarabba, V. (2024), *Lo sfruttamento imprenditoriale su larga scala del gioco e le sue regolazioni nella prospettiva costituzionale: profili di attualità*. In S. Scagliarini (a cura di), *Riordino del settore dei giochi, atto I: il nuovo decreto sul gioco a distanza* (pp. 68-95), Modena, Quaderni Fondazione Marco Biagi, Editore.
- Sciarrone, R., Esposito, F., Picarella, L. (a cura di) (2023), *Il gioco d'azzardo, lo Stato e le mafie*, Roma, Donzelli.

4. Politiche e strategie di contrasto al DGA nella regione Lazio

di Onofrio Casciani

1. Introduzione

Il fenomeno del gioco d'azzardo, sia in Italia che a livello globale, sta diventando sempre più diffuso, interessando ampie sezioni della popolazione. In particolare, con riferimento al Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), si assiste a un crescente coinvolgimento di fasce della popolazione particolarmente vulnerabili, come le donne, spesso caratterizzate da condizioni di vita più difficili, gli anziani, che già di per sé sperimentano condizioni di maggiore deprivazione ed economica, e gli adolescenti, caratterizzati dalla carenza di risorse per controllare gli impulsi di gioco (cfr. Mauceri, Di Censi, a cura di, 2025). In Italia, il Lazio si distingue per la sua posizione privilegiata sia in termini di prevalenza del gioco d'azzardo che di presenza di luoghi fisici dedicati a questa attività (DEP – Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale – Regione Lazio, 2025), con una concentrazione maggiore nelle aree caratterizzate da elevati livelli di deprivazione sociale (cfr. Cap. 2).

Uno dei principali indicatori dell'attrattività del gioco d'azzardo è rappresentato dalla raccolta: la spesa media pro capite, calcolata sulla base della popolazione residente in Italia, secondo i dati ISTAT del 2023, si attesta intorno ai 2.509 euro. Analizzando questa cifra in base ai canali di vendita, emerge come ogni italiano nel 2023 abbia investito in media 1.402 euro in giochi offerti tramite piattaforme online, mentre la spesa per i giochi distribuiti tramite canali fisici è stata di 1.107 euro.

Per quanto riguarda la regione Lazio, i dati sono tra i più allarmanti: nel settore dei giochi fisici, la raccolta complessiva ammonta a 6.467.831.289 euro, con una spesa media di 1.601 euro per abitante. Nel caso dei giochi online, la raccolta regionale raggiunge 9.108.285.493 euro, con una spesa media pro capite di 1.137 euro.

Secondo uno studio recente condotto dall'IPSAD (Luppi, Molinaro, a cura di, 2024), tramite il test PGSI (*Problem Gambling Severity Index*), uno degli strumenti di screening più utilizzati per rilevare problemi legati al gioco d'azzardo, nel 2022 il 4% degli italiani mostrava un comportamento di gioco a rischio minimo di dipendenza, mentre circa il 2% presentava un comportamento di gioco a rischio moderato o severo.

I dati raccolti dallo stesso studio confermano anche l'aumento della prevalenza del gioco d'azzardo, che, per quanto riguarda il comportamento di gioco nel corso della vita, è passato dal 42,1% del campione nel 2008 al 51,7% nel 2018, arrivando al 67,1% nel 2022. Per quanto riguarda il gioco nel mese precedente, invece, la percentuale è aumentata dal 27,9% nel 2014 al 42,8% nel 2018, fino a raggiungere il 46,5% nel 2022.

Lo studio IPSAD@2022 sottolinea come nella popolazione di età compresa tra i 18 e i 64 anni, la prevalenza dei giocatori online nel 2022 è quasi raddoppiata rispetto al 2018 (dal 5% al 9%). Sebbene questo dato sia ancora molto inferiore rispetto al gioco fisico, il gioco online interessa principalmente le fasce di età più giovani, in considerazione della possibilità, offerta da questi canali, di falsificare l'età, ovviando al divieto legislativo esteso alla popolazione minorenni (cfr. Cap. 3). La diffusione del gioco online si è ampliata particolarmente a seguito della pandemia da Covid-19, che ha accelerato il passaggio verso il gioco digitale.

Lo studio ESPAD@Italia 2021, condotto durante il picco della pandemia (Biagioni, Fizzarotti, Molinaro, a cura di, 2023), evidenzia un aumento della diffusione del gioco d'azzardo tra gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, con il 51% del campione che ha dichiarato di aver giocato almeno una volta nell'ultimo mese. Più preoccupante è l'aumento dei giovani a rischio di sviluppare il DGA, che ha raggiunto il 5%, mentre il 3% degli studenti ha un profilo di gioco problematico, dove si evidenzia la presenza di segnali di dipendenza già a partire dall'adolescenza (si veda anche Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026).

2. Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze nel Lazio

Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) della regione Lazio è costituito da 54 Ser.D., che hanno la titolarità della presa in carico per problemi correlati alla dipendenza patologica, e 29 strutture del privato sociale accreditato, che gestiscono centri semiresidenziali, comunità terapeutiche residenziali, gruppi di auto mutuo aiuto, programmi di prevenzione, interventi di prossimità, accoglienza e riabilitazione.

Le attività dei Ser.D. si integrano sia con altri servizi pubblici, come i Servizi di Salute Mentale e i Servizi Sociali Municipali, sia con quelle di nu-

merosi enti del Terzo Settore, che gestiscono diversi programmi riabilitativi, ambulatoriali e di prevenzione.

Nei Ser.D. laziali sono operanti oltre mille operatori, appartenenti a tutte le figure professionali, che nel corso del 2024 hanno avuto in carico 19.707 utenti, di cui 974 affetti da DGA (DEP, “Rapporto Dipendenze Regione Lazio, 2025).

Sebbene ancora si rilevi un divario eccessivo tra la stima delle persone con problemi correlati al gioco d'azzardo e le richieste di trattamento (fenomeno che riguarda l'intero territorio nazionale), si registra un costante aumento del numero di utenti in carico per DGA nella regione Lazio:

- nel 2020 i servizi territoriali e gli enti del privato sociale accreditato hanno avuto in carico 716 utenti con DGA;
- nel 2021, in piena pandemia da Covid-19, sono state registrate in carico 606 persone;
- nell'anno 2022, le persone totali in trattamento per DGA nei servizi pubblici e del privato sociale accreditato sono state 760 (753 nei servizi pubblici e 7 nel privato sociale);
- nel 2023, si conferma il trend di crescita delle prese in carico di pazienti con DGA, con 828 utenti in cura presso i servizi;
- nel 2024, ultima e più recente rilevazione, si passa a 974 utenti in carico con DGA. Dei 974 utenti del 2024, il 42,3% è rappresentato da nuovi utenti, di cui il 16% di genere femminile.

Questi dati confermano il preoccupante trend di crescita del fenomeno a livello regionale, ma segnalano anche una maggiore capacità dei servizi di intercettare la domanda, grazie agli interventi di potenziamento dei Ser.D. e di formazione del personale, elementi che hanno consentito il miglioramento dell'offerta sia in termini quantitativi che qualitativi. Anche gli interventi di informazione, sensibilizzazione, intercettazione precoce delle situazioni di rischio o di DGA conclamato, svolti negli anni 2023 e 2024, hanno indubbiamente agevolato il contatto con i Ser.D. (attraverso gli interventi di prossimità, effettuati in modo pressoché capillare su tutto il territorio regionale, e la realizzazione dei gruppi di auto mutuo aiuto).

Nonostante tutti questi sforzi, la distanza tra fabbisogno di trattamento e numero di persone in carico resta ancora troppo distante, palesando un'ampia popolazione sommersa, e non è di conforto l'evidenza che questo gap, piuttosto che riguardare solo il Lazio, sia un fenomeno esteso a livello nazionale. Si tratta di una lacuna riconducibile non tanto alla carenza di efficienza dei servizi, quanto a fattori culturali, come la paura dello stigma sociale, che colpisce soprattutto le donne giocatrici, e in una certa misura anche la convinzione, diffusa tra chi soffre di *addiction*, e in particolare tra i più giovani, di non aver bisogno di aiuto (Dąbrowska, Wieczorek, 2020; Suurvali *et al.*, 2010).

3. Il quadro normativo regionale

La legge di riferimento regionale, per quanto riguarda le disposizioni per la prevenzione e il trattamento del DGA, è la legge n. 5 del 5 agosto 2013, con le successive modifiche ed integrazioni, tra le quali la recente L.R. n. 16 dell'11 agosto 2022, che ha modificato i termini regolativi delle distanze tra luoghi sensibili e luoghi del gioco d'azzardo.

Con la legge n. 5 del 5 agosto 2013, la Regione Lazio, recependo i principi ispiratori del d.l. n. 158 del 13 settembre 2012 (Decreto Balduzzi; cfr. Cap. 3), stabilisce una serie di regole tese a contrastare da un lato la pervasività dell'offerta di gioco e dall'altro di attenuare per quanto possibile l'impatto del gioco d'azzardo sulle popolazioni fragili (adolescenti, minori, anziani). Queste regole stabiliscono il divieto di apertura di sale da gioco nei pressi di aree sensibili, quali istituti scolastici di qualsiasi grado, centri giovanili, centri anziani, luoghi di culto o altri istituti frequentati principalmente dai giovani o strutture residenziali o semiresidenziali operanti in ambito sanitario o socio-assistenziale, prevedendo una distanza di 500 metri. Con la L.R. n. 16 dell'11 agosto 2022 la distanza è ridotta a 250 metri per le nuove aperture, mentre per le attività preesistenti alla data del'11 agosto 2022 sono prescritte soltanto limitazioni inerenti alle modalità di gioco all'interno delle attività stesse.

Allo stesso tempo, la legge regionale n. 5/2013 introduce degli incentivi che i comuni possono erogare a favore di titolari di esercizi pubblici che rimuovono *slot machine* o *videolottery* o che scelgono di non installarle, secondo criteri e modalità da determinare con appositi regolamenti comunali.

La medesima legge istituisce, presso l'Assessorato regionale competente in materia di politiche sociali, il marchio regionale "*Slot free-RL*". Il marchio è rilasciato dalla Regione agli esercenti di negozi, ai gestori dei circoli privati e di altri luoghi deputati all'intrattenimento, che non prevedano nel proprio esercizio le apparecchiature per il gioco d'azzardo.

Un'altra iniziativa importante è l'istituzione presso l'Assessorato regionale competente in materia di politiche sociali, dell'Osservatorio Regionale sul fenomeno del gioco d'azzardo. Detto organismo ha la finalità di monitorare gli effetti del gioco d'azzardo su tutte le sue componenti: culturali, legali, di pubblica sicurezza, commerciali, sanitarie ed epidemiologiche, sociali e socio-economiche. L'Osservatorio analizza, inoltre, i dati e le dinamiche legate al fenomeno e rappresenta le diverse istanze coinvolte, comprese quelle delle associazioni antimafia.

In particolare, l'Osservatorio assolve alle seguenti funzioni:

- a) studio e monitoraggio del fenomeno in ambito regionale;
- b) predisposizione e formulazione di strategie, linee di intervento, campagne informative e di sensibilizzazione, anche in raccordo con analoghi organismi operanti a livello nazionale, regionale e locale;

- c) individuazione di buone prassi e conseguenti protocolli applicativi, destinati alle strutture pubbliche e private coinvolte, nell'ambito degli interventi promossi dal piano integrato, di cui all'art. 10;
- d) verifica dell'impatto delle politiche regionali, con relativa redazione di un rapporto annuale.

La legge regionale n. 5/2013 prevede, inoltre, il divieto di qualsiasi attività pubblicitaria, relativa all'apertura o all'esercizio di sale da gioco che prevedano vincite in denaro

Per evidenziare i rischi del gioco d'azzardo, che può trasformarsi per alcune persone maggiormente vulnerabili da momento di svago a malattia vera e propria, la stessa legge regionale prevede l'obbligo per i gestori delle sale da gioco di esporre all'ingresso e all'interno delle sale da gioco il materiale informativo, anche predisposto dalle ASL, diretto a evidenziare il fenomeno del DGA, i rischi correlati al gioco e la presenza sul territorio di servizi pubblici e del privato sociale di assistenza specificatamente dedicati.

I gestori delle sale da gioco sono tenuti, inoltre, a monitorare l'efficacia del divieto di utilizzo da parte di minori di apparecchi e congegni che prevedano vincite in denaro.

Nel gennaio 2023, attraverso la circolare regionale n. 32218, sono state introdotte delle ulteriori misure, finalizzate a diminuire il possibile impatto negativo rispetto al rischio di sviluppo del DGA. In particolare, la circolare regionale invita i gestori ad applicare le seguenti disposizioni:

1. collocazione di un orologio di diametro non inferiore a cm 35 ogni n. 3 videoterminali, purché rientri nel raggio visivo di ogni giocatore che utilizza tali apparecchi;
2. collocazione di un cartello di formato minimo di cm 100 × 70, che indichi la prescrizione dell'interruzione del gioco per 5 min. ogni 30 min. di gioco, nonché le ragioni di tutela della salute individuale alla base di tale prescrizione. Si specifica che in tale cartello ogni esercente dovrà inserire il riferimento telefonico dell'Unità Operativa Dipendenze Patologiche dell'ASL competente per territorio, rispetto all'ubicazione dell'esercizio commerciale;
3. installazione di un sistema di diffusione sonora, dove un segnale acustico è seguito da un messaggio vocale, programmato ogni trenta minuti, preregistrato, dal seguente contenuto: "si ricorda ai signori clienti di fare una pausa di 5 minuti ogni 30 minuti di gioco", al fine di scandire lo scorrere del tempo ed evitare che i giocatori perdano un riferimento temporale reale.

Tale iniziativa, volta a tutelare le persone più fragili dal rischio di sviluppo della dipendenza dal gioco d'azzardo, ha incontrato molte resistenze ed opposizioni da parte dei rappresentanti degli esercenti.

La vicenda sembra essere emblematica delle contraddizioni etiche e normative che derivano da esigenze dello Stato differenti, se non addirittura in opposizione: l'esigenza di tutelare la salute delle persone più vulnerabili e l'esigenza di trarre profitto, attraverso le entrate erariali, dalla passione verso il gioco d'azzardo.

Per tale ragione, forse è utile descrivere le fasi e le motivazioni del percorso oppositivo menzionato, che trae origine proprio dalla percezione diffusa tra gli esercenti di un ruolo ambivalente dello Stato nella gestione del gioco d'azzardo.

Successivamente all'entrata in vigore della suddetta circolare, infatti, i rappresentanti legali delle associazioni che riuniscono gli esercenti di locali adibiti al gioco d'azzardo fanno ricorso presso il TAR del Lazio, con la richiesta di annullamento della Circolare applicativa della Regione Lazio n. 32218 dell'11 gennaio 2023;

Le motivazioni della suddetta richiesta sono:

(...) manifesta irragionevolezza, evidente sproporzionalità, sviamento, contraddittorietà rispetto a: il nuovo limite minimo di n. 2 metri lineari per il distanziamento tra gli apparecchi; la pausa obbligatoria di n. 5 minuti ogni n. 30 minuti consecutivi di gioco e il divieto di fumo posto dall'art. 6 della stessa legge regionale n. 16/2022 e la sua interpretazione letterale e costituzionalmente orientata con conseguente illegittimità della Circolare.

Le successive controdeduzioni della Regione Lazio sono riassunte nella relazione tecnica del 12/03/2023, a firma di chi scrive, in qualità di referente scientifico della Regione Lazio per il DGA:

(...) Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è un comportamento acquisito, che si instaura e si consolida progressivamente con i tipici meccanismi di ogni tipo di apprendimento (condizionamento classico e condizionamento operante) e con le medesime basi neurobiologiche (APA, 2013; tr. it., 2013).

Il DGA da slot machine, rispetto agli altri tipi di gioco d'azzardo, ha delle peculiarità che lo rendono maggiormente capace di indurre rapidamente la dipendenza sino a livelli di notevole gravità (Schüll, 2012; tr. it., 2015).

Recenti studi (Shao *et al.*, 2013; Arias-Carrion *et al.*, 2010) hanno evidenziato come nel gioco con le slot machines la spinta motivazionale e il piacere (e quindi l'attività dei neuroni dopaminergici) con il progressivo apprendimento siano sempre collegati più all'attività di gioco in sé, piuttosto che all'obiettivo (la vincita).

L'apprendimento comprende anche l'associazione dell'esperienza di piacere con gli stimoli sensoriali come le luci, i suoni, i colori e l'ambiente circostante. La conseguenza è che anche la sola percezione di questi stimoli è in grado di aumentare i livelli di dopamina, che peraltro rimangono alti con il ripetersi delle sessioni di gioco, producendo gratificazione anche in presenza di perdite (Clark *et al.*, 2009).

In alcuni individui il ripetersi continuo delle sessioni di gioco e lo scarso intervallo di tempo tra una giocata e l'altra provocano uno stato dissociativo simile ad uno stato di trance.

Tale processo è facilitato dal fatto che, immergendosi totalmente nell'attività di gioco, il giocatore sperimenta sollievo rispetto ad un precedente stato depressivo e/o ansioso (MacLaren *et al.*, 2012).

Questa immersione totale nell'attività di gioco, facilitata anche dal particolare allestimento dell'ambiente di gioco (spazi poco illuminati, chiusi e senza orologi), induce una perdita di contatto con la realtà, una perdita della capacità di prendere decisioni consapevoli, una perdita del senso del tempo trascorso, al punto da continuare a giocare senza limite alcuno (Schüll, 2012; tr. it., 2015); Tani e Ilari, 2016; Murch e Clark, 2021).

In altre parole, i sopracitati elementi hanno la caratteristica di colludere con le vulnerabilità individuali di alcuni utenti (...).

Con sentenza del 3 aprile 2024, il TAR del Lazio rigetta il suddetto ricorso con la seguente motivazione:

(...) Alla luce di quanto osservato senz'altro legittima deve ritenersi la normativa regionale nella parte in cui detta disposizioni volte a regolare il gioco d'azzardo attraverso previsioni atte a tutelare la salute dei consumatori. Tale provvedimento in quanto contenuto nei limiti della proporzionalità e della ragionevolezza risulta legittimo.

Alcune società successivamente ricorrono al Consiglio di Stato per l'annullamento della sentenza del TAR del Lazio. Tale ricorso viene accolto dal Consiglio di Stato, che dichiara la nullità della sentenza di primo grado e rimanda il giudizio al Tar competente.

Ma con sentenza n. 5176 del 13/06/2025, il Consiglio di Stato respinge definitivamente l'appello e conferma la sentenza impugnata: *“la circolare emessa dalla Regione Lazio nel 2023 per tutelare la salute pubblica introducendo vincoli e limitazioni agli esercenti che ospitano nei propri locali apparecchi per il gioco d'azzardo (Slot e VLT) è legittima”*.

3.1. La formazione del personale operante nelle sale da gioco

Un altro ambito importante, curato dalla normativa regionale, è rappresentato da iniziative di formazione al personale operante nelle sale da gioco. Ciò allo scopo di prevenire tra le persone maggiormente vulnerabili il comportamento di gioco compulsivo, per esempio facendo acquisire al personale operante nei siti di gioco d'azzardo la capacità di cogliere precocemente le situazioni di rischio.

La Regione Lazio ha previsto, inoltre, con l'art. 10 della succitata legge regionale del 2013, un piano integrato socio-sanitario per il contrasto al gioco d'azzardo, la prevenzione e la riduzione del rischio di sviluppo del DGA, articolato su più livelli:

- a) interventi di prevenzione, cura e trattamento del rischio della dipendenza dal gioco patologico, mediante iniziative e campagne di sensibilizzazione, educazione ed informazione rivolte, in particolare, ai giovani, attraverso il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche, delle associazioni familiari, delle aggregazioni giovanili e del Terzo settore;
- b) interventi di formazione, rivolti agli operatori dei servizi pubblici e della polizia locale, anche in modo coordinato con gli enti locali, le organizzazioni di volontariato e del Terzo settore;
- c) implementazione di un numero verde regionale, per fornire un primo servizio di ascolto, assistenza e consulenza per l'orientamento ai servizi;
- d) attività di progettazione territoriale socio-sanitaria sul fenomeno del gioco d'azzardo, in collaborazione con le ASL e gli enti locali, in coerenza con le attività realizzate a seguito dell'inserimento del DGA nei livelli essenziali delle prestazioni (LEA);
- e) predisposizione del materiale informativo sul DGA, in collaborazione con le associazioni di volontariato e con le organizzazioni del Terzo settore competenti;
- f) istituzione di un portale online, denominato "Osservatorio permanente online", con i seguenti obiettivi:
 1. divulgare informazioni scientifiche relative alle tematiche del DGA, con particolare attenzione agli approcci terapeutici e alle modalità di cura disponibili;
 2. fornire orientamento alle persone affette da dipendenza, indirizzandole verso istituzioni e operatori specializzati nel recupero, attivi a livello nazionale, regionale e locale;
 3. sviluppare strumenti e metodologie operative per:
 - rilevare e monitorare costantemente l'andamento del fenomeno, anche attraverso il web;
 - valutare l'efficacia e l'impatto delle politiche regionali, volte al contenimento del DGA;
 - definire e valutare strategie regionali di informazione e sensibilizzazione – rivolte in particolare ai giovani – coerenti con le politiche nazionali, comunitarie e con le buone prassi, in materia di prevenzione e contrasto alla dipendenza da gioco.

Per realizzare le azioni previste, la Regione – o i soggetti incaricati dell'attuazione del piano integrato – può stipulare convenzioni e accordi, tramite procedure ad evidenza pubblica, con enti locali, istituzioni scolastiche,

ASL, associazioni e organizzazioni di volontariato, nonché con altri enti pubblici o privati senza fini di lucro, purché in possesso di comprovate competenze nel campo del DGA.

Ad oggi, sono state realizzate la maggior parte delle azioni previste dai piani regionali biennali DGA, mentre altre sono ancora in fase di avvio (cfr. par. 5). Sono stati effettuati interventi di rilievo sia in ambito di prevenzione che di cura e riabilitazione e rafforzamento del sistema dei servizi, come descritto nel paragrafo successivo.

4. Le azioni di contrasto al DGA

4.1. Programmi di prevenzione

La Regione Lazio ha voluto dare grande importanza alla prevenzione, quale azione di contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo e allo sviluppo del DGA.

Negli ultimi anni, tra le esperienze più significative si segnala il progetto *Game Over*, che ha coinvolto numerosi istituti scolastici di istruzione secondaria di secondo grado presenti su tutto il territorio del Lazio. Gli interventi, assegnati tramite bando pubblico, sono stati affidati a diverse Aziende di Servizi alla Persona (ASP) operanti nelle cinque province della regione.

Le attività progettuali sono state rivolte non solo agli studenti, ma anche ai docenti e al personale scolastico nel suo complesso. Gli interventi si sono articolati in una serie di incontri strutturati, durante i quali i partecipanti, attraverso lavori di gruppo, momenti di confronto e discussione, hanno potuto approfondire la distinzione tra le diverse tipologie di gioco, con particolare riferimento alla classificazione proposta da Roger Caillois (1958; tr. it., 1995). In particolare, è stato posto l'accento sul gioco d'azzardo, analizzandone le implicazioni teoriche e pratiche.

Durante gli incontri, si è cercato di far comprendere come i diversi giochi possano attivare risposte emotive, cognitive e comportamentali diversificate. La discussione ha avuto l'obiettivo di stimolare il pensiero critico e sviluppare nei partecipanti la capacità di riconoscere precocemente i segnali di rischio legati allo sviluppo di comportamenti di dipendenza.

Il progetto ha previsto, inoltre, attività specificamente dedicate alle famiglie, con l'intento di promuovere consapevolezza, prevenzione e dialogo anche in ambito domestico.

4.2. Interventi di prossimità

Gli interventi di prossimità sono essenzialmente volti a realizzare un progetto di prevenzione universale, selettiva ed indicata, poiché si rivolge alla popolazione generale, alle persone che frequentano centri di aggregazione, compresi gli esercizi con offerta di gioco, con l'obiettivo di intercettare giocatori problematici o loro familiari, per un possibile invio al Ser.D. competente territorialmente.

Gli obiettivi del progetto sono:

- potenziare l'azione dei servizi sociosanitari, al fine di ampliare le opportunità di presa in carico e trattamento delle persone affette da DGA e/o da nuove forme di dipendenza comportamentale;
- attivare interventi di prossimità, su scala regionale, basati sulla metodologia dell'Auto Mutuo Aiuto e sull'impiego di Unità di strada, per intercettare precocemente situazioni di rischio e promuovere l'accesso ai servizi;
- rafforzare le reti collaborative tra i servizi pubblici territoriali e gli enti del Terzo Settore, per sviluppare un sistema integrato e coordinato di interventi e servizi a livello locale, volto a ottimizzare le risorse disponibili e a diversificare l'offerta di trattamento;
- realizzare una mappatura capillare delle risorse pubbliche e del Terzo Settore – sia formali che informali – presenti nei diversi territori, con l'obiettivo di conoscere e valorizzare il patrimonio di interventi già attivi;
- promuovere un'adeguata informazione ai cittadini circa i servizi disponibili, compresi i gruppi di Auto Mutuo Aiuto e le Unità di strada attivate sul territorio, utilizzando sia i canali tradizionali sia i social media, con il coinvolgimento diretto degli attori della rete locale, per rafforzare le azioni di prevenzione e contrasto del DGA.

Oltre due anni di esperienza hanno evidenziato sia buoni risultati che criticità.

I buoni risultati consistono nell'aver:

- raggiunto l'obiettivo di contattare un significativo numero di persone che possono aver acquisto, potenzialmente, qualche elemento di conoscenza suppletivo sul gioco d'azzardo e sui rischi di sviluppo della dipendenza;
- sensibilizzato un certo numero di persone, anche se difficilmente quantificabile, in diversi modi collegate a persone portatrici di DGA, e averli informati dell'esistenza di servizi preposti alla cura;
- avvicinato persone a rischio di sviluppo del disturbo o già affetti da dipendenza, che per l'occasione si sono rese disponibili a contattare i servizi o a partecipare ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto.

Le criticità sono sostanzialmente dovute al carattere sperimentale di tali interventi, fatto che ha richiesto ripetutamente delle revisioni *in itinere*.

Si tratta di strategie di intervento coraggiose perché innovative e sperimentali, in quanto prive di storia e non mutuabili dagli interventi delle unità di strada dedicate alle dipendenze da sostanze psicotrope.

Per quanto riguarda la cura e la riabilitazione, dal 2015, sia attraverso i fondi DGA del Ministero della Salute (legge di stabilità del 2016) sia grazie al fondo indistinto della Regione Lazio, i Ser.D., già carenti di risorse professionali e gravati da numerosi compiti istituzionali, in questi anni sono stati rinforzati attraverso l'acquisizione di nuovo personale, in modo da poter assolvere agli obblighi imposti dal DPCM del 12/01/2017 sui LEA, che stabilisce che il servizio pubblico debba garantire l'assistenza e la cura alle persone affette da DGA.

Sempre nell'ambito della cura e della riabilitazione, è in fase di avvio il progetto innovativo di realizzazione di una struttura residenziale specialistica, due centri diurni (di cui uno già funzionante) e una struttura per programmi residenziali modulari.

4.3. Formazione del personale

La Regione Lazio, con il piano DGA 2018-19, ha anche predisposto un programma quadriennale di formazione professionale, rivolto a tutti i professionisti dei servizi pubblici (Ser.D. e Servizi Sociali Comunali), del Privato Sociale Accreditato (Terzo settore) e del volontariato.

Il programma è attualmente nella sua fase conclusiva. Per quanto la pandemia abbia costretto a modifiche del calendario e ad attese, che hanno rallentato il percorso di formazione, tuttavia, le azioni formative sono state rilevanti.

Nello specifico, dal febbraio 2020 sono stati realizzati una serie di eventi in plenaria che hanno visto una massiccia partecipazione degli operatori dei servizi (anche grazie alla formazione a distanza, a cui si è stati costretti a causa del periodo pandemico). Per la formazione sono stati individuati esperti a livello nazionale e internazionale. La formazione, dal punto di vista metodologico, si è basata su numerosi eventi in plenaria, che hanno goduto di un'ampia partecipazione. I temi di carattere clinico, come la diagnosi e il trattamento, sono stati trattati, anche attraverso docenze territoriali (piccoli gruppi per ogni singola ASL del territorio regionale), sia affrontando l'uso degli strumenti diagnostici, sia illustrando i modelli di presa in carico e trattamento e, successivamente, sempre a livello territoriale, prevedendo cicli di supervisioni cliniche.

I temi trattati, oltre a fornire un quadro generale del fenomeno da più punti di vista, hanno riguardato sostanzialmente le varie fasi di un percorso di diagnosi e cura del DGA:

1. **Panoramica del fenomeno del gioco d'azzardo dal punto di vista epidemiologico e sociale** – In questa prima giornata sono stati presentati i dati epidemiologici, internazionali, nazionali e regionali sul DGA, sui Disturbi da uso di Sostanza (DUS) e sull'offerta dei servizi regionali. Sono state presentate, inoltre, analisi del fenomeno, inquadrandole nei contesti socio-economici attuali.
2. **Quadri clinici** – Tre giornate di formazione, a partire da un aggiornamento sul fenomeno, per fornire una puntuale panoramica di specifici quadri clinici riferiti al DUS e al DGA.
3. **Diagnosi** – Eventi formativi in plenaria, per una analisi della complessità della diagnosi e dell'*assessment* del DGA, per un confronto con il DUS, nonché per la presentazione del modello di valutazione diagnostica, con individuazione di aree e obiettivi di trattamento. Inoltre, sono state previste quattro giornate formative sull'approfondimento e l'addestramento all'uso di specifici strumenti diagnostici per il DGA e cicli di formazione territoriale.
4. **Trattamento** – Tre giornate in plenaria, in cui è stato introdotto il concetto del lavoro per obiettivi, con riferimento anche alle linee d'azione ministeriali sul DGA e sono stati descritti i più accreditati modelli di trattamento dell'*addiction*, con focus specifico sul DGA. Nell'ambito delle stesse giornate, sono state anche affrontate le maggiori criticità che gli operatori incontrano generalmente nel trattamento del DGA, con attenzione al lavoro di rete e ad alcune tecniche innovative. È stata, inoltre, posta l'attenzione sulle modalità d'intervento più efficaci, nei numerosi casi in cui il DGA funge da regolatore emotivo, sugli aspetti di specificità che caratterizzano le donne con DGA e sulle relative implicazioni in termini di trattamento. Infine, è stato previsto un momento di confronto tra le realtà maggiormente rappresentative dei vari modelli di trattamento residenziale specialistico del DGA, con sintesi degli elementi emersi maggiormente significativi.
5. Per quanto riguarda la diagnosi e il trattamento, il lavoro di formazione è stato effettuato anche a livello locale, attraverso la costituzione di gruppi di partecipanti nelle singole ASL del Lazio. Sono stati selezionati docenti per l'approfondimento e l'addestramento all'uso dei più importanti strumenti diagnostici e per l'*assessment* ed esperti per la supervisione clinica (5 supervisioni territoriali per ogni ASL).
6. **DGA (prevenzione, riduzione del rischio, psicoeducazione e supporto)** – Su questo tema, è stato organizzato un primo evento formativo in plenaria finalizzato a far conoscere agli operatori esperienze (a partire da quella pionieristica di Torino) e proposte dei rappresentanti degli Enti attuatori dei progetti di contrasto al gioco d'azzardo, interventi di prossimità (unità mobile), ma anche avvio di gruppi di Auto Mutuo Aiuto.

7. Un secondo evento sui modelli di prevenzione aveva la finalità di evidenziare i modelli d'intervento maggiormente efficaci, in grado di incidere sui fattori di rischio sia individuali che ambientali; di individuare le modalità maggiormente efficaci di intercettazione precoce del DGA e di effettuare un primo bilancio delle esperienze innovative territoriali avviate nella regione Lazio, finalizzate alla sensibilizzazione, alla prevenzione e alla intercettazione delle situazioni di rischio, allo scopo di evidenziarne le criticità e di proporre eventuali correttivi.
8. I gruppi di Auto Mutuo Aiuto – Una giornata dedicata alla conoscenza e al confronto delle numerose iniziative di Auto Mutuo Aiuto, in riferimento ai progetti di prevenzione del DGA previsti nel Piano Regionale per il contrasto al gioco d'azzardo, consistenti nella realizzazione progressiva di una rete di unità mobili, ma anche di gruppi di Auto Mutuo Aiuto che si integrino con le attività dei Ser.D., al fine di intercettare e far emergere il sommerso e orientarlo successivamente verso la presa in carico e il trattamento. L'obiettivo dell'iniziativa era quello di offrire ai Ser.D. e agli enti del Terzo settore ulteriori occasioni di confronto e spunti di riflessione, allo scopo di valorizzare al massimo la risorsa costituita dai gruppi di Auto Mutuo Aiuto, potenziale ponte tra la comunità e i servizi, a partire da esperienze consolidate anche in altre forme di disagio.
9. Presentazione della ricerca Network Analysis e georeferenziazione dei siti di gioco d'azzardo – Nell'ambito del programma regionale di formazione sul DGA "Competenze in Gioco" è stata attuata dalla Sapienza Università di Roma (Dipartimento di Scienze Statistiche e Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche) una ricerca per fornire un quadro accurato della struttura della rete dei servizi a diverso titolo coinvolti nella prevenzione o nel trattamento del DGA, rappresentata anche nella dimensione geospaziale del territorio regionale (cfr. Cap. 7). Inoltre, un'altra ricerca del DEP commissionata dalla Regione Lazio, con la georeferenziazione dei siti con offerta di gioco d'azzardo, ha completato ulteriormente il quadro. Tali ricerche sono finalizzate alla implementazione della rete dei servizi, attraverso la successiva realizzazione di ulteriori rapporti di collaborazione/integrazione tra i vari nodi della rete.
10. Rischi di sovraindebitamento e aspetti giuridico-patrimoniali – Giornata dedicata all'esame e alla riflessione su tale tema, con un'attenzione particolare alla conoscenza e all'uso degli strumenti disponibili, per supportare il paziente nella gestione degli aspetti giuridico-patrimoniali, utili talvolta ancor prima di quelli clinici.
11. Conferenza internazionale nella fase pressoché conclusiva del percorso di formazione, con la finalità di fornire un quadro aggiornato del fenomeno del DGA dal punto di vista clinico, analizzandone i fattori di sviluppo

e le diverse espressioni sintomatologiche e comportamentali, nonché le criticità relativamente alla intercettazione della domanda, alla diagnosi, al trattamento e al fenomeno del drop-out. Per tale importante occasione di approfondimento, ci si è avvalsi del know-how e del contributo dei massimi esperti a livello nazionale ed internazionale nell'ambito della ricerca e del trattamento del DGA (tra i tanti, a titolo di esempio: Prof. Gaetano di Chiara, professore emerito dell'Università di Cagliari; Prof. Mark Potenza, Università di Yale, USA; Prof. Robert Ladouceur, Università Laval, Quebec, Canada; Prof.ssa Lia Nower, Center for Gambling, New York).

12. L'ultima e maggiormente significativa azione formativa e di sistema è stata rappresentata dalla organizzazione di gruppi di lavoro finalizzati alla discussione/condivisione/revisione di una ipotesi di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), con il coinvolgimento dei rappresentanti dei Servizi per le dipendenze delle 10 ASL del Lazio (referenti ASL per il DGA individuati nella fase iniziale del percorso formativo) e di quelli afferenti al Terzo Settore. Per tale importante iniziativa ci si è avvalsi del supporto metodologico della Sapienza Università di Roma.

Il PDTA del DGA, oltre a rappresentare un importante riferimento metodologico e procedurale per tutti gli operatori di tutte le categorie professionali coinvolte nel processo diagnostico e di cura, costituisce conseguentemente l'occasione per ridurre l'eterogeneità degli interventi, che fino ad oggi ha caratterizzato i servizi del Lazio, indubbiamente indotta dalla carenza di risorse umane, che in molti casi ha costretto i servizi ad adattarsi anche a livelli minimi di qualità, pur di offrire a tutti una risposta. A titolo di esempio, se un percorso di psicoterapia o di sostegno richiederebbe incontri con frequenza settimanale, in molti casi l'enorme divario tra risorse disponibili e numero di pazienti in carico costringe ad una frequenza bisettimanale e non di rado mensile, con intuibili conseguenze negative, come l'abbandono del programma. Il PDTA del DGA tiene conto anche di questo aspetto, mirando ad un livello minimo di appropriatezza degli interventi (basati sulle evidenze e sul consenso della comunità scientifica), privilegiando la qualità attraverso il lavoro di squadra e il rispetto di tutte le fasi essenziali che scandiscono il percorso, dall'*Intake* all'*Outcome* e al *Follow Up*.

Il PDTA deve necessariamente basarsi sia sul lavoro di un'équipe integrata, che adatti in modo personalizzato gli interventi ai bisogni del paziente e dei familiari, sia di collaborazioni flessibili con servizi sanitari e sociali, pubblici e privati.

Nel percorso sono coinvolti sia i giocatori sia i loro familiari, la cui partecipazione è fondamentale per l'efficacia del trattamento. È prevista anche consulenza o supporto psicologico ai soli familiari quando il paziente non è pronto ad accettare aiuto.

4.4. Le fasi del PDTA del DGA

4.4.1. Intake

L'*intake* è il primo contatto del giocatore o dei familiari con il servizio, momento cruciale perché influenza la scelta di proseguire o meno il percorso terapeutico. La qualità dell'accoglienza, delle domande e delle spiegazioni offerte dagli operatori può incidere sull'intero trattamento. Il personale addetto (infermiere, assistente sociale, possibilmente psicologo) deve essere formato, empatico, sensibile e capace di ascoltare e decodificare le richieste. L'accesso al servizio può avvenire direttamente o su appuntamento tramite PUA (Punto Unico di Accesso), numero verde o portale ASL.

4.4.2. Assessment

L'*assessment* è la fase di esplorazione della persona e della sua situazione, finalizzata a: formulare la diagnosi; individuare problematiche, vulnerabilità e obiettivi di trattamento; rilevare risorse personali utili al cambiamento. In ottica multidisciplinare, l'équipe raccoglie dati per inquadrare il caso, valutare la presenza di altri disturbi e definire il livello di gravità. L'*assessment* si conclude con la discussione in équipe della valutazione multidisciplinare, l'individuazione del case manager, la restituzione al paziente/familiare dei risultati e la definizione condivisa dei primi obiettivi terapeutici. Segue la stesura del piano di trattamento per consolidare l'alleanza terapeutica.

La presa in carico può riguardare il giocatore, i familiari o entrambi. La fase richiede da 3 a 6 colloqui, a seconda della complessità, e comprende la compilazione della cartella clinica informatizzata con tutti gli elementi raccolti.

Oltre al colloquio clinico, i principali strumenti per l'inquadramento diagnostico del DGA sono il DSM-5/DSM-5-TR e il SOGS – South Oaks Gambling Screen (Lesieur e Blume, 1987), per individuare comportamenti problematici correlati al gioco d'azzardo.

Per un *assessment* specifico sul gioco d'azzardo sono raccomandati alcuni questionari per l'individuazione delle variabili individuali coinvolte nello sviluppo del disturbo, come il GPQ (*Gambling Pathways Questionnaire*; Nower e Blaszczynski, 2017; validazione italiana di Primi *et al.*, 2022) per individuare la tipologia di giocatori; il GRCS (*Gambling Related Cognition Scale*; Raylu e Oei, 2004) per esplorare le distorsioni cognitive; il BIS-II (*Barratt Impulsiveness Scale-II*, Patton, Stanford, Barratt, 1995; adatt. italiano di Fosati *et al.*, 2001) per valutare il ruolo dell'impulsività. Naturalmente, esistono altri strumenti utili per indagare, ove necessario, altre variabili o per effettua-

re approfondimenti ulteriori, in base a quanto emerso nella fase di esplorazione delle varie aree:

Test neurocognitivi:

- Test delle parole di Rey (Versione di Caltagirone *et al.*, 1995 e di Carlesimo *et al.*, 1995 e 1996), per la valutazione della memoria verbale;
- *Double Barrage* (Zazzo e Stambach, 1964), per la valutazione della capacità di attenzione spaziale e selettiva;
- *Stroop* ridotto, per la valutazione dell'attenzione selettiva (Caffarra *et al.*, 2002).

Test psicologici/di personalità:

- MMPI-2 (Hathaway e McKinley, 1997), un test clinico di valutazione della personalità;
- IGT (*Iowa Gambling Task*, Bechara *et al.*, 1994) valuta la competenza di *decision making*;
- ANPS (*Affective, Neuroscience Personality Scale*; Davis e Panksepp, 2011) esplora i tratti di personalità emotiva.

Test Psichiatrici/medici:

- valutazione psichiatrica per comorbidità;
- esami ematochimici e screening infettivologico.

Tuttavia, le équipes dovrebbero usare un set limitato di strumenti, integrando valutazioni aggiuntive, solo se necessario in base al caso. L'*assessment* è finalizzato alla definizione del piano terapeutico individuale (PTI): Il PTI viene elaborato dall'équipe sulla base dei risultati dell'*assessment*, rivolto al giocatore e, se opportuno, anche ai familiari. La composizione dell'équipe varia in base alla complessità del caso: presenza di comorbidità psichiatrica (collaborazione tra Ser.D. e Salute Mentale), Ambulatorio dedicato e Servizi di Salute Mentale; possibili integrazioni con Terzo settore, associazioni di volontariato (es. gruppi di Auto Mutuo Aiuto, supporto per sovraindebitamento), Servizi Sociali comunali.

Il programma è strutturato con obiettivi a breve, medio e lungo termine, in base alle risorse del paziente e della famiglia, alla complessità del disturbo e della situazione familiare, al grado di motivazione del paziente, al significato che il gioco d'azzardo ha assunto nella sua vita.

4.4.3. Il trattamento

Gli obiettivi del trattamento sono essenzialmente la riduzione o cessazione del gioco d'azzardo, attraverso il miglioramento dei sintomi, delle relazioni familiari/sociali, dell'autonomia e della qualità di vita. Il DGA ha origini multifattoriali (genetiche, psicologiche, ambientali, familiari; cfr. Cap. 1) e

richiede pertanto un approccio integrato rivolto al paziente e quando possibile anche ai familiari. La psicoterapia è centrale, ma può essere affiancata da terapia farmacologica, da gruppi di Auto Mutuo Aiuto, consulenze legali/finanziarie e programmi multifamiliari, a seconda delle esigenze.

Le attività di trattamento possono, pertanto, essere costituite da colloqui motivazionali e di sostegno, da psicoterapia individuale o di gruppo, dalla terapia farmacologica, dal supporto economico, legale e sociale, dal coinvolgimento dei familiari, da interventi per la comorbidità (altre dipendenze, disturbi psichiatrici). Nei casi più complessi, si può considerare anche la possibilità di inserimento in programmi residenziali o semiresidenziali.

L'équipe deve essere necessariamente multidisciplinare ed è costituita dallo psicologo/psicoterapeuta, dallo psichiatra, dall'assistente sociale, dall'infermiere, dall'educatore o dal tecnico della riabilitazione psichiatrica (TERP).

La psicoterapia individuale

Il trattamento principale per il DGA è la psicoterapia individuale, in particolare quella cognitivo-comportamentale (CBT – Cognitive Behavioral Therapy), considerata la più efficace e studiata. Tuttavia, anche altri approcci (umanistico, sistemico-relazionale, psicodinamico, centrato sulla regolazione emotiva) possono essere validi.

La qualità della relazione terapeutica rimane comunque l'elemento più importante.

La CBT risulta ancora più efficace se integrata con un intervento motivazionale (Miller e Rollnick, 1994), utile per ridurre le resistenze e l'ambivalenza del paziente.

Questa terapia è generalmente breve e strutturata, con obiettivi chiari, esercizi pratici e tecniche mirate a modificare le distorsioni cognitive legate al gioco (come la percezione errata delle probabilità di vincita).

La CBT può essere integrata con tecniche moderne come Mindfulness, EMDR (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari) e DBT (Terapia Dialettico Comportamentale), anche se la loro applicazione dipende dalle risorse disponibili. Ciò che conta è offrire un trattamento scientificamente riconosciuto e una solida presa in carico.

Infine, i gruppi terapeutici rappresentano un complemento importante, sia per la loro efficacia che per l'ottimizzazione delle risorse. Possono essere gruppi psicoterapeutici, di sostegno, informativi-motivazionali o di Auto Mutuo Aiuto.

La psicoterapia, individuale o di gruppo, viene condotta da uno psicoterapeuta qualificato. Gli interventi di supporto sociale ed educativo possono essere inclusi nel programma terapeutico individuale per persone con DGA,

soprattutto in presenza di problemi economici o di sovraindebitamento. Essi comprendono: il monitoraggio e la gestione del denaro, la protezione sociale (es. amministratore di sostegno), il supporto per debiti illegali tramite le Fondazioni Antiusura, l'accompagnamento al lavoro e l'invio ai servizi sociali o alle associazioni del territorio.

Questi interventi sono coordinati dall'assistente sociale, in collaborazione con altri operatori e con la rete territoriale.

La terapia farmacologica

Il DGA è una dipendenza comportamentale per la quale non esistono terapie farmacologiche specifiche. Tuttavia, nei trattamenti integrati possono essere utilizzati farmaci per gestire sintomi associati, come ansia e depressione, soprattutto in presenza di comorbidità psichiatrica.

La terapia farmacologica è di competenza del medico psichiatra.

Trattamento della comorbidità psichiatrica

Il DGA è spesso associato a disturbi psichiatrici o ad altre *addiction* (come l'uso di cocaina, cannabis o alcol).

In questi casi, la valutazione e il trattamento devono coinvolgere il medico psichiatra e avvenire in équipe multidisciplinare, in collaborazione con i servizi di salute mentale territoriali (es. Centri di Salute Mentale – CSM).

Il coinvolgimento del CSM può avvenire come consulenza, valutazione congiunta o coordinamento con trattamenti già in corso.

Il lavoro di rete tra i vari servizi è considerato fondamentale per la gestione dei casi complessi.

Tali interventi sono effettuati e coordinati dal medico psichiatra.

Il trattamento del DGA negli adolescenti

Le più recenti ricerche (Pacifici *et al.*, 2019; Biagioni, Fizzarotti, Molinaro, a cura di, 2025) mostrano che gli adolescenti presentano una propensione al gioco d'azzardo problematico superiore rispetto agli adulti: in Italia circa 700.000 minori risultano coinvolti, nonostante il divieto legale (cfr. Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026).

Oltre ai giochi tradizionali, assumono rilievo il gaming con componenti d'azzardo (acquisti in denaro reale di oggetti virtuali generati casualmente) e l'influenza dei social media, che spesso promuovono il gioco d'azzardo.

Il rischio di sviluppare un comportamento di gioco problematico aumenta in presenza di fattori di vulnerabilità quali:

- genitori giocatori;
- uso di sostanze o alcol;
- traumi, trascuratezza o abusi;
- disturbi emotivi (ansia, depressione, ADHD);
- difficoltà di coping, socializzazione o isolamento.

Non esistono protocolli specifici per adolescenti; i trattamenti sono adattamenti di quelli per adulti, con strumenti di valutazione dedicati (es. SOGS-RA).

Il piano terapeutico deve considerare le vulnerabilità individuali e prevedere un coinvolgimento attivo della famiglia, considerato essenziale.

Come per gli adulti, è indicata la terapia cognitivo-comportamentale breve, preceduta da un colloquio motivazionale per superare l'ambivalenza.

Alcuni studi suggeriscono l'efficacia anche del feedback personalizzato nel correggere le credenze errate legate al gioco d'azzardo.

Gli interventi di tutoraggio economico

Questo tipo di interventi aiuta le persone con DGA a ricostruire la propria situazione finanziaria e ad apprendere strategie per una gestione corretta del denaro personale o familiare.

In presenza di debiti da gioco, servono a pianificare il pagamento e a prevenire l'usura.

L'obiettivo principale è ristabilire un rapporto equilibrato con il denaro e modificare le abitudini economiche disfunzionali.

Questi interventi, parte integrante del programma terapeutico, coinvolgono, quando possibile, anche i familiari e sono coordinati dall'assistente sociale e/o dall'educatore, in accordo con l'équipe.

Nei casi gravi di sovraindebitamento, in cui il paziente presenta anche sintomi ansioso-depressivi o ideazione suicidaria, è necessario affiancare al supporto psicologico delle consulenze fiscali e legali per la gestione del debito. Il servizio di cura può collaborare con associazioni specializzate nel settore, le quali, insieme al Ser.D., valutano la possibilità di avviare la procedura di ristrutturazione debitoria, prevista dal d.lgs. 14/2019.

Nella regione Lazio, tali consulenze sono garantite da Associazioni e Fondazioni iscritte in un apposito Albo regionale.

Gli interventi sono coordinati dall'assistente sociale e/o dall'educatore, in accordo con l'équipe multidisciplinare.

La Regione Lazio ha promosso progetti affidati a enti del Terzo Settore per la prevenzione e sensibilizzazione sul gioco d'azzardo e le sue conseguenze.

Tra le attività previste vi è l'attivazione di gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA), destinati a giocatori problematici o a rischio, individuati attraverso interventi di prossimità.

Questi gruppi fungono da ponte tra il territorio e i servizi di cura: i Ser.D. possono inviarvi pazienti che rifiutano o interrompono il trattamento pubblico, oppure persone in fase di *after care* o che necessitano di supporto per prevenire ricadute.

I gruppi di Auto Mutuo Aiuto rappresentano, quindi, una parte integrante del programma terapeutico, richiedendo un costante raccordo tra servizi pubblici, enti del Terzo settore e associazioni di volontariato.

Nel Lazio, tali gruppi si affiancano ai già noti Giocatori Anonimi (GA).

Interventi personalizzati per le donne con DGA

La letteratura scientifica evidenzia differenze di genere nel gioco d'azzardo riguardo a preferenze di gioco, età di esordio, motivazioni e comorbidità psicopatologiche.

Le donne giocatrici presentano spesso vissuti traumatici (molestie, violenze), passività nelle relazioni affettive e utilizzano il gioco come strumento di regolazione emotiva.

Rispetto agli uomini, sperimentano un maggiore stigma sociale e una forte vergogna, fattore che può ostacolare l'accesso ai servizi di cura.

In fase di *assessment* e trattamento, è quindi fondamentale prevedere interventi personalizzati, come la creazione di setting protetti (es. gruppi riservati alle donne) e l'attivazione di percorsi mirati allo sviluppo dell'assertività.

5. Iniziative in fase di avvio

La Regione Lazio, con gli ultimi Piani regionali DGA (2022, 2023, 2024), prosegue nella erogazione di risorse, con i seguenti obiettivi:

- estensione degli interventi di prevenzione selettiva presso gli istituti scolastici secondari di secondo grado sull'intero territorio regionale;
- consolidamento delle azioni di informazione, sensibilizzazione sui rischi del gioco d'azzardo, intercettazione precoce delle situazioni di rischio o di DGA conclamato, campagne informative e di sensibilizzazione rivolte alle fasce giovanili della popolazione, anche attraverso social network sites;
- rafforzamento dei Ser.D., attraverso l'acquisizione di personale;
- potenziamento della rete dei servizi, attraverso la realizzazione di strutture residenziali e semiresidenziali specialistiche per il DGA.

Inoltre, mentre si sta procedendo alla formalizzazione del PDTA per il DGA – forse il più importante risultato del programma quadriennale di formazione, che ha coinvolto tutti i servizi pubblici e privati (accreditati) del Lazio –, è in fase di avvio la realizzazione di un Centro Regionale di Riferi-

mento per il DGA, attraverso il potenziamento dell'Ambulatorio Specialistico della ASL Roma 1, sito in via dei Frentani 6, nel cuore di Roma e attivo da circa 16 anni, a cui afferisce un elevato numero di utenti, anche grazie alla ormai consolidata qualità dell'offerta (cfr. Cap. 10).

Il Centro Regionale di Riferimento avrà il compito di:

- garantire un trattamento integrato, personalizzato e di qualità a persone affette da DGA;
- monitorare il fenomeno DGA a livello regionale, in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP);
- supportare da un punto di vista tecnico-scientifico gli uffici della Regione Lazio preposti al coordinamento e alla programmazione delle iniziative in ambito DGA e dipendenze comportamentali, nonché alla valutazione dei risultati degli interventi attuati;
- costituire un polo di riferimento per tutti i servizi del territorio regionale per consulenze di secondo livello e per iniziative formative e di aggiornamento sia periodiche che on demand;
- promuovere o collaborare a progetti di ricerca sul DGA e sulle altre dipendenze comportamentali;
- monitorare l'applicazione del PDTA del DGA.

6. Conclusioni

In questi ultimi anni, la Regione Lazio ha messo in campo, non senza difficoltà, risorse rilevanti per il contrasto alla diffusione del DGA, che hanno garantito da una parte la sopravvivenza dei Ser.D. e dall'altra di sviluppare e realizzare iniziative volte sia a formare le nuove generazioni di professionisti, sia a far fronte alle continue sfide – che fanno capo alle molte facce della dipendenza patologica, che evolve e muta –, in particolare all'aumento esponenziale delle dipendenze da nuove sostanze psicoattive e delle dipendenze comportamentali, sia, infine, per definire percorsi di diagnosi e cura tali da poter garantire appropriatezza ed omogeneità degli interventi.

Ma ha anche avviato, come già accennato, iniziative importanti volte a rafforzare il sistema dei servizi, implementandolo attraverso la realizzazione di strutture riabilitative specialistiche per il DGA (attualmente si è costretti spesso a rivolgersi a strutture di altre regioni) e di un Centro Regionale di Riferimento per il DGA.

Si consideri che tutte queste azioni sono state pensate, progettate e realizzate in un contesto caratterizzato, sia a livello nazionale che locale, da politiche contraddittorie, in cui ci si deve destreggiare tra il diritto delle persone

allo svago, delle imprese a trarne profitto e quello imprescindibile alla tutela della salute collettiva.

Gli sforzi dei professionisti delle dipendenze, sia del servizio pubblico che del privato accreditato e del volontariato, la loro competenza e professionalità, le risorse e i progetti messi in campo dalla Regione sono notevoli, ma spesso si ha la sensazione di svuotare il mare con un secchio, dal momento che: l'industria del gioco d'azzardo è tra le più potenti (forse al punto da influenzare anche i governi); la costante disponibilità della rete e degli smartphone ha fatto sì che il gioco d'azzardo online abbia superato, in quanto a spesa, quello fisico; le leggi varate, che negli ultimi anni hanno rappresentato un argine al crescente fenomeno del gioco d'azzardo, oggi sembrano del tutto disattese (ad esempio, il divieto di pubblicità del gioco d'azzardo, sancito dal d.l. n. 87 del 12/07/2018).

Infine, come ricostruito nel capitolo precedente, la legge di bilancio 2025, con la cancellazione dell'*Osservatorio nazionale per il contrasto al gioco d'azzardo e al fenomeno della dipendenza grave*, induce preoccupazione tra quanti lavorano nella prevenzione, nella cura e nella riabilitazione delle persone affette da DGA. La preoccupazione nasce dalla difficoltà a comprendere perché in un sistema sanitario, con molteplici carenze, sia stato necessario sopprimere un organismo consultivo del Ministro della Salute, che ha dimostrato di funzionare sia nella disamina e valutazione dei piani regionali DGA sia nella produzione di "Linee d'Azione per la cura e la riabilitazione delle persone affette da DGA", che, sebbene siano da aggiornare (il lavoro di aggiornamento era in corso al momento della cessazione dell'Osservatorio), costituiscono il riferimento per coloro che lavorano nei Ser.D. e nel privato sociale accreditato. E non si comprende le ragioni per cui, contraddittoriamente, nel nuovo organismo sostitutivo, che fa capo al Dipartimento delle Politiche Antidroga, debba far parte il Ministero del Made in Italy, oltre al Ministero della Economia e Finanze.

Prendendo atto, con sollievo, che, sebbene in misura ridotta, il fondo destinato al DGA continui ad essere erogato, è possibile constatare come il perseverare delle iniziative di educazione alla salute, di prevenzione universale, selettiva ed indicata, unitamente agli interventi di sensibilizzazione e di rafforzamento del sistema di cura, siano in grado di favorire, nel tempo, una maggiore conoscenza del problema, fino alla riduzione dello stigma sociale, che ostacola l'accesso alla cura, e di promuovere una maggiore sensibilità anche da parte dei giovani. In altre parole, si tratta di un sistema consolidato di azioni capaci di avviare una sorta di evoluzione culturale riguardo al tema dell'azzardo.

Infine, si confida nella possibilità di una maggiore consapevolezza, da parte dei governi, del fatto che i costi sociali del problema di salute pub-

blica rappresentato dal fenomeno del gioco d'azzardo, nella sua espressione patologica, potrebbero essere superiori alle entrate erariali a favore dello Stato (cfr. Cap. 2).

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, APA; tr. it., *DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.
- Arias-Carrión, O., Stamelou, M., Murillo-Rodríguez, E., Menéndez-González, M., Pöppel, E. (2010). Dopaminergic reward system: a short integrative review. *Int Arch Med.*, 6, 3-24. doi: 10.1186/1755-7682-3-24. PMID: 20925949; PMCID: PMC2958859
- Bechara, A., Damásio, A.R., Damásio, H., Anderson, S.W. (1994), Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50 (1-3), 7-15. doi: 10.1016/0010-0277(94)90018-3
- Biagioni, S., Fizzarotti, C., Molinaro, S. (a cura di) (2023), *Navigare il Futuro: dipendenze, comportamenti e stili di vita tra gli studenti italiani. Rapporto di Ricerca sulla diffusione dei comportamenti a rischio fra gli studenti delle scuole superiori di secondo grado*, Pisa, Istituto di Fisiologia Clinica – CNR. www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2025/03/ESPAD_2023_FINALE.pdf
- Biagioni, S., Fizzarotti, C., Molinaro, S. (a cura di) (2025), *Sotto la superficie – Le nuove sfide dell'adolescenza tra rischi e quotidianità. Rapporto di Ricerca sulla diffusione dei comportamenti a rischio fra gli studenti delle scuole superiori di secondo grado*, Pisa, Istituto di Fisiologia Clinica – CNR. www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2025/09/ESPAD_2024_Final-compresso.pdf
- Caffarra, P., Vezzadini, G., Dieci, F., Zonato, F., Venneri, A. (2002), Una versione abbreviata del test di Stroop: Dati normativi nella popolazione Italiana. *Nuova Rivista di Neurologia*, 12(4), 111-115.
- Caillois, R. (1958), *Les jeux et les hommes: le masque et le vertige*, Gallimard, Parigi; tr. it., *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Bompiani, Milano, 1995.
- Caltagirone, C., Gainotti, G., Carlesimo, G.A., Parnetti, L. (1995). Batteria per la valutazione del deterioramento mentale: I. Descrizione di uno strumento di diagnosi neuropsicologica [The Mental Deterioration Battery: I. Description of a neuropsychological diagnostic instrument]. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 56(4), 461-470.
- Clark, L., Lawrence, A.J., Astley-Jones, F., Gray, N. (2009), Gambling near-misses enhance motivation to gamble and recruit win-related brain circuitry. *Neuron*, 61(3), 481-90. doi: 10.1016/j.neuron.2008.12.031.
- Dąbrowska, K., Wiczorek, Ł. (2020), Perceived social stigmatisation of gambling disorders and coping with stigma. *Nordisk Alkohol Nark*, 37(3), 279-297. doi: 10.1177/1455072520902342.
- Davis, K.L., Panksepp, J. (2011), The brain's emotional foundations of human personality and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Neurosci Biobehav Rev.*, 35(9), 1946-1958. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.04.004.

- DEP – Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale – Regione Lazio (2025), *Relazione sul fenomeno delle Dipendenze nel Lazio. Dati relativi all'anno 2024*. <https://deplazio.it/images/PDF/dipendenze/RapportoDipendenze2025.pdf>
- Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1997) *MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*, Firenze, Organizzazioni Special.
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1987), *South Oaks Gambling Screen (SOGS)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t03938-000>
- Luppi, C., Molinaro, S. (a cura di) (2024), *Cicatrici da lockdown. Stili di vita, consumi a rischio e nuove normalità nell'Italia post pandemica*, Pisa, Istituto di Fisiologia Clinica – CNR. https://iris.cnr.it/retrieve/86ea2d79-4c95-438e-a898-c8f230276b9e/Cicatrici%20da%20lockdown_IPSAD%202022_2.0.pdf
- MacLaren, V.V., Fugelsang, J.A., Harrigan, K.A., Dixon, M.J. (2012), Effects of impulsivity, reinforcement sensitivity, and cognitive style on pathological gambling symptoms among frequent slot machine players. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 390-394. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.044>
- Mauceri, S., Di Censi, L. (a cura di) (2026), *Il lato oscuro del gioco. Un'indagine sui rischi associati a gambling, gaming e altre pratiche ludiche in età adolescenziale*, Milano, FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/1532>
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1994), *Il Colloquio Motivazionale*, Trento, Erickson.
- Murch, W.S., Clark, L. (2021), Understanding the slot machine zone. *Current Addiction Reports*, 8, 214-217. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00371-x>
- Nower, L., Blaszczynski, A. (2017), Development and validation of the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). *Psychol Addict Behav.*, 31(1), 95-109. doi: 10.1037/adb0000234.
- Patton, J.M., Stanford, M.S., Barratt, E.S. (1995), Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Pacifici, R., Mastrobattista, L., Minutillo, A., Mortali, C. (a cura di) (2019). Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato, iii, 176 p. *Rapporti ISTISAN 19/28*-ISS-Istituto Superiore di Sanità.
- Primi, C., Donati, M.A., Casciani, O., De Luca, O., Capitanucci, D., Smaniotto, R., Cabrini, S., Avanzi, M., Fiorin, A., Bellio, G., Giachero, L., Baseline, A., Iozzi, A., Iraci Sareri, G., Nower, L. (2022), Measuring the pathways model through the Gambling Pathways Questionnaire: the psychometric properties of the Italian version. *International Gambling Studies*, 22(2), 263-281. doi: 10.1080/14459795.2022.2077975
- Raylu, N., Oei, T.P. (2004), The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99, 757-769.
- Shao, R., Read, J., Behrens, T.E., Rogers, R.D. (2013), Shifts in reinforcement signalling while playing slot-machines as a function of prior experience and impulsivity. *Translational Psychiatry*, 3(1). www.nature.com/articles/tp2012134.pdf
- Schüll, N.D. (2012), *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*, New Jersey, Princeton University Press; tr. it., *Architetture dell'azzardo. Progettare il gioco, costruire la dipendenza*, Roma, Luca Sossella Edizioni, 2015.

- Suurvali, H., Hodgins, D.C., Cunningham, J.A. (2010), Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *J. Gambl. Stud.*, 26(1), 1-33. doi: 10.1007/s10899-009-9151-y
- Tani, F., Ilari, A. (2016), *La spirale del gioco. Il gioco d'azzardo da attività ludica a patologia*, Firenze, Firenze University Press.
- Zazzo, R., Stamback, M. (1964). *Le test des deux barrages: Une épreuve de pointillage*, Delachaux e Niestlé, Neuchâtel, 1964.

5. Un progetto di indagine misto sul sistema dei servizi dedicati al contrasto del disturbo da gioco d'azzardo nella regione Lazio: il disegno di ricerca

di Sergio Mauceri

1. Introduzione

Se i primi quattro capitoli hanno contribuito a tratteggiare precisamente la multidimensionalità e la multifattorialità del disturbo da gioco d'azzardo (DGA), a ricostruire i fattori normativi ed economici che regolano il mercato del gioco d'azzardo e a ricostruire le strategie di contrasto al DGA in Italia e, più specificatamente, nella regione Lazio, obiettivo del presente capitolo è restituire l'inquadramento metodologico del Progetto di Ateneo, realizzato da un'équipe multidisciplinare di docenti e ricercatori della Sapienza Università di Roma. In particolare, dopo aver esplicitato gli interrogativi di ricerca ai quali intendeva rispondere e il contesto di indagine, si specificherà l'approccio metodologico adottato, le fasi procedurali in cui è stato articolato il disegno di ricerca e gli strumenti di raccolta delle informazioni.

Preme precisare che, in realtà, il Progetto di Ateneo, finanziato alla fine del 2022¹, prevedeva due percorsi di indagine paralleli, il primo dei quali, focalizzato su un'indagine centrata sui rischi associati al gambling e ad altre attività ludiche in età adolescenziale nella regione Lazio, è stato oggetto di una ulteriore pubblicazione con la FrancoAngeli, disponibile anch'essa in Open Access (Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026). Il presente volume, pertanto, raccoglie e discute esclusivamente i risultati del secondo indirizzo di ricerca, con un'importante incursione in un precedente progetto di ricerca, commissionato, alla fine del 2021, dalla ASL Roma 1 della Regione Lazio al Dipartimento di Scienze Statistiche e al Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Sapienza Università di Roma, che ha consentito di completare il quadro dei risultati di ricerca (cfr. par. 2.4.2).

1. Il progetto è stato finanziato dal MUR nel 2022, come grande Progetto di Ateneo, con un importo di 61.290,08 euro, di cui 23.890,08 euro destinati ad Assegno di ricerca.

2. Obiettivi dell'indagine

L'analisi della letteratura scientifica degli ultimi anni sul DGA, tracciata nei capitoli precedenti, pone in evidenza la complessità dei bisogni di cura e di contenimento della diffusione del fenomeno, particolarmente favorita dall'espansione del mercato del gambling. In particolare, il disturbo, come anche il gioco problematico – analizzato nella prima parte del progetto (Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026) –, costituiscono l'esito di determinanti e forme di vulnerabilità multifattoriali, di natura psicologica, sociale, culturale e ambientale. Le evidenze empiriche e cliniche ricostruiscono le conseguenze estremamente disfunzionali che il DGA può avere sulla salute mentale e fisica, sul tessuto di relazioni sociali, sull'assolvimento degli impegni scolastici/lavorativi, nonché sulla situazione finanziaria di chi ne è portatore. Come è stato già ricostruito, diversi studi confermano, inoltre, il rischio di comorbidità, ovvero l'associazione del DGA con diversi altri disturbi psichiatrici, come le dipendenze da alcool e da altre sostanze psicotrope, come anche disturbi d'ansia, dell'umore e del controllo degli impulsi (cfr. Cap. 1).

A fronte di una domanda crescente di trattamenti riabilitativi, nel corso degli anni si è sviluppato un repertorio di strategie, metodologie e strumenti sempre più efficaci, di cui i clinici e gli operatori sociali possono disporre per contrastare il disturbo stesso, sia nel momento dello screening e della diagnosi sia in quello del trattamento e del follow-up dei pazienti.

Tuttavia, a fronte di un'ascesa del fenomeno, si registrano ancora numerose barriere, soprattutto legate a dinamiche di stigmatizzazione sociale, che limitano e rendono troppo contenuta la percentuale di persone con DGA che ricorrono alle cure specialistiche, accedendo ai servizi deputati al trattamento del disturbo. Questo disallineamento tra portata del fenomeno e incidenza delle persone trattate o in trattamento è stato registrato anche nella regione Lazio, ambito di specifica attenzione all'interno del presente progetto di ricerca (Camposeragna *et al.*, a cura di, 2024).

Alla luce di questo scenario, occorrerebbe incentivare l'impegno, soprattutto dei legislatori e dei decisori pubblici, a sostenere il lavoro prestato dai servizi e dai progetti dedicati al contrasto del DGA e a limitare l'ascesa del mercato del gioco d'azzardo.

Purtroppo, come è stato evidenziato nelle sezioni precedenti del volume (cfr. Capp. 2 e 4), la recente approvazione della legge di bilancio dello Stato 2025 – con la soppressione dell'*Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla dipendenza grave* e del fondo ministeriale a supporto dei programmi delle Regioni per la prevenzione, la cura e l'assistenza del DGA – sembra far virare la situazione in tutt'altra direzione, prospettando un radicale ridimensionamento dei finanziamenti concessi, come anche il confinamento

all'oblio delle preziose indicazioni operative fornite ai Programmi regionali, a partire dal 2016, dall'Osservatorio (Fiasco, 2024).

Come ricostruibile dalle esperienze di ricerca documentate in letteratura, il DGA può essere indagato da numerose prospettive (clinica, psicologica, economica, sociologica) e avvalendosi di approcci di ricerca differenziati, in funzione degli interrogativi di ricerca che possono essere stipulati, nel momento in cui si assuma il riferimento alla specifica categoria dei soggetti dediti a un ricorso compulsivo e ossessivo al gambling per riferirsi alla condizione di chi vive in una condizione di particolare vulnerabilità dal punto di vista psicologico, economico e socio-relazionale. Le persone con DGA, in funzione della loro dipendenza da gioco d'azzardo, sono infatti soggette a una serie di conseguenze negative, di intensità variabile in funzione della gravità del disturbo, sotto il profilo del deterioramento della salute mentale, dell'indebitamento economico, dell'indebolimento dei legami sociali (cfr. Cap. 1). Considerato il difficile coinvolgimento in un percorso di indagine delle persone dedite al gioco d'azzardo patologico e l'impegno di ricerca devoluto nel primo filone di ricerca che faceva capo al Progetto d'Ateneo nel ricostruire l'eziologia del gioco problematico in età adolescenziale (Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026), in questa sezione dell'indagine si è scelto di destinare una specifica attenzione alla varietà dei servizi deputati a curare e a supportare le persone che soffrono di DGA, o che si muovono nell'ottica di contrastare la diffusione del disturbo nella popolazione, attraverso opportune strategie di prevenzione.

Il focus di attenzione di questa indagine, che assume una prospettiva sociologica, è costituito dall'insieme dei servizi di contrasto al DGA nella regione Lazio, nell'ottica di descrivere e monitorare come a fronte di una varietà di obiettivi possibili, si attivino modalità operative differenziate, dal punto di vista dei modelli organizzativi, delle attività messe in campo, delle professionalità impiegate, della attrattività e della congruenza tra domanda e offerta dei servizi prestati, nonché delle modalità di cooperazione tra i vari enti dedicati al DGA nel territorio di riferimento. Attraverso la ricostruzione dei principali punti di forza e degli elementi di criticità del sistema dei servizi laziale, sarà possibile pervenire a indicare possibili raccomandazioni per le policies (cfr. Conclusioni), volte a valorizzare le buone prassi messe in campo dagli enti coinvolti nell'indagine e a superare i limiti normativi, organizzativi, come anche gli elementi di criticità inerenti alle strategie di intervento e alle reti di cooperazione tra enti, che emergeranno come particolarmente probanti.

In particolare, nell'ottica di poter pervenire, in ultima istanza, alla identificazione di modelli di intervento paradigmatici, il progetto ha anche previsto di approfondire le pratiche messe in atto da enti che risultassero in una posizione centrale o comunque strategica all'interno delle reti dei ser-

vizi e che fossero particolarmente eterogenei tra loro, dal punto di vista del proprio iter evolutivo, della filosofia ispiratrice e delle prestazioni erogate (cfr. par. 2.4.3).

Questi obiettivi cognitivi sono traducibili in una serie di interrogativi di ricerca, per dare risposta ai quali sono state ideate procedure di raccolta e analisi dei dati differenziate.

Nello specifico, dopo aver scelto quale contesto di indagine la regione laziale, per le ragioni che si espliciteranno tra breve, ci si è proposti di rispondere ai seguenti interrogativi di ricerca: quali caratteristiche hanno i servizi e i progetti disponibili nella regione Lazio dedicati alla cura e alla prevenzione del DGA? A quali bisogni rispondono efficacemente questi servizi/progetti? Quali bisogni restano inevasi e quali limiti prospettano le strategie di azione adottate? Quali sono le proposte di miglioramento prospettate? Che tipo di lavoro di rete esiste tra questi servizi? Quali sono i modelli paradigmatici di intervento adottati e le buone prassi rinvenibili?

Stante la varietà degli interrogativi di ricerca stipulati, le scelte progettuali sono state coordinate all'interno di un disegno di ricerca articolato e complesso, che ha previsto l'attuazione di diverse fasi procedurali, illustrate analiticamente in questo capitolo e i cui risultati saranno rendicontati nelle successive sezioni del volume.

2.1. Il contesto di indagine: la regione Lazio

Come anticipato, si è scelto di circoscrivere l'ambito territoriale di riferimento dell'indagine alla regione Lazio, dal momento che, come è stato ricostruito (cfr. Cap. 2), è una delle regioni italiane con il maggior volume d'affari in relazione al gambling. La regione si caratterizza, inoltre, per un trend ascendente negli ultimi anni di persone affette da DGA prese in carico dai servizi pubblici (Ser.D.), passando dai 606 utenti per il 2021 ai 753 per il 2022 e agli 828 per il 2023 (Camposeragna *et al.*, a cura di, 2024, p. 33). A questi elementi, che suggeriscono la rilevanza della scelta di questo contesto regionale, si aggiungono ragioni di ordine contingente, relative alla collocazione dell'Ateneo Sapienza Università di Roma nella Capitale.

2.2. L'approccio metodologico adottato

L'indagine realizzata, nell'assumere quale unità di analisi i servizi deputati al contrasto del DGA, nella duplice ottica della cura e della prevenzione, ha adottato un approccio metodologico iscrivibile nell'ambito della *Mixed*

Methods Research, che coniuga tecniche di ricerca quantitative e qualitative nel medesimo disegno di ricerca per rispondere a problemi di indagine complessi (Creswell e Plano Clark, 2011; Amaturò e Punziano, 2016; Mauceri, 2019). Nello specifico, rispetto ai disegni di ricerca misti, identificati da chi scrive (Mauceri, 2019), l'indagine è riconducibile all'approccio della "survey in profondità", utilizzata in questa sede per esplorare in profondità buone prassi, alla fine del percorso di indagine, dopo aver condotto estensivamente un monitoraggio e un'analisi di rete dei servizi, che consentisse di condurre *case studies* su casi esemplari, particolarmente significativi. Oltre ad aver coniugato quantità e qualità, l'intento è stato anche di combinare approcci metodologici quantitativi che hanno avuto uno sviluppo pressoché autonomo nell'ambito della ricerca sociale, conducendo da un lato una web survey, volta a monitorare il funzionamento dei servizi, a cui hanno preso parte i responsabili degli stessi e, dall'altro, valorizzando una precedente esperienza di ricerca centrata su una social network analysis, con l'intento di ricostruire le reti dei servizi, sulla base delle relazioni di cooperazione messe in atto dagli enti che li gestiscono.

Seppure la ricerca non possa ambire a obiettivi inerenti alla valutazione di efficacia dei servizi, che avrebbe richiesto un disegno di ricerca che coinvolgesse anche gli utenti dei servizi, incompatibile con le risorse finanziarie a disposizione, tuttavia presenta dei richiami all'approccio valutativo, laddove non ha mancato di rendicontare punti di forza e limiti delle risposte messe in campo per rispondere alle esigenze di prevenzione e cura del DGA. Questa peculiarità ha consentito, alla fine del percorso di indagine, di predisporre una serie di raccomandazioni utili al miglioramento dell'offerta dei servizi, nell'ottica di costruzione di un modello paradigmatico di intervento che fosse trasferibile anche ad altri contesti territoriali (cfr. Conclusioni).

2.3. Le fasi procedurali

L'impianto metodologico ha previsto una serie di fasi concatenate e coordinate, che rendono conto delle modalità operative e della rete delle relazioni tra gli enti preposti, con riferimento all'insieme dei servizi e progetti dedicati al contrasto del DGA, operanti nella regione Lazio.

Gli step realizzati sono descritti nei successivi sottoparagrafi, rimandando a specifici approfondimenti nei capitoli successivi, che saranno dedicati a rendere conto dei risultati cui si è di volta in volta pervenuti.

2.3.1. Censimento e monitoraggio dei servizi/progetti dedicati alla cura e alla prevenzione del DGA

Prima di poter procedere a una ricognizione mirata a monitorare il sistema dei servizi dedicati al DGA, attraverso l'avvio di una web survey, è stato necessario procedere a un censimento volto a ricostruire una lista degli enti di varia natura operanti nella regione Lazio che prestassero servizi e avessero realizzato progetti deputati alla cura e alla prevenzione del disturbo. A questo livello, si è partiti da una lista messa a disposizione da Fiorenza Deriu, che aveva coordinato la ricerca di network, documentata nel successivo paragrafo. La lista è stata aggiornata e integrata, attraverso il confronto con la mappatura territoriale messa a disposizione dall'Osservatorio regionale online sul gioco d'azzardo della Regione Lazio (<https://dgaonline.regione.lazio.it/dgaonline/mappe/>).

Attraverso un contatto via e-mail e successivi solleciti in caso di mancata risposta, i responsabili degli enti censiti sono stati invitati – dopo aver presentato il progetto – ad aderire all'indagine e a compilare preventivamente una scheda di censimento dei servizi/progetti (attivi o che avessero interrotto le attività da non più di un anno) che facevano capo all'ente, con la richiesta di indicare i contatti con operatori con un ruolo di responsabilità, che avrebbero potuto compilare il questionario d'indagine online, in relazione a ciascun servizio/progetto prestato (allegato, per presa visione, già da questo primo contatto).

A questo invito hanno aderito 22 enti dei 64 inizialmente identificati², che hanno consistito di coinvolgere in questa fase 42 servizi/progetti attivati al loro interno (cfr. Tab. 1).

Tab. 1 – Elenco degli enti coinvolti nell'indagine e numero dei servizi censiti al loro interno

Denominazione enti	N. servizi
APS Observo	1
ASL di Latina	1
ASL di Viterbo	2
ASL ROMA 1	2
ASL ROMA 2	1
ASL ROMA 3	1
ASL ROMA 4	2
ASL ROMA 5	1

2. Si fa presente che alcuni enti avevano cessato di erogare i servizi da più di un anno e pertanto non hanno potuto aderire all'indagine. Molti non hanno risposto, all'invito, nonostante le e-mail di sollecito, per ragioni ignote.

Tab. 1 – Segue

Denominazione enti	N. servizi
Associazione NO GAME	1
ASP Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Asilo Savoia	1
ASP Giovanni XXIII – Viterbo	1
CeIS ETS	3
Consorzio Intesa	1
Coop. Il Cammino	1
Coop. Magliana '80	9
EXODUS Soc. Coop. Soc.	1
Fondazione Adventum – Fondo per la solidarietà e l'antiusura Onlus	1
Giocatori anonimi Italia	1
Giomi care	1
Il Ponte – Centro di solidarietà Onlus di Don Egidio Smacchia	1
Parsec Cooperativa Sociale	9
<i>Totale</i>	42

Questa attività preliminare ha consentito di avviare a fine settembre 2024 una web survey chiusa (Mauceri, Faggiano, Di Censi, 2020), tesa a descrivere gli aspetti di varia natura connessi al funzionamento del sistema dei servizi di prevenzione e cura del DGA nel territorio laziale.

In particolare, i responsabili dei servizi, individuati attraverso la fase preliminare, sono stati invitati via e-mail a completare un questionario semi-strutturato online, implementato mediante LimeSurvey, composto da 46 domande, di cui 14 domande in forma aperta e le restanti in forma chiusa o semi-chiusa (cfr. Allegato 1 online).

Complessivamente, dopo aver operato diversi solleciti, il questionario è stato completato, nel periodo compreso tra settembre e dicembre 2024, dalla totalità dei servizi contattati.

Il questionario, progettato *ad hoc* dall'équipe di ricerca, prevedeva percorsi differenziati, mediante l'introduzione di una specifica domanda filtro, in funzione delle finalità di cura e/o prevenzione delle attività prestate dal servizio/progetto. Nello specifico, il questionario si è focalizzato sulle seguenti aree problematiche:

1. anagrafica del servizio/progetto;
2. mutamenti intercorsi e prospettati nell'erogazione del servizio/progetto;
3. risorse umane impegnate;
4. finalità del servizio/progetto;

5. area riservata ai servizi/progetti di prevenzione;
6. area riservata ai servizi/progetti di cura;
7. collaborazione con altri servizi;
8. strategie di valutazione dei servizi/progetti;
9. proposte a livello regionale.

Il riferimento alle proprietà analitiche e alle domande tese a rilevarle è riportato nella Tav. 1, che riproduce il fabbisogno informativo della web survey, definito nella fase preliminare di concettualizzazione del problema.

Tav. 1 – Aree problematiche, proprietà analitiche e domande di questionario (cfr. Allegato 1 online)

<i>Area problematica</i>	<i>Proprietà analitiche</i>	<i>Dom. Questionario</i>
<i>Anagrafica del servizio/progetto</i>	Denominazione dell'ente che gestisce il servizio/progetto	Dom. 1
	Natura giuridica dell'ente	Dom. 2
	Modalità di gestione del servizio/progetto e denominazione degli enti nel caso di ATI	Dom. 3
	Denominazione e sede del servizio/progetto	Dom. 4, 5
	Anno di primo avvio del servizio/progetto	Dom. 7
	Fonti di finanziamento	Dom. 8
	ASL di riferimento dei servizi/progetti	Dom. 10
<i>Mutamenti intercorsi e prospettati</i>	Periodi di sospensione del servizio/progetto (durata e ragioni)	Dom. 9
	Mutamenti prospettati a seguito dell'approvazione delle legge di bilancio dello Stato 2025	Dom. 11
<i>Risorse umane</i>	Numerosità dei vari tipi di professionalità nel personale impegnato nell'ultimo anno (operatori, consulenti, volontari, ecc.)	Dom. 12
	Professionalità impegnate	Dom. 13
<i>Finalità del servizio/progetto</i>	Attività/prestazioni erogate	Dom. 14
	Finalità generale del servizio/progetto/domanda filtro)	Dom. 15
<i>Area riservata ai servizi/progetti di prevenzione</i>	Fasce di età a cui sono stati indirizzati gli interventi negli ultimi due anni	Dom. 16
	Inclusione di interventi di prevenzione terziaria	Dom. 17
	Iniziative di prevenzione attivate negli ultimi 2 anni	Dom. 18
	Contesti di realizzazione degli interventi	Dom. 19
	Modalità di conduzione degli interventi	Dom. 20
	Principali criticità	Dom. 21
	Suggerimenti per migliorare il servizio/progetto	Dom. 22

<i>Area problematica</i>	<i>Proprietà analitiche</i>	<i>Domm. Questionario</i>
<i>Area riservata ai servizi/progetti di cura</i>	Numero delle persone prese in carico nell'ultimo anno con disturbo primario e secondario	Dom. 23a, 24°
	Evoluzione rispetto all'anno precedente	Dom. 23b, 24b
	Profilo dell'utenza (in base al genere, l'età, la nazionalità, il livello di istruzione, la condizione occupazionale, le problematiche associate)	Dom. 25-31
	Coinvolgimento delle famiglie nel programma	Dom. 32
	Stima delle persone che terminano con successo il programma	Dom. 33
	Stima dei recidivi presi nuovamente in carico	Dom. 34
	Principali criticità nella presa in carico	Dom. 35
	Suggerimenti per migliorare la presa in carico	Dom. 36
	Principali criticità nelle strategie di trattamento	Dom. 37
	Suggerimenti per migliorare l'efficacia degli interventi	Dom. 38
<i>Collaborazione con altri servizi</i>	Tipi di servizi con cui si collabora	Dom. 39
	Valutazione della collaborazione	Dom. 40
	Proposte per migliorare la cooperazione	Dom. 41
<i>Strategie di valutazione del servizio/progetto</i>	Modalità di valutazione	Dom. 42
	Aspetti valutati/monitorati	Dom. 43
<i>Proposte a livello regionale</i>	Principali carenze del sistema dei servizi nella regione Lazio	Dom. 44
	Proposte di miglioramento	Dom. 45
	Scenario futuro	Dom. 46

Scopo del capitolo successivo, sarà di ricostruire i principali risultati derivanti dall'analisi dei dati raccolti, focalizzando una specifica attenzione al monitoraggio dei servizi/progetti dal punto di vista della domanda e dell'offerta, agli indicatori di efficacia e agli elementi di criticità, cui fanno capo delle specifiche proposte di miglioramento. L'analisi dei risultati della web survey costituirà materiale prezioso per orientare le raccomandazioni di policies, espone nella sezione conclusiva.

2.3.2. La ricostruzione delle reti dei servizi dedicati al contrasto del DGA

Il Progetto di Ateneo realizzato, tra i suoi obiettivi, si proponeva di ricostruire le reti di collaborazione tra gli enti deputati ad erogare servizi e progetti di prevenzione e cura del DGA nella regione Lazio. L'inclusione nel progetto di Fiorenza Deriu e Raffaella Gallo, che avevano precedentemente partecipato a un progetto di ricerca, in cui si era perseguito lo stesso obiettivo, ha persuaso l'équipe di ricerca a non replicare l'impegno rispetto a un percorso di ricerca, che si era peraltro appena concluso. All'interno del presente volume saranno, pertanto, pubblicati in forma inedita i risultati di specifico interesse per il progetto, che fanno capo al progetto più ampio, dal titolo "Mappatura e analisi delle reti territoriali operanti nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione del Disturbo da Gioco D'Azzardo", diretto da Fiorenza Deriu e commissionato dalla ASL Roma 1 della Regione Lazio al Dipartimento di Scienze Statistiche e al Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Sapienza Università di Roma (cfr. Cap. 7).

In particolare, l'analisi si concentrerà sulla Social Network Analysis (Scott, 2017; Wesserman e Faust, 1994), condotta, dopo un accurato censimento degli enti preposti al contrasto del DGA (supportato dal committente), attraverso l'ausilio di 47 interviste indirizzate ai responsabili degli enti che hanno aderito al progetto, che si sono avvalse di un questionario informatizzato implementato adottando il software Egonet (<https://sourceforge.net/projects/egonet/>), sviluppato in Java, allo scopo di costruire le matrici delle ego-networks, avvalendosi dei software statistici Gephi e Sas Viya.

In particolare, il questionario (cfr. Allegato 2 online), come di seguito riportato, era articolato in quattro sezioni, volte a rinvenire le caratteristiche dei nodi individuati (ego), su cui erano incentrate le interviste e degli Alter, ovvero gli enti e le organizzazioni con cui gli enti avevano collaborato negli ultimi cinque anni:

Sezione 1: Dati su Ego

- Ruolo/mansione del soggetto rispondente
- Denominazione dell'ente
- Territorio di riferimento
- N. dipendenti
- N. dipendenti per profilo professionale
- Tipologia di servizi erogati nell'ultimo anno (2021) per il contrasto/cura del disturbo da gioco d'azzardo
- Tipologia di servizi erogati nell'ultimo anno (2021) per la prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo
- N. persone seguite nel 2021 con disturbo primario da gioco d'azzardo

- N. persone seguite nel 2021 con disturbo secondario da gioco d'azzardo, associato ad altre forme di dipendenza
- Rispetto al 2019 la numerosità delle persone seguite con disturbo da gioco d'azzardo (primario o secondario) sono complessivamente: aumentate, diminuite o rimaste stazionarie
- Partecipazione e affluenza alle iniziative promosse (attività formative/ eventi/attività progettuali realizzati)

Sezione 2: Alter prompt

- Indicare gli attori/servizi pubblici (scuole, ASL, Csm, ecc.), le realtà associative del privato sociale (coop. Sociali, associazioni, gruppi di volontariato...), i gruppi di mutuo auto-aiuto, gli sportelli antiusura, le associazioni di categoria (federtabaccai, giocatori anonimi, ecc.) con cui il suo Servizio (Ego) ha collaborato negli ultimi 3 anni (2019-2021) per la realizzazione di servizi/progetti/interventi di prevenzione/contrasto/cura del disturbo da gioco d'azzardo

Sezione 3: Info su Alter e sulla relazione tra Ego e ciascun Alter

- Categoria di Alter (a) servizio pubblico; b) soggetto pubblico; c) ente del privato sociale, Terzo settore; d) gruppi di auto-mutuo-aiuto; e) centri/ sportelli antiusura; f) sportelli legali e associazioni di categoria)
- Tipo di intervento (formazione, servizio, progetto, evento, altro)
- Finalità (preventiva, contrasto, cura)
- Target destinatari (studenti, adulti (35-64), anziani (65+), giovani (19-34), esercenti punti di offerta (tabaccai, sale gioco, bingo), operatori/trici servizi, docenti scuole, forze dell'ordine, avvocati, altro)

Sezione 4: Info sulla esistenza di una relazione di collaborazione tra gli Alter di Ego (legami di secondo ordine)

- Sei a conoscenza di collaborazioni ulteriori in questo campo di intervento tra Alter 1 e Alter 2? (Sì, Probabilmente sì, No, Non so)

L'analisi di network, condotta dal Dipartimento Scienze Statistiche della Sapienza Università di Roma e documentata analiticamente nel capitolo 7, ha consentito di:

- a) ricostruire struttura, forma e tipologia delle reti di collaborazione a livello locale tra i nodi raggiunti dalla rilevazione;
- b) individuare delle subnetwork territoriali, omogenee per Distretto o per territorio provinciale;
- c) ricostruire l'intera rete regionale, evidenziandone così l'intreccio delle diverse forme di collaborazione territoriali;

d) l'analisi condotta ha inoltre consentito di mappare le reti di collaborazione sul territorio regionale a più livelli:

- a livello di vicinato (mappatura delle risorse e delle collaborazioni relative a ciascun servizio – analisi delle egonetwork);
- a livello territoriale (mappatura delle risorse e delle collaborazioni relative a ciascun distretto/territorio provinciale, quando possibile);
- a livello regionale.

Nell'ottica di integrazione con il Progetto di Ateneo documentato nel presente volume, ha, infine, consentito, come sarà ricostruito nel paragrafo successivo, di isolare gli enti, su cui condurre studi di caso qualitativi, quale step finale dell'indagine.

2.3.3. *Gli studi di caso*

Per approfondire le strategie tipiche di erogazione dei servizi e, soprattutto, nell'ottica di ricostruire le buone prassi messe in atto, a partire dal mese di novembre 2024, sono stati effettuati studi di caso qualitativi (Sena, 2021), mediante interviste in profondità ai responsabili dei servizi e focus group con gli operatori, incentrati su tre realtà operanti nella regione Lazio, con mission e metodologie di intervento particolarmente diverse tra loro e che fossero caratterizzate da una posizione strategica o comunque di rilievo all'interno dei network di relazioni, ricostruiti attraverso la fase antecedente.

Nello specifico due delle realtà isolate, sono state selezionate sulla scorta dei risultati di un modello di ottimizzazione, applicato nell'indagine di cui si è reso conto nel paragrafo precedente (cfr. Cap. 7), finalizzato all'individuazione di nodi strategici per l'organizzazione di tavoli di discussione a livello regionale, che prendeva in considerazione i seguenti indicatori: proporzione di attività di formazione svolte, proporzione di progetti realizzati, proporzione di servizi offerti, valore di *closeness centrality*, valore di *betweenness centrality*, valore di *eigenvector centrality*. Si tratta di Parsec Cooperativa sociale (cfr. Cap. 8), un caso estremamente utile per approfondire le buone prassi nell'ambito dei progetti di prevenzione condotte dal Terzo settore e del Presidio della ASL Roma 1 di via dei Frentani (cfr. Cap. 10), che rappresenta un caso di eccellenza nell'ambito dei servizi di cura pubblici.

Dopo aver valutato l'eccessiva omogeneità, rispetto ai due casi prescelti, di alcuni enti, isolati mediante il modello di ottimizzazione, si è deciso di considerare, quale terzo studio di caso, la Cooperativa Magliana '80 (cfr. Cap. 9), che presentava comunque alti valori di centralità all'interno dei network isolati (valori di *degree* e *closeness centrality*; cfr. Cap. 7) e che avreb-

be consentito di approfondire l'importante strategia dei gruppi di mutuo aiuto, non sperimentata dagli altri due enti isolati.

Come è possibile desumere dalle tracce di intervista focalizzata ai responsabili degli enti prescelti e di focus group con gli operatori (cfr. Allegato 3 online), l'approfondimento qualitativo previsto nella conduzione dei tre studi di caso – arricchito dalla testimonianza diretta in forma scritta dei tre responsabili, riportata ad esordio di ciascun capitolo – consente di restituire un quadro dettagliato dei seguenti aspetti: a) storia evolutiva dell'ente e ricostruzione del mutamento delle strategie di intervento in funzione della trasformazione dei bisogni dell'utenza dei servizi/progetti attivati; b) ricadute prospettate dalla recente approvazione della legge di bilancio dello Stato 2025; c) punti di forza e buone prassi messe in atto dai servizi messi in atto dall'ente; d) elementi di criticità e punti di debolezza del lavoro svolto dai servizi/progetti attivati presso l'ente e dal più complessivo sistema dei servizi della regione Lazio, nonché delle proposte di miglioramento che i soggetti coinvolti si sono sentiti di avanzare.

Gli studi di caso hanno completato il ciclo di ricerca, consentendo di avviare un percorso di riflessione all'interno dell'équipe di ricerca, che puntasse all'identificazione di linea guida e raccomandazioni per le policies, utili a indirizzare i servizi dedicati al DGA verso il consolidamento di pratiche di intervento che potessero rispondere in modo più efficace alle svariate manifestazioni del fenomeno (cfr. Conclusioni).

Riferimenti bibliografici

- Amaturo, E., Punziano, G. (2016), *I Mixed Methods nella ricerca sociale*, Roma, Carocci.
- Camposeragna, A., Mataloni, F., Pasqualini, F., Orlando, L., Rosa, A.C., Davoli, M. (a cura di) (2024), *Progetto di ricerca sul Disturbo da Gioco d'Azzardo nella Regione Lazio*, Roman Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio. <https://dgaonline.regione.lazio.it/dgaonline/wp-content/uploads/2023/05/Report-scientifico-DGA-2023.pdf>
- Creswell, J.W., Plano Clark, V.L. (2011), *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (2nd ed.), Thousand Oaks, Sage.
- Fiasco, M. (2024), Gioco d'azzardo, nuove e rischiose scelte dopo la legge di bilancio. Verso la cooptazione di tutte le dipendenze patologiche. *ALEA Bulletin*, 1(1), 11-15.
- Mauceri, S. (2019), *Qualità nella quantità. La survey research nell'era dei Mixed Methods*, Milano, FrancoAngeli.
- Mauceri, S., Faggiano, M.P., Di Censi, L. (2020), Survey 2.0. L'indagine con questionario nell'era digitale. *Sociologia e Ricerca Sociale*, 41(121), 25-48.

- Mauceri, S., Di Censi, L. (a cura di) (2026), *Il lato oscuro del gioco. Un'indagine sui rischi associati a gambling, gaming e altre pratiche ludiche in età adolescenziale*, Milano, FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/1532>
- Scott, J. (2017), *Social Network Analysis* (4th edition), London, Sage.
- Sena, B. (2021), *Il case study nella ricerca sociale*, Roma, Carocci.
- Wesserman, S., Faust, K. (1994), *Social network analysis: method and applications*, Cambridge, Cambridge University Press.

6. L'attività dei servizi dedicati al disturbo da gioco d'azzardo nella regione Lazio

di Fiorenza Deriu, Luca Di Censi, Raffaella Gallo e Sergio Mauceri*

1. Introduzione

Nel nostro paese, i pionieri nell'assistenza ai giocatori d'azzardo patologici e alle loro famiglie sono stati gli enti del privato sociale (Capitanucci, 2006), che, prontamente, hanno studiato il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) e hanno adottato strategie pionieristiche per il suo contenimento, in termini di prevenzione e trattamento (Iori, 2016). Rispetto alla presa in carico da parte degli enti pubblici, è emerso pressoché un vuoto normativo in merito al DGA (Bianchetti e Croce, 2007), almeno fino all'approvazione del Decreto Balduzzi nel 2012 (cfr. Cap. 3), che ha contribuito al riconoscimento delle pesanti conseguenze sul piano sociale, economico e sanitario associati alla diffusione del gambling nel nostro paese e dei disturbi associati.

Pur a fronte di questa carenza normativa, come riportato nello studio di Minutillo e colleghi (2018), a partire dal 2001, si è registrato un progressivo aumento delle quote di Ser.D. impegnati nel contrasto del DGA, mentre, dal 2011, un analogo incremento è stato osservato anche nel privato sociale. Agli inizi degli anni duemila, le proposte d'intervento per il trattamento e la riabilitazione dei giocatori patologici non rientravano solo nell'ambito clinico o sanitario, bensì anche in quello sociale. In particolare, veniva incoraggiato il lavoro di rete sul territorio, includendo, oltre alle strategie riabilitative, anche azioni di prevenzione strutturale ai vari livelli (Capitanucci, 2001; 2006).

Capitanucci nel 2006 aveva evidenziato due importanti mancanze dei servizi pubblici che si occupavano di DGA: a) le difficoltà di tracciamento e mappatura dei servizi dedicati; b) l'assenza di una certa continuità degli

* Il presente capitolo è stato elaborato in modo condiviso. Tuttavia, il par. 4 è attribuibile a Fiorenza Deriu, i parr. 2 e 6 sono stati curati da Luca Di Censi, il par. 3 è stato scritto da Raffaella Gallo e i parr. 1 e 5 sono attribuibili a Sergio Mauceri.

interventi nel tempo. Queste criticità sono ancora più gravi se rappresentano un ostacolo di accesso a servizi da parte dell'utenza. Rispetto alla prima criticità, la scarsa conoscenza dei servizi di trattamento della dipendenza dei medici di base o degli assistenti sociali impiegati nei comuni, ad esempio, impediva una visione d'insieme dell'offerta di servizi dedicati al DGA e incentivava, d'altro canto, la resistenza a richiedere aiuto da parte di un'ampia fascia di popolazione sommersa, che soffriva di DGA senza avere una piena consapevolezza della necessità di sottoporsi a trattamenti riabilitativi. Allo stesso modo, le Regioni non erano in grado di assumersi un ruolo di raccordo per garantire un reindirizzamento degli individui a luoghi terapeutici specifici. Nonostante queste problematiche, all'offerta pubblica contro il DGA va riconosciuto un ruolo da precursore rispetto alla programmazione di servizi di contrasto, in un vuoto normativo in materia di gioco d'azzardo patologico. Una tale avanguardia si è basata sull'impegno positivo del personale e dei dirigenti, che hanno perseverato le azioni, nonostante la precarietà e la scarsità delle risorse disponibili (*ibidem*).

Sulla scorta del Decreto Balduzzi, che ha disposto una seria presa in carico delle conseguenze negative – sia di natura sanitaria che socio-economica – del DGA, il Ministero della Salute ha varato il Piano d'Azione Nazionale (PAN) per il periodo 2013-2015¹, nell'ottica di superare le criticità del sistema dei servizi dedicati al contrasto del DGA e, in aggiunta, alla luce della sentenza 300/2011 della Corte costituzionale, che ha riconosciuto alle Regioni la capacità di legiferare in materia di gioco d'azzardo, molte amministrazioni regionali, tra cui quella laziale, hanno approvato specifiche misure a riguardo (cfr. Cap. 4).

A partire da queste azioni legislative, il crescente rilievo assunto dal DGA, nell'ambito delle dipendenze comportamentali, ha spinto le istituzioni pubbliche e gli attori del Terzo settore a strutturare interventi sempre più articolati e mirati, finalizzati sia alla prevenzione che alla presa in carico terapeutica delle persone affette da tale disturbo.

A fronte di una persistenza di una certa frammentarietà degli interventi, che si sono sviluppati a macchia di leopardo, uno studio condotto nel 2018 (Minutillo *et al.*, 2018) metteva in evidenza come sul territorio nazionale fossero presenti 184 Ser.D. nel Sistema Sanitario Nazionale che trattavano il DGA. La regione con più servizi attivi era Lombardia (27), seguita da Puglia (22), Veneto ed Emilia-Romagna (16). Il Lazio, invece, si trovava in una posizione centrale, con 14 Ser.D. dedicati alla cura del DGA. Al

1. Scopo del Piano era rivestire una funzione di raccordo tra gli enti che si occupavano del fenomeno nei vari livelli del settore pubblico – enti locali, regionali e amministrazioni centrali – del privato sociale e nelle istituzioni impegnate nella ricerca (Beretta, Pacifici, Mortali, 2018).

contrario, le regioni che si trovano nella condizione peggiore erano la Valle d'Aosta e il Molise, con zero servizi attivi, il Friuli-Venezia Giulia, con un solo servizio dedicato al DGA, e Abruzzo e Basilicata, con tre servizi. Lo stesso studio ha coinvolto anche 95 enti del privato sociale. Tra questi, una percentuale del 75,8% aveva sostenuto di annoverare all'interno della propria offerta servizi, più o meno strutturati, per il contrasto del DGA. Di contro, il 24,2% riferiva di non disporre di alcun intervento in merito per disagi dovuti alla carenza di risorse economiche e professionali. Di questi, una quota, che si attestava al 50%, considerava l'idea di includere tali interventi nei loro piani d'azione futuri. È opportuno sottolineare che generalmente le strutture prive di servizi per il contrasto del DGA reindirizzano, però, i giocatori patologici ai Ser.D. del proprio ambito territoriale (*ibidem*).

Sulla scorta delle disposizioni emanate a livello regionale (cfr. Cap. 4), la Regione Lazio ha avviato, negli ultimi anni, un processo di consolidamento e formalizzazione del sistema dei servizi dedicati al DGA, che tuttavia presenta ancora una significativa eterogeneità in termini di configurazione organizzativa, approcci operativi e diffusione territoriale, nonché una serie di carenze e criticità, che saranno oggetto di attenzione nel presente capitolo.

Riportando dati più recenti riferiti alla regione Lazio (Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, 2024), nei servizi pubblici e del privato sociale accreditato, la quota complessiva di persone prese in carico per interventi di contrasto del DGA erano 828 nel 2023, con una crescita significativa rispetto al 2022. Al contrario, è stato rilevato un netto decremento nel periodo ancora precedente (2020-2021). In particolare, il 21% del totale complessivo di soggetti presi in carico ha più di cinquantanove anni, mentre i giovani con meno di vent'anni sono appena l'1%, evidenziando la scarsa capacità di intercettare fasce della popolazione dipendente particolarmente vulnerabili, che sono, tuttavia, in costante aumento (cfr. Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026).

La recente approvazione della legge di bilancio 2025 (cfr. Cap. 3), con la soppressione del Fondo annuale del Ministero della Salute specificatamente dedicato e dell'*Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla dipendenza grave*, attivo dal 2016, costituisce un'anomala contraddizione rispetto alla crescente diffusione del gioco d'azzardo patologico nel nostro paese (Fiasco, 2024) e con molta probabilità determinerà una grave involuzione nel sistema dei servizi.

A fronte della consapevolezza delle crescenti difficoltà vissute, nel determinare un equilibrio tra domanda e offerta di servizi di contrasto al gioco patologico, il progetto documentato nel presente volume intende offrire un quadro di conoscenze utili a restituire valenza e priorità agli interventi di

prevenzione e cura del DGA, anche nell'ottica di contrastare la sotterranea amplificazione degli interessi economici statali connessi alla diffusione del gambling, prospettata da questi recenti interventi legislativi.

Nello specifico, il presente capitolo intende offrire un quadro analitico aggiornato delle attività svolte dai servizi dedicati al DGA nel territorio regionale, a partire dai risultati di una rilevazione empirica condotta, tra settembre e dicembre 2024, attraverso una web survey chiusa, con l'obiettivo di monitorare, mediante la compilazione di un questionario (cfr. Allegato 1 online), lo stato dell'offerta e individuare criticità e potenzialità evolutive del sistema delle strategie di prevenzione e cura del DGA (per la ricostruzione del disegno di ricerca e la composizione del campione si rimanda al Cap. 5).

Nei paragrafi che seguono, verranno esposti e discussi i principali risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti, con il concorso di 42 responsabili dei servizi dedicati alla cura e alla prevenzione del DGA (cfr. Cap. 5), con particolare attenzione al bilanciamento tra domanda e offerta, agli indicatori di efficacia e alle aree di criticità che richiedono interventi correttivi. Tali evidenze empiriche costituiscono un contributo conoscitivo essenziale per l'elaborazione di raccomandazioni di policy, che saranno presentate nella sezione conclusiva del volume.

2. Le caratteristiche degli enti

Dall'analisi dei dati emerge che la maggioranza dei servizi dedicati al contrasto del DGA nella regione Lazio è erogata da enti pubblici legati al Servizio Sanitario (ASL/Ser.D). In particolare, più della metà degli enti coinvolti appartiene al settore pubblico ed Enti del Terzo Settore (ETS) convenzionati (54,8%), mentre la quota restante è costituita da ETS non convenzionati. Questa composizione riflette la tradizionale gestione dei percorsi di cura nelle dipendenze: infatti le ASL hanno istituito specifiche équipe multidisciplinari (composte da medici, psicologi, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori, infermieri), dedicate alla diagnosi e cura del DGA, spesso in collaborazione con associazioni e cooperative del Terzo settore. I dati segnalano, altresì, diverse modalità di gestione: molti servizi sono gestiti direttamente dalla ASL, altri in partenariato stabile con ETS o in collaborazione informale con enti del privato sociale. Questo approccio misto favorisce l'integrazione tra competenze sanitarie e supporto sociale, valorizzando sia la rete pubblica sia le professionalità del no-profit. Un punto di forza di tale modello è la sinergia tra istituzioni (sanitarie e sociali) e volontariato, che amplia la copertura territoriale e la varietà delle offerte. Tuttavia, la presenza di molteplici soggetti può generare disomogeneità organizzative e richiede un solido coor-

dinamento (convenzioni, reti di servizio) per garantire continuità assistenziale e standard qualitativi uniformi. Ad esempio, nelle delibere regionali si evidenzia l'intenzione di implementare interventi integrati con i servizi sociali e con il Terzo settore, segno di attenzione alle alleanze pubblico–privato come valore aggiunto (cfr. Capp. 4 e 7).

I servizi attivi nel Lazio si collocano su ambiti differenziati: principalmente si tratta di interventi ambulatoriali e semiresidenziali, con alcune strutture residenziali dedicate ai casi più gravi (Tab. 1). I dati mostrano che le risorse allocate per il contrasto del DGA sono destinate a progetti di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie correlate.

Tab. 1 – Le attività prestate vengono realizzate nell'ambito di:

	%
Un servizio ambulatoriale	28,6
Un servizio residenziale	7,1
Un servizio di altro tipo	19,0
Un progetto	45,2
<i>Totale</i>	100,0
<i>V.a.</i>	(42)

In particolare, un dato interessante che emerge dai dati è l'inserimento presso strutture specialistiche (residenziali o semiresidenziali) di giocatori patologici che richiedono un percorso di cura lontano dal proprio ambiente quotidiano. Ciò suggerisce che accanto ai servizi ambulatoriali tradizionali (colloqui, terapie individuali e di gruppo) esistono opzioni residenziali per pazienti con dipendenza particolarmente severa o complessa. Nei servizi “di altro tipo” rientrano molti interventi che hanno carattere polifunzionale: oltre al trattamento diretto del DGA, offrono attività di consulenza, orientamento economico (riassetto dei debiti), sostegno psicologico e sociale. I progetti avviati negli ultimi anni, come il noto Piano regionale per il gioco d'azzardo, introdotto attraverso la legge regionale n. 5 del 5 agosto 2013 (cfr. Cap. 4), includono iniziative sperimentali (ad es. campagne informative e formazione) e innovazioni metodologiche, ma non sempre sono chiaramente catalogabili per tipologia. Nel complesso, l'offerta comprende sia attività di prevenzione e sensibilizzazione (in scuole e comunità) sia percorsi terapeutici clinici (psicoterapia, gruppi di auto mutuo aiuto, sostegno economico). L'anzianità dei servizi/interventi è recente (media: 5,27 anni), in linea con la crescente consapevolezza sociale e politica del fenomeno degli ultimi anni. Gli obiettivi dichiarati spaziano dalla prevenzione primaria (riduzione del

rischio di insorgenza) alla cura diretta del disturbo, fino alla riabilitazione sociale del giocatore. Ad esempio, la Regione esplicita nel Piano biennale 2018-2019 per il gioco d'azzardo, l'intento di rafforzare la presa in carico, attivare gruppi di auto mutuo aiuto e implementare ulteriori metodologie psicoeducative. In tal modo, si mira sia alla cura individuale sia al benessere relazionale e sociale dell'utente.

Le risorse economiche destinate alle attività di contrasto al DGA nel Lazio derivano principalmente da finanziamenti regionali, stanziamenti nazionali e contributi delle ASL (Tab. 2).

Tab. 2 – Tipo di risorse utilizzate dai servizi

	Risposte		% sui casi
	val. ass.	val. %	
Risorse economiche Municipali	1	2,0	2,6
Risorse economiche della ASL	6	11,8	15,4
Risorse economiche provenienti dalla Provincia	1	2,0	2,6
Risorse economiche provenienti dalla Regione	35	68,5	89,7
Risorse economiche provenienti da Ministeri	8	15,7	20,5
<i>Totale</i>	51	100,0	130,8

La Regione Lazio ha impegnato fondi interni dedicati alla prevenzione e cura del gioco patologico, con assegnazioni calcolate sulla base della popolazione di ciascuna ASL. Parallelamente, a livello nazionale sono previsti finanziamenti vincolati alle politiche di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche, tra cui rientra anche il disturbo da gioco d'azzardo (DGA). In passato, tali interventi sono stati sostenuti principalmente attraverso il Fondo nazionale per il gioco d'azzardo (GAP), istituito dalla legge di stabilità 2016 (L. 208/2015, art. 1, comma 946), il cui utilizzo era regolato da appositi decreti ministeriali. Tuttavia, come ricostruito nel capitolo 3, con l'art. 66 della legge di bilancio per il 2025, tale fondo è stato formalmente abrogato e sostituito da un nuovo Fondo per le dipendenze patologiche (Fdp), dotato di una spesa autorizzata pari a 44 milioni di euro annui a decorrere dal 2025, da ripartirsi tra le Regioni secondo criteri stabiliti con decreto ministeriale.

Contestualmente, viene istituito un nuovo Osservatorio nazionale con compiti di monitoraggio e valutazione delle misure adottate in materia di dipendenze, comprese quelle comportamentali, a seguito della soppressione dell'*Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla dipendenza grave*, segnando così un'ulteriore spinta alla riorganizzazione del sistema di gover-

nance. Le Aziende Sanitarie Locali, destinatarie di tali risorse, co-finanziano gli interventi attraverso i propri bilanci sanitari annuali, integrando così le risorse statali con fondi regionali specifici destinati alla presa in carico delle dipendenze patologiche.

Di fatto, gli interventi regionali si configurano come un sistema di finanziamento misto, basato sull'integrazione di risorse statali (Ministero della Salute), trasferimenti specifici da politiche sociali nazionali e capitoli di bilancio regionali.

L'insieme dei servizi oggetto di analisi risulta erogato senza oneri economici a carico dell'utenza finale, in quanto incluso nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), ovvero garantito attraverso convenzioni stipulate con enti pubblici. A fronte del sistema di finanziamento emerso, i recenti mutamenti normativi prospettano elementi di incertezza, che probabilmente richiederanno l'attivazione di ulteriori canali di finanziamento, quali donazioni, contributi provenienti da fondazioni private o accesso a fondi europei, i quali potrebbero rappresentare una leva strategica per il rafforzamento della sostenibilità degli interventi nel medio-lungo periodo.

Le attività e i progetti di contrasto al DGA risultano distribuiti su tutto il territorio regionale, coinvolgendo i diversi ambiti distrettuali e le ASL di competenza. In particolare, in ognuna delle ASL del Lazio (Roma 1-6, Latina, Rieti, Viterbo, Frosinone) sono attivi almeno un servizio o un'iniziativa specificatamente dedicata, assicurando una copertura capillare dell'utenza (Tab. 3).

Le iniziative variano, però, in densità e numero di progetti: naturalmente le aree urbane più popolate (es. la provincia di Roma, con le ASL 1, 2, 3) concentrano un maggior numero di servizi/interventi (52,3%). Al contrario, nelle altre province si registra un minor numero di servizi, che probabilmente possono essere meno articolati o integrati con altri programmi territoriali. Dalla mappatura emerge un mix di progetti locali (ad esempio progetti scolastici o sportelli informativi a livello di singolo distretto) e iniziative di portata regionale. Anche la stratificazione sanitaria (distretti e Ser.D.) garantisce un radicamento territoriale stabile.

Un elemento positivo è proprio costituito dalla capillarità degli interventi: la presenza di servizi in tutti i distretti favorisce l'accessibilità da parte degli utenti nei loro stessi contesti locali. Tuttavia, la dispersione può comportare variabilità in termini di qualità e difficoltà di coordinamento. Sarebbe utile un maggior coordinamento regionale per verificare e colmare i gap territoriali e per uniformare i protocolli. Come riflessione finale, si può notare che – nonostante la buona capillarità – permangono zone grigie, dove utenti potrebbero non essere adeguatamente raggiunti (ad es. zone montane o rurali periferiche).

Tab. 3 – A quali ASL del territorio laziale appartiene il bacino d'utenza del servizio/progetto?

	Risposte		% sui casi
	val. ass.	val. %	
ASL Roma 1	10	15,4	23,8
ASL Roma 2	8	12,3	19,0
ASL Roma 3	7	10,8	16,7
ASL Roma 4	9	13,8	21,4
ASL Roma 5	5	7,7	11,9
ASL Roma 6	4	6,2	9,5
ASL Frosinone	5	7,7	11,9
ASL Latina	3	4,6	7,1
ASL Viterbo	5	7,7	11,9
ASL Rieti	1	1,5	2,4
Tutte le ASL della regione Lazio	8	12,3	19,0
<i>Totale</i>	65	100,0	154,8

Le attività di prevenzione rappresentano un elemento strategico e qualificante nella risposta dei servizi dedicati al DGA.

I dati contenuti nella Tabella 4 evidenziano come gli ‘interventi di prevenzione’ costituiscano l’ambito maggiormente rappresentato tra le attività svolte, con una quota del 19,5% delle risposte e del 75,6% dei casi, superando altri interventi come il counseling psicologico (17,0%) e i gruppi di mutuo auto aiuto (15,1%). Tali numeri confermano la centralità attribuita alla prevenzione nel sistema regionale di contrasto al DGA.

Le misure adottate includono il rafforzamento degli sportelli distrettuali di ascolto e orientamento, rivolti in particolare a giovani e nuclei familiari, e la promozione di campagne di sensibilizzazione diffuse sul territorio. Le scuole costituiscono un ambito privilegiato di intervento, in cui sono state attivate iniziative didattiche e laboratori educativi, volti a promuovere la consapevolezza sui rischi del gioco d’azzardo, in linea con quanto previsto da progetti ministeriali e in collaborazione con l’Ufficio Scolastico Regionale. Un esempio significativo è rappresentato dal progetto *Game Over*, rivolto agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, che intende sviluppare negli adolescenti una maggiore consapevolezza dei fattori di rischio e delle dinamiche del gioco patologico.

Tab. 4 – Quali attività/prestazioni sono erogate dal servizio/progetto? (sono possibili più risposte)

	Risposte		% sui casi
	val. ass.	val. %	
Riabilitazione di persone con disturbo da gioco d'azzardo	14	8,8	34,1
Counseling psicologico	27	17,0	65,9
Gruppi di mutuo auto aiuto	24	15,1	58,5
Supporto psicologico alle famiglie	20	12,6	48,8
Terapie farmacologiche	7	4,3	17,1
Supporto al reinserimento sociale – Assistenza al sovraindebitamento	6	3,8	14,6
Interventi di prevenzione	31	19,5	75,6
Corsi di formazione al personale dedito alla gestione di interventi di cura/prevenzione	6	3,8	14,6
Eventi di sensibilizzazione	24	15,1	58,5
<i>Totale</i>	65	100,0	154,8

Gli obiettivi generali delle attività preventive comprendono la riduzione dei fattori di rischio, la promozione del benessere comunitario e la lotta allo stigma associato al giocatore, al fine di incentivare l'emersione della domanda di aiuto. Le strategie impiegate includono strumenti educativi (quali: seminari, workshop e materiali audiovisivi) per la diffusione di messaggi informativi. Tali interventi si realizzano sia in contesti formali – scuole, centri anziani – sia in spazi informali, come piazze, fiere e impianti sportivi, permettendo così il coinvolgimento di una pluralità di target: studenti, anziani, famiglie vulnerabili.

L'approccio seguito dalla Regione Lazio si inserisce nel paradigma della sanità pubblica, caratterizzato da un modello di *animazione socio-culturale territoriale* e da pratiche di informazione attiva nei luoghi sensibili. Un elemento di forza risiede nel carattere multidisciplinare degli interventi, che coinvolgono figure professionali eterogenee, quali insegnanti, operatori sociali, psicologi e volontari, con competenze specifiche in ambito ludopatico.

Nei servizi del Lazio operano équipe multidisciplinari, che rispecchiano i modelli nazionali delle dipendenze patologiche. Le figure presenti più frequentemente sono: psicologi, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri e medici (psichiatri o specialisti delle dipendenze) (Tab. 5).

Tab. 5 – Percentuale delle figure professionali presenti nel servizio

	%
Assistente sociale	52,4
Psicologo	95,2
Medico	21,4
Educatore	61,9
Altro*	35,7

* Sociologo, tecnico del comportamento, counselor, ex giocatore.

In alcuni centri vi sono anche tecnici del comportamento o counselor formati sul disagio legato al gioco d'azzardo. Questa composizione è coerente con quanto rilevato in ambito nazionale ed è giustificata dalla natura complessa del disturbo, che richiede una molteplicità di competenze psicosociali e sanitarie, che si sono dovute adattare alle specificità del DGA, rispetto ad altre forme di dipendenza canoniche, come quelle da alcol e da sostanze psicotrope. In media, ogni servizio impiega un piccolo gruppo di operatori (ad esempio 3-5 persone), ma in alcuni centri più strutturati (ad es. ambulatori dedicati presso grandi ASL) l'équipe può includere anche oltre 10 professionisti. Si segnala talvolta la presenza di volontari o facilitatori di auto mutuo aiuto, coinvolti nelle attività di gruppo. Nell'ambito della prevenzione, inoltre, collaborano frequentemente educatori culturali o sportivi (per attività nelle scuole) e figure dell'associazionismo con esperienza in ludopatia. L'integrazione professionale fra operatori sanitari, assistenti sociali e volontari permette un'assistenza globale al paziente, con il coinvolgimento della rete sociale di supporto (*in primis* la famiglia). Come già accennato, l'équipe multidisciplinare costituisce un punto di forza, in quanto favorisce percorsi di cura personalizzati. D'altra parte, la limitata disponibilità di risorse umane specializzate è un fattore critico, come sarà evidenziato nel paragrafo 5.

L'analisi del profilo dell'utenza indica una prevalenza di maschi adulti, spesso accompagnati da gravi problemi economici e familiari. In generale si riscontra che la maggior parte dei pazienti in carico ha un'età compresa tra i 35 e i 55 anni; le fasce in età giovanile (*in primis* minorenni) o anziana sono rare nei servizi. Questa tendenza rispecchia studi epidemiologici: nell'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2018) sul gioco d'azzardo in Italia, la fascia d'età 40-64 anni include la quota più alta di giocatori, con una netta maggioranza di uomini. Nel nostro contesto, pertanto, l'utenza presenta un rapporto uomo/donna significativamente sbilanciato a favore della componente maschile (prevalentemente uomini per

il 92,3% dei servizi interpellati). L'utenza è per lo più costituita da persone con istruzione media/bassa, stato civile vario (molti separati o conviventi in difficoltà) e una elevata incidenza di disoccupazione o precarietà lavorativa. Tali caratteristiche emergono implicitamente dai fattori di rischio prevalenti (es. problemi di natura sociale ed economica) e riflettono il profilo tipico del giocatore problematico conosciuto in letteratura (Tattini *et al.*, 2012; Lucchini e Comi, 2018). I familiari, partner, figli e genitori del giocatore rappresentano anch'essi un gruppo numericamente significativo nei contesti terapeutici e prevalentemente accedono per consulenza o sostegno. Nel tempo l'utenza complessiva mostra una lenta crescita, compatibile con l'aumento generale della domanda di cura per il gioco d'azzardo. Rispetto alla nazionalità si rivolgono ai servizi nella maggioranza dei casi persone italiane (61,9%).

I dati raccolti confermano che nel profilo degli utenti convergono diverse vulnerabilità personali e sociali (Tab. 6). Dal punto di vista psicologico, si riscontrano frequentemente tratti impulsivi e difficoltà emotive: molti giocatori patologici presentano storie di sofferenza (depressione, ansia, stress da vita) o tratti di personalità impulsivi/antisociali, in linea con la letteratura che associa il DGA a comorbidità (cfr. Cap. 1).

Socialmente, fattori di svantaggio (disoccupazione, indebitamento, isolamento familiare, basso supporto sociale) compaiono spesso come tratti caratterizzanti, che si presentano congiuntamente. L'esperienza clinica regionale sottolinea come condizioni avverse – perdita del lavoro, disgregazione familiare, consumi di alcol/altre sostanze – possono favorire l'insorgenza del disturbo o aggravarne il corso. Tali elementi sono in parte evidenziati anche negli studi più generali sul fenomeno (Coriale *et al.*, 2015; Riglietta, 2020): la ricerca evidenzia come il giocatore patologico si differenzia per una vulnerabilità emotiva marcata, accompagnata da comportamenti impulsivi e potenziali problemi legali o di alcol.

Dunque, i fattori di rischio associati alla dipendenza da gioco d'azzardo includono sia dimensioni intrapsichiche (difficoltà di controllo degli impulsi, disturbi d'ansia, bassa autostima) sia contestuali (condizioni economiche precarie, mancanza di reti di sostegno, esposizione a eventi stressanti). La conoscenza di questi fattori consente ai servizi di adottare un approccio integrato per offrire, progetti che effettuano counselling economico e gruppi di sostegno, mirando a ridurre l'isolamento sociale e fornire efficaci strategie di coping.

Tab. 6 – Quali sono le caratteristiche che si associano più frequentemente al disturbo da gioco d'azzardo tra gli utenti presi in carico dal vostro servizio? (possibili più risposte)

	<i>Risposte</i>		<i>% sui casi</i>
	<i>val. ass.</i>	<i>val. %</i>	
Povert� educativa	7	3,7	26,9
Povert� economica	5	2,6	19,2
Attitudine al rischio	15	7,9	57,7
Disturbi psichiatrici	11	5,8	42,3
Incapacit� di regolare l'umore	13	6,9	50,0
Dipendenza da sostanze psicotrope	8	4,2	30,8
Dipendenza da alcool	7	3,7	26,9
Altre dipendenze comportamentali	6	3,2	23,1
Disagio familiare	20	10,6	76,9
Incapacit� di gestire le emozioni	17	9,0	65,4
Incapacit� di controllare gli impulsi/impulsivit�	23	12,2	88,5
Incapacit� di stabilire relazioni efficaci/disagio relazionale	13	6,9	50,0
Incapacit� di gestire lo stress	19	10,1	73,1
Scarso pensiero critico	9	4,8	34,6
Incapacit� di prendere decisioni	8	4,2	30,8
Incapacit� progettuale	8	4,2	30,8
<i>Totale</i>	189	100,0	726,9

Un elemento distintivo dei servizi   l'attenzione rivolta alle famiglie dei giocatori. I dati mostrano che quasi tutti prevedono forme di coinvolgimento familiare, coerentemente con un approccio sistemico alla dipendenza (Tab. 7). Gli operatori non si limitano al giocatore stesso, ma propongono servizi dedicati anche ai familiari, come ad esempio, sportelli di ascolto per coniugi e parenti, gruppi socio-educativi per familiari e percorsi di supporto psicologico specifico. L'obiettivo perseguito   di triplice natura: 1) fornire supporto consulenziale operativo volto a gestire le difficolt  economiche e relazionali derivanti dalla ludopatia; 2) offrire sostegno emotivo ai familiari, frequentemente esposti a stress psico-sociale (cfr. Cap. 1), mediante la promozione di gruppi di auto mutuo aiuto e interventi educativi mirati; 3) supportare i soggetti dediti al DGA nel loro programma terapeutico, arginando i problemi familiari che generalmente conseguono alla dipendenza e garantendo la necessaria rete di supporto.

Tab. 7 – Il programma di intervento prevede il coinvolgimento delle famiglie?

	%
No	19,2
Sì, attraverso un supporto psicologico alle famiglie	42,3
Sì, coinvolgendole nel programma terapeutico	38,5
<i>Totale</i>	100,0

Con riferimento al terzo aspetto, numerose esperienze di successo indicano che il coinvolgimento dei familiari (partner, genitori, figli) aumenta l'efficacia del trattamento e facilita il processo di cambiamento del giocatore (Tremblay *et al.*, 2018). Il modello operativo osservato prevede quindi incontri congiunti, moduli di terapia familiare e progetti di ricostruzione delle relazioni interrotte dal disturbo. Un punto di forza di questo approccio è la creazione di una rete di cura estesa, dove la famiglia diventa parte attiva del percorso riabilitativo, contribuendo a monitorare i progressi e prevenire ricadute.

3. Le collaborazioni tra servizi e la rete territoriale di contrasto al DGA

Fatta eccezione per un singolo caso isolato, che riferisce l'assenza di rapporti con altri enti/servizi (Tab. 8), dalle risposte fornite dagli intervistati emerge chiaramente l'esistenza di forme di collaborazione tra enti/servizi nelle attività dedicate alla prevenzione, al contrasto e alla cura del DGA. Il panorama delle principali collaborazioni attivate restituisce, infatti, un insieme variegato di enti/servizi con cui i rispondenti dichiarano di cooperare, sebbene con livelli di integrazione operativa differenti.

In particolare, la tipologia di servizi/enti più frequentemente coinvolta nelle collaborazioni è quella dei Ser.D., indicati nel 59,5% dei casi, a conferma del loro ruolo centrale nel trattamento specialistico del DGA. Un dato che risulta coerente con la composizione prevalente dei servizi analizzati, erogati in maggioranza da enti pubblici afferenti al Servizio Sanitario, come già osservato in precedenza (par. 2). Ampiamente presenti nelle collaborazioni sono anche le scuole (54,8% dei casi) e i gruppi di auto mutuo aiuto (50,0%), segno di un'attivazione significativa di sinergie in ambito comunitario, in particolare per quanto riguarda gli interventi preventivi, da un lato, e di sostegno, dall'altro. Circa il 47% dei rispondenti, inoltre, dichiara collaborazioni con le ASP e con i centri/sportelli antiusura, segnalando l'emergere di alleanze orientate

a intercettare e trattare situazioni di vulnerabilità socio-economica – dato ulteriormente confermato dall’indicazione, nel 33,3% dei casi, di collaborazioni con sportelli legali. In un’ottica di integrazione sociosanitaria, necessaria per la gestione delle frequenti comorbidità psichiatriche osservate tra i giocatori patologici, il 42,9% dei rispondenti dichiara collaborazioni con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

D’altra parte, i Comuni e le cooperative sociali/ETS sono citati ciascuno dal 35,7% dei rispondenti, a indicare un coinvolgimento del livello amministrativo locale e del Terzo settore, che tuttavia non appare sistematico né universalmente diffuso. Meno ricorrenti, in ultimo, sono le collaborazioni con associazioni di categoria (9,5%) e fondazioni (4,8%).

Tab. 8 – Con quali altri servizi collaborate?

	Risposte		% sui casi
	val. ass.	val. %	
Ser.D.	25	13,7	59,5
Scuola	23	12,7	54,8
Gruppo di auto mutuo aiuto	21	11,5	50,0
Azienda pubblica Servizi alla Persona (ASP)	20	11,0	47,6
Centro/sportello antiusura	20	11,0	47,6
Dipartimento di Salute Mentale (DSM)	18	10,0	42,9
Comune	15	8,2	35,7
ETS (Cooperativa sociale/Azienda no profit/Onlus)	15	8,2	35,7
Sportello legale	14	7,7	33,3
Associazione di categoria	4	2,2	9,5
Altro	4	2,2	9,5
Fondazione	2	1,1	4,8
Nessuno	1	0,5	2,4
<i>Totale</i>	51	100,0	130,8

La valutazione complessiva dell’efficacia di tali collaborazioni restituisce un quadro tendenzialmente positivo, seppure non privo di margini di miglioramento. La quota più consistente dei rispondenti (61,94%) le valuta “prevalentemente efficaci”, mentre solo una parte minoritaria esprime giudizi agli estremi della scala, con un 4,8% che le considera “del tutto efficaci” e la medesima quota che le valuta “poco efficaci”, a cui si aggiunge il 2,3% dei servizi, che opera senza istituire alcuna forma di cooperazione. È rilevante anche la presenza di un 26,2% dei rispondenti che le valuta le proprie col-

laborazioni “parzialmente efficaci”, suggerendo un funzionamento della rete collaborativa non sempre fluido.

Tab. 9 – Come valutate complessivamente la collaborazione con altri servizi?

	%
Del tutto efficace	4,8
Prevalentemente efficace	61,9
Parzialmente efficace	26,2
Poco efficace	4,8
Nessuna collaborazione	2,3
<i>Totale</i>	100,0
<i>V.a.</i>	(42)

Quanto osservato suggerisce l’esistenza di una rete collaborativa eterogenea, costruita spesso sulla base di esperienze progettuali e contesti territoriali specifici, più che su protocolli stabili e condivisi. La percezione di un funzionamento collaborativo tendenzialmente efficace è accompagnata, infatti, dalla consapevolezza di criticità persistenti che ostacolano una piena integrazione tra servizi e una governance efficace del sistema di collaborazioni.

Troviamo conferma di ciò nelle proposte di miglioramento delle collaborazioni suggerite dagli intervistati, che mettono prevalentemente in luce l’esistenza di un sistema collaborativo caratterizzato dalla mancanza di coordinamento e dalla discontinuità progettuale.

Nel dettaglio, molte delle proposte raccolte convergono su alcuni aspetti considerati prioritari per rendere la cooperazione tra enti e servizi più fluida, continuativa e funzionale agli obiettivi di prevenzione e contrasto del fenomeno. Tra questi, si evidenzia in primo luogo la richiesta di un coordinamento più strutturato e stabile, attraverso l’attivazione di tavoli permanenti, l’organizzazione di momenti di confronto regolari e una più chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità. A ciò si affianca la necessità di adottare protocolli operativi condivisi e strumenti comuni, inclusi sistemi digitali integrati, per agevolare lo scambio informativo e il raccordo tra attori anche molto diversi per mandato e approccio.

Un’altra linea ricorrente riguarda la formazione congiunta degli operatori, vista come strumento essenziale per sviluppare un linguaggio condiviso e una comprensione più chiara dei rispettivi ambiti di intervento. In parallelo, vengono menzionate la promozione di progettualità intersettoriali, il coinvolgimento attivo della comunità locale, e la richiesta di risorse dedicate – in termini di personale, tempo e finanziamenti – per sostenere operativamente

le attività collaborative. Infine, alcuni interventi sottolineano l'importanza di monitorare e valutare nel tempo l'efficacia delle collaborazioni attivate, raccogliendo feedback utili a migliorare i processi.

A titolo esemplificativo, si riporta la risposta, particolarmente articolata, offerta da un intervistato, che sintetizza con efficacia molte delle istanze condivise:

- Creare tavoli di coordinamento regolari: istituire incontri periodici tra i diversi servizi (sanitari, sociali, educativi, ecc.) per discutere casi, scambiare informazioni e pianificare azioni congiunte.
- Definire protocolli operativi condivisi: elaborare linee guida comuni che chiariscano ruoli, responsabilità e procedure, in modo da agevolare la comunicazione e la collaborazione tra servizi.
- Formazione congiunta del personale: organizzare sessioni formative per gli operatori di diversi servizi, così da aumentare la conoscenza reciproca delle competenze e dei metodi di lavoro, oltre a sviluppare un linguaggio comune.
- Creare una piattaforma digitale integrata: sviluppare un sistema condiviso per la gestione dei dati e delle informazioni, che permetta uno scambio rapido e sicuro tra i servizi, migliorando il monitoraggio e il follow-up degli interventi.
- Promuovere progetti intersettoriali: avviare iniziative e programmi che coinvolgano più servizi in modo trasversale, per affrontare le problematiche in modo olistico e con una visione integrata.
- Rafforzare il coinvolgimento della comunità: integrare nel processo di collaborazione anche associazioni locali, volontari e cittadini attivi, per creare una rete di supporto ampia e radicata nel territorio.
- Monitoraggio e valutazione delle collaborazioni: introdurre strumenti per monitorare e valutare l'efficacia della collaborazione tra servizi, raccogliendo feedback per migliorare costantemente i processi.
- Garantire risorse dedicate: allocare risorse adeguate (personale, tempo, fondi) per sostenere le attività di coordinamento e collaborazione tra i servizi. Queste proposte possono contribuire a rendere più fluida e produttiva la collaborazione, a beneficio dei cittadini e delle comunità.

La possibilità di superare i limiti che ancora caratterizzano le collaborazioni, in sostanza, risiede nell'attivazione di meccanismi stabili di dialogo e confronto, capaci di superare le logiche di compartimentazione settoriale e promuovere una reale co-progettazione degli interventi.

In ultima battuta, è utile precisare che, sebbene molti degli aspetti qui richiamati si riferiscano direttamente al funzionamento delle collaborazioni inter-istituzionali e intra-istituzionali, va rilevato che toccano anche la struttura generale del sistema dei servizi per il DGA, come verrà più ampiamente discusso in seguito (par. 5).

4. L'attività di monitoraggio e di valutazione dei servizi

L'indagine ha considerato due ulteriori aspetti della vita dei servizi raggiunti: il monitoraggio delle attività in essere e le modalità di valutazione adottate. Monitoraggio e valutazione costituiscono, infatti, due strumenti di rilevanza strategica, per assicurare la sostenibilità nel tempo dei servizi, la loro efficacia ed efficienza, nonché la loro capacità di accompagnare, se non addirittura di anticipare, l'evoluzione di fenomeni sociali complessi – nel caso specifico il gioco d'azzardo – consentendo di agire tempestivamente per la loro prevenzione e agendo sul contesto per generare il cambiamento necessario a un più incisivo contrasto del DGA.

Nello specifico, l'attività di monitoraggio contribuisce alla trasparenza del servizio, consentendo una rendicontazione chiara e precisa dell'attività svolta agli enti pubblici e privati finanziatori. Il costante controllo dell'utilizzo delle risorse economiche, materiali ed umane disponibili sostiene non solo l'efficacia della dimensione operativa, ma accresce l'affidabilità del servizio. Il monitoraggio agisce, inoltre, sulla qualità del servizio medesimo, con l'individuazione dei suoi punti di forza, ma soprattutto delle criticità, consentendo così di mettere in atto tempestivamente azioni a migliorare la presa in carico sociale e terapeutica delle persone accolte.

Considerato, inoltre, che il fenomeno del gioco d'azzardo è soggetto a rapidi cambiamenti e trasformazioni, essendo molto diffuso nel web e utilizzando le nuove piattaforme online quale spazio privilegiato di espansione, assume particolare rilievo l'attività di monitoraggio attraverso la quale è possibile intercettare tali trasformazioni e adattare le strategie di prevenzione e contrasto alle nuove forme che il gioco assume nel tempo.

La tabella 10 mostra come alla domanda sul tipo di attività di monitoraggio svolte, i rispondenti – 38 su 42 – abbiano indicato in media quattro diversi aspetti. Quasi la totalità dei servizi (92,1%) ha dichiarato di monitorare gli utenti in fase di accesso, aspetto che conta quasi un quarto delle risposte fornite dagli intervistati (23,8%).

Il secondo aspetto, indicato da oltre l'80% dei servizi e pari a un quinto delle risposte date, concerne la soddisfazione dell'utenza, rilevata attraverso la somministrazione di questionari.

Gli altri due aspetti oggetto di monitoraggio, indicati da più della metà dei servizi oggetto di studio, riguardano gli utenti recidivi, che rientrano nel servizio dopo aver completato il programma (15% delle risposte e 57,9% dei casi) e gli utenti soggetti a forme di dipendenza multiple che, dopo essere usciti da un altro programma, relativo a diverse forme di dipendenza (da alcol o sostanze), rientrano nel servizio per partecipare al programma di contrasto del DGA (13,6% delle risposte e 52,6% dei casi). L'attività di monitoraggio

non è dunque orientata esclusivamente a rilevare accessi e soddisfazione dell’utenza, ma anche a seguire le persone con DGA nel tempo, una volta uscite dal programma o dal servizio. Infatti, il rischio di ricaduta nel gioco d’azzardo è sempre dietro l’angolo, così come la possibilità che, accanto ad altre forme di dipendenza, si sviluppi quella da gioco in soggetti vulnerabili. La dipendenza da gioco si presenta, infatti, prevalentemente come un disturbo secondario e solo più raramente come primario.

La tabella 10 mette, infine, in luce come l’attività di monitoraggio interessi anche il personale che opera nei servizi e nei progetti di prevenzione e contrasto del DGA. Si tratta di un aspetto di particolare importanza, in quanto chi opera in questo campo è sottoposto a un prolungato e intenso stress emotivo, e il monitoraggio della soddisfazione e del benessere degli operatori contribuisce alla prevenzione del burnout. Tuttavia, meno del 40% dei servizi effettua tale controllo (9,5% delle risposte).

Se il monitoraggio costituisce un’attività da svolgere *in itinere*, per mettere a fuoco i processi e controllare che gli interventi si realizzino coerentemente a quanto previsto dal programma di contrasto del DGA, l’attività di valutazione si realizza *ex-post*, al termine di un programma o a distanza di tempo dalla sua conclusione, per verificare i risultati raggiunti, la capacità di contribuire al cambiamento delle abitudini di vita della persona assistita, la sostenibilità nel tempo del servizio e/o del progetto.

Tab. 10 – Aspetti oggetto di monitoraggio – Effettuate attività di monitoraggio sui seguenti aspetti? (risposte multiple n=147 – 38 casi)

	Risposte		% sui casi
	val. ass.	val. %	
Utenti che accedono al servizio/progetto	35	23,8	92,1
Utenti che non ricadono nella dipendenza al termine del programma	13	8,8	34,2
Utenti che rientrano come utenti del servizio dopo aver completato il programma	22	15,0	57,9
Utenti che entrano nel servizio dopo aver completato un altro programma	20	13,6	52,6
Utenti che rientrano in un altro programma dopo essere usciti dal servizio	12	8,2	31,6
Soddisfazione dell’utenza	31	21,1	81,6
Soddisfazione e stress lavoro-correlato degli operatori	14	9,5	36,8
Totale	147	100,0	386,8

La tabella 11 mostra le risposte acquisite dagli intervistati in merito al tipo di valutazione svolta dai servizi.

Tab. 11 – Modalità di valutazione dell'attività – In che modo il servizio valuta la propria attività? (risposte multiple n=57 – 42 casi)

	<i>Risposte</i>		<i>% sui casi</i>
	<i>val. ass.</i>	<i>val. %</i>	
In nessun modo	4	7,0	9,5
Autovalutazione interna	26	45,6	61,9
Attraverso valutazione interna con somministrazione questionario agli utenti	11	19,3	26,2
Tramite valutazione di un ente terzo	16	28,1	38,1
<i>Totale</i>	57	100,0	135,7

Innanzitutto, si segnala come in 4 casi non sia condotta alcuna attività di valutazione. La cultura della valutazione non è, infatti, ancora oggi pienamente integrata nella vita dei servizi, sebbene sia fortemente incoraggiata la previsione di tale attività già in fase di progettazione. Per verificare che i risultati attesi siano stati raggiunti, che il cambiamento auspicato si sia realizzato, che il servizio/progetto sia in grado di proseguire nel tempo con efficacia ed efficienza, è necessario infatti che siano stati previsti idonei strumenti e metodi fin dalla fase di progettazione iniziale.

Il 62% dei centri svolge attività di autovalutazione interna (46% ca. delle risposte), con il coinvolgimento del personale interno e attraverso strumenti di auto-analisi critica del funzionamento dell'organizzazione. Si tratta di un importante processo riflessivo, che porta gli operatori ad apprendere dalla propria esperienza, identificando le criticità e valorizzando i punti di forza. L'autovalutazione interna sostiene, quindi, processi di apprendimento organizzativo.

Vale la pena evidenziare che il 38% dei servizi raggiunti dall'indagine ha dichiarato di essere valutato da un ente esterno (28% delle risposte). Questa scelta, indicatrice di una cultura della valutazione matura, porta con sé una serie di vantaggi. Innanzitutto, la valutazione condotta da un ente indipendente, esterno al servizio, è garanzia di una maggiore affidabilità dei risultati e riduce fortemente il rischio di conflitto di interesse, molto più elevato nel caso di autovalutazione interna. L'agenzia/ente di valutazione esterna in genere utilizza dei *benchmark*, degli indicatori standard, che consentono non solo la valutazione del servizio ma anche la comparazione della sua performance con quella di altri servizi analoghi. Questo tipo di analisi rafforza l'affidabilità e la credibilità del servizio agli occhi di finanziatori esterni, siano essi pubblici

o privati. Infine, il servizio stesso può fondare le sue decisioni, le sue scelte strategiche ed operative su un'analisi più oggettiva, scevra da influenze interne.

Un quarto dei servizi limita, invece, la valutazione alla consultazione degli utenti, attraverso la somministrazione di questionari (19,3% delle risposte). Si tratta, però, di attività parziali, dal momento che la valutazione riguarda anche altre dimensioni, la sostenibilità ad esempio, rilevabili con strumenti e metodi del tutto diversi.

Volendo tirare le somme, a valle di questo breve excursus sulla valutazione dei servizi di prevenzione e contrasto del DGA, è possibile affermare che, sebbene tutti i servizi oggetto di indagine adottino una qualche forma di monitoraggio e valutazione, consapevoli dell'importanza di tali attività, solo una parte minoritaria di essi le adotta sistematicamente quale fattore strategico della propria organizzazione.

5. Elementi di criticità del sistema dei servizi/progetti dedicati al contrasto del DGA nella regione Lazio e possibili proposte di soluzione

In questo paragrafo si renderà conto dei limiti e degli elementi di criticità emersi con riferimento ai servizi/progetti coinvolti dell'indagine e riferibili al sistema complessivo delle strategie di contrasto al DGA messe in atto nella regione Lazio, nonché delle proposte di miglioramento avanzate dai responsabili in risposta alle domande di questionario.

Il materiale empirico raccolto, con riferimento ad aspetti tanto cruciali in relazione al fabbisogno informativo dell'indagine, è particolarmente denso poiché fa riferimento prevalentemente a risposte a domande poste in forma aperta, che hanno consentito di recuperare nel dettaglio gli elementi del sistema dei servizi che richiedono una specifica attenzione da parte dei vari *stakeholder* coinvolti, nell'ottica della pianificazione razionale di proposte operative per il miglioramento del sistema dei servizi nella regione Lazio (cfr. Conclusioni).

Nell'esposizione dei risultati, oltre a riportare la ricorrenza di specifici tipi di criticità e di proposte operative, ottenuta mediante l'opportuna codifica a posteriori delle risposte libere², laddove le narrazioni spontanee contribuiscono all'approfondimento delle categorie interpretative, si ricorrerà ad un resoconto polifonico, riportando, a corredo delle evidenze empiriche emerse,

2. In particolare, considerata la forma a risposta multipla delle domande poste, per semplificare la lettura si riporteranno esclusivamente le percentuali riferite ai casi (il cui totale, quindi, non corrisponderà mai al 100%), che rendono conto di quanti responsabili abbiano citato quella specifica area di criticità o proposta di miglioramento.

testimonianze particolarmente significative, che restituiscano valenza ai resoconti, talvolta particolarmente dettagliati, riportati dai responsabili, in risposta alle domande poste.

Con riferimento ai 30 servizi/progetti deputati ad attivare strategie di prevenzione del DGA all'interno di contesti privilegiati, come quello scolastico, la criticità più frequentemente segnalata (64,5% dei casi) è rappresentata dalla difficoltà di coinvolgimento nelle azioni pianificate dei soggetti cui i progetti/servizi sono destinati, a causa di barriere legate alla scarsa sensibilizzazione della popolazione ai problemi legati al gambling, che ostacola l'accesso agli interventi pianificati, o ai processi di stigmatizzazione del giocatore d'azzardo, che limitano la possibilità di invio dei soggetti con DGA ai servizi di cura. Si tratta di barriere che agiscono, dunque, in due momenti: nel momento di avvio dei programmi tra le popolazioni target e nel momento finale di orientamento verso percorsi terapeutici dei soggetti identificati come a rischio.

Questa criticità è emersa nelle testimonianze di due partner del progetto *Game over*, condotto nelle scuole secondarie di secondo grado, che segnalano come vi sia una scarsa sensibilità degli agenti di socializzazione primaria e secondaria (insegnanti e familiari) alle problematiche connesse al gambling e di come, a fronte della difficile intercettazione di soggetti con DGA, sia poi piuttosto complesso persuaderli ad intraprendere percorsi terapeutici:

La partecipazione di genitori e insegnanti agli incontri a loro dedicati è stata piuttosto limitata, evidenziando una possibile difficoltà nell'intercettare l'interesse o la disponibilità del pubblico target. Tuttavia, è emerso un dato significativo durante gli incontri di restituzione: i partecipanti hanno ammesso di aver sottovalutato la portata del fenomeno del gioco d'azzardo tra i giovani. Questo riconoscimento è emblematico e mette in luce una carenza di consapevolezza che potrebbe ostacolare un'azione tempestiva e mirata da parte di figure chiave come genitori e insegnanti (Progetto *Game over*, Parsec Cooperativa sociale).

Limitate possibilità di incontrare un elevato numero di utenti già dipendenti dal gioco d'azzardo che si affidano al servizio; resistenza da parte dell'utenza a rivolgersi ai servizi sanitari dedicati, in seguito ad azioni di orientamento da parte del progetto (Progetto *Game over*, Cooperativa Il Cammino).

Altri due aspetti ricorrenti, che limitano la possibilità di attuare strategie di prevenzione strutturate, capillari e continuative hanno a che fare con la carenza di risorse economiche ed umane stabili (segnalata dal 38,7% dei casi) e con la durata limitata dei progetti (segnalata dal 25,8% dei responsabili dei servizi/progetti di prevenzione), che generalmente prevedono un termine temporale incompatibile con le esigenze di coinvolgimento di un numero co-

spicuo di soggetti a rischio e con la necessità di tracciare percorsi di prevenzione, che vadano oltre il livello primario:

Gli operatori dedicati sono assunti a tempo determinato e con un numero ridotto di ore, per di più ripartiti su due servizi (Viterbo e Civita); questo impedisce una progettualità sul lungo periodo (Misure di Contrasto ASL/VT per il DGA, ASL di Viterbo).

Il lavoro con i ragazzi, con le famiglie, con i docenti, con le agenzie del territorio richiederebbe interventi duraturi e costanti nel tempo per poter impattare efficacemente (Progetto Game Over, ASP Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Asilo Savoia).

Il progetto ha la durata di due anni e, come tutti i progetti con scadenza, non garantisce la continuità del servizio (Progetto Fuorigioco, Il Ponte – Centro di solidarietà Onlus di Don Egidio Smacchia).

Un ultimo limite, evidenziato dal 19,4% dei responsabili, ha a che fare, come si evince dalla testimonianza riportata, con le difficoltà di attuare interventi che entrino in sinergia con gli altri servizi di contrasto al DGA, evidenziando carenze nel lavoro di rete e difficoltà legate alla complessità del lavoro di invio dei soggetti che soffrono del disturbo ai Ser.D. territoriali:

Le difficoltà nell'invio presso i Ser.D. delle persone con DGA. Difficoltà nelle collaborazioni con servizi, dove è possibile fruire di attività legate al gioco d'azzardo (Avviso di istruttoria pubblica finalizzata all'individuazione di soggetti del Terzo settore disponibili alla co-progettazione per la realizzazione di interventi innovativi per il contrasto al gioco d'azzardo patologico, EXODUS Soc. Coop. Soc.).

Le proposte di miglioramento dei servizi/programmi di prevenzione del DGA, conformemente alle criticità più spesso evidenziate, vanno nella direzione della necessità, segnalata dal 26,9% dei casi, di avviare programmi di sensibilizzazione ai problemi connessi al gambling e di informazione sulla regolamentazione del gioco d'azzardo e sui servizi attivi, da indirizzare alla cittadinanza e a target specifici, quali gli esercenti dei giochi di Stato, che dovrebbero porre maggiore attenzione a divieti, come quello imposto sui minorenni, o i medici di base, che potrebbero essere particolarmente utili nella diagnosi precoce del disturbo e nelle pratiche di orientamento ai servizi. A queste proposte, nell'ottica di coinvolgere maggiormente i gruppi interessati dai programmi di prevenzione, si aggiunge la quota del 19,2% dei responsabili, che auspicano una maggiore collaborazione istituzionale alla promozione delle iniziative messe in campo, prevedendo la possibilità di utilizzare canali ufficiali (anche di tipo digitale: social network sites e siti istituzionali) o la possibilità di avvalersi di una capillare rete promozionale, mediante affissione

pubblica autorizzata, nei luoghi di transito (ad es. stazioni metro e ferroviarie), di avvisi che descrivano i progetti.

Frequentemente segnalata (46,2% dei casi) è poi la necessità che lo Stato e le Regioni garantiscano sostenibilità economica e continuità ai programmi di prevenzione, nell'ottica di superare il carattere intermittente, episodico e frammentario dei finanziamenti pubblici ai progetti di prevenzione.

Assimilabile, per certi versi, a questa proposta, è quella avanzata da due casi (7,7% dei casi), che segnalano la necessità di prevedere una stabilizzazione del personale addetto ai progetti e quella segnalata da una quota analoga di responsabili, che suggerisce di procedere a una pianificazione razionale dei finanziamenti degli interventi. Significativa, infine, per quanto suggerita da solo un caso, è la proposta di contribuire all'abbattimento delle resistenze degli utenti a rischio a rivolgersi ai servizi di cura, riservando all'interno dei Ser.D. spazi e tempi specificatamente dedicati ai soggetti portatori di DGA, o, meglio ancora, prevedendo una loro collocazione esterna, in modo da evitare l'assimilazione ad altre forme di dipendenza, come quelle da sostanze psicotrope, oggetto di intensa stigmatizzazione sociale.

Passando ad analizzare le risposte dei 27 responsabili dei servi/progetti dedicati alla cura del DGA, occorre innanzitutto evidenziare le criticità connesse alla presa in carico dei soggetti.

Anche in questo caso, emergono in una quota significativa di casi (43,8%) problemi legati all'insieme dei deterrenti a richiedere aiuto, come ad esempio la scarsa consapevolezza dei problemi associati al gambling o i processi di stigmatizzazione legati alla diagnosi del disturbo. Come segnalato in diverse sedi (Camposeragna *et al.*, a cura di, 2024; Coriale *et al.*, 2015), questa resistenza a rivolgersi ai servizi di cura contribuisce alla creazione di un'ampia popolazione sommersa, che soffre delle conseguenze del disturbo, senza essere intercettata dai programmi terapeutici. Non sorprende, conseguentemente, la quota niente affatto irrisoria di pensieri suicidari e tentativi di suicidio registrata tra i soggetti con problemi di gioco (Crusco *et al.*, 2016), o la diffusione di gravi forme di indebitamento personale e familiare tra le persone dipendenti da gambling (Camposeragna *et al.*, a cura di, 2024), che solitamente si decidono a chiedere un aiuto specialistico in una fase avanzata del problema.

Un'altra problematica ricorrente nella presa in carico, segnalata dal 34,8% dei casi, ha a che fare con i tempi generalmente molto lunghi di accesso alle cure, dovuta principalmente alla carenza di risorse umane specificatamente dedicate all'accoglienza e al trattamento. Ancora una volta, emerge la necessità che il contrasto del DGA sia adeguatamente supportato da policies che non sottovalutino la portata del fenomeno.

Significativa è poi la quota di responsabili, pari al 26,1%, che ancora una volta lamenta carenze nella rete dei servizi, nell'ottica di un parziale collega-

mento tra strategie di prevenzione e trattamento del disturbo e di una mancata sinergia tra interventi del settore pubblico e del Terzo settore.

Per quanto residuale, è particolarmente rilevante la testimonianza di due responsabili, che segnalano la pressoché totale assenza di un supporto rispetto alla condizione di forte indebitamento, in cui versano molti degli utenti dei servizi. A questo riguardo, l'intenso senso di apprensione vissuto a questo livello può compromettere fortemente l'efficacia delle strategie riabilitative.

Un altro elemento di criticità, segnalato ancora una volta solo da due casi, ha che fare con il rischio di recidiva, che può inibire il successivo ritorno nel circuito dei servizi di cura, o che può indurre alla reiterata presa in carico di soggetti particolarmente resistenti rispetto ai possibili effetti benefici dei trattamenti proposti.

Significativo è che, nel caso delle strategie di cura, solo un caso segnali il limite connesso alla durata limitata del progetto, dal momento che, come già precedentemente segnalato, il trattamento del disturbo è in gran parte gestito, in forma pubblica e strutturata, all'interno dei Ser.D.

Sul fronte delle proposte per supportare la presa in carico degli utenti dei servizi di cura, la scarsa consapevolezza del problema lamentata e l'esigenza di far emergere il sommerso hanno indotto la prevalenza dei responsabili (68,2%) a suggerire la necessità di avviare campagne di sensibilizzazione mirate e di incentivare gli interventi di prevenzione secondaria e terziaria, in grado di intercettare e orientare la platea dei soggetti bisognosi di un trattamento specialistico, anche mediante il coinvolgimento degli attori sociali (famiglie, insegnanti, medici di base, ecc.) che possano favorire una diagnosi precoce del problema.

Sul fronte della risoluzione del problema legato alla carenza di personale e ai tempi lunghi di attesa, il 34,7% dei rispondenti propone di investire maggiormente nella stabilizzazione e nei finanziamenti, volti all'ampliamento delle risorse umane impegnate, come anche in diversi casi si propone di coinvolgere nella presa in carico ex utenti dei servizi di cura, anche nell'ottica di superare, attraverso la costruzione di relazioni simmetriche, le resistenze al trattamento.

La necessità che si rafforzi il lavoro di rete induce poi una quota rilevante dei responsabili (26,3%) a suggerire di incentivare le azioni sinergiche tra i vari servizi e tra i diversi attori sociali coinvolti, anche mediante l'istituzione di specifici protocolli di collaborazione e l'implementazione di fasi personalizzate e concatenate di intervento, in funzione dei diversi momenti del percorso riabilitativo. Come suggerito da un responsabile, occorrerebbe:

creare una rete integrata di supporto: è fondamentale rafforzare la collaborazione tra i vari servizi (Ser.D., consultori, medici di base, servizi sociali) per garantire un approccio multidisciplinare alla gestione dei casi. Ciò può essere realizzato at-

traverso la creazione di un protocollo di collaborazione, che definisca le modalità di *referral* e di scambio di informazioni tra i servizi, promuovendo la condivisione delle risorse e competenze. Offrire un supporto personalizzato ai giocatori d'azzardo, modulando i percorsi in base alle necessità specifiche di ciascun individuo. In tal modo, il progetto non risulterebbe limitato dalla durata temporale, ma garantirebbe un intervento continuo e graduale che risponda alle diverse fasi della dipendenza (Progetto *Gioco d'azzardo*, *Gioco bugiardo* (Lotto 1), Parsec Cooperativa sociale).

Direttamente connesso alla creazione di un coordinamento fra i servizi, significativa è la proposta del 10,5% dei responsabili, che propone di pianificare e realizzare una centralizzazione del processo di monitoraggio, di presa in carico e della valutazione di efficacia degli interventi, che potrebbe facilitare la razionalizzazione dell'accesso ai servizi da parte dell'utenza.

Anche l'esigenza già espressa nella proposta, poc'anzi riportata, di incentivare la personalizzazione degli interventi emerge nelle testimonianze del 15,8% dei responsabili, che guardano al momento della presa in carico come un momento nevralgico per ponderare i trattamenti in funzione dei bisogni specifici e multidimensionali, di cui gli utenti che si rivolgono ai servizi sono generalmente portatori.

Altre proposte significative, per quanto residuali, ognuna avanzata da due casi, prevedono:

- un maggiore coinvolgimento delle famiglie nei percorsi di cura;
- supporti legati alle situazioni di indebitamento economico;
- di rafforzare i servizi residenziali e semi-residenziali.

Sul fronte delle criticità, espresse con riferimento agli interventi, messi in atto dai servizi coinvolti nell'indagine sul fronte della cura, solo 17 responsabili si sono espressi al riguardo, forse in virtù di una valutazione pienamente positiva degli interventi messi in atto.

L'elemento più frequentemente segnalato (29,4%) è la carenza nei finanziamenti pubblici, che entra in collisione con le conseguenze derivanti dalla recente approvazione della legge di bilancio dello Stato 2025 (cfr. Cap. 3).

Proseguendo, ancora una volta è emerso un problema legato alla scarsa consapevolezza dei pazienti rispetto alla gravità del problema vissuto, indicato dal 26,7% dei casi, che attenua la tensione ad intraprendere il percorso riabilitativo con la giusta dose motivazionale.

Nel 20% dei casi, si lamenta l'assenza di figure specializzate, con un ruolo chiave nei percorsi terapeutici, come l'assistente sociali o lo psichiatra.

Infine, ricorrono, seppure marginalmente (2 o 3 casi) criticità già citate, come il mancato coinvolgimento delle famiglie, la necessità di prevedere spazi all'interno dei Ser.D. riservati ai soggetti con DGA, non condivisi con

i tossicodipendenti, in modo da allentare il timore dello stigma, o il carente supporto rispetto alle situazioni di indebitamento economico.

Tra le proposte di miglioramento, seppure non sempre direttamente connesse alle criticità segnalate, riemerge con forza (58,3% dei casi) la necessità di prevedere un empowerment del lavoro di rete tra i servizi di contrasto al DGA operanti nel territorio, nell'ottica di garantire la continuità nelle tappe di uscita dalla situazione di dipendenza e di creare sinergia tra interventi pubblici e operati dal Terzo settore, come anche tra strategie di prevenzione e di cura, nell'ottica di garantire tempestività, efficacia dei programmi terapeutici, come anche l'abbattimento anteriore dei fattori ostativi ai trattamenti.

In risposta alle carenze e alla mancata stabilità nei finanziamenti, si sottolinea ricorrentemente (41,7% dei casi) la necessità di garantire continuità e capillarità degli interventi destinati al trattamento del DGA.

Le altre proposte, meno frequentemente segnalate, sono congruenti con gli altri elementi di criticità segnalati:

- garantire l'integrazione delle équipes con le professionalità mancanti (2 casi);
- potenziare i gruppi di mutuo aiuto (1 caso);
- garantire spazi accoglienti e non stigmatizzanti (1 caso);
- potenziare gli interventi di prevenzione secondaria (1 caso).

Le ultime domande di questionario spostavano l'attenzione dalle carenze dei singoli servizi/progetti a quelle del sistema complessivo dei servizi nella regione Lazio e sulle relative proposte di miglioramento.

Queste domande sono state compilate da 34 responsabili e registrano una vasta gamma di elementi di criticità.

Nel 50% dei casi ricorre il problema della carenza di fondi destinati a supportare progetti di lungo termine e la congruenza tra domanda e offerta di servizi, a cui si aggiunge l'8,8% delle testimonianze di una parziale copertura territoriale degli interventi attivati. A questo riguardo, diversi casi segnalano come la soppressione del Fondo nazionale GAP, decretata dall'approvazione della legge di bilancio dello Stato 2025, determini la soppressione o la riduzione di progetti/servizi finora attivi, con il conseguente aggravamento del problema legato all'esiguità e frammentarietà dei finanziamenti. Direttamente connesso a questo aspetto, il 23,5% segnala come l'abolizione dell'*Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla dipendenza grave* costituisca una scelta governativa miope, che renderà i servizi/progetti sprovvisti della guida orientativa, che fin ad ora era stata garantita dalle misure messe in atto dall'Osservatorio.

Consapevoli delle gravi ripercussioni che l'approvazione della legge di bilancio dello Stato avrebbe avuto, all'interno del questionario sono state inserite specifiche domande volte a comprendere le conseguenze che tale approvazione avrebbe comportato sull'espletamento dei singoli servizi/progetti.

Se solo nel 22,5% dei casi i responsabili non intravedono possibili ricadute, ben il 30% dichiara che la conseguenza principale derivante dall'approvazione sarebbe stata l'immediata sospensione del servizio/progetto, il 15% segnala la necessità di una rimodulazione delle azioni previste per far fronte alla compressione dei fondi e il 7,5% lamenta che l'abolizione dell'Osservatorio avrebbe comportato una carenza di orientamento nella pianificazione e organizzazione delle attività espletate dal servizio/progetto. A questa casistica, si aggiunge l'8,2% dei casi che segnala che, essendo il progetto già terminato nel 2024, non erano comunque previste proroghe o rinnovi e il restante 16,8%, che ha preferito non esprimersi al riguardo.

L'impatto della finanziaria sul sistema dei servizi regionali dedicati al DGA è dunque di particolare rilievo e invita i decisori pubblici a un'attenta riflessione sul singolare e allarmante disallineamento tra l'espansione progressiva del mercato del gioco d'azzardo legale (giochi di Stato), documentata nel Cap. 2, e la compressione delle risorse investite per contrastare i disturbi correlati (Fiasco, 2024).

Tornando agli altri elementi di criticità a carico del sistema regionale dei servizi/progetti, il 50% dei casi riporta nuovamente l'attenzione sulle carenze nei legami di cooperazione (in particolare, tra servizi pubblici e del Terzo settore; tra strategie di prevenzione e di cura), registrati nella rete degli interventi di contrasto al DGA, che giustifica la specifica attenzione destinata nel volume alla ricostruzione dei network di relazione tra i servizi territoriali (cfr. par. 3 e Cap. 7). A questo livello, di particolare rilievo è la segnalazione di alcuni responsabili della mancanza di una regia centralizzata, in grado di concertare, in maniera sinergica, le azioni di contrasto al DGA e di garantire in modo efficace il carattere coordinato, continuativo e interdipendente degli interventi messi in atto, oltre che un monitoraggio e valutazione che possa orientare la selezione dei servizi/progetti da finanziare. Su questo limite grava ulteriormente la recente soppressione dell'*Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla dipendenza grave*, che avrebbe potuto assolvere a queste funzioni, se adeguatamente valorizzato.

Anche con riferimento al sistema complessivo dei servizi/progetti, rilevante è la quota di rispondenti (29,4%) che lamenta una carenza di informazione nella popolazione sui rischi connessi al gioco d'azzardo, come anche sui servizi/progetti deputati al contrasto del DGA. Come già evidenziato, questa carenza incide sulla creazione di un'ampia popolazione sommersa di giocatori problematici e patologici, che stenta o rinuncia a richiedere aiuto e a rivolgersi ai servizi di cura.

Altri elementi di criticità emersi riguardano i seguenti aspetti:

- carenza nel sistema di monitoraggio e di valutazione di efficacia degli interventi (11,8%) – cfr. par. 4;

- necessità di prevedere orari di accesso ai servizi più flessibili, che garantiscano la possibilità di fruizione da parte dell'utenza con specifiche esigenze lavorative (11,8%);
- necessità di investire su un maggiore aggiornamento degli operatori impegnati nei servizi/progetti (11,8%);
- carenza di programmi residenziali e di ambulatori specializzati (8,8%);
- carenza di coinvolgimento delle famiglie nei percorsi terapeutici (8,8%).

Su fronte delle proposte di soluzione alla carenza di fondi, si spazia dalla legittima richiesta di ripristinare il fondo GAP e l'Osservatorio (23,5%) alla richiesta altrettanto plausibile di prevedere maggiori finanziamenti che garantiscano copertura territoriale, continuità e stabilizzazione delle risorse umane (58,8%).

Rilevante è poi la quota di responsabili (26,5%) che propone di investire maggiormente nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori, nell'ottica di garantire una maggiore efficacia degli interventi espletati.

Il 67,6% dei casi interpellati rilancia la proposta di incentivare la sinergia tra le azioni di contrasto al DGA, prevedendo una centralizzazione delle attività di orientamento, coordinamento, monitoraggio e valutazione delle azioni.

Il lancio di campagne capillari di sensibilizzazione della popolazione regionale, in merito ai rischi connessi al gambling e alle azioni messe in campo dai servizi/progetti pubblici e del Terzo settore è stata avanzata dal 14,7% dei responsabili interpellati.

Altre proposte, seppure meno frequentemente citate, sono centrate sull'incentivazione dei programmi residenziali/semiresidenziali e degli ambulatori specializzati (5,9%), sull'istituzione di sportelli dedicati all'accoglienza dei soggetti che soffrono di DGA esterni rispetto ai Ser.D., come anche di spazi specificamente dedicati alla cura del disturbo (5,9%), sulla digitalizzazione dei processi di monitoraggio e valutazione degli interventi (2,9%) e, infine, sull'istituzione di forme di controllo più severe sul rispetto della regolamentazione da parte degli esercenti di giochi di Stato (2,9%).

In risposta all'ultima domanda di questionario, che chiedeva di esplicitare quale fosse lo scenario futuro immaginato, la rappresentazione dominante condivisa è improntata al pessimismo, in considerazione della sottovalutazione del problema a livello governativo, in rapporto a un mercato del gioco d'azzardo in progressiva ascesa (cfr. Cap. 2), o comunque si sottolinea come il futuro dei servizi/progetti possa evolvere in una direzione piuttosto che un'altra, in funzione di quanto si deciderà di investire sulle azioni di contrasto al DGA.

A titolo esemplificativo di questa visione allarmistica, si riporta una delle testimonianze riportate:

Considerato che il governo vuole eliminare il fondo contro le dipendenze da azzardo e l'osservatorio, strumenti utili per arginare i danni di un mercato sempre più ampio, fat-

to di scommesse virtuali, poker con pagamenti in contanti, casinò online, concessioni prorogate ed estrazioni del lotto più frequenti, direi che siamo messi veramente male (Progetto Game over, ASP Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Asilo Savoia).

Tiepidi e sporadici segnali di ottimismo sono, invece, riferibili alla possibilità concreta di rafforzare il lavoro di rete, a più riprese richiesto nel corso della compilazione del questionario.

6. Conclusioni

La web survey presentata in questo capitolo offre una fotografia analitica e aggiornata del sistema dei servizi dedicati al Disturbo da Gioco d'Azzardo nella regione Lazio, mettendo in luce punti di forza, criticità e traiettorie evolutive.

Da un lato, emerge con chiarezza la ricchezza e la varietà degli interventi attivati sul territorio regionale, che spaziano dalla prevenzione primaria in ambito scolastico alla presa in carico terapeutica nei Ser.D., fino al sostegno ai familiari. L'eterogeneità dei tipi di servizio e la presenza diffusa di azioni mirate al contrasto del DGA in tutti i distretti ASL rappresentano elementi positivi, così come l'impostazione multidisciplinare delle équipe operative, che riflette una presa in carico globale del fenomeno.

Dall'altro lato, permangono rilevanti criticità che mettono in discussione la sostenibilità e l'efficacia complessiva del sistema. Le più frequenti riguardano la frammentazione degli interventi, la carenza di coordinamento tra attori pubblici e del Terzo settore, come anche tra strategie di prevenzione e di cura, la discontinuità e frammentarietà dei finanziamenti, e la mancanza di personale specializzato. Particolarmente allarmante è il disallineamento tra l'espansione dell'offerta legale di gioco d'azzardo e la compressione delle risorse pubbliche dedicate alla prevenzione e cura delle dipendenze comportamentali, effetto diretto dell'abolizione del fondo GAP e dell'Osservatorio nazionale.

Il problema della scarsa emersione del fenomeno, aggravato dallo stigma e da una limitata consapevolezza sociale, genera una popolazione sommersa che sfugge all'intercettazione precoce e accede ai servizi solo in fase avanzata. A ciò si somma la difficoltà di strutturare programmi di prevenzione continuativi, a causa della natura temporanea ed episodica, legata alla gestione di progetti a termine, di molte iniziative.

Numerose proposte raccolte dai responsabili dei servizi convergono su alcune priorità strategiche: il rafforzamento del lavoro di rete, la centralizzazione delle attività di monitoraggio, valutazione e coordinamento, la stabilizzazione del personale e l'investimento in campagne di sensibilizzazione capillari. Altre indicazioni operative riguardano il potenziamento dei servizi

residenziali, la personalizzazione degli interventi terapeutici e la creazione di spazi specificamente dedicati ai soggetti con disturbo da gioco d'azzardo, non assimilabili ad altri contesti di dipendenza.

In definitiva, il sistema regionale si presenta in una fase di transizione, con buone pratiche già consolidate e una crescente attenzione istituzionale, ma con la necessità impellente di politiche strutturali, finanziamenti stabili e un'efficace governance centrale, affinché l'azione di contrasto al gioco d'azzardo patologico sia realmente efficace, inclusiva e sostenibile.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- Beretta, P., Pacifici, R., Mortali, C. (2018), *Legislazione sul gioco d'azzardo in Italia*. In R. Pacifici, M. Giuliani e L. La Sala (a cura di), *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale* (pp. 64-73), Rapporti ISTISAN 18/5, Roma, Istituto Superiore di Sanità.
- Bianchetti, R., Croce, M. (2007), Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva?. *Sociologia del diritto*, 2, 113-158.
- Camposeragna, A., Mataloni, F., Pasqualini, F., Orlando, L., Rosa, A.C., Davoli, M. (a cura di) (2024), *Progetto di ricerca sul Disturbo da Gioco d'Azzardo nella Regione Lazio*, Roma, Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio. <https://dgaonline.regione.lazio.it/dgaonline/wp-content/uploads/2023/05/Report-scientifico-DGA-2023.pdf>
- Capitanucci, D. (2001), I Ser.T. e l'ultima Cenerentola delle dipendenze. Ipotesi di intervento istituzionale nell'ambito del gioco d'azzardo patologico. *Itaca*, 15, 68-73.
- Capitanucci, D. (2006), *Dipendenza da gioco d'azzardo. Quale sistema di servizi in Italia?* In G. Lavanco, L. Varveri, *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa. Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi* (pp. 123-138), Roma, Carocci.
- Coriale, G., Ceccanti, M., De Filippis, S., Falletta Caravasso, C., De Persis, S. (2015), Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento. *Riv Psichiatr*, 50(5), 216-227. doi 10.1708/2040.22162
- Crusco, M., Massoni, F., Luzi, E., Ricci, P., Pelosi, M., Corbosiero, P. (2016). Gambling and the need for new responses in Public Health with an addiction sine substantia. *Clinica Terapeutica*, 167(6), e162-e166. doi:10.7417/CT.2016.1962
- Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (2024), *Relazione sul fenomeno delle dipendenze nel Lazio: Dati relativi all'anno 2023*: www.salutelazio.it/news-lp/asset_publisher/IdLtqmsk7zEQ/content/id/183223182.
- Fiasco, M. (2024), Gioco d'azzardo, nuove e rischiose scelte dopo la legge di bilancio. Verso la cooptazione di tutte le dipendenze patologiche. *ALEA Bulletin*, 1(1), 11-15.

- Iori, M. (2016), *Gioco d'azzardo, società e politica. PRISMA Economia – Società – Lavoro*, 7(3), 147-155.
- Lucchini, F., Comi, S. (2018). *“I” costi sociali del gioco d'azzardo problematico in Italia*, Milano, Università degli Studi di Milano Bicocca.
- Mauceri, S., Di Censi L. (a cura di) (2026), *Il lato oscuro del gioco. Un'indagine sui rischi associati a gambling, gaming e altre pratiche ludiche in età adolescenziale*, Milano, FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/1532>
- Minutillo, A., Mortali, C., Pacifici, R., Mastrobattista, L. (2018). *Strutture cliniche per il trattamento del disturbo da gioco di azzardo*. In R. Pacifici, M. Giuliani, L. La Sala (a cura di), *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale* (pp. 35-44), Roma, Rapporti ISTISAN 18/5, Istituto Superiore di Sanità.
- Riglietta, M. (2020), La comorbilità nel Disturbo da Gioco d'Azzardo. *Mission-Open Access*, 54, pp. 59-63. <https://federserd.it/files/mission/12+Mission54OA+Riglietta.pdf>
- Tattini, M., Casalboni, D., Salaris, M., Pegli, E. (2012), Giocatori d'azzardo patologici e tratti di personalità: quali correlazioni?. *Italian Journal on Addiction*, 2(3-4), pp. 93-98.
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Savard, A.-C., Saint-Jacques, M., Côté, M. (2018). The experience of couples in the process of treatment of pathological gambling: Couple vs. Individual therapy. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 2344. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02344>

Sitografia

Regione Lazio www.regione.lazio.it/cittadini/sociale-famiglie/gioco-azzardo

7. *La rete territoriale per la prevenzione e il contrasto del DGA nel Lazio.*

Attori, legami e prospettive di collaborazione

di Fiorenza Deriu e Raffaella Gallo*

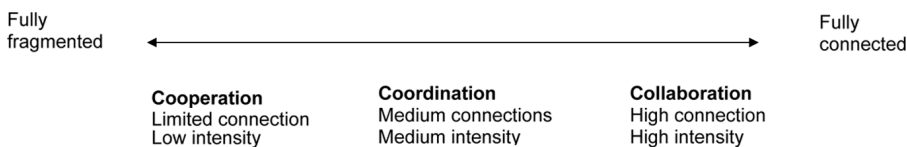
1. Introduzione

La web survey presentata nel precedente capitolo, realizzata nel 2024 coinvolgendo i referenti dei servizi impegnati nella prevenzione e nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), ha restituito un quadro tendenzialmente positivo, seppur caratterizzato da luci e ombre. Accanto alla presenza di una rete diffusa di attori, spesso radicati nei territori e dotati di competenze specifiche, sono emersi elementi di frammentazione e una difficoltà nel costruire connessioni stabili, soprattutto tra settori diversi – se i rapporti intra-settoriali appaiono in molti casi consolidati, soprattutto all'interno dell'area sanitaria o del privato sociale, le relazioni inter-settoriali risultano più lasche, mettendo in evidenza il rischio di una limitata capacità di azione congiunta e la difficoltà di realizzare interventi realmente integrati.

Per una lettura più attenta del quadro finora delineato, può essere utile richiamare un contributo di Keast, Brown e Mandell (2007), in cui vengono distinti tre diversi livelli di integrazione orizzontale nelle relazioni tra organizzazioni. Riprendendo il concetto delle “3C” di Fine (2001), gli autori propongono di leggere le relazioni tra organizzazioni lungo un continuum di integrazione orizzontale, caratterizzato da tre possibili assetti (Fig. 1): 1. la *cooperazione* – il livello più elementare all'estremo sinistro del continuum – contraddistinta da rapporti spesso episodici, caratterizzati da scambi limitati di informazioni e da un basso grado di formalizzazione; 2. il *coordinamento* – un livello intermedio di integrazione, che si colloca al centro del continuum – in cui le organizzazioni stabiliscono rapporti più stabili, favorendo una migliore articolazione delle attività e una distribuzione funziona-

* Pur essendo il capitolo l'esito di un lavoro condiviso, i parr. 1, 2 e 3 sono attribuibili a Raffaella Gallo e i parr. 4, 5 e 6 a Fiorenza Deriu.

le dei compiti, pur mantenendo un'ampia autonomia delle singole parti; 3. la *collaborazione* – la forma più avanzata di integrazione, collocata all'estremo destro del continuum – basata non solo su rapporti di scambio e allineamento delle attività, ma anche su un processo di pianificazione congiunta, sulla definizione condivisa degli obiettivi e sulla mutua interdipendenza degli attori. Considerando il valore euristico del continuum descritto, dunque, il lavoro di Keast e colleghi permette di collocare i sistemi locali di welfare lungo una traiettoria evolutiva, evidenziando i punti di forza e le criticità che possono ostacolare lo sviluppo e l'integrazione.



Guardando al caso empirico discusso in questa sede, le criticità segnalate dagli attori coinvolti nella web survey, e le contestuali indicazioni di miglioramento offerte, portano ad ipotizzare che la rete dei servizi dedicati al DGA attivi nel Lazio sia più conforme ad una situazione prevalente di coordinamento, in cui sono presenti relazioni diffuse e in diversi casi strutturate, ma nella quale non si è ancora raggiunto un livello di integrazione pienamente funzionale. Allo stesso tempo, dalle parole degli intervistati, si colgono forti segnali di un'aspirazione alla c.d. *collaborative governance* (Ansell e Gash, 2008; Emerson, Nabatchi, Balogh, 2012; Ansell, 2012; Ansell e Torfing, 2022), espressa dagli stessi operatori nella necessità di un maggiore dialogo, di una più efficace governance centrale e di una più forte integrazione inter-settoriale.

In questa prospettiva, si inserisce anche la più ampia definizione proposta da Emerson, Nabatchi e Balogh (2012) che, pur senza tralasciare il ruolo degli *stakeholder* pubblici all'interno del processo decisionale, sottolineano la possibilità di includere nel concetto di *collaborative governance* partenariati

tra Stato, settore privato, settore del privato sociale, società civile e comunità. In quest’ottica, gli autori individuano tre componenti, interattive e iterative, che caratterizzano le dinamiche collaborative: 1) l’impegno basato sui principi, che fa riferimento alla necessità di un coinvolgimento inclusivo di attori con diversi obiettivi e caratteristiche, che operano oltre i propri confini settoriali, in collaborazioni definite da processi deliberativi e orientati al riconoscimento reciproco; 2) la motivazione condivisa, che riguarda la costruzione di fiducia, la percezione di legittimità e l’impegno condiviso verso obiettivi comuni, che riducono il rischio che la collaborazione resti puramente formale, senza produrre risultati effettivi; infine, 3) la capacità di azioni congiunte, intesa come insieme di risorse materiali e immateriali, competenze professionali, regole e procedure condivise, che rendono concretamente possibile lo svolgimento di attività integrate. Secondo gli autori, solo l’interazione di queste tre componenti consente di dare sostanza a una governance collaborativa e di trasformare la semplice retorica della cooperazione in pratiche reali ed efficaci.

Applicare questo quadro teorico al caso dei servizi laziali dedicati al DGA significa ipotizzare l’esistenza di una sorta di “equilibrio imperfetto”, caratterizzato, da un lato, dalla presenza di una rete che mostra vitalità, grazie alla molteplicità di attori e alla varietà di forme di intervento attivate; dall’altro, la persistenza di divisioni tra ambiti settoriali e di difficoltà nel passare da scambi funzionali a una pianificazione realmente condivisa. Si tratterebbe, dunque, di un sistema che si muove prevalentemente nella logica del coordinamento, ma che aspira a condizioni di collaborazione più stabili e strutturate.

Alla luce di queste considerazioni, l’indagine network, presentata in questo capitolo, consente di corroborare le ipotesi espresse e offrire strumenti per valutare le potenzialità evolutive della rete regionale dei servizi dedicati al DGA.

2. Obiettivi cognitivi e metodologia d’indagine

L’indagine network, dal titolo “Mappatura e analisi delle reti territoriali operanti nell’ambito della prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d’azzardo”, qui presentata, si inserisce in un più ampio progetto di ricerca commissionato alla fine del 2021 dalla ASL Roma 1 della Regione Lazio al Dipartimento di Scienze Statistiche e al Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Sapienza Università di Roma.

Realizzata dal gruppo di lavoro del Dipartimento di Scienze Statistiche tra giugno e dicembre 2022, adottando un approccio reticolare e gli strumenti metodologici della Social Network Analysis (SNA), l’indagine si è proposta di ricostruire le reti di collaborazione di cui i Servizi per le dipendenze (Ser.D.) si avvalgono nel Lazio, in riferimento alle attività dedicate ai pazienti con Di-

sturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e alle loro famiglie. A tal fine, si è posta particolare attenzione su:

1. l'analisi degli attori pubblici e del privato sociale impegnati in progetti e servizi di prevenzione, contrasto e cura del DGA nella regione Lazio;
2. l'analisi delle relazioni rilevate tra i diversi attori, in termini sia quantitativi sia qualitativi;
3. la definizione dei punti di forza e di debolezza della rete mappata;
4. l'individuazione, attraverso un modello di ottimizzazione, di nodi strategici della rete, da coinvolgere in tavoli di discussione a livello regionale, finalizzati a potenziare il coordinamento e la collaborazione tra i diversi attori.

L'indagine si è inizialmente focalizzata sulla mappatura delle ego-network di vari servizi ed enti indicati dal committente e, dopo aver acquisito una lista iniziale dei contatti dei nodi oggetto dello studio sulle reti di collaborazione, è stata condotta progettando un questionario informatizzato (cfr. Allegato 2 online), finalizzato a raccogliere dati relazionali e informazioni di dettaglio sui nodi e sulle loro collaborazioni¹. In particolare, il questionario ha permesso di acquisire:

- informazioni relative agli Ego, ovvero i nodi di partenza considerati;
- la lista degli Alter con i quali ciascun Ego ha dichiarato di intrattenere relazioni, consentendo così la ricostruzione delle relative reti territoriali di intervento²;
- informazioni sulle caratteristiche degli Alter e delle relazioni ego-alter (tipologia di ente, ambito di collaborazione, tipologia di attività svolte, ecc.);
- informazioni su eventuali relazioni intercorrenti tra gli Alter, in modo da cogliere anche le connessioni di secondo ordine.

Il questionario è stato somministrato intervistando i referenti di enti attivi nelle province laziali, coinvolti sia in attività di prevenzione che nell'erogazione di servizi di contrasto e cura del DGA, nel triennio compreso tra il 2019 e il 2021. I nodi inizialmente individuati erano 107, comprendenti Ser.D., UOC, distretti, municipi, ASP, cooperative sociali, associazioni, fondazioni e altre tipologie residuali. Nel corso della rilevazione, però: 23 nodi sono caduti poiché non operativi sul tema del DGA nel periodo di riferimento; 25 referenti si sono

1. Il questionario è stato costruito a partire dai dati qualitativi raccolti in una fase preliminare di ricerca, realizzata in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche (DISSE) della Sapienza. In questa fase sono state condotte dieci interviste a testimoni privilegiati indicati dal committente, con l'obiettivo di definire il quadro contestuale entro cui sviluppare l'indagine. Per ulteriori dettagli relativi all'articolazione del questionario si rimanda al Capitolo 5 del presente volume.

2. In questa sede, si definiscono Alter tutti quei servizi, enti, centri, istituzioni, con i quali gli Ego di questa indagine hanno intessuto rapporti di collaborazione per la prevenzione, il contrasto e la cura del DGA.

mostrati sfuggenti, non rispondendo ai tentativi di contatto; 12 contatti sono stati esclusi dalla rete complessiva in quanto, avendo appena avviato attività progettuali al momento della rilevazione, erano categorizzabili come nodi isolati. Complessivamente, dunque, sono state realizzate 47 interviste effettive³.

Nello specifico, i dati relazionali raccolti tramite le interviste hanno consentito di ricostruire:

- la struttura, la forma e la tipologia delle reti di collaborazione a livello locale (mappatura delle risorse e delle collaborazioni relative al vicinato di ciascun Ego – analisi delle ego-network);
- sub-network a livello territoriale, omogenee per Distretto o per territorio provinciale;
- la rete regionale integrata, che restituisce l'intreccio delle diverse forme di collaborazione territoriali.

Inoltre, come già accennato, accanto alle analisi descrittive e alle misure classiche di network analysis, è stato applicato un modello di ottimizzazione volto a individuare i nodi strategici da coinvolgere nell'organizzazione di tavoli di discussione a livello regionale. La costruzione del modello ha preso in considerazione, per ciascun nodo, i seguenti indicatori: la proporzione di attività di formazione svolte, la proporzione di progetti realizzati, la proporzione di servizi offerti, e i valori di alcune misure classiche di centralità (*closeness*, *betweenness* ed *eigenvector centrality*).

Nei prossimi paragrafi verranno presentati i risultati relativi: a) all'analisi statistico-descrittiva delle caratteristiche degli ego, degli alter, e delle loro relazioni (cfr. par. 3); b) all'analisi delle caratteristiche morfologiche e strutturali della rete regionale – ottenuta dall'integrazione delle diverse ego-network – comprensiva delle misure statistiche di rete, delle principali misure di centralità, delle misure atte all'individuazione delle sub-network (componenti, *clique*, componenti bi-connesse e punti di articolazione) (cfr. par. 4); c) alla georeferenziazione dei nodi (mappa georeferenziata sul territorio regionale della rete integrata) (cfr. par. 5); d) agli esiti del modello di ottimizzazione (cfr. par. 5).

3. È utile precisare che la fase di contatto dei referenti da intervistare ha costituito un momento delicato della rilevazione, durante la quale si sono incontrate alcune difficoltà che hanno ridotto la numerosità della base empirica analizzata. In primo luogo, i cambiamenti nell'assetto organizzativo di molti servizi e strutture sanitarie regionali, in atto al momento della rilevazione, hanno reso le liste di contatti originarie imprecise e incomplete – molti dei referenti presenti nella lista non ricoprivano più il ruolo indicato, rendendo necessario un importante lavoro di “pulizia” e aggiornamento delle informazioni da parte del gruppo di rilevazione. In secondo luogo, nella lista dei contatti erano presenti attori appena insediati nella gestione di alcuni servizi, quindi, non ancora in grado di fornire informazioni utili. In ultimo, si sono registrati casi di mancata disponibilità a partecipare all'indagine da parte di alcuni referenti.

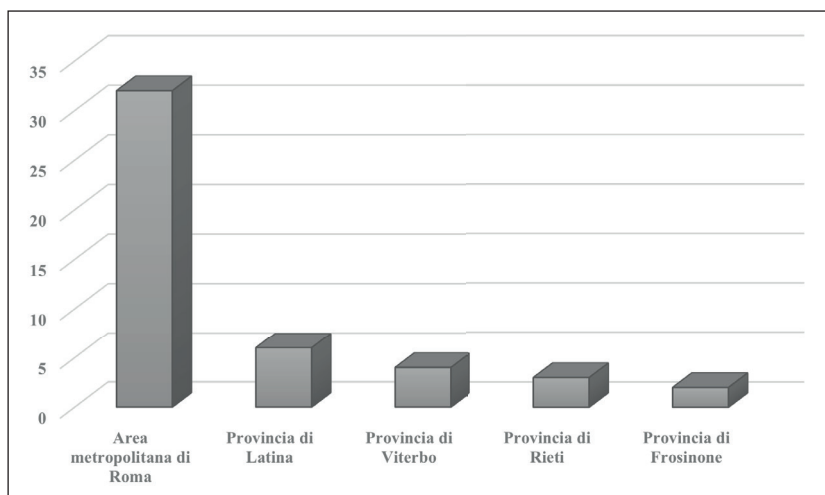
3. Caratteristiche degli Ego, degli Alter e delle loro relazioni

L'insieme dei nodi contattati (Ego) è costituito in larga misura da realtà pubbliche o del privato sociale, di dimensioni ridotte e radicate prevalentemente nell'area metropolitana romana.

Nel dettaglio, la concentrazione territoriale (Fig. 2) maggiore si registra nel Comune di Roma (19 casi) e nell'area metropolitana circostante (13 casi), mentre nelle province restanti si contano complessivamente 15 Ego. In termini di natura giuridica, circa il 60% appartiene al settore pubblico, mentre la parte restante è rappresentata dal privato sociale. Per quanto riguarda la dimensione organizzativa (Tab. 1), quasi la metà degli enti/servizi (47,8%) impiega fino a 20 dipendenti, di cui un quinto con meno di 10 addetti e oltre un terzo con un organico compreso tra 11 e 20. A queste si affianca una quota di realtà di medie dimensioni (17,8% con 21-50 dipendenti) e un quarto circa di organizzazioni medio-grandi (24,4% con oltre 50 dipendenti).

Ai referenti intervistati sono state poste delle domande per acquisire informazioni sulla offerta di servizi di contrasto e cura del disturbo da gioco d'azzardo erogata nel 2021, sulla numerosità delle persone seguite e sulle eventuali differenze osservate nell'accesso al servizio dopo la crisi pandemica del 2020. Le informazioni raccolte hanno inoltre riguardato le attività formative svolte, gli eventi organizzati e le attività progettuali realizzate nello stesso anno. In tutti i casi si è cercato di rilevare la partecipazione e l'affluenza alle iniziative promosse.

Fig. 2 – Distribuzione territoriale degli Ego



Tab. 1 – Ego per n. di dipendenti in classi

<i>N. dipendenti in classi</i>	<i>% totale complessivo</i>	<i>% sul totale delle risposte valide</i>
Fino a 10	19,1	20,0
11-20	36,2	37,8
21-50	17,0	17,8
Oltre 50	23,4	24,4
<i>Totale</i>	95,7	100,0
Non so	4,3	
<i>Totale complessivo</i>	100,0	

L'analisi dell'offerta complessivamente realizzata nel periodo considerato (Tab. 2) evidenzia un sistema con forte orientamento clinico: ben l'85,1% delle realtà considerate, infatti, ha erogato servizi di contrasto e cura del DGA. Rispetto alla natura del disturbo, dalle informazioni raccolte sulle persone seguite dai centri contattati, emerge come si presentasse prevalentemente in forma primaria: 17 servizi hanno riferito di seguire un maggior numero di pazienti con DGA primario (nella classe 11-20 pazienti), rispetto ai soli 6 che, nelle stesse classi di numerosità, hanno trattato casi di DGA secondario. Quanto all'andamento temporale, non si osservano netti trend di diminuzione o aumento dopo la crisi pandemica del 2020.

Accanto all'erogazione di servizi di natura terapeutica, una parte consistente di realtà affianca attività formative: circa il 60% ha realizzato corsi di formazione, con un'affluenza alle attività formative che, nel confronto pre- e post-pandemia, sembra mostrare tendenze stabili o in lieve crescita – è plausibile che la pandemia, mettendo in luce alcune vulnerabilità del sistema sanitario, abbia agito come *driver* per una maggiore sensibilità degli operatori socio-sanitari alla partecipazione a iniziative formative.

La prevenzione, pur meno capillare, non è assente: quasi la metà degli enti (46,8%) ha partecipato ad attività progettuali e circa un terzo (34%) ha organizzato eventi informativi e di sensibilizzazione, rivolti in particolare ai giovani con interventi nelle scuole. Anche in questo caso, la ripresa di iniziative pubbliche dopo il lockdown ha favorito la partecipazione, trasformando molti eventi di sensibilizzazione anche in occasioni di incontro e socializzazione. Per contro, la partecipazione a progetti non mostra andamenti chiari di aumento o diminuzione dopo il periodo pandemico.

Tab. 2 – Distribuzione delle attività svolte dagli Ego nel 2021

	Risposte		% sui casi
	val. ass.	val. %	
Servizi contrasto/cura	40	37,7	85,1
Formazione contrasto/cura	28	26,4	59,6
Progetti prevenzione	22	20,8	46,8
Eventi prevenzione	16	15,1	34,0
<i>Totale</i>	106	100,0	225,5

Nel complesso, il quadro restituisce un sistema di servizi in cui la presa in carico clinica rappresenta la funzione principale, alla quale si affiancano, con buona frequenza, attività formative, mentre le dimensioni della prevenzione – eventi e progetti – risultano più selettive e meno diffuse, pur rappresentando canali importanti di sensibilizzazione sul territorio. Come si ricorderà, d'altronde, la necessità di rafforzare la dimensione preventiva, con maggiori investimenti in campagne di sensibilizzazione, è uno degli aspetti sottolineati anche dagli intervistati che hanno partecipato alla più recente survey descritta nel capitolo precedente, a conferma della percezione condivisa della centralità di un ambito ancora poco sviluppato.

Per quanto riguarda le caratteristiche degli attori socio-sanitari con i quali gli Ego hanno collaborato nel triennio 2019-2021, emerge un campione di Alter eterogeneo, ma con alcune concentrazioni significative in alcune categorie (Tab. 3). La quota più rilevante di Alter sono scuole (26,3%), seguite dai Centri di Salute Mentale (15,7%) e dai Ser.D. (11%), che insieme compongono oltre la metà del campione. Accanto a questi attori principali, si collocano i Comuni (9,3%), le cooperative sociali (8,5%) e le associazioni/fondazioni del territorio (8,1%), a testimonianza di un intreccio che coinvolge sia soggetti istituzionali che realtà del privato sociale. Più marginale appare invece il contributo delle aziende pubbliche per i servizi alla persona (4,2%), dei gruppi di mutuo auto aiuto (5,1%), degli sportelli antiusura (3%) e delle Onlus (2,1%). Un dato da non sottovalutare, inoltre, riguarda le associazioni di categoria, che costituiscono l'unico canale relazionale con le rappresentanze degli esercenti, presenti in misura del tutto marginale (0,9% degli Alter). Tale dato è indicatore di un punto di debolezza che potrebbe limitare la capacità della rete di rafforzarsi sul versante della prevenzione.

Il quadro di collaborazioni, delineato in riferimento alle attività svolte nel triennio 2019-2021, in sostanza, è tendenzialmente in linea con quello più recente ricostruito con la web survey del 2024 (cfr. Cap. 6), seppur con qualche oscillazione che sembrerebbe testimoniare un aumento nel tempo delle collaborazioni con gruppi di auto mutuo aiuto, ASP e centri/sportelli antiusura.

Tab. 3 – Tipologia di Alter

<i>Categoria</i>	<i>%</i>
Scuola	26,3
Centro Salute Mentale (CSM)	15,7
Ser.D.	11,0
Comune	9,3
Cooperativa sociale	8,5
Associazione/fondazione	8,1
Altro	5,9
Azienda pubblica Servizi alla Persona (ASP)	4,2
Gruppo di auto mutuo aiuto	5,1
Centro/sportello antiusura	3,0
Onlus	2,1
Associazione di categoria	0,9
<i>Totale</i>	100,0

Osservando gli ambiti prevalenti di attività degli Alter (Tab. 4), emerge come oltre un terzo operi nell'area sanitaria e terapeutica (36%), seguiti da quelli dell'ambito educativo (26,3%) e del socio-assistenziale (12,3%). Una quota minore di alter si colloca invece nel no profit (10,6%) e nell'ambito associativo (8,9%). Le collaborazioni riguardano principalmente, quindi, tre dimensioni di intervento: la dimensione terapeutica della cura, la dimensione educativo/formativa della sensibilizzazione e la dimensione del supporto socio-assistenziale.

Tab. 4 – Ambito di attività di Alter

<i>Categoria</i>	<i>%</i>
Ambito sanitario/terapeutico	36,0
Ambito educativo	26,3
Ambito socio-assistenziale	12,3
Ambito del no profit	10,6
Ambito associativo	8,9
Altro	5,9
<i>Totale</i>	100,0

Nel complesso, la composizione degli Alter mostra un sistema di collaborazioni che tende a privilegiare attori sanitari, educativi e socio-assisten-

ziali, riflettendo l'impianto multidimensionale richiesto dalla prevenzione e dal trattamento del DGA. Tuttavia, la netta prevalenza di attori sanitari e la debolezza dei legami con determinati settori strategici – come le associazioni di categoria e più in generale il mondo dell'offerta – segnala un'area di fragilità che potrebbe limitare la capacità della rete di incidere in termini sistemici sul fenomeno.

Guardando alle attività che definiscono i legami ego-alter (Tab. 5), la somma delle percentuali sui casi (195,7%) indica che, in media, ogni legame contempla quasi due forme di collaborazione (1,96), segnalando una tendenziale combinazione di attività.

Tab. 5 – Forme di collaborazione attivate nei legami ego-alter

<i>Forme di collaborazione</i>	<i>v.a.</i>	<i>% risposte</i>	<i>% casi</i>
Collaborazione nell'erogazione di servizi	173	37,6	73,6
Collaborazione nella formazione	76	16,5	32,3
Collaborazione nell'organizzazione di eventi	74	16,1	31,5
Collaborazione nella realizzazione di progetti	137	29,8	58,3
<i>Totale</i>	460	100,0	195,7

In particolare, emerge un quadro di collaborazione tendenzialmente multifunzionale, seppur prevalentemente orientato all'erogazione di servizi e alla realizzazione di progetti: l'erogazione di servizi è indicata in riferimento al 73,6% dei legami di collaborazione, seguita dalle collaborazioni nella realizzazione di progetti (58,3%); le collaborazioni nell'ambito della formazione (32,3%) e nell'organizzazione di eventi (31,5%) interessano, invece, circa un terzo dei legami dichiarati.

Differenze interessanti, inoltre, emergono analizzando più nel dettaglio le finalità dichiarate per ogni attività di collaborazione (Tab. 6). La formazione e l'organizzazione di eventi mostrano una netta prevalenza di finalità preventive (rispettivamente 63,6% e 84,2%), a fronte di una quota più contenuta dedicata alla cura (circa il 30% nella formazione e 13% negli eventi). Anche la progettazione appare orientata soprattutto alla prevenzione (68,6%), con minori riferimenti alla cura (16,1%) o al contrasto (15,3%). Nei servizi, invece, rimane forte la componente di cura (49,4%), accanto a una consistente presenza di attività di prevenzione (45,4%).

Tab. 6 – Finalità delle collaborazioni per tipologia di attività

Finalità	Servizi (%)	Formazione (%)	Eventi (%)	Progetti (%)
Prevenzione	45,4	63,6	84,2	68,6
Contrasto	5,2	6,5	2,6	15,3
Cura	49,4	29,9	13,2	16,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Questi dati, come già accennato, suggeriscono un sistema di collaborazioni tendenzialmente, ma non pienamente, multifunzionale: gli attori tendono a sovrapporre piani diversi (assistenza, progettazione, formazione, eventi), in base ai bisogni e ai contesti, con i servizi a fare da spina dorsale e i progetti come veicolo privilegiato per strutturare interventi, spesso a vocazione preventiva, sul territorio.

Per approfondire la natura dei legami tra gli Ego intervistati e gli Alter, con i quali hanno collaborato, propedeuticamente all'analisi di rete, ci si è posti il seguente interrogativo: il carattere pubblico o privato-sociale degli Ego si associa a determinati ambiti di attività degli Alter?

L'ipotesi di fondo è che il carattere pubblico o privato-sociale di Ego possa indurre a “preferire” collaborazioni con altri attori della rete operanti in ambiti ad esso più affini. Un meccanismo di omofilia che rifletterebbe la prossimità culturale e operativa tra le organizzazioni. Tale ipotesi trova giustificazione nel fatto che gli Ego di carattere pubblico intervistati comprendevano soprattutto strutture di carattere sanitario (Ser.D. e CSM), mentre gli Ego del privato sociale erano costituiti prevalentemente da cooperative sociali, associazioni e fondazioni.

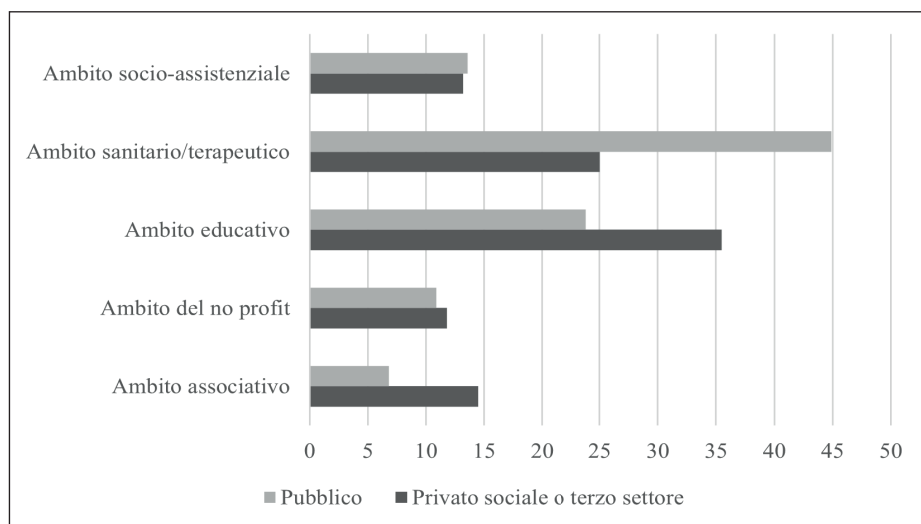
Per verificare questa ipotesi, sono state calcolate le frequenze condizionate delle variabili categoriali *Tipologia di Ego* e *Ambito di attività di Alter* (Fig. 3)⁴.

I risultati sembrano confermare l'associazione attesa: tra gli Ego del privato sociale/Terzo settore, la quota di collaborazioni con Alter in ambiti affini (educativo e associativo) è più elevata rispetto a quella rilevata per gli Ego pubblici; al contrario, tra gli Ego pubblici prevalgono collaborazioni con Alter che operano in ambito sanitario-terapeutico.

In conclusione, è possibile affermare che tra i legami analizzati emerge un elevato grado di omofilia organizzativa, ovvero una spiccata tendenza degli attori a legarsi con soggetti simili per missione, appartenenza settoriale o cultura organizzativa.

4. Si segnala che, per favorire la leggibilità dei dati, dalle analisi è stata esclusa la categoria residuale “altro” della variabile *Ambito di attività di Alter*.

Fig. 3 – Tipologia di Ego e ambito di attività di Alter (valori %)



Nel complesso, dunque, i dati finora osservati evidenziano una configurazione apparentemente coerente con un assetto di coordinamento, in cui le collaborazioni tendono a svilupparsi prevalentemente all'interno di ambiti omogenei (servizi e progetti tra soggetti affini). Restano, invece, spazi di miglioramento nell'attivazione di collaborazioni inter-settoriali più stabili, in cui formazione ed eventi possano costituire leve di connessione tra mondi diversi.

Nei prossimi paragrafi, la network analysis consentirà di approfondire ulteriormente queste dinamiche, mettendo in luce la trama dei legami esistenti sul territorio regionale e individuando le aree ancora vulnerabili sulle quali concentrare possibili interventi futuri.

4. Morfologia e struttura della rete regionale integrata degli enti e servizi per la prevenzione e il contrasto del DGA

In questa fase dello studio si è proceduto alla integrazione di tutte le ego-network rilevate in una unica rete, al fine di rendere più evidenti gli intrecci delle diverse forme di cooperazione, coordinamento e collaborazione degli enti e i servizi dedicati alla prevenzione, alla cura e al contrasto del DGA sul territorio laziale.

La rete ottenuta al termine di questa operazione è risultata composta da 235 nodi, 468 legami (con una media di 2 legami per nodo), 100 nodi foglia,

4 nodi star al centro di quattro strutture reticolari a stella, 1 coppia isolata, 12 componenti connesse, 123 componenti biconnesse⁵ (Fig. 4 a p. 181) e 36 punti di articolazione (cfr. Appendice 1).

Per una prima descrizione della morfologia della rete in esame, si è proceduto al calcolo di alcune misure di centralità locale e globale, utili alla individuazione del grado di connessione di singoli nodi con i propri vicini e di gruppi di nodi nella più ampia struttura della rete. Partendo dalla dimensione locale, la tabella 7 mostra i nodi che nella rete totale presentano la centralità di grado (di Freeman) più elevata⁶ e che quindi presentano un più alto numero di connessioni dirette nella rete.

Nelle prime posizioni troviamo tre cooperative sociali: la cooperativa Folias di Monterotondo (32), Parsec (31) e Il Cammino (30). A una certa distanza si collocano altre due importanti cooperative della rete: Nuove Chimere (18) e Magliana '80 (15). Occorre, poi, considerare i presidi sanitari che presentano una centralità di grado media, come ad esempio, i Presidi di Frascati-Ciampino (22), di Rieti (20), di Palestrina e Colleferro 1 e 2 (16 e 15), il DSMDP (Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche) di Guidonia (15) e il Ser.D. di Monterotondo (Tab. 7). Ben 8 di questi 11 nodi sono anche punti di articolazione. Più avanti questo aspetto sarà ulteriormente approfondito.

Tab. 7 – Centralità di grado della rete integrata della regione Lazio

Nodo	Centralità di grado
Cooperativa sociale Folias Monterotondo	32
Cooperativa sociale Parsec	31
Cooperativa Il Cammino	30
Presidio Frascati Ciampino	22
Presidio Rieti	20
Cooperativa Nuove Chimere	18
Presidio Palestrina e Colleferro 1	16
Cooperativa Magliana '80	15
DSMDP servizio per le dipendenze patologiche	15
Ser.D. Monterotondo	15
Presidio Palestrina e Colleferro 2	15

5. Per il calcolo delle componenti biconnesse e l'individuazione dei punti di articolazione è stata utilizzata una variante dell'algoritmo *depth-first search* (Tarjan, 1972).

6. La centralità di grado di Freeman del nodo (i) è data dal numero di legami ad esso adiacenti ed è stata calcolata come segue: $k_i = \sum_{(j=1)}^n A_{ij}$.

Per andare più a fondo nella ricerca dei nodi chiave della rete, su cui investire per il rafforzamento del processo di integrazione dei vari attori locali, si è proceduto al calcolo di alcune misure di centralità globale, che tengono in considerazione la struttura complessiva del network. Prima tra tutte la *betweenness*, per individuare i nodi⁷ e i legami⁸ strategici, quelli cioè che si collocano sul maggior numero di cammini minimi della rete.

La tabella 8 conferma, anche rispetto alla totalità della rete, la centralità delle cooperative Il Cammino (0,23), Parsec (0,14) e Folias (0,13), alle quali si aggiunge la Caritas di Roma (0,228), in seconda posizione in questa lista di nodi. La Caritas, dunque, pur disponendo di un minor numero di legami diretti con altri attori del territorio, costituisce un punto di raccordo nelle collaborazioni tra altri enti e servizi, rafforzandone così il posizionamento strategico complessivo.

Tab. 8 – Centralità *betweenness* dei nodi della rete integrata della regione Lazio

Nodo	Betweenness dei nodi
Cooperativa Il Cammino	0,23250
Caritas di Roma	0,22860
CeIS Roma Don Mario Picchi	0,19218
Presidio Frascati Ciampino	0,16625
Cooperativa sociale Parsec	0,14264
Cooperativa sociale Folias Monterotondo	0,12517

Tra le realtà associative si registra in terza posizione il CeIS (Centro Italiano di Solidarietà) di Don Mario Picchi (0,19), mentre tra i servizi a carattere sanitario emerge il presidio di Frascati-Ciampino (0,17).

In questo contesto è bene analizzare anche i legami che si collocano sui cammini minimi che collegano il maggior numero di nodi all’interno della rete (Tab. 9). In tal senso, i legami e le collaborazioni tra realtà associative e del no-profit fungono da potenti connettori e da ponti (*bridges*) a livello glo-

7. La centralità *betweenness* dei nodi è stata calcolata come segue:

$$C_b(i) = \sum_{s \in N, t \in N: s < t} \frac{\sigma_{st}(i)}{\sigma_{st}}$$

8. La centralità *betweenness* dei legami è stata calcolata come segue:

$$C_b(i,j) = \sum_{s \in N, t \in N: s < t} \frac{\sigma_{st}(i,j)}{\sigma_{st}}$$

bale: si vedano, ad esempio, le relazioni tra l’associazione CeIS di Don Mario Picchi, la Caritas di Roma (0,18), e il presidio di Frascati-Ciampino (0,15); tra la cooperativa Il Cammino, la Caritas di Roma e la cooperativa Folias. E ancora la collaborazione tra la Caritas di Roma e la cooperativa Parsec. Si tratta di legami importanti da tenere presenti per la costruzione di futuri tavoli di discussione, al cui interno consolidare ed estendere forme di collaborazione stabili e durature.

Tab. 9 – Centralità *betweenness* dei legami della rete integrata della regione Lazio

<i>Nodo from*</i>	<i>Nodo to*</i>	<i>Betwenness dei nodi</i>
CeIS Roma Don Mario Picchi	Caritas di Roma	0,17985
CeIS Roma Don Mario Picchi	Presidio Frascati Ciampino	0,15479
Cooperativa Il Cammino	Caritas di Roma	0,12307
Caritas di Roma	Cooperativa Parsec	0,05990
Presidio RM 1 via dei Frentani	Caritas di Roma	0,05565
Cooperativa sociale Folias Monterotondo	Cooperativa Il Cammino	0,04551
Cooperativa Il Cammino	Cooperativa sociale Folias Monterotondo	0,04551

* La rete non è orientata.

La Caritas, grazie alla sua elevata centralità di intermediazione (*betweenness*) e al ruolo di nodo connesso a numerosi legami, emerge come attore strategico all’interno della rete territoriale regionale di prevenzione e contrasto del gioco d’azzardo, costituendo al contempo un punto di riferimento fondamentale per gli altri attori locali.

Per individuare, inoltre, attori non necessariamente centrali per i loro legami immediati o per la capacità di intermediazione, ma comunque in grado di svolgere il ruolo di “acceleratori” nella circolazione delle informazioni e delle azioni/pratiche di prevenzione, si è proceduto al calcolo della centralità *closeness* (Tab. 10)⁹.

9. La centralità *closeness* è stata calcolata come segue:

$$C_c(i) = s(i) \left(\frac{n(i)}{\sum_{j \in R(i)} d_{ij} + |N \setminus R(i)| p} \right)$$

Tab. 10 – Centralità closeness dei nodi della rete integrata della regione Lazio

Nodo	Closeness dei nodi
Cooperativa Il Cammino	0,18854
Caritas di Roma	0,18253
Cooperativa Parsec	0,18000
Cooperativa Magliana '80	0,17647
Asilo Savoia	0,17594
Associazione consumatori Roma	0,17515
Cooperativa sociale Folias Monterotondo	0,17257
Comunità Mobile Nautilus	0,17193
CeIS Roma Don Mario Picchi	0,17181

Si conferma, anche rispetto a questa misura, la centralità della cooperativa Il Cammino (0,184), della Caritas di Roma (0,182), della Cooperativa Parsec (0,18), di Magliana '80 (0,176) e del CeIS di Don Mario Picchi (0,17). Si segnalano l'Asilo Savoia, che è anche punto di articolazione, l'associazione Consumatori Roma e la Comunità Mobile Nautilus, collegata alla cooperativa Il Cammino.

Per studiare, infine, quali attori nella rete regionale disponessero di un potere moltiplicatore, e una capacità di propagazione di informazioni su pratiche e azioni, generando un impatto diffuso di alcune esperienze locali, si è proceduto al calcolo delle misure di influenza di primo e secondo ordine, individuando così i nodi più centrali, non solo in base ai legami diretti, ma anche in base a quelli indiretti.

L'influenza di primo ordine¹⁰, basata sui legami diretti, è una sorta di normalizzazione della centralità di grado, per cui non sorprende riscontrare in Tab. 11 la stessa lista di nodi già descritta nella tabella 7 (p. 176).

Ulteriori elementi conoscitivi sono, invece, forniti dall'influenza di secondo ordine¹¹. Considerando, infatti, i legami indiretti, è la cooperativa Il Cammino a occupare la prima posizione nella tabella 12, con un valore di influenza di secondo ordine pari a 1,5.

10. L'Influenza di primo ordine è calcolata come segue:

$$C_1(i) = \frac{\sum_{e \in \delta_i} w_e^E}{\sum_{j \in N} w_j^N}$$

11. L'Influenza di secondo ordine è calcolata come segue:

$$C_2(i) = \sum_{j \in N_i} C_1(j)$$

Tab. 11 – Influenza di primo ordine dei nodi della rete integrata della regione Lazio

Nodo	Influenza di primo ordine
Cooperativa sociale Folias Monterotondo	0,13617
Cooperativa Parsec	0,13191
Cooperativa Il Cammino	0,12766
Presidio Frascati Ciampino	0,09362
Presidio Rieti	0,08511

Tab. 12 – Influenza di secondo ordine dei nodi della rete integrata della regione Lazio

Nodo	Influenza di secondo ordine
Cooperativa Il Cammino	1,49362
Cooperativa sociale Folias Monterotondo	1,32340
Presidio Rieti	0,86383
Ser.D. Monterotondo	0,82979
DSMDP servizio per le dipendenze patologiche	0,79149
Cooperativa Nuove Chimere	0,73191
Comunità Mobile Nautilus	0,71064

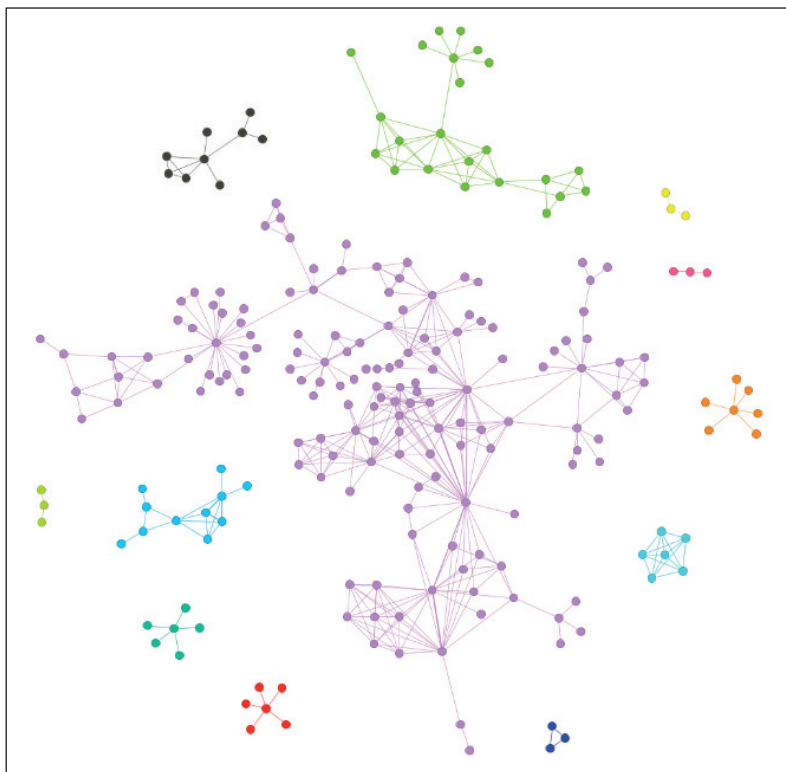
Sebbene, quindi, la cooperativa Il Cammino abbia un numero di legami diretti inferiore a quello della cooperativa Folias, è però connessa a dei nodi con numerosi legami, che di conseguenza la rendono centrale per la sua possibilità di raggiungere un maggior numero di nodi ai quali non è connessa direttamente. L'influenza di secondo ordine, infatti, non considera solo i vicini diretti, ma anche i vicini dei vicini, permettendo di cogliere *l'effetto di propagazione*: anche se un attore non ha moltissimi legami diretti, può comunque risultare molto influente se è collegato a nodi che, a loro volta, hanno tanti legami, e riuscire a diffondere messaggi e pratiche attraverso reti secondarie, diventando un *moltiplicatore di influenza*.

Passando dalla descrizione morfologica della rete a quella strutturale-compositiva, si è proceduto alla esplorazione del sotto-spazio del network in esame, calcolando dapprima le componenti connesse¹², le biconnesse e i corrispondenti punti di articolazione, e andando successivamente ad individuare cluster di attori rilevanti per l'attività di prevenzione e contrasto del DGA.

12. Per il calcolo delle componenti connesse è stato utilizzato l'algoritmo *union-find*, adatto per reti non orientate.

Nel grafo in Fig. 4, sono rappresentate 12 componenti connesse: in primo piano si osserva una componente centrale piuttosto estesa, articolata e diffusa, al cui interno si ravvisano alcuni importanti punti di snodo, che possono agire da *broker*, collegando diversi sottogruppi di enti e servizi, ma anche da *cutting-points*, aprendo spazi di vulnerabilità nel tessuto reticolare. A questa formazione centrale si aggiungono altre 4 componenti¹³ con struttura a stella, quattro triadi¹⁴ e, infine, 3 componenti di medie dimensioni¹⁵.

Fig. 4 – Componenti connesse della rete totale integrata – Quadro regionale del Lazio



Fonte: il grafo è stato realizzato dalle autrici usando il Software Gephi

Questo assetto della rete totale integrata mostra una discreta frammentarietà, tanto che la densità è pari a 0,02. Tuttavia, tale frammentarietà

13. Si tratta delle componenti di colore rosso, verde, arancio e celeste.

14. Si tratta delle componenti di colore verde chiaro, bleu, rosa e giallo.

15. Si tratta delle componenti di colore azzurro, verde e grigio.

Da un primo sguardo alla lista dei punti di articolazione, disponibile nell'appendice 1 di questo capitolo, emerge la presenza di alcune cooperative sociali che, come già emerso dall'analisi morfologica della rete, ricoprono un ruolo centrale e strategico sul territorio regionale (Fig. 5). Qualora la loro attività venisse meno, si creerebbero dei buchi strutturali nella rete e alcune collaborazioni si interromperebbero, indebolendo il sistema complessivo dei servizi e degli interventi. Tra le cooperative sociali più attive in questa rete si evidenziano: la cooperativa Il Cammino, la Caritas di Roma (Associazione e Consorzio di cooperative), le cooperative Magliana '80, Parsec, La Fonte, Folias, e Nuove Chimere.

Non mancano in questa lista le associazioni e le fondazioni quali, ad esempio, la Fondazione Adventum, Salus Populi Romani, le associazioni il Ponte, Observo, e Agisa. Importante il ruolo giocato anche da alcuni presidi sanitari che si trovano al centro di costellazioni di legami: si pensi ai Presidi ASL Roma 1 di via dei Frentani, di Pomezia-Ardea-Anzio-Nettuno, di Genzano-Velletri, di Frascati, e di Frascati-Ciampino, di Rieti, Capena e Latina, di Formia, di Viterbo, ecc.

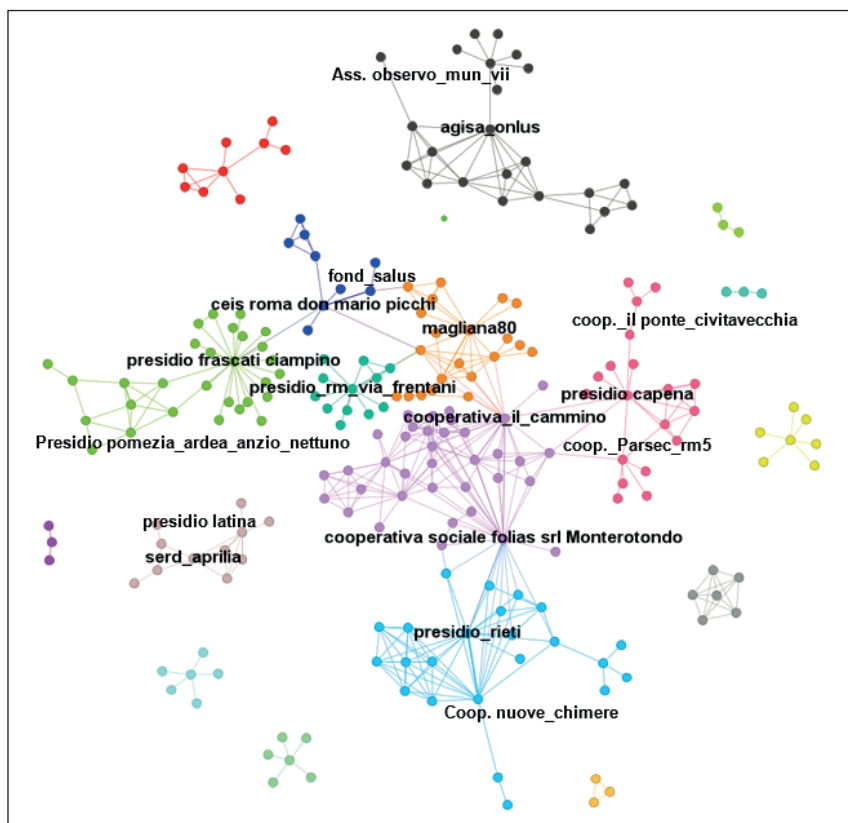
Considerato il ruolo strategico di questi nodi nell'economia generale della rete globale, occorre fare in modo di valorizzarne e rinsaldarne il posizionamento nel sistema dei servizi, per ridurre il potenziale di vulnerabilità. Sono questi gli interlocutori a cui guardare prioritariamente nel programmare un piano di azione volto a rinsaldare ed estendere la rete attuale. Si suggerisce, quindi, di agire su questi attori per stabilire delle connessioni con le componenti attualmente disconnesse dalla componente centrale del network regionale. Le cooperative, i presidi sanitari e le associazioni in appendice 1 potrebbero fungere da ponti (*bridges*) tra la rete più ampia e le regioni isolate per creare nuovi legami e forme di collaborazione (*bonding role*).

Sulla stessa rete è stato successivamente applicato l'algoritmo di Louvain per consentire il raggruppamento dei nodi in community omogenee¹⁶. Fissando il fattore di risoluzione a 1, sono state individuate 18 community con una modularità pari a 0,79 (Fig. 6). Le community sono state studiate considerando sia la loro composizione, con riferimento all'ambito di attività dei singoli nodi; sia la natura dei legami, distinguendo tra le collaborazioni per servizi, per la realizzazione di progetti, per lo svolgimento di attività formative e per l'organizzazione di eventi.

16. Per il calcolo delle communities è stato utilizzato l'algoritmo di Louvain proposto da Blondel *et al.* (2008) e adatto per reti non orientate. Il fattore di risoluzione è stato fissato a 1. La modularità totale è stata calcolata come segue:

$$M = \frac{1}{2L} \sum_{i \in N} \sum_{j \in N} \left(\frac{k_i k_j}{2L} \right) \delta(c_i, c_j)$$

Fig. 6 – Communities della rete totale integrata delle Egonetwork oggetto di analisi – Quadro regionale del Lazio Anno 2021



Fonte: il grafo è stato realizzato dalle autrici usando il Software Gephi

Anche in questo caso, si suggerisce di focalizzare l'attenzione sulla “costellazione” centrale di servizi, caratterizzata dalla integrazione di ben 7 communities¹⁷. Per quanto concerne le collaborazioni per l'erogazione di servizi di prevenzione e cura del DGA, si rileva un'attività diffusa e intensa in gran parte delle regioni della rete. Particolarmente attive in questo ambito il CeIS di Don Mario Picchi; le cooperative Parsec, Folias e Nuove Chimere; i Presidi di via dei Frentani, di Pomezia-Ardea-Anzio-Nettuno, di Rieti, di Palestrina e Colleferro 1 e 2, di Latina e Terracina, nonché il Ser.D. di Mon-

17. Le 7 communities sono identificate dai colori verde e verde chiaro, violetto, arancio, rosa glicine, celeste e fucsia.

terotondo, il Ser.T. di Viterbo, la ASL Roma 2 distretto 9. Si tratta di attori socio-sanitari operanti in prevalenza in ambito sanitario e del no-profit e talora socio-assistenziale.

Per quanto concerne le collaborazioni per attività progettuali, si rileva una ancora maggiore dinamicità della rete, con legami che attraversano buona parte delle sue regioni. L'attività progettuale si presenta come il campo in cui cercare di “imbastire” ed avviare il piano di integrazione della rete con le componenti ad essa esterna. Nel gruppo centrale di communities si distinguono fasci di archi che interessano le cooperative Parsec, Magliana '80 e Nuove Chimere; le associazioni Observo del Municipio VII e il CeIS di Don Mario Picchi. Tra gli attori pubblici, tutti appartenenti al settore medico-sanitario, si rileva l'attività della UOSD salute mentale e dipendenze in ambito penale di Roma, i presidi di Frascati-Ciampino, di Palestrina e Colferro 1 e 2, di Rieti e il Ser.D. di Aprilia.

La formazione si presenta come un campo di attività meno “frequentato” dai nodi della rete. L'attività formativa appare meno diffusa e più concentrata in specifiche regioni della rete. I nodi coinvolti in attività formative sono la cooperativa Parsec e la coop. Nuove Chimere; sul fronte pubblico, rileva l'attività del CSM della ASL Roma 1 insieme alla UOSD salute mentale e dipendenze in ambito penale; dei presidi di via dei Frentani, di Rieti, Latina, Terracina; dei CSM di Tivoli, del Sert di Viterbo e del Ser.D. di Aprilia.

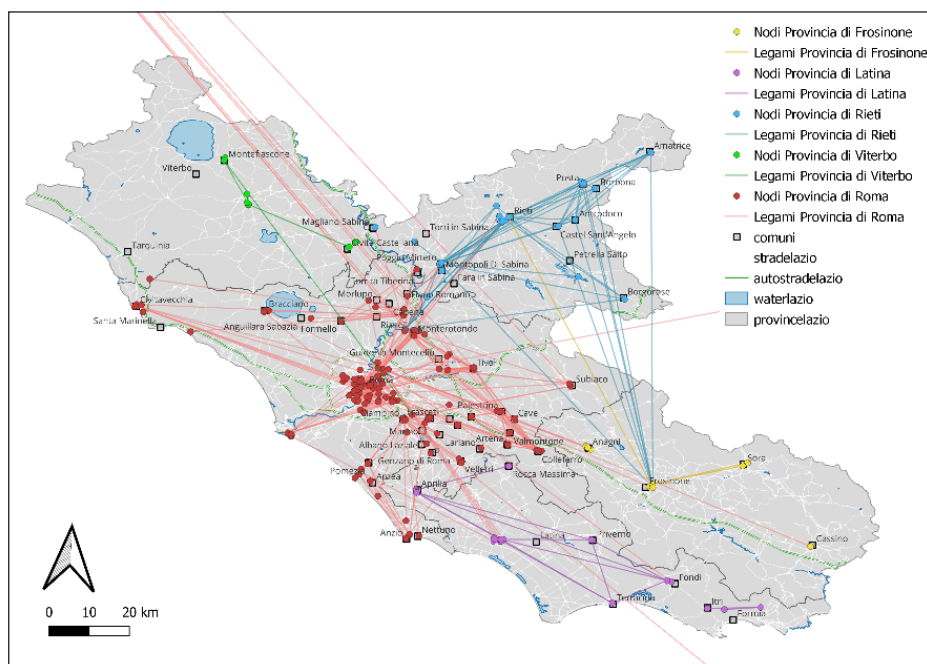
Infine, anche per quanto concerne gli eventi si registra una attività limitata e concentrata in alcune aree della rete. I nodi più attivi sono la cooperativa Parsec, le associazioni Agis Onlus e Observo del Municipio VII; e per la parte pubblica il Presidio di via dei Frentani e il Ser.D. di Terracina e il Presidio di Latina. La rete risulta composta da una maggioranza di attori pubblici del settore medico sanitario (ASL, CSM, UOSDM, Presidi, ecc.) e socio-assistenziale (Comuni, Municipi, servizi sociali); un numero contenuto di cooperative del settore no profit, al centro di numerose attività; una contenuta, ma molto attiva, rete di associazioni e fondazioni. Tra gli *stakeholder* emerge con decisa evidenza il ruolo delle scuole del territorio, estremamente attente e sensibili al tema.

5. La mappa georeferenziata della rete integrata del territorio regionale del Lazio

Al fine di agganciare l'analisi finora condotta al territorio di riferimento, si è proceduto alla georeferenziazione di tutti i punti della rete e alla rappresentazione dei loro legami sul territorio del Lazio. Ciascun nodo è stato inol-

tre associato a un ambito distrettuale, successivamente aggregato in 17 Ambiti sovradistrettuali, ricondotti alle cinque province del territorio regionale. La mappa riprodotta in figura 7 mostra la proiezione della rete totale integrata sul territorio del Lazio.

Fig. 7 – Mappa georeferenziata della rete del territorio regionale del Lazio – Anno 2021



Fonte: il grafo è stato realizzato dalle autrici integrando alcune funzionalità di Gephi con QGIS

Il grafo mostra una discreta copertura del territorio da parte dei servizi e degli interventi diretti alla cura e alla prevenzione del DGA, sebbene siano evidenti alcune aree di vulnerabilità dovute sia alla mancata connessione di alcuni nodi, sia alla mancanza di attori operativi. Sarebbe stato utile, al fine di una più compiuta riflessione, poter disporre delle mappe dei punti di offerta di gioco d'azzardo, in modo da poter individuare eventuali “aree scoperte” della rete dei servizi.

Allo stato attuale, le aree maggiormente dense di reti di collaborazione per servizi, progetti e altre attività comprendono le zone di Ostia e tutta la direttrice costiera Sud, passando per Pomezia, Aprilia, Anzio, Nettuno, Latina, Terracina, Formia e nell'entroterra per le zone di Fondi, Cassino, Sora,

Frosinone. Intorno a Roma, nella zona est, si sviluppa una rete di servizi nell'area dei Castelli romani, di Guidonia, e a Nord, lungo la Salaria, passando per Mentana, Monterotondo e procedendo nella bassa sabina verso Rieti, Antrodoto e Amatrice. Infine, a Nord-Ovest di Roma, si sviluppa una rete sparsa di servizi nella regione del viterbese con il lago di Bracciano e, sulla costa, la zona di Civitavecchia. Anche l'area romana è popolata di servizi che si dispongono lungo due assi che "tagliano" la città in quattro quadranti: sud-ovest e nord-est; sud-est e nord-ovest.

I punti di forza della rete sono senza dubbio le collaborazioni con le cooperative, che tuttavia costituiscono anche il principale punto di vulnerabilità, come sottolineato in precedenza. Ulteriore punto di debolezza della rete è la quasi del tutto trascurabile presenza di collaborazioni con le associazioni di categoria: l'unico punto di contatto in questa rete con le c.d. rappresentanze degli esercenti dei punti di offerta è costituito dalla Federazione Italiana Tabaccai, presente nella egonetwork del Presidio di Rieti. Occorrerebbe, quindi, valorizzare sia il potenziale di legami delle cooperative del territorio, sia favorire il coinvolgimento di rappresentanze degli esercenti per espandere la rete e potenziarne la capacità di iniziativa e intervento. Un potenziale punto di forza della rete è costituito dal contributo del mondo associativo, anch'esso da valorizzare maggiormente. Diffuso è, invece, il coinvolgimento di istituti scolastici territoriali in attività progettuali, una caratteristica di questa rete su cui puntare per potenziare la capacità di impatto di interventi a carattere preventivo. Si sottolinea il positivo coinvolgimento in attività di progetto e servizio di alcuni comuni (dei Castelli romani, del reatino, dell'area sud) che, se valorizzato, potrebbe favorire l'adozione di un approccio socio-sanitario integrato al problema del DGA. La rete sembra, dunque, essere caratterizzata da un approccio prevalente di tipo medico-terapeutico. Per questo motivo, nell'ultima fase di analisi, finalizzata alla individuazione di un certo numero di attori chiave, da coinvolgere in Tavoli di discussione e concertazione per la redazione di Protocolli d'Intesa, si è deciso di affiancare la scelta per criterio con l'applicazione di un modello di ottimizzazione, basato sulla risoluzione di un problema di assegnazione lineare.

A tal fine, sono stati individuati 6 indicatori, di cui tre di tipo continuo normalizzati – *betweenness*, *eigenvector centrality* e *closeness* – e tre binari – collaborazione per formazione, per servizi e per progetti –, per trovare i nodi che ottimizzano contemporaneamente queste sei dimensioni.

Il modello ha consentito di evidenziare le corrispondenze, riportate in tabella 13:

Tab. 13 – Risultato del Modello di assegnazione lineare

<i>From</i>	<i>Indicatore</i>
DSMDP servizio per le dipendenze patologiche	Collaborazione per servizi
Caritas di Roma	Centralità betweenness
Cooperativa Il Cammino	Centralità eigenvector
Cooperativa Parsec	Centralità closeness
Presidio Frascati Ciampino	Collaborazione per progetti
Presidio di via dei Frentani	Collaborazione per formazione

I sei attori costituiscono solo una parte di coloro che si ritiene possano portare un utile contributo al Tavolo di discussione. Ad essi è opportuno aggiungere almeno un ugual numero di attori, da individuare attraverso tecniche qualitative di selezione per criterio, in modo da assicurare la partecipazione di attori che rispondono ad altri requisiti: ad esempio, l'appartenenza all'ambito educativo o del servizio sociale, o degli enti locali (municipio o comune).

I risultati di questo modello sono stati in parte impiegati per individuare i casi di studio da analizzare per approfondire le strategie di erogazione dei servizi e mettere in luce le buone prassi in atto. Due dei *case studies* realizzati si sono concentrati su due enti che, dal modello di ottimizzazione, risultano rivestire una posizione strategica: Parsec Cooperativa sociale (cfr. Cap. 8) e il Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani (cfr. Cap. 10). Privilegiando altri criteri, come la necessità di isolare casi fortemente eterogenei tra di loro, in termini di strategie di intervento adottate, il terzo studio di caso è stato centrato sulla Cooperativa Magliana '80 (cfr. Cap. 9), che dalle analisi illustrate precedentemente si era comunque distinta per valori alti di centralità nella rete dei servizi.

6. Note conclusive

Sulla base di quanto emerso e discusso nei precedenti paragrafi, è possibile formulare alcune indicazioni per il potenziamento e il rafforzamento della rete dei servizi offerti dalla regione Lazio nella prevenzione, cura e contrasto del disturbo da gioco d'azzardo.

In particolare, per favorire l'attivazione di alcune "regioni" vulnerabili della rete estesa, a bassa copertura di servizi, si suggerisce di:

- a) cercare di integrare nella community estesa della rete totale le reti a stella e le triadi, indicate nel paragrafo 4: si tratta di gruppi di nodi al momento

- periferici, del tutto disconnessi dalla community centrale, di cui valorizzare il potenziale;
- b) considerare i nodi con elevata influenza di secondo ordine quali nodi strategici della rete, per il loro potere di propagazione di iniziative e di buone prassi e per la capacità di influire positivamente, attraverso collegamenti secondari, su nodi anche distanti. Sono nodi che esercitano influenza nella rete estesa e che potrebbero favorire il dialogo in Tavoli istituzionali di collaborazione;
 - c) affrontare la delicata questione dei 36 punti di articolazione, che accrescono la vulnerabilità complessiva della rete, ma che possono anche agire da potenti *broker*. Il coinvolgimento di questi nodi in Tavoli istituzionali allargati può contribuire a ridurne la posizione di dominanza nella rete estesa, distribuendo tra un numero maggiore di attori il potere di influenza, e trasformando dei potenziali *cutting-points* in ponti permanenti. Si tratta di nodi centrali, ben connessi, spesso in modo esclusivo, per cui è importante favorire costruzione di legami tra i loro Alter e altre componenti della rete;
 - d) potenziare il raccordo tra attori del settore pubblico e privato sociale, tra enti e cooperative operanti in ambiti diversi: socio-assistenziale e medico sanitario. Infatti, nonostante la rete sia composta da attori operanti in ambito medico-sanitario, socio-assistenziale ed educativo, le forme di collaborazione presentano un elevato grado di omofilia: i soggetti pubblici tendono a instaurare più spesso collaborazioni con Alter che operano in ambito sanitario-terapeutico; gli attori del privato sociale e del Terzo settore con Alter operanti in ambito educativo (scuole o enti formativi), in ambito associativo o socio-assistenziale. Questo assetto rischia di creare delle fratture nella rete, con il rischio di accrescere la frammentazione degli interventi e di mancare l'auspicata integrazione tra servizi di tipo medico-sanitario e servizi di carattere sociale e culturale. Si tratta di un aspetto che si cercherà di controllare nelle successive analisi di rete;
 - e) di prediligere, per l'avvio di un terreno comune di discussione volto a consolidare ed estendere la rete attuale dei servizi, la progettazione ovvero la realizzazione di servizi. Sono questi, al momento, gli ambiti in cui la rete risulta più dinamica;
 - f) favorire il coinvolgimento di rappresentanze degli esercenti per espandere la rete e potenziarne la capacità di iniziativa e intervento. Si suggerisce di invitare ai Tavoli di discussione referenti di associazioni/federazioni dei punti di offerta di gioco;
 - g) valorizzare il contributo di Comuni e servizi sociali municipali, e accrescere le occasioni di collaborazione con presidi sanitari.

Riferimenti bibliografici

- Ansell, C., Torfing, J. (2022), *Handbook on Theories of Governance*, Heltenham, Edward Elgar Publishing.
- Ansell, C. (2012), *Collaborative Governance*. In Levi-Faur D. (Eds.), *The Oxford Handbook of Governance* (pp. 498-511), Oxford, Oxford University Press.
- Ansell, C., Gash, A. (2008), Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
- Blondel, V.D., Guillaume, J.-L., Lambiotte, R., Lefebvre, E. (2008), Fast unfolding of communities in large networks. *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment*, Vol. 8, P10008. doi: 10.1088/1742-5468/2008/10/P10008
- Emerson, K., Nabatchi, T., Balogh, S. (2012), An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29. DOI: 10.1093/jopart/mur011
- Fine, M. (2001). *The New South Wales Demonstration Projects in Integrated Community Care*. In M.P. Mandell (ed.), *Getting Results through Collaboration: Networks and Network Structures for Public Policy and Management* (pp. 206-219), Westport, Greenwood Publishing Group.
- Keast, R., Brown, K., Mandell, M. (2007), Getting The Right Mix: Unpacking Integration Meanings and Strategies. *International Public Management Journal*, 10(1), 9-33. DOI: 10.1080/10967490601185716
- Tarjan, R.E. (1972), Depth-First Search and Linear Graph Algorithms. *SIAM Journal on Computing*, 1(2), 146-160. doi: 10.1137/0201010

8. Parsec Cooperativa Sociale: uno studio di caso

di Carmelo Bruni, Mauro Carta e Maria Costanza Massotti*

Come ricostruito nel quinto e nel settimo capitolo, a Parsec Cooperativa sociale, in virtù del suo ruolo strategico rivestito nel network di enti deputati al contrasto del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e dell'interesse dei progetti avviati, è stato dedicato un primo studio di caso, che ha previsto la realizzazione di un'intervista focalizzata a Mauro Carta, che da vent'anni svolge funzioni di coordinamento e gestione di progetti di promozione della salute nell'area delle dipendenze, e la conduzione di un focus group con gli operatori impegnati nei vari progetti attivati dall'ente nell'ottica della prevenzione e cura del gioco d'azzardo patologico. Dopo la presentazione dell'ente nel primo paragrafo da parte dello stesso Mauro Carta, i risultati emersi nello studio di caso – in termini di punti di forza, elementi di criticità e proposte di miglioramento – saranno oggetto dei successivi paragrafi.

1. Introduzione: la presentazione di Parsec Cooperativa sociale

Parsec è un'unità di misura per le distanze astronomiche: parallasse secondo. È anche il nome che negli anni '70 uno psicologo, un sociologo, un laureato e una laureata in scienze politiche, hanno voluto attribuire alla loro associazione: una realtà di ricerca e intervento sociale che, a partire dal nome scelto, intendeva “misurare” e tentare di ridurre la distanza siderale che divideva l'idea di cittadinanza espressa nella Costituzione dalla realtà quotidiana delle classi subalterne. I soci fondatori provenivano da una cultura di sinistra, frequentavano il Centro di Cultura Popolare del Tufello e dentro quel clima

* Il presente capitolo rappresenta il frutto di un lavoro condiviso da parte degli autori, coordinato da Carmelo Bruni. Tuttavia, il par. 1 è attribuibile a Mauro Carta, i parr. 2, 3 e 4 a Maria Costanza Massotti e il par. 5 a Carmelo Bruni.

di impegno sociale, intendevano praticare la ricerca-intervento e avviare una struttura di lavoro sociale in grado di affrontare le questioni emergenti, in particolare quelle che coinvolgevano le giovani generazioni. Erano anche gli anni in cui comparivano nuovi scenari caratterizzati da droga, disoccupazione, l'enorme espansione delle periferie urbane. Gli anni '80 sono gli anni dell'affacciarsi delle cooperative sociali a Roma che si occupano di disabilità, di minori, di dipendenze, proponendo visioni alternative ai Ser.T. o alle comunità residenziali. La spinta era orientata a conoscere il fenomeno, intervenire sui contesti per trasformarli. Parsec Associazione, sarà una delle prime voci a parlare di Hiv, organizzando convegni e collaborando alla creazione della LILA, Lega Italiana Lotta all'AIDS.

Nel 1996 viene ritenuto utile affiancare all'associazione una nuova struttura giuridica in forma cooperativa, che consentisse di partecipare a bandi pubblici: nasce Parsec Cooperativa Sociale. Il gruppo di soci e dei collaboratori, che man mano si univano, condividevano un'idea del lavoro sociale caratterizzata dall'attenzione nel cogliere domande ed emergenze sociali in evoluzione, con l'obiettivo di realizzare buone prassi e progettualità innovative, anche sviluppando processi di integrazione con attori pubblici e istituzionali. Nell'ambito delle droghe, per esempio, distanti dall'inquadrarne l'uso come espressione di malattia secondo un approccio ispirato a elementi di cura piuttosto che moralistici o proibizionistici, dentro Parsec si ragionava quanto invece potessero rappresentare una forma, seppur disfunzionale, di autocura, senza negare allo stesso tempo la dimensione legata alla ricerca di piacere. Gli interventi erano ispirati da principi di sensibilizzazione, coinvolgimento che, attenti alla relazione con i destinatari, promuovessero la partecipazione attiva alle politiche di prevenzione e promozione di empowerment.

In quegli anni si faceva strada l'idea che fossero i servizi ad intercettare le persone nei luoghi di incontro o di consumo, piuttosto che attendere una loro richiesta di aiuto, che spesso necessitava una conoscenza della problematicità del proprio comportamento, a volte del tutto inaccessibile a gran parte dei soggetti. Grazie a questo approccio, Parsec implementerà, a partire dal 1993 il "Programma integrato di riduzione del danno", voluto e finanziato dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio per la città di Roma.

L'Unità di Strada, intervento pionieristico a quei tempi, ma che oggi rappresenta una prassi abbastanza consolidata, doveva superare la diffidenza dei gruppi intercettati e proporre qualcosa che potesse essere accolta dalla "cultura" con la quale si confrontava.

Negli anni la Cooperativa Parsec si è strutturata in aree per rispondere a esigenze organizzative e progettuali sempre più complesse.

L'Area Minori, Famiglia e Territorio comprende azioni di diversa natura e che rispondono a mandati differenti, ma che si riconoscono in un comune de-

nominatore, che è quello della promozione dei diritti e della salute psicofisica, dell'inclusione sociale dei giovani. Questi valori orientano le attività residenziali per minori sottoposti a procedimenti penali, piuttosto che i minori stranieri non accompagnati, o ancora le attività aggregative e di promozione sociale.

Un altro ambito importante è l'Area Migrazioni, Tratta e Sfruttamento. Le attività, svolte spesso in partenariato con altri enti, differiscono dall'intensità di intervento, proponendo un'articolazione che risponde alle diverse domande di aiuto. Si va dalle intercettazioni di situazioni di sfruttamento sessuale o lavorativo presenti nei territori, alla consulenza e orientamento, fino all'accoglienza residenziale e all'inserimento lavorativo.

L'Area Consumi e Dipendenze ha rappresentato il nucleo fondante della cooperativa, inserendola a pieno titolo nella rete cittadina di enti, pubblici e privati, che rispondono alle esigenze di persone con consumi problematici o dipendenze patologiche. Gli interventi spaziano quindi dalla riduzione dei rischi, riduzione del danno, attività di prevenzione, fino alla presa in carico ambulatoriale e residenziale.

Tra i temi che hanno impegnato l'area delle dipendenze, quello del gioco d'azzardo, che negli ultimi vent'anni è diventato un comportamento problematico per un numero sempre più consistente di persone, è stato oggetto di significativo interesse per Parsec.

Il consumo di giochi è cresciuto esponenzialmente e, progressivamente, si è assistito al passaggio dai giochi tradizionali ad alta remuneratività e a bassa frequenza, con nuovi giochi ad alta frequenza e bassa remuneratività. È stato proprio questo gioco moderato (ad alta frequenza e a bassa remunerazione) che ha arruolato tanta popolazione al gioco. Con il suo stile attento al sociale e improntato ad azioni che coniugano ricerca e intervento, e che contribuiscono ad orientare le politiche sociali, nel 2010 e poi nel 2013, in partenariato con altri enti, ha realizzato la campagna informativa Giochi, Gocce e Gocce, sui rischi dei comportamenti legati al consumo di gioco d'azzardo, farmaci e alcol, con l'obiettivo di far emergere le situazioni di dipendenza o di rischio vissute da singole persone, promuovendo un'azione di primo orientamento ai servizi sanitari e sociali del territorio e, successivamente, di presa in carico da parte delle strutture di assistenza e cura. In quegli stessi anni, sempre con finanziamento della Regione Lazio, con il progetto Alea 2012, viene promosso un intervento di prevenzione al gioco d'azzardo problematico, che ha coinvolto studenti e genitori di alcune scuole di Roma

LIG (LazioInGioco) si è posto, invece, come insieme di interventi a supporto della realizzazione di sportelli di informazione e ascolto, con il compito di accogliere le persone affette da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in cerca di aiuto e i loro familiari, orientare ai servizi sociosanitari sul territorio e proporre animazione territoriale.

Da luglio 2022, per due anni, la cooperativa Parsec ha infine gestito quattro progetti innovativi per il contrasto al GAP, finanziati da ASP Asilo Savoia e da ASP IRAIM. Gli interventi si collocano nel quadro del piano biennale regionale della Regione Lazio sul gioco d'azzardo patologico, con l'obiettivo generale di promuovere attività di prevenzione e di aumentare le opportunità di presa in carico e di trattamento dei giocatori problematici e dei loro familiari.

2. I punti di forza dei progetti di Parsec Cooperativa sociale

2.1. L'adattamento delle strategie di intervento all'evoluzione dei bisogni

Nel corso degli anni, il gioco d'azzardo patologico ha subito importanti mutamenti. Innanzitutto, si è rilevato un passaggio graduale dalla preferenza per giochi basati sulla competizione (*agon*), in cui il giocatore si basa esclusivamente sul proprio impegno per raggiungere il risultato, a quella per giochi basati sul fatalismo, in cui è la sorte avere il ruolo principale (*alea*) (Caillois, 1958; tr. it., 1981; Conti, 2019):

Anche in televisione i giochi sono cambiati. Prima, il Rischiatutto era un gioco sulle competenze, cioè lì la gente sapeva delle cose. Adesso, io devo semplicemente (...) indovinare se dentro una scatola c'è una cifra piuttosto che un'altra. Quindi, questo sembra una sciocchezza, ma cambia proprio un paradigma sociale, in cui io non penso più di poter andare avanti perché sono capace in qualcosa [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

In secondo luogo, una decisiva trasformazione riguardante la percezione del fenomeno si è osservata nel progressivo processo di liberalizzazione del gioco d'azzardo, avvenuto in Italia a partire dai primi anni Novanta del secolo scorso (cfr. Cap. 1). Conseguentemente, sono aumentati i tipi di gioco considerati legali, tant'è che si può parlare di un vero e proprio "gioco di Stato". Il processo di liberalizzazione ha determinato il passaggio da un monopolio pubblico del gioco d'azzardo legale a un oligopolio di concessionari privati. In più, la legalizzazione del gambling ha contribuito ad annullare lo stigma rispetto al gioco e a consolidare una percezione diffusa di bassa rischiosità. Oltre al processo di liberalizzazione, l'estensione dell'offerta di gioco d'azzardo e dei rischi connessi, nonché la sua articolazione sul territorio sono state agevolate dalla pressione pubblicitaria. Quest'ultima, a differenza di altri settori, come alcol e tabacco, non viene adeguatamente regolamentata (Matteucci, 2022):

Noi vediamo eliminata la pubblicità dell'alcol e del tabacco, ma non quella del gioco. È una bestialità (...) viene introdotta in maniera subdola dappertutto. Il gioco ce lo abbiamo in televisione, i pacchi, tutte queste robe qua. È qualcosa che fa entrare nella nostra vita quotidiana l'idea che si gioca, che si può giocare e che si può cambiare vita con il gioco. Questo toglie la possibilità a molte persone di pensare che possono farcela con le proprie forze [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Un altro cambiamento attiene alle modalità di gioco, che, secondo l'esperienza di Parsec, prima del consolidamento dei concessionari, erano per lo più sociali, mentre il *solitary gambling* – ossia la condizione in cui il giocatore interagisce esclusivamente con la macchina – era ancora scarsamente diffusa. Ciò significa che i giocatori abituali del Lotto o della schedina, ad esempio, tendevano a giocare insieme, principalmente all'interno delle bische clandestine o, in generale, nelle zone grigie del tessuto urbano. La stessa dinamica, che porta al progressivo isolamento del giocatore, la osserva Putnam (2000; tr. it., 2004) che, in riferimento al gioco d'azzardo, sottolinea come il gioco delle carte in gruppo sia stato nettamente detronizzato dall'attività di gioco in solitaria.

Il complesso dei mutamenti finora menzionati ha reso il gioco d'azzardo, e quindi il rischio di sviluppare condotte a rischio o patologiche, trasversale a tutte le classi sociali (Vezzadini, 2014).

Il processo di liberalizzazione e di normalizzazione del gambling, in particolare, ha trasformato l'approccio della cooperativa Parsec, che prima di occuparsi di prevenzione e contrasto del DGA, si era confrontata con dipendenze da sostanze psicotrope illegali:

è chiaro che per noi (...) mentre il nostro discorso, inizialmente, sulle sostanze era qualcosa legato a un'illegalità, il gioco è del tutto legale. E quindi anche il nostro parametro di percezione, di intervento e di sensibilizzazione rispetto al fenomeno doveva cambiare radicalmente assetto. Perché, mentre noi prima ci muovevamo su consumi illegali, il gioco invece è del tutto legale, [quindi] non c'era nemmeno questa deterrenza [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Data l'estrema facilità con cui è possibile accedere al gioco, sia online che offline, l'ente concentra l'attenzione sulle predisposizioni individuali che avvicinano la persona al gioco in relazione ai loro contesti di vita. Tale focus ha assunto connotazioni diverse, in linea con gli aggiornamenti del DSM. L'ultima edizione del manuale, la quinta, inserisce il DGA all'interno dei Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da *addiction*, in particolare nella sottocategoria "Disturbo non correlato all'uso di sostanze" (APA, 2013; tr. it., 2013). Si tratta, perciò, di una patologia a sé stante, che necessita di una progettazione *ad hoc* di strategie di prevenzione, trattamento e riabilitazione. Nel

contempo, gli interventi devono calibrarsi rispetto alle probabili ricadute, così come si verifica per la schizofrenia, ad esempio. A questo riguardo, occorre tenere presente che i progressi si rendono visibili con il passare del tempo, man mano che l'intensità degli episodi di recidiva si riduce:

In un percorso di cura noi dobbiamo, come operatori, sostenere le persone anche durante la recidiva perché è una cosa che fa parte del gioco. (...) [Dopo la recidiva] arrivano tutti spaventati e dicevamo: “vabbè ma che ti aspettavi?” (...) Non è che cambia tutto, l'importante è capire cosa succede, no? Cosa ti ha spinto a? Come sei stato dopo? Come sei stato durante? [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Dunque, è fondamentale non mettere in primo piano il comportamento dipendente, bensì l'insieme degli elementi che contribuiscono alla sua presa di coscienza, nonché le possibili variabili esplicative (fattori di rischio) e gli effetti del gioco patologico inerenti alle varie dimensioni – personale, familiare, lavorativa – che caratterizzano la vita del soggetto:

Si parlava della vita di queste persone, quindi delle abitudini, degli atteggiamenti e di come tutto questo fosse collegato alla scelta poi di giocare in quel modo e di come, cambiando certe visioni, poteva cambiare anche quella scelta [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

La relazione d'aiuto, infatti, non si concentra sulla dipendenza in sé, ma induce i giocatori a interrogarsi su cosa spinge a ritenere il gioco l'unica via percorribile. In secondo luogo, tramite essa, è possibile comprendere su quali risorse o potenzialità sia necessario far leva per vincere la vulnerabilità in questione. La stessa logica è stata seguita nei progetti di prevenzione sul gioco d'azzardo a rischio o problematico.

Noi non classifichiamo la persona per il suo comportamento patologico, ma lo mettiamo tra le varie cose che una persona ha, di cui soffre o che gli complica la vita. Questo vuol dire che noi interveniamo sulla persona, riconosciamo il soggetto, gli rendiamo cittadinanza [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Infine, la Cooperativa sociale Parsec interpreta il fenomeno del DGA in una prospettiva non giudicante, in modo tale da non suscitare reazioni di repulsione e garantire l'accesso al maggior numero di persone.

Nell'economia dei casi intercettati e presi in carico, è possibile isolare le caratteristiche dei giocatori patologici che, essendo estremamente eterogenee, richiedono una personalizzazione degli interventi di prevenzione e di cura. Per prima cosa, spicca l'incapacità di gestire gli stati cognitivi interni e le emozioni quotidiane, come osservato in letteratura da Rabboni (2013) e Pazzagli (2019).

Inoltre, la scarsa capacità di gestione degli impulsi aumenta il rischio di sviluppare una dipendenza dal gioco, che è specificamente ideato e progettato per indurre una certa compulsività, sia nei canali di accesso online che offline.

I giocatori che presentano tratti compulsivi della personalità, in cui prevalgono l'abitudine e la reiterazione dei comportamenti, sono maggiormente attratti da operazioni ripetitive, come pigiare un pulsante, e a rinforzo immediato, tipiche delle slot machine. Invece, giochi come le scommesse online sono appetibili per quanti amano sfidare la sorte, provare il brivido dell'attesa, con la convinzione di avere la meglio sul fato.

In generale, i giocatori patologici ricercano una dimensione alternativa in cui rifugiarsi per evitare di dover fare i conti con vissuti soggettivi di sofferenza, oppure con diversi tipi di mancanze che attingono, ad esempio, alla sfera affettiva:

Allora non possiamo considerare il gioco la malattia; il gioco, anzi, potrebbe essere la cura, come molto spesso l'uso di sostanze, perché comunque il problema è che ognuno di noi ha delle sofferenze, alcuni hanno bisogno di un qualcosa di esterno per sentirsi alleggeriti. Cosa si incontra nella vita? Alcuni incontrano il tabacco, l'alcol, le canne e altre sostanze, alcuni incontrano il gioco [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Dunque, l'esigenza di sopperire a carenze di diversa origine è un elemento centrale della condotta dei giocatori intercettati da Parsec. Questi sembrano non aver sviluppato le abilità di governare l'incertezza e di fronteggiare gli eventi avversi, che occorrono inevitabilmente nel corso dell'esistenza. In altre parole, essi non sono in grado di strutturare la propria vita e di gestire l'imprevedibilità del futuro, fissando e portando a termine obiettivi concreti e strategici. Congiuntamente, non pare ravvisarsi quella "tensione interiore" (Fazzi, 2015, p. 66) che porta le persone a provare piacere nel seguire le proprie passioni, aspirazioni e interessi, che sono catalizzatori di cambiamento e crescita:

Riscoprire dentro di loro queste potenzialità, di *eros*, proprio della vita, da mettere nelle cose che fanno [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Secondo Parsec, le ragioni di tali vulnerabilità sono da ricondurre al clima familiare vissuto durante l'infanzia. È proprio attraverso le risorse familiari che, *in primis*, si sviluppano modelli cognitivi, emotivi e comportamentali che consentono di affrontare in modo sano i cambiamenti e le problematiche, di acquistare fiducia in sé stessi e di gestire le emozioni. L'assenza di questo corredo di competenze per la vita si configura come uno dei fattori di rischio più associati al gioco d'azzardo patologico.

Le conseguenze del gioco d'azzardo si manifestano in forme differenti sulla base delle specificità soggettive e ambientali. Vivere in *milieux* sociali svantaggiati riduce le opportunità culturali, come ad esempio la pratica sportiva o la lettura di libri, e le occasioni di socialità, che permettono di creare o rafforzare le reti amicali e di vicinato. Si finisce, così, per credere che il gioco d'azzardo sia l'unico modo per impiegare il tempo, soprattutto tra i giovani coinvolti nei progetti Parsec:

era un bisogno di socialità (...) di divertimento, di avere qualcosa da poter sperimentare [Operatrice n. 3, psicologa, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/Riflesso di Gioco", in servizio da 4 anni].

Per lunghi periodi, i giocatori patologici non hanno la consapevolezza di aver sviluppato una condotta disfunzionale legata al gioco e la portano avanti finché non raggiungono la "fase della disperazione" (Malizia, 2016, p. 265). Giunti in tale fase, si riprende contatto con la realtà, magari perché sono stati scoperti da compagni o congiunti. Crollano, pertanto, quella sensazione di onnipotenza e quell'insieme di credenze di poter ancora vincere, malgrado l'ammontare ingente del denaro dissipato.

Nel quadro di un progressivo indebolimento dei legami sociali, con la conseguente erosione del senso di appartenenza e di norme e valori di riferimento (Cesareo e Vaccarini, 2012; Conti, 2019), gli individui che non riescono a instaurare un rapporto positivo tra le proprie componenti individuali e collettive, non sono neanche capaci di mettere in atto condotte prosociali. Si crea così terreno fertile per il gioco d'azzardo patologico (Federici, 2019). In effetti, gran parte degli adulti con DGA, individuati nell'ambito delle attività di Parsec, non dispongono di un elevato capitale sociale – relazioni familiari, amicali o di vicinato –, che invece risulta essenziale per affrontare e superare le sfide e le difficoltà della vita. Conseguentemente, si evidenzia la necessità di riattivare relazioni sociali basate su vicinanza, solidarietà, affettività e reti di aiuto, poiché hanno una funzione protettiva rispetto alle condizioni di vulnerabilità della persona. Nell'esperienza di Parsec, il ruolo dei familiari e delle reti di sostegno è stato centrale nell'attivare processi che consentissero di uscire dalla dipendenza:

Appare che più l'individuo intorno a sé ha una rete di supporto sui cui può contare, più possibilità ha, come dire, di fare un cammino con risultati, con dei risultati positivi. [Al contrario], più è solo, meno ne ha. Cioè, secondo me, ha minore possibilità di accedere al servizio oppure di cavarsela in generale [Operatore n. 4, psicologo e arteterapeuta, "Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/Oltre il Muro", in servizio da 10 anni].

Ancora, molti dei giocatori patologici vivono in condizioni di precarietà occupazionale o di disoccupazione cronica, che aggravano ulteriormente le difficoltà quotidiane. Questo complesso di fattori – la povertà di capitale sociale e le difficoltà socioeconomiche – finiscono per avvicinare la persona al gioco, che diventa un'occasione per riempire il vuoto vissuto nel quotidiano, come fa notare Pazzagli (2019). Allo stesso tempo, rappresenta un mezzo per evadere dai problemi quotidiani e sognare un futuro migliore. Non di rado, infatti, dietro la condotta di gioco in solitario degli adulti si cela una storia personale segnata da diverse problematiche, tra cui la paura dello stigma, che costituiscono forti deterrenti rispetto alla richiesta di aiuto e all'impegno in un percorso riabilitativo, che richiede l'attivazione di una serie di risorse individuali e relazionali:

C'è sicuramente un sentimento di vergogna (...) rispetto al gioco. Ci sono magari tanti anni di gioco alle spalle, quindi problemi relazionali, distanze (...). Cioè, magari ci possono essere problemi di debiti, di soldi, di prestiti [Operatrice n. 3, psicologa, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/Riflesso di Gioco", in servizio da 4 anni].

Il gambling, sia online che offline, riveste una funzione socializzante per i più giovani, poiché è in grado di compensare la carenza di realtà aggregative alternative. L'attività di gioco fa sì che le persone si riuniscano e condividano il tempo libero; perciò, anche a fronte di una pratica solitaria, il gioco d'azzardo rimane comunque un'esperienza che favorisce la condivisione e che sollecita la spinta ad essere accettati. All'interno di queste dinamiche, emerge, dunque, l'esigenza di giocare per riflettere socialmente un'immagine vincente, come è richiamato in letteratura da Fenichel (1945; tr. it., 1978), Freud (1928; tr. it., 1978) e Rosenthal (1987; 1997; 2008):

Poi dentro ci sono delle dinamiche, forse pure competitive tra loro. "Vincio io", cioè, come dire, "voglio vincere in modo tale che posso dimostrare agli altri che sono un vincente" [Operatore n. 4, psicologo e arteterapeuta, "Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/Oltre il Muro", in servizio da 10 anni].

In linea generale, l'accesso alla rete e ai giochi online ha contribuito a scoraggiare l'esperienza aggregativa del gioco d'azzardo (Griffiths, 1999). Tuttavia, Parsec rintraccia nuove forme di socialità nel gioco dei giovani, che non è più quella che avviene *face-to-face*, bensì da remoto. Molte piattaforme di gioco online includono forum o community, in cui è possibile interagire, scambiare punti di vista, trovare nuove forme di condivisione delle proprie esperienze (Boriati e Grignoli, 2022; Kozinets, 1999):

Questa funzione, diciamo, un po' aggregativa, soprattutto sull'online (...) c'è stata raccontata da tanti ragazzi. In concomitanza del periodo di chiusura della pandemia, in cui comunque ci si ritrovava online (...), si mettevano insieme i soldi, si facevano delle collette per giocare su alcune piattaforme. Quindi chiaramente si è spostata la socialità online [Operatrice n. 3, psicologa, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/ Riflesso di Gioco", in servizio da 4 anni].

Al contrario, tra gli adulti, il gioco è perlopiù condotto isolatamente; quindi, il soggetto tende a ritagliarsi momenti in solitudine nel corso della giornata per giocare:

Diciamo, nell'adulto c'è più solitudine, il gioco è più solitario [Operatore n. 4, psicologo e arteterapeuta, "Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/Oltre il Muro", in servizio da 10 anni].

Da ultimo, gli anziani con comportamenti di gioco problematici hanno caratteristiche in comune sia con i giovani che con gli adulti. Le somiglianze con la popolazione giovanile si riferiscono alla vulnerabilità e alla dimensione aggregativa dell'esperienza di gioco. Tale connotazione del gioco è tipica degli anziani soli, che non hanno una rete relazionale con cui condividere il proprio vissuto, e che recuperano negli spazi deputati al gioco momenti di condivisione e socializzazione:

La categoria degli anziani, che in realtà un po' come gli adolescenti, utilizza quegli spazi [le sale bingo] come spazi (...) socializzanti. Lavorando anche in pieno agosto ci siamo resi conto [che è come se] gli anziani fossero quasi costretti a ritrovarsi nelle sale scommesse, erano gli unici posti aperti in tutta Roma ad agosto [Operatrice n. 2, psicologa psicoterapeuta, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo", in servizio da 8 anni].

Parallelamente, le motivazioni che si celano dietro le condotte di gioco compulsivo degli anziani differiscono da quelle dei più giovani, poiché non si ravvisa la volontà di essere riconosciuti e valorizzati socialmente, bensì in comune con i giocatori adulti si ravvisa una tensione al riscatto dai propri problemi attraverso la vincita economica:

Il gioco è sicuramente vissuto in maniera più solitaria, ma perché ha altre funzioni, altri scopi (...). Magari, non so, lo scopo può essere un'evasione (...) un tentativo di fuga dalla propria realtà, oppure [un] tentativo di sognare sulla possibilità di una grande vincita per poter risolvere alcune problematiche [Operatrice n. 2, psicologa psicoterapeuta, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo", in servizio da 8 anni].

Dall'esperienza con i bisogni delle persone con DGA, sinora menzionati, l'ente ha adottato approcci operativi in linea con le vulnerabilità riscontrate. Dal momento che, in generale, si osservano profonde difficoltà sul piano emotivo, cognitivo e comportamentale, ma che poi queste trovano forme di espressione differente in ciascun individuo, anche in relazione a contesti di vita dissimili, una delle direttrici comuni a qualunque intervento sviluppato da Parsec è riconoscere la centralità della persona. Porre al centro la persona significa indagare assieme a essa le condizioni che hanno favorito la condotta additiva e adottare forme di aiuto in grado di superarla, recuperando un certo equilibrio, sia personale che nelle sfere di appartenenza. Il tutto avviene senza mai ricorrere al giudizio di valore e privilegiando la libera espressione e l'autodeterminazione:

In generale noi cerchiamo (...) di creare un ambiente di gran conforto, di forte corallità, nutrendo il loro protagonismo. (...) Cioè, ci tiriamo fuori da qualsiasi forma di giudizio (...) quindi sottolineare la libertà d'espressione, non c'è valutazione non c'è giudizio [Operatrice n. 1, educatrice, "Game Over/Alea", in servizio da 15 anni].

Perciò, a monte degli interventi di Parsec, vi è il paradigma della ricerca-azione, il cui tratto caratteristico è la combinazione dell'operatività degli interventi e uno studio costante in materia di gioco d'azzardo e delle sue implicazioni, sulle vulnerabilità dei giocatori, nonché di ciò che già è stato fatto nei progetti precedenti – sia dell'ente che dalle altre organizzazioni che si occupano del fenomeno.

In più, il paradigma in questione è funzionale per la riprogrammazione coordinata di interventi e misure in corso d'opera, mediante i dati e le informazioni che sono stati rilevanti nelle fasi *ex-ante* e *in itinere* (di monitoraggio), o in quella *ex-post* del ciclo programmatico precedente:

Generalmente, organizziamo le équipes in modo che ci sia, se possibile, un Coordinatore dei progetti di Parsec, che è più una guida scientifica, una figura di coordinamento che si occupa più dell'interfaccia con l'operatività (...). Poi c'è un gruppo di operatori che va sul campo. Questa è una circolarità, poi attraverso delle riunioni di équipes, che fa sì che quello che, come dire, dalla progettualità si va a finire sull'operatività, poi recupera delle informazioni e vengono ridefinite alla luce di quello che (...) dovrebbero essere anche gli indicatori di valutazione, il monitoraggio e un feedback rispetto a una ulteriore progettualità futura [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

In virtù della prospettiva olistica centrata sulla persona e del paradigma della ricerca-azione, la cooperativa Parsec ha considerevolmente rimodulato i metodi e l'organizzazione interna per l'espletamento delle proprie funzioni.

La necessità di rimodulazione è avvenuta anche a seguito delle modifiche normative che si sono succedute (cfr. Capp. 3 e 4) e dell'avanzare delle conoscenze maturate sulla *gambling addiction*. Tra i diversi adattamenti della cooperativa spiccava l'esigenza di creare spazi appositamente dedicati ai giocatori d'azzardo patologici, poiché le forme di aiuto a loro rivolti sono differenti rispetto a quelle attuate nei casi di dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti e la separazione degli spazi contribuisce ad allentare i rischi di stigmatizzazione (cfr. Cap. 6). Oltre agli spazi dedicati, appariva efficace una certa flessibilità oraria dell'ente, in modo tale che gli interventi fossero il meno invasivi possibile nella quotidianità di coloro aventi condotte patologiche o a rischio. Infine, è stato cruciale impiegare anche nuove risorse umane specializzate in disturbo da gioco d'azzardo.

Generalmente, le équipe sono multidisciplinari, cioè composte da professionisti appartenenti a molteplici campi del sapere, in modo da rispondere alla multidimensionalità dei bisogni:

Sentiamo l'utilità della diversità delle figure professionali: quindi, psicologo, educatore professionale, assistente sociale, sociologo, abbiamo un antropologo. Questo perché, appunto, avendo a che fare con persone e non con un problema, le persone possono essere viste da tanti punti di vista [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

L'integrazione di competenze differenti si rincontra anche tra le diverse aree afferenti all'organizzazione interna della cooperativa. Tali aree, infatti, pur essendo dedicate a diversi ambiti di intervento – Minori, Migrazioni, Consumi e Dipendenze – rappresentano dei meri riferimenti culturali, cioè non sono da considerarsi come entità separate. In altri termini, l'agire della Cooperativa è fortemente integrato e si articola trasversalmente tra le aree, garantendo un approccio multifocale ai bisogni delle persone prese in carico:

il rapporto tra colleghi, l'autenticità che lo caratterizza, conoscersi tra noi, perché, in alcune situazioni, sapere che il collega che hai accanto com'è, come si comporta, ti permette anche di utilizzare strategie più efficaci [Operatrice n. 3, psicologa, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/Riflesso di Gioco", in servizio da 4 anni].

Lo stesso tipo di integrazione può avvenire con altri organismi pubblici, privati o del Terzo settore con cui l'ente si interfaccia. Oppure, gli operatori fanno riferimento anche alla cooperazione con attori informali, necessaria per la buona riuscita degli interventi:

Negli interventi a scuola, così come in altri progetti, c'è un lavoro sinergico con insegnanti, Dirigente scolastico e altri collaboratori [Operatrice n. 2, psicologa psicoterapeuta, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo", in servizio da 8 anni].

Pertanto, si può dedurre la centralità del lavoro di rete nelle pratiche di prevenzione e cura del gioco d'azzardo (cfr. Cap. 7). Parimenti, è cruciale per Parsec, l'agire volto a rafforzare e ricostruire le reti di relazione con gli *stakeholder* del territorio.

Un primo elemento rispetto alle strategie d'intervento promosse da Parsec per la prevenzione e la cura del disturbo da gioco d'azzardo riguarda proprio il forte radicamento sul territorio. Nelle unità di strada, gli operatori presiedono e stazionano ripetutamente in varie zone della città. Ciò ha permesso di instaurare un rapporto di fiducia con le persone e di muovere i primi passi verso l'*assessment* del bisogno:

Sono emersi bisogni sempre (...) più profondi. [Questo] ci permetteva anche di entrare un po' più in profondità (...) rispetto, magari, alla superficialità delle condizioni economiche, difficoltà sociali (...) solitudine, sofferenza, di bisogno di ascolto [Operatrice n. 3, psicologa, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/ Riflesso di Gioco", in servizio da 4 anni].

Negli interventi nelle scuole, spazio d'azione privilegiato di Parsec, è stata adottata la tecnica della *peer-education*, che consiste nell'individuare ragazzi che per talune caratteristiche assumono su di sé una funzione di leader tra i pari. Il passo successivo è mettere nelle condizioni colui che detiene tale ruolo di apprendere conoscenze specifiche in materia di gioco d'azzardo, affinché possa diffonderle nei gruppi di appartenenza. La tecnica della *peer-education* viene implementata nelle quarte superiori, sulla scorta di esperienze pregresse che provano la loro efficacia in quella età specifica, presumibilmente per via dello sviluppo cognitivo raggiunto dai ragazzi in tale fase del ciclo di vita.

Sono ragazzi che già incominciano a ragionare sulle cose, a rispondere, a fare domande più pertinenti (...) e [sono] anche quelli cominciano a giocare. Poi sedici-diciassette [anni], lì si inizia a giocare, è più raro che lo facciano prima [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Un'altra linea d'intervento della cooperativa consiste nella promozione di attività di gioco sane e responsabili, secondo l'idea che giocare di per sé non è problematico, bensì è una componente importante nella vita dell'uomo. La promozione di questa visione del gioco viene perseguita in modi diversi. Uno di questi sono le tecniche di promozione territoriale, in cui gli operatori propongono giochi, come la dama o le carte, ed esortano i partecipanti a riflettere sulle caratteristiche del gioco e sui rischi connessi. Oltre a ciò, sono stati promossi proiezioni di film per tutti, ludoteche per i più piccoli e centri aggregativi per i ragazzi:

Allora, quelle erano realtà molto interessanti perché raccoglievano e davano la possibilità a molti adolescenti di stare insieme e di fare cose insieme. (...) C'erano anche adulti che proponevano delle attività e facevano in modo che le proposte da parte dei ragazzi venissero attivate. (...) Noi abbiamo iniziato con dei locali affidatici da una scuola in cui, il pomeriggio, avevamo messo in piedi una sala prove, insomma tante cose per ragazzi, sale giochi, eccetera [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Da questa esperienza è nato un centro di aggregazione giovanile denominato Defrag, che è tuttora attivo.

La condivisione della propria esperienza con il gioco, l'ottica di uscire dall'isolamento e riattivare il capitale sociale sono incoraggiate dai gruppi di Auto Mutuo Aiuto (d'ora in poi AMA), altro strumento cardine nel piano d'azione di Parsec. All'interno di tali gruppi, i partecipanti sono incoraggiati a riflettere su sé stessi, sui loro meccanismi di funzionamento e sui fattori esogeni che li hanno avvicinati al gioco, attraverso un raffronto continuo con i vissuti altrui. Tali dinamiche danno vita a un legame intergruppo, che sarà la base per il supporto e l'aiuto reciproco:

Era proprio iniziata (...) una cura della persona, un'attenzione nei confronti del gruppo e dei partecipanti, un fare il tifo per l'altro. Magari [all'inizio] erano entrati in maniera più individualistica sul loro bisogno (...), poi è diventato (...), pian piano, il piacere di accompagnare anche qualcun altro in un percorso [Operatrice n. 3, psicologa, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/ Riflesso di Gioco", in servizio da 4 anni].

Un altro importante beneficio dei gruppi AMA è il coinvolgimento dei familiari, solitamente investiti dagli effetti più deleteri del gioco patologico:

I gruppi AMA erano rivolti anche ai parenti. Quindi far emergere un ruolo di maggior protagonismo anche per chi subiva il fenomeno, i parenti [Operatore n. 4, psicologo e arteterapeuta, "Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/Oltre il Muro", in servizio da 10 anni].

Quindi, in primo luogo, offrono loro strumenti per affrontare la condizione di vulnerabilità del giocatore, sia a quest'ultimi che ai suoi familiari. In più, consentono di ricostruire rapporti di fiducia con i loro cari, che sono stati gravemente deteriorati dal castello di menzogne o dai furti di denaro, compiuti dal giocatore per sostenere l'attività di gioco compulsivo.

A quanto menzionato finora, si aggiunge il supporto alla condizione economica della persona con DGA, attraverso il reindirizzamento a centri antiusura, per esempio, oppure supportandola nell'accesso a fondi della Regione dedicati alla loro problematica:

Queste associazioni (...) garantiscono, con le banche o con delle finanziarie, una sorta di ricostruzione del debito. Cioè, riacchiappano tutti i debiti sparsi che queste persone hanno accumulato nel tempo e ne fanno uno unico, in modo tale che la persona abbia una rata sostenibile (...) aiutando le persone a pagare i propri debiti (...) a renderli umanamente sostenibili [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Sebbene sia stato delineato un paradigma comune rispetto ai casi di DGA, la presenza di bisogni leggermente diversificati in base all'età dei giocatori – minori, adulti o anziani – si è tradotto col privilegiare alcune delle strategie di intervento, su altre. Ad esempio, l'ente predilige campagne di prevenzione e interventi formativi con gli adolescenti, forme di sostegno economico e la riattivazione dei rapporti familiari con i giocatori adulti, mentre, con gli anziani, prevale il contrasto all'isolamento sociale.

2.2. L'attività di advocacy di Parsec sul Disturbo da gioco d'azzardo

L'ambito di azione di Parsec non si esaurisce con gli interventi, bensì si estende anche alla sfera politica, in cui si adopera affinché il DGA sia sistematicamente incluso all'interno dell'agenda degli organi decisionali. Questo rappresenta un importante punto di forza dell'ente in esame:

Ci sono delle azioni, come dire, propedeutiche, di pressing, diciamo, verso il Comune, il municipio, affinché abbiano un occhio, cioè si ricordino di quest'area e che, nei bilanci, mettano soldi su quest'area [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

A tal fine, l'ente cerca il più possibile di sensibilizzare rispetto al disturbo in esame. Le attività di sensibilizzazione sono svolte in modi differenti e sono ideate per far sentire la propria voce, lasciare traccia del loro operato, nonché per mettere in luce l'estensione del DGA nel nostro Paese e la serietà dei rischi ad esso connessi. Non da ultimo, le azioni di *advocacy* sono orientate a enfatizzare la necessità di allocare risorse strutturali per il contrasto del disturbo da gioco d'azzardo:

Ci sono interlocuzioni che noi facciamo con gli enti locali, in Regione, in Comune e nei municipi (...) in cui si portano documenti e si segnalano quelle che sono le disfunzioni di alcune scelte. O, ancora (...) portando dei report anche quando non vengono richiesti, facendo pubblicazioni. Ecco, questa è un'altra cosa che a noi piace: produrre documenti, lasciare testimonianze. Insomma, [cose] che producano cultura condivisibile e anche entrino in conflittualità, magari, con altri saperi [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

2.3. La gestione strategica dei fondi e l'attivismo volontario

L'approccio operativo seguito da Parsec fa in modo che, molto spesso le principali attività che concernono l'andamento dei progetti, siano svolti autonomamente malgrado sospensioni o durate limitate. Ciò avviene al fine di garantire una certa continuità degli interventi realizzati. Questo impegno prevede, peraltro, che operazioni come la costruzione e l'analisi dei dati di monitoraggio e follow-up avvengano per lo più volontariamente e a titolo gratuito. Lo stesso vale per alcuni costi indiretti, come le attività di *back-office*, che talvolta non sono coperti dai fondi che finanziano i progetti:

Ad un certo punto noi ci dobbiamo fare qualcosa con quei dati che rileviamo, eh quello richiede tempo, non sempre i progetti lo pagano [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Tuttavia, Parsec è in grado di ottimizzare l'amministrazione dei mezzi economici disponibili in modo efficiente. Sovente, infatti, riesce a far leva su parte dei fondi di progetti cospicuamente finanziati e destinarli, dopo averlo concordato con il committente, in attività totalmente trascurate nelle voci di spesa:

Ci sono alcuni progetti, come dire, che riconoscono un po' più di fondi. (...) È come si bilanciasse un'azione con un'altra (...). Senza contare che spesso lo facciamo gratis [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

I punti di forza della cooperativa, finora descritti, assumono particolare rilievo se considerati alla luce delle numerose criticità con cui essa si misura quotidianamente. Come si vedrà, tali ostacoli non dipendono da fattori interni, ma derivano principalmente da vincoli di natura strutturale.

3. Gli elementi di criticità

3.1. L'ambiguità della politica in materia di DGA e l'assenza di una solida cabina di regia a livello nazionale

La prima criticità, da cui derivano a cascata le successive, è il prodotto dall'atteggiamento ambiguo assunto dallo Stato nel corso degli anni sul tema del DGA (cfr. Cap. 2), pur a fronte di interventi pregevoli, come la svolta normativa, avvenuta nel 2012. Quest'ultima si sostanzia nell'emanazione del "Decreto Balduzzi" (legge dell'8 novembre n. 189; cfr. Cap. 3). Tale atto legislativo ha rappresentato il primo vero tentativo di arginare la diffusione del

fenomeno in analisi, identificandolo come patologia a sé stante e riconoscendone la necessità di presa in carico all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Sulla scorta di questa importante evoluzione, venivano stanziati finanziamenti agli Enti del Terzo Settore perché si occupassero della prevenzione e del trattamento del fenomeno. Tuttavia, molte disposizioni contenute nella legge sono rimaste disattese e, d'altra parte, lo Stato ha perpetuato il finanziamento del gioco d'azzardo per via della sua elevata remuneratività (Beretta, Pacifici, Mortali, 2018; Carlone, 2014; Iori, 2016; Meyer, Hayer, Griffiths, 2009):

Allora, noi abbiamo avuto a che fare anni fa con il Decreto Balduzzi (...) ha normato (...) la possibilità di avere dei fondi che venivano presi dal fatturato, diciamo, delle concessionarie per essere dedicato, invece, al trattamento e alla prevenzione di situazioni legate al DGA. Quindi questo ha sicuramente creato un fondo a cui fare riferimento, in cui le politiche potevano fare riferimento (...). Diciamo, però, che non c'è un'attenzione coerente rispetto a questo. È un po' ambigua e ambivalente l'attenzione della politica rispetto a questo [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Non di rado, le risorse economiche stanziare per il contrasto al DGA sono risultate insufficienti, a fronte della crescente domanda sociale intercettata da Parsec:

Allora, già molti dicono che quei 50 milioni l'anno [di fondi stanziati] erano pochi, perché comunque quei soldi sono stati distribuiti su tutti i servizi legati al gioco d'azzardo [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

C'è attualmente già una lista d'attesa di 3-4 mesi di servizi legati solo per il gioco [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Alla esiguità di stanziamenti di fondi si accompagna la mancanza di un coordinamento ben definito a livello centrale:

però, non c'è una programmazione a monte, è più qualcosa che rispetto a quello che il mercato propone, poi la cooperativa si organizza in modo tale da fornire il miglior gruppo di lavoro possibile, sia per competenze ma anche per disponibilità di tempo [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Lo scenario si aggrava ulteriormente tenendo conto dell'approvazione della legge di bilancio 2025 (cfr. Cap. 3), che, in sintesi, dispone una marginalizzazione della normativa che disciplina gli interventi sociali e sanitari per il DGA (Fiasco, 2024):

si mette proprio la possibilità di poter fare tutto quello che abbiamo realizzato in questi anni di lavoro. In termini di obiettivi raggiunti, di persone intercettate, di

persone che hanno partecipato ai nostri progetti, di persone che hanno effettivamente beneficiato degli interventi dei progetti. Quindi, dovrebbe mancare una parte importantissima, fondamentale, considerando poi la diffusione del fenomeno del gioco d'azzardo e del gioco d'azzardo problematico. Potrebbe mancare una stampella importantissima a livello sociale [Operatrice n. 2, psicologa psicoterapeuta, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo", in servizio da 8 anni].

Ancora, la stessa legge di bilancio sopprime l'*Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla dipendenza grave* e lo assimila all'interno di un osservatorio polivalente per le dipendenze che fa capo al Dipartimento, che si chiamerà "Dipartimento delle politiche contro la droga e contro le altre dipendenze", istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (*ibidem*). Tale misura rappresenta un ulteriore ostacolo alla possibilità di pianificare e strutturare un approccio unitario e coordinato al contrasto del DGA:

C'è il rischio dispersione, nel senso che, se prima c'era un Osservatorio che si occupava di un problema che viene convogliato all'interno dell'Osservatorio che si occupa di tanti problemi, sai che confusione che ci starà là dentro per capire che cosa fare? Già i problemi [legati a una dipendenza] possono essere simili, ma tanto diversi tra di loro. Quindi? Ci vogliono competenze specifiche, argomenti specifici, temi specifici [Operatore n. 4, psicologo e arteterapeuta, "Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/Oltre il Muro", in servizio da 10 anni].

3.2. Discontinuità e frammentazione dei progetti sul DGA

L'analisi delle informazioni rilevate ha messo in evidenza una seconda criticità connessa alla prima, ovvero la non continuità e la disgregazione dei progetti di competenza dell'ente. Questo si ripercuote negativamente sulla possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati e, dunque, sulla possibilità di una seria presa in carico della problematica:

No, non c'è mai stata una continuità [nei progetti]. Sono sempre stati progetti molto staccati e noi accusiamo questo perché lavorando poi direttamente con le persone, noi da un giorno all'altro queste persone non le vediamo più. Il gruppo a giugno... c'è... ci siamo salutati. E non è che queste persone stavano meglio, o perlomeno c'erano diversi livelli di benessere rispetto al gioco [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

In altre parole, nella maggior parte dei casi, gli interventi sono molto brevi in termini di durata complessiva, possono durare un anno o, nei migliori dei casi, due. Una durata simile, però, corrisponde al periodo sperimentale, ossia la fase di avvio delle attività, e non all'intero ciclo di vita di un progetto.

In più, tale impostazione dei progetti impedisce la stabilizzazione del personale e una solida collaborazione con i servizi pubblici che si occupano di DGA (cfr. Cap. 6):

La difficoltà di un servizio che si occupa sempre di gioco d'azzardo a inserirsi nel sistema del servizio pubblico (...). Perché chiaramente, noi, essendo servizi temporanei, andarci a inserire in quel meccanismo, secondo me, è molto complicato [Operatrice n. 3, psicologa, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo/ Riflesso di Gioco", in servizio da 4 anni].

Per tali ragioni, il personale dell'ente si adopera incessantemente affinché i progetti attivi abbiano una certa continuità nel tempo, per riattivare quelli sospesi e per crearne di nuovi. Queste attività presuppongono, però, la disponibilità di risorse economiche; perciò, la cooperativa opera assiduamente allo scopo di reperire fondi esterni rispetto al finanziamento pubblico nazionale da investire nella loro offerta. Le attività di *fundraising* non si limitano al contesto nazionale, ma raggiungono anche il livello sovranazionale:

Noi, sempre di più, ci stiamo orientando sui fondi europei (...), che ci consentono anche di entrare in contatto con altre realtà a livello europeo, che accrescono un pochino la nostra idea di rete, di competenze, di scambi e così via [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Come accennato, la scarsità di fondi da erogare in favore degli interventi sul DGA, oltre che a tradursi in una discontinuità dei progetti ad esso riferiti, incide in modo sfavorevole anche sulla disponibilità di risorse umane stabili e retribuite adeguatamente da impiegare al loro interno:

Le cooperative sociali pagano poco perché i progetti pagano poco – gran parte delle persone sono psicologi – e quindi, ultimamente, nelle tornate dei concorsi sono stati assorbiti dal pubblico [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Dal punto di vista qualitativo, invece, coloro che hanno un'esperienza professionale consolidata, e cioè che hanno sviluppato maggiori competenze nella prevenzione e contrasto al DGA, lasciano la cooperativa per prospettive lavorative migliori:

Le poche risorse economiche corrispondono a poche risorse umane qualificate (...). Molto spesso, i colleghi che acquisiscono una certa anzianità di servizio, di competenza, o lasciano o riducono il loro impegno in cooperativa. Il che è abbastanza naturale perché la competenza, come dire, può essere venduta meglio che non in una struttura del Terzo settore [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Di conseguenza, le risorse umane disponibili sono costrette a gestire tale precarietà lavorando contemporaneamente e in modo frammentato in diverse aree di intervento dell'ente:

C'è una carenza cronica di professionalità all'interno dei servizi, non solo [sulle] dipendenze ovvio, però vengono utilizzati questi colleghi anche per altro. Quindi per situazioni legate all'alcool o a [dipendenze legate] ad altre sostanze [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Questa modalità d'intervento ha ricadute sfavorevoli sulle possibilità di dedicare il giusto tempo alla complessità delle condotte di gioco a rischio o problematiche:

Approfondire la propria competenza culturale e scientifica sul tema vuol dire perdere tempo a studiare, partecipare a convegni, partecipare a formazioni. Noi ne facciamo tante interne, ma molto spesso sono disertate perché i colleghi hanno i turni di lavoro; quindi, è un gatto un po' che si morde la coda [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

3.3. L'impraticabilità delle attività di monitoraggio e valutazione ex-ante, in itinere ed ex-post dei progetti di contrasto al DGA

Alla discontinuità e frammentazione dei progetti si associa, tacitamente, anche l'impossibilità di svolgere le attività di monitoraggio e valutazione in modo strutturato:

[Il monitoraggio] è il nostro tallone d'Achille perché, purtroppo, quando il progetto finisce noi non abbiamo più modo, economicamente e anche di contatto, di verificare questo [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Ecco una volta chiuso il progetto, essendo quella del gioco d'azzardo una vera dipendenza, è chiaro che i tempi sono sicuramente lunghi per poter fare questo tipo di valutazione. Non sappiamo chi ha diminuito il gioco (...), chi abbia effettivamente smesso o [lo] abbia poi incrementato al termine dell'attività, non lo sappiamo [Operatrice n. 2, psicologa psicoterapeuta, "Game Over/Gioco d'Azzardo, Gioco Bugiardo", in servizio da 8 anni].

Le operazioni di monitoraggio e valutazione hanno un ruolo cruciale in termini di miglioramento del funzionamento dei servizi (cfr. Cap. 6), poiché consentono di monitorare quanto è stato già svolto e quanto è in corso di svolgimento, allo scopo di proporre azioni di presa in carico rispettose delle specificità e multidimensionalità dei casi di DGA. Pertanto, la mancanza di

strutturazione e di criteri condivisi che orientino gli strumenti di valutazione inficia la qualità degli interventi, con conseguenze di vario tipo. Innanzitutto, oltre al rischio di adottare misure non conformi con le reali necessità delle persone con DGA, si rischierebbe di non tener conto dei risultati a valle di quanto svolto operativamente. In tal modo, potrebbero essere trascurati eventuali errori nella creazione e implementazione dei progetti, che, a loro volta, potrebbero tradursi in una inappropriata allocazione di risorse umane ed economiche. Ancora, potrebbero esser compromesse le azioni di *accountability*; in altre parole, la cooperativa non sarebbe in grado di rendicontare adeguatamente il proprio operato con gli *stakeholder*, mancando di trasparenza e legittimazione ai loro occhi.

4. Le proposte di miglioramento

Nel corso dell'intervista a Mauro Carta, coordinatore di progetto di Parsec, e del focus group con gli operatori sono state avanzate anche delle proposte di miglioramento, in relazione alle criticità evidenziate nel paragrafo precedente.

4.1. Oltre il profitto: costruire una cultura della prevenzione e della riabilitazione dal DGA

Una prima indicazione programmatica emersa è la centralità assegnata alla costruzione di una cultura del gioco d'azzardo a rischio e problematico, che implica la necessità che lo Stato punti la lente d'ingrandimento sul fenomeno e sulla pervasività dei suoi effetti sulle persone:

la cultura delle concessionarie è potente, pervasiva, se lo Stato non pone a fianco un'altra cultura altrettanto potente di intervento è chiaro che noi, sì, facciamo delle cose ma giusto per dire che vengono fatte [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

In tal modo, sarebbe possibile approcciare al contrasto del DGA con una prospettiva non stigmatizzante, capace di incentivare la propensione dei giocatori patologici ad avanzare una richiesta d'aiuto, riducendo la distanza con la cooperativa:

continuare col lavoro di de-stigmatizzazione del tema del gioco d'azzardo che possa permettere alle persone di poter percepirsi più liberamente (...) e poter poi, quindi, chiedere aiuto. (...) Riconoscerlo [il DGA] come difficoltà, non come qualcosa su cui

vige un pregiudizio [Operatrice n. 2, psicologa psicoterapeuta, “Game Over/Gioco d’Azzardo, Gioco Bugiardo”, in servizio da 8 anni].

Lavorare in questa direzione implica anche la necessità di ripristinare un Osservatorio specifico in materia di DGA; pertanto, gli intervistati esprimono la loro acuta disapprovazione nei confronti della sua soppressione, disposta dalla legge di bilancio 2025.

Allora, l’Osservatorio specifico sul gioco serviva proprio a inquadrare tutte queste caratteristiche peculiari di questo tipo di comportamento. Se noi lo mischiamo insieme ad altro, secondo me facciamo anche un’operazione, come dire, culturalmente e scientificamente non corretta [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

L’Osservatorio era uno strumento di monitoraggio importante, se uno non monitora il fenomeno, se non c’è un organo che in qualche modo vigila sull’andamento del tema, della problematica insomma, viene meno una risorsa fondamentale [Operatrice n. 2, psicologa psicoterapeuta, “Game Over/Gioco d’Azzardo, Gioco Bugiardo”, in servizio da 8 anni].

4.2. Intercettare la popolazione sommersa di giocatori d’azzardo a rischio di sviluppare DGA

Secondo l’esperienza degli interpellati, una quota significativa di giocatori d’azzardo non è intercettata dai progetti di competenza dell’ente. Si tratta di una popolazione sommersa, la cui attività di gioco non raggiunge un grado di problematicità tale da attivare un percorso d’aiuto.

È enorme, è enorme. È una popolazione che non gioca tantissimo, quindi il cui problema economico e sociale non diventa così rilevante e quindi non ha motivo di rivolgersi ai servizi, non lo avverte [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Perciò, si avverte la necessità di intensificare le misure preventive, per evitare che tali condotte a rischio possano trasformarsi in una patologia a tutti gli effetti, con ripercussioni sulle diverse dimensioni di vita della persona.

[A volte] c’è un gioco del tutto sociale, tranquillo, e altre volte, sì, stiamo proprio ai confini (...). Un intervento di prevenzione, di sensibilizzazione sarebbe molto utile. Guarda che, insomma, sei lì lì [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

4.3. Migliorare la collaborazione tra enti che si occupano di DGA

Un'altra proposta di miglioramento riguarda le relazioni all'interno del network di centri che si occupano di prevenzione e contrasto al DGA, nonostante Parsec rivesta un ruolo centrale all'interno della rete, che ha indotto a selezionarlo come uno degli studi di caso da realizzare nel progetto (cfr. Capp. 5 e 7). In particolare, gli intervistati suggeriscono di lavorare alla costruzione di un approccio che sia centrato realmente sul bene comune e non su meri interessi individualistici:

Per quanto noi facciamo parte di uno stesso ambito, diciamo (...) ognuno bada al suo orticello. Ovviamente, essendo degli ambiti di lavoro, c'è una concorrenza, che è sempre molto corretta, molto trasparente e molto aperta. Però, a volte, alcune caratteristiche personali portano a confliggere, a non intravedere un bene comune più importante di quello immediato relativo al proprio guadagno, al proprio ente (...). Ecco, io direi che non c'è una strategia in generale, cioè specifica, un'accortezza a far sì che, quando si sta in gruppo, a volte conviene fare un passo indietro perché si vede un guadagno del gruppo piuttosto che fare l'interesse personale [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

4.4. Ottimizzare i progetti attivi, riattivare quelli sospesi e promuovere nuove progettualità

Con specifico riferimento ai progetti di prevenzione svolti nelle scuole, gli interventi migliorativi dovrebbero avere come target di riferimento fasce d'età più giovani rispetto a quella dei ragazzi che frequentano il quarto anno di liceo. Tale slittamento dell'intervento verso fasce d'età più giovani è frutto di alcune evidenze empiriche, che dimostrano quanto il primo accesso al mondo del gioco d'azzardo avvenga già durante la prima adolescenza, come emerso, peraltro, nel primo indirizzo di ricerca del progetto di Ateneo realizzato (Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026):

Sono sempre più rare le situazioni in cui facciamo prevenzione pura [nei licei], perché ormai un'esperienza diretta col gioco d'azzardo [si osserva] già nei primissimi anni delle superiori. Addirittura, i ragazzi iniziano a informarci sul fatto che si sta abbassando anche la fascia d'età... Cioè, sta coinvolgendo anche le scuole medie [Operatrice n. 1, educatrice, "Game Over/Alea", in servizio da 15 anni].

In secondo luogo, gli intervistati auspicano la riattivazione dei progetti sul DGA sospesi, anche se ciò richiederebbe risorse economiche e di tempo non trascurabili, incompatibili con quelle contingenti:

Abbiamo pensato di [riattivarli], ma non ci siamo riusciti [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

Le proposte di miglioramento non si esauriscono con la riattivazione di progetti esistenti, ma riguardano anche l'avvio di nuove ipotesi d'intervento, come un servizio semi-residenziale per giocatori, che rispetti le specificità del DGA:

un servizio semiresidenziale per giocatori (...) perché considerate voi che il giocatore è una persona che lavora, che ha una famiglia, che ha una vita, non si può pensare, come per un eroinomane o un alcolista, di metterlo in comunità per tre mesi in una clinica (...). [Un servizio che operi] nei fine settimana, in cui si fanno delle attività specifiche, si fanno dei gruppi e così via. Su questo noi insieme ad altri enti abbiamo fatto delle proposte, abbiamo cercato anche dei finanziamenti non pubblici, istituzionali, fondazioni (...). Questo potrebbe essere un intervento [Coordinatore di progetto di Parsec, psicologo].

4.5. L'avvio di un servizio inteso come organizzazione stabile

Infine, tenendo conto della diffusione del gioco d'azzardo e le pesanti conseguenze sul piano economico, sociale e sanitario, gli operatori credono essenziale conferire continuità agli interventi realizzati da Parsec. In altri termini, si potrebbe dare avvio a un servizio che, oltre al carattere continuativo, abbia: a) una struttura permanente, dal punto di vista degli spazi, del personale e delle risorse; b) finanziamenti stabili, ad esempio nei bilanci pubblici; c) sia erogato a cadenza regolare; d) abbia solido riconoscimento all'interno delle normative. In questo modo, l'efficacia e l'efficienza degli interventi migliorerebbe sensibilmente; in più, ne risulterebbe potenziato il sistema integrato di enti che si occupano della prevenzione e cura del DGA:

la continuità, cioè questo è importante, la continuità, perché la continuità permette di solidificare le relazioni e questo vale per la rete fatta di soggetti particolari che lavorano in merito, come progetti, come servizi, ma anche proprio per la comunità del territorio no? Ovviamente, la continuità ti permette di essere conosciuto, di essere accolto direttamente, e quindi... Si capitalizza un racconto della relazione precedente, no? E questo permette anche di monitorare il fenomeno diversamente o un alcolista [Operatrice n. 1, educatrice, "Game Over/Alea", in servizio da 15 anni].

5. Considerazioni conclusive

Il gioco, nella sua accezione più ampia, è un'attività intrinsecamente umana, un elemento fondante dell'esperienza individuale e collettiva che accompagna l'essere umano fin dalla nascita. Esso consente di mettere alla prova abilità cognitive ed emotive, contribuendo alla crescita del sé: “è nel giocare e soltanto mentre gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità. Ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il sé” (Winnicott, 1971; tr. it., 2005, p. 66). Com'è noto, tradizionalmente, il gioco si è manifestato in molteplici forme, ed è stato tipizzato da Caillois (1958; tr. it., 1981) principalmente secondo quattro manifestazioni: *ilinx*, *mimicry*, *agon* e *alea*¹.

Quest'ultima variante, il gioco d'azzardo, ha sempre suscitato un atteggiamento ambivalente nelle società di ogni tempo, oscillando tra accettazione e condanna. Negli ultimi decenni, tuttavia, il gioco d'azzardo ha assunto nuove connotazioni, trasformandosi da pratica marginale e stigmatizzata a fenomeno pervasivo, veicolo di una patologia sociale crescente: il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), o gioco d'azzardo patologico (GAP).

Dall'analisi del lavoro condotto dalla Cooperativa Parsec sono emersi diversi spunti molto interessanti, che illuminano la comprensione di un fenomeno in rapida evoluzione e preoccupante dal punto di vista sociale ed economico. Intanto, dalla loro testimonianza emerge che a partire dagli anni '90 la liberalizzazione del gioco ha prodotto una pericolosa “normalizzazione” del gambling, che ne ha anestetizzato gli elementi di pericolosità individuale e sociale. Questo processo si è manifestato sia attraverso l'aumento dei giochi legali, che mediante una progressiva riduzione dello stigma sociale associato al gioco d'azzardo. Se in passato il giocatore d'azzardo poteva essere percepito come un deviante o un emarginato, la proliferazione di punti di gioco, la diffusione di pubblicità non regolamentata (a differenza di alcol e tabacco) e l'integrazione del gioco nella vita quotidiana hanno contribuito a renderlo un'attività socialmente accettata, se non addirittura incoraggiata, dissimulando i suoi rischi intrinseci.

Un'altra trasformazione sociologicamente rilevante sottolineato dagli operatori è la diffusione del gioco solitario (slot, online) rispetto a quello sociale.

1. Nell'*ilinx*, che richiama la vertigine, il gioco consiste nello sfidare il limite, nell'affrontare il pericolo. Nel *mimicry* (imitazione), il gioco consiste nel far finta di “essere qualcun altro”. Nell'*agòn*, che rimanda alla gara, i giochi sono caratterizzati dalla competizione, in cui i giocatori sfruttano proprietà fisiche e mentali con l'obiettivo di prevalere gli uni sugli altri. Infine, l'*alea*, fondata sul caso, è la forma tipicamente associata all'azzardo. Il risultato non dipende dalle abilità dell'individuo, ma dalla fortuna, anche se il giocatore accanito è spesso convinto di poter sottomettere la fortuna al suo volere.

Mentre il gioco d'azzardo tradizionale, come le partite a carte tra amici, manteneva una dimensione relazionale, le moderne forme di gioco d'azzardo promuovono un progressivo isolamento dei giocatori. Questo shift da un'attività potenzialmente aggregativa a una pratica solitaria ha profonde implicazioni: il gioco diventa spesso un rifugio individuale, un meccanismo di coping per affrontare solitudine o stress, piuttosto che un momento di socializzazione. L'isolamento, a sua volta, può alimentare il ciclo della dipendenza, rendendo più difficile l'emersione del problema e l'accesso all'aiuto.

Altro elemento emerso con forza dagli operatori della Cooperativa, che plasma la forma della pericolosità odierna del gioco d'azzardo patologico è la sua trasversalità sociale. Il fenomeno, cioè, non è più limitato a specifici gruppi demografici o socio-economici, ma attraversa le diverse età e le diverse fasce di reddito, anche se questo avviene secondo manifestazioni diverse: infatti, per i giovani il gioco, in particolare quello online, può mantenere una funzione socializzante, fungendo da sostituto per spazi aggregativi fisici mancanti. Le piattaforme di gioco online, con i loro forum e community, offrono opportunità di interazione e condivisione di esperienze, sebbene da remoto. Questa dimensione di "socialità mediata" è un fenomeno contemporaneo che riflette i cambiamenti nelle modalità di interazione giovanile e, in un contesto di carenza di alternative aggregative sane, può indirizzare verso forme di socializzazione patologica legate al gioco d'azzardo.

Al contrario, tra gli adulti il gioco è perlopiù condotto in solitudine, con il soggetto che tende a ritagliarsi spazi individuali in cui si isola per dedicarsi al gioco. Il gioco nell'adulto rimanda più spesso al tentativo di risolvere problemi considerati soverchianti e non risolvibili individualmente. Questo comportamento, però, finisce per accentuare l'isolamento sociale e la disconnessione dalle reti affettive e lavorative.

Infine, gli anziani mostrano caratteristiche comuni sia con i giovani (vulnerabilità e dimensione aggregativa del gioco) che con gli adulti (tensione al riscatto dai propri problemi attraverso la vincita economica).

Pur in presenza di queste diversità emergono linee di continuità tra i soggetti affetti da DGA. I profili dei giocatori patologici evidenziano una difficoltà comune, nella gestione emotiva e degli impulsi, e una ricerca compulsiva di esperienze alternative (Cattarinussi, 2013). Questa classificazione (compulsivi, scommettitori, giovani) e le motivazioni sottostanti (es. slot per compulsivi, scommesse per chi ama la sfida) non sono solo psicologiche, ma riflettono anche l'interazione con specifici contesti sociali e le offerte del mercato del gioco. Il gioco, in questo contesto, assume il ruolo di una "cura" o un rifugio da sofferenze e mancanze affettive. Secondo la Cooperativa Parsec, infatti, aspetti rilevanti della eziologia del fenomeno sono le carenze precocemente rilevate a livello familiare – segnatamente a livello di attaccamento

affettivo (Bowlby, 1969; tr. it., 1995) – che possono influenzare lo sviluppo delle abilità emotive e relazionali necessarie per affrontare le sfide della vita: “per gli psicanalisti, l'*addiction* è un disturbo a base psichica profonda, quello in cui il fallimento delle cure primarie ha causato una debolezza dell'unità di base da cui deriva il bisogno delle sostanze o il reiterare dei comportamenti [...] Con le opportune distinzioni, in termini di economia psichica della dipendenza e della compulsività, legati indiscutibilmente alla fragilità del sé, tra uso di sostanze e comportamenti coatti, sembra sempre più evidente che il terreno su cui poggia l'*addiction* è il sentimento precario di sé e la precarietà degli investimenti libidici” (Pani e Biolcati, 2006, pp. 6-7).

Chi scrive propone di parlare, a tal proposito, di “libidopatia”, con la quale si potrebbe indicare questa incapacità di controllare l'impulso a ripetere coattivamente il consumo di un prodotto o l'agire di un comportamento utili a produrre piacere, placando una – spesso indefinita – insoddisfazione emotiva, quale cifra identificativa di una tendenza sempre più diffusa nella contemporaneità. Infatti, ciò che avvicina tra loro queste esperienze, pur nella diversità di oggetti di abuso, è la loro capacità di attivare i circuiti della ricompensa nel cervello, generando un rilascio di dopamina (Lembke, 2021; tr. it., 2022) che rinforza il desiderio di ripetere l'esperienza.

Si può supporre che questa “incapacitazione” (Sen, 1992) sia da attribuire molto probabilmente all'assenza di percorsi di educazione al controllo delle emozioni a fronte di un contesto sociale in cui tutto è a portata di un “ordine online” (Lembke, 2021; tr. it., 2022). Infatti, i processi di socializzazione sono tipicamente concentrati sulle competenze cognitive – o civiche, cui è deputata la scuola – mentre le emozioni non hanno un correlato istituzionale deputato al loro sviluppo e controllo². Nel passato a ciò hanno provveduto i precetti morali e l'educazione religiosa e familiare che oggi appaiono, invece, meno incisive rispetto ad altre agenzie di socializzazione.

Questa incapacità di autocontrollo dà origine a comportamenti compulsivi che si riscontrano non solo nel caso del DGA, ma anche nel caso delle dipendenze da sostanza. Nel DSM-V, infatti, dopo aver ricordato che tutte le sostanze che vengono assunte in eccesso hanno in comune l'attivazione diretta del sistema cerebrale di ricompensa, che è coinvolto nel rafforzamento dei com-

2. Per completezza di informazione, in realtà, va ricordato che per la prima volta nel nostro Paese si è introdotto un provvedimento normativo volto a favorire lo sviluppo anche delle competenze non cognitive, grazie alla legge 19 febbraio 2025, n. 22, recante “Introduzione dello sviluppo di competenze non cognitive e trasversali nei percorsi delle istituzioni scolastiche e dei centri provinciali per l'istruzione degli adulti nonché nei percorsi di istruzione e formazione professionale”. L'applicazione della norma si sta realizzando per la prima volta in questo anno scolastico, per cui le prime indicazioni in merito a progetti realizzati e, almeno, risultati in itinere, si potranno avere solo a partire da giugno 2026.

portamenti, si asserisce che anche “i comportamenti legati al gioco d’azzardo riescono ad attivare sistemi di ricompensa simili a quelli attivati dalle sostanze di abuso e producono alcuni sintomi comportamentali che sembrano comparabili a quelli prodotti da disturbi da uso di sostanze” (APA, 2013; tr. it., 2013).

Le conseguenze del DGA secondo la Parsec sono un “complesso di fragilità” che impatta profondamente la sfera sociale degli individui: la precarietà lavorativa, l’isolamento sociale, la vergogna e lo stigma che ostacolano l’accesso ai servizi. Queste conseguenze non solo peggiorano la condizione del singolo, ma hanno anche ricadute sull’intera comunità, erodendo il tessuto sociale e aumentando i costi a carico della collettività.

L’analisi del gioco d’azzardo patologico non può prescindere dalle diverse fasi della vita, poiché le motivazioni e le manifestazioni del disturbo variano significativamente, come si è detto prima. Le strategie di intervento differenziate per età attivate dalla Parsec (campagne di prevenzione per adolescenti, sostegno economico e riattivazione dei rapporti familiari per adulti, contrasto all’isolamento sociale per anziani) dimostrano una profonda comprensione delle specificità sociologiche del problema, riconoscendo che la medesima patologia può richiedere risposte diverse a seconda del contesto di vita e delle risorse individuali e comunitarie disponibili.

Di conseguenza, le linee di intervento proposte dalla Cooperativa mostrano una chiara filosofia orientata in senso sia psicologico che relazionale. L’intervento è centrato sulla persona e sulla personalizzazione degli interventi, il che significa indagare assieme alla persona affetta da DGA le condizioni che hanno favorito la condotta addittiva e adottare forme di aiuto che mirino al recupero di un equilibrio personale e nelle sfere di appartenenza. Infatti, diviene cruciale la sottolineatura dell’importanza delle reti familiari e relazionali come fattore protettivo e risorsa chiave nei percorsi di uscita. Questo riafferma il valore delle connessioni sociali come baluardo contro la patologia e come strumento per la resilienza. Le linee di prevenzione e cura enfatizzano ulteriormente questo aspetto, promuovendo nuove reti sociali, affettive e comunitarie e la valorizzazione delle risorse individuali (passioni, aspirazioni).

Il focus dell’intervento non è la dipendenza in sé, ma le risorse, i contesti e i fattori di rischio, adottando un approccio non giudicante. Questa visione multidimensionale (clinica, sociale, culturale) è essenziale per comprendere la complessità del GDP e adattare le strategie ai bisogni mutevoli.

Altro aspetto da sottolineare è che per gli operatori di Parsec vi è la consapevolezza controintuitiva che le ricadute fanno parte del percorso e non sono da imputare a fallimenti del percorso di aiuto. Il percorso stesso si articola su più piani, oltre a quello relativo all’età, di cui si è detto, importanti sono i gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA).

I gruppi di AMA, in particolare, favoriscono la riflessione sui meccanismi di funzionamento personali e sui fattori esogeni, attraverso il confronto con i vissuti altrui e il coinvolgimento dei parenti, fondamentale per ricostruire i legami e la fiducia.

Non mancano in tutto questo gli elementi di problematicità afferenti essenzialmente ad aspetti ampiamenti noti nel campo dei servizi alla persona. La discontinuità dei finanziamenti pubblici pregiudica fortemente l'operatività e la continuità dei servizi, determinata anche dal conseguente turnover degli operatori, data la precarietà dei contratti di lavoro. È lo stesso problema che si è già sottolineato in una recente indagine condotta sui servizi destinati alle persone senza dimora (Mauceri, Di Censi, a cura di, 2024). Questo è anche in parte frutto del citato atteggiamento ambiguo tenuto dallo Stato: se da un lato si riconosce la problematicità, individuale e sociale, della patologia, dall'altro si continua a lucrare significativamente sul gioco d'azzardo, creando un conflitto di interessi che ostacola politiche di prevenzione e cura coerenti.

In definitiva, ciò che emerge è che il DGA, lungi dall'essere un problema esclusivamente individuale, si rivela una complessa patologia sociale radicata nelle trasformazioni strutturali della società contemporanea. L'evoluzione del gioco d'azzardo da attività ludica a fenomeno di massa, la sua normalizzazione, la transizione verso forme di gioco solitario e la sua capacità di permeare ogni strato sociale sono sintomi di più ampie disfunzioni, quali la carenza di capitale sociale, la frammentazione delle reti primarie e l'assenza di una specifica attenzione alle cause psicoemotive del fenomeno.

D'altro canto, l'assenza di un quadro normativo e di finanziamenti stabili impedisce lo sviluppo di un'infrastruttura di supporto solida e prevedibile, essenziale per affrontare un problema così pervasivo e complesso. La conseguenza ultima è la difficoltà a tenere sotto controllo il fenomeno, che continua a espandersi e a causare danni sociali.

Le problematiche sistemiche, in particolare l'atteggiamento ambiguo dello Stato e la discontinuità dei finanziamenti, evidenziano la necessità urgente di una riforma politica e legislativa che riconosca pienamente la gravità del DGA come emergenza sociale. Solo attraverso la creazione di servizi stabili, ben finanziati e coordinati, riconosciuti a livello normativo, sarà possibile fornire risposte adeguate e durature.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, APA; tr. it., *DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.

- Beretta, P., Pacifici, R., Mortali, C. (2018), *Legislazione sul gioco d'azzardo in Italia*. In R. Pacifici, M. Giuliani e L. La Sala (a cura di), *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale* (pp. 64-73), Roma, Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 18/5).
- Boriati, D., Grignoli, D. (2022), Le peculiarità del gioco d'azzardo online. Dalla letteratura internazionale ai dati italiani. *Sicurezza e Scienze Sociali*, 12(1), 34-50. <https://doi.org/10.3280/SSIS2022-001004>.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss*, 3 voll., London, Hogarth Press; tr. it., *Attaccamento e Perdita*, 3 voll., Milano, Bollati Boringhieri, 1995.
- Caillois, R. (1958), *Les jeux et les hommes: le masque et le vertige*, Paris, Gallimard; tr. it., *I giochi e gli uomini*, Milano, Bompiani, 1981.
- Carlone, T. (2014), *Gioco d'azzardo patologico: i servizi, gli interventi*. In C. Cipolla (a cura di), *Le implicazioni sociali del gioco d'azzardo. Il caso dell'Emilia-Romagna* (pp. 131-150), Milano, FrancoAngeli.
- Cattarinussi, B. (2013), *Non posso farne a meno. Aspetti sociali delle dipendenze*, Milano, FrancoAngeli.
- Cesareo, V., Vaccarini, I. (2012), *L'era del narcisismo*, Milano, FrancoAngeli.
- Conti, U. (2019), *Gioco d'azzardo: problemi di etica, coesione sociale e razionalità*. In U. Conti (a cura di), *Vite in gioco. Ludopatìa e gioco d'azzardo come emergenze sociali* (pp. 100-109), Roma, Carocci.
- Fazzi, L. (2015), *Servizio sociale riflessivo. Metodi e tecniche per gli assistenti sociali*, Milano, FrancoAngeli.
- Federici, R. (2019), *Il disordine del reale. I luoghi in ombra sulle comunità*. In U. Conti (a cura di), *Vite in gioco. Ludopatìa e gioco d'azzardo come emergenze sociali* (pp. 33-42), Roma, Carocci.
- Fenichel, O. (1945), *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*, New York, Norton; tr. it., *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Roma, Astrolabio Ubaldini, 1978.
- Fiasco, M. (2024), Gioco d'azzardo, nuove e rischiose scelte dopo la legge di bilancio. Verso la cooptazione di tutte le dipendenze patologiche. *ALEA Bulletin*, 1(1), 11-15.
- Freud, S. (1928), *Dostojewski und die Vätertötung*, in "Imago", 14(1), pp.1-11; tr. it., *Dostoevskij e il parricidio*, in "Opere", vol. X, Torino, Bollati Boringhieri, pp. 519-538, 1978.
- Griffiths, M. (1999), Gambling Technologies: Prospects for Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15, 265-283. <https://doi.org/10.1023/A:1023053630588>
- Iori, M. (2016), Gioco d'azzardo, società e politica. *PRISMA Economia – Società – Lavoro*, anno VII, n.3, 147-155. <https://doi.org/10.3280/PRI2016-003009>
- Kozinets, R.V. (1999), E-tribalized marketing? The strategic implications of virtual communities of consumption. *European Management Journal*, 17(3), 252-264. [https://doi.org/10.1016/S0263-2373\(99\)00004-3](https://doi.org/10.1016/S0263-2373(99)00004-3).
- Lembke, A. (2021), *Dopamine Nation. Finding Balance in the Age of Indulgence*, London, Penguin; tr. it., *L'era della dopamina: Come mantenere l'equilibrio nella società del "tutto e subito"*, Milano, Roi Edizioni, 2022.
- Malizia, N. (2016), *Il gioco d'azzardo patologico: profili sociologici, criminologici,*

- psicologici e vittimologici. In F. La Rosa (a cura di), *Il gioco d'azzardo in Italia. Contributi per un approccio interdisciplinare* (pp. 255-279), Milano, FrancoAngeli.
- Matteucci, N. (2022), Il boom italiano del gioco d'azzardo: mercato, istituzioni e politiche. *Stato e mercato, rivista quadrimestrale*, 2/2022, 327-361. <https://doi.org/10.1425/105233>
- Mauceri, S., Di Censi, L. (a cura di) (2024), *Povert  estreme Un'analisi sul sistema dei servizi per le persone senza dimora a Roma*, Milano, FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/1151>
- Mauceri, S., Di Censi L. (a cura di) (2026), *Il lato oscuro del gioco. Un'indagine sui rischi associati a gambling, gaming e altre pratiche ludiche in et  adolescenziale*, Milano, FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/1532>
- Meyer, G., Hayer, T., Griffiths, M. (2009), *Problem Gambling in Europe: Challenges, Prevention, and Interventions*, Berlin, Springer.
- Pazzagli, C. (2019), *Dal gioco alla ludopat : aspetti psicologici*. In U. Conti (a cura di), *Vite in gioco. Ludopat  e gioco d'azzardo come emergenze sociali* (pp. 87-99), Roma, Carocci,
- Pani, R., Biolcati, R. (2006), *Le dipendenze senza droghe. Lo shopping compulsivo, Internet e il gioco d'azzardo*, Torino, UTET.
- Putnam, R. (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon & Schuster; tr. it., *Capitale sociale e individualismo: crisi e rinascita della cultura civica in America*, Bologna, il Mulino, 2004.
- Rabboni, R.M. (2013), *Comprendere il gioco d'azzardo patologico per ridare spazio alla psiche*. In *L'inquadramento clinico del giocatore d'azzardo patologico, Atti del secondo Simposio residenziale* (pp. 39-46), Vinci (FI), Edizioni And-in-carta.
- Rosenthal, R.J. (1987), *The Psychodynamics of Pathological Gambling: A Review*. In T. Galski (ed.), *The Handbook of Pathological Gambling* (pp. 41-70), Springfield (IL), Charles C. Thomas.
- Rosenthal, R.J. (1997), *The Psychodynamics of Pathological Gambling: A Review of Literature*. In D.L. Yalisove (ed.), *Essential Papers on Addiction* (pp. 184-212), New York, New York University Press.
- Rosenthal, R.J. (2008), Psychodynamic Psychotherapy and the Treatment of Pathological Gambling. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 30, suppl. I, S41-50. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000004>.
- Sen, A.K. (1992), *Inequality Reexamined*, Oxford, Oxford University Press; tr. it., *La disegualianza. Un riesame critico*, Bologna, il Mulino, 1997.
- Vezzadini, S. (2014), *Giocatori, vittime e gioco d'azzardo*. In C. Cipolla (a cura di), *Le implicazioni sociali del gioco d'azzardo. Il caso dell'Emilia-Romagna* (pp. 99-130), Milano, FrancoAngeli.
- Winnicott, D.W. (1971), *Playing and Reality*, London, Tavistock Publications Ltd; tr. it., *Gioco e realt *, Roma, Armando, 2005.

9. Magliana '80 Cooperativa sociale: uno studio di caso

di Carmelo Bruni, Carlotta Antonelli, Valentina Brattelli
e Guglielmo Masci*

Il secondo studio di caso presentato è dedicato a Magliana '80 Cooperativa sociale, selezionata per la specificità delle strategie di intervento e per il ruolo di centralità nelle reti di collaborazione tra gli enti deputati al contrasto del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) (cfr. Capp. 5 e 7). L'approfondimento qualitativo delle buone prassi, degli elementi di criticità e delle prospettive di miglioramento si è avvalso di un'intervista realizzata con Guglielmo Masci, psicologo e psicoterapeuta, Dirigente dell'Area GAP e fondatore della cooperativa. L'approfondimento ha riguardato anche la conduzione di un focus group, a cui hanno partecipato le operatrici e gli operatori impegnati nei progetti deputati al contrasto del DGA avviati da Magliana '80¹. Dopo la presentazione dell'ente nel primo paragrafo, da parte dello stesso Guglielmo Masci, nei paragrafi successivi saranno presentati i risultati emersi nello studio di caso.

1. Introduzione: la presentazione di Magliana '80 Cooperativa sociale

La Cooperativa sociale Magliana '80 opera dal 1980 nel campo della salvaguardia della salute e del contrasto all'esclusione sociale, con un'attenzione particolare alle dipendenze patologiche. Radicata nel territorio del municipio XI di Roma, caratterizzato dalla presenza di contesti ad alto degrado, la cooperativa si è dedicata fin dalla sua fondazione all'organizzazione di attività

* Il presente capitolo rappresenta il frutto di un lavoro condiviso da parte degli autori, coordinato da Carmelo Bruni. Tuttavia, il par. 1 è attribuibile a Guglielmo Masci, il par. 2 a Valentina Brattelli, i parr. 3 e 4 a Carlotta Antonelli e il par. 5 a Carmelo Bruni.

1. Con esplicito consenso degli interessati, si esprime un sentito ringraziamento ai partecipanti al focus group, di seguito riportati: Jamil Amirian, Beatrice Braccini, Marina Casciani, Iole Donati, Emanuela Venanzoni, Priscilla Zoccarato.

inerenti alla prevenzione e alla cura della salute, nonché alla lotta contro i fenomeni dell'esclusione sociale.

Negli ultimi anni, Magliana '80 ha rivolto la sua attenzione anche al DGA, che rappresenta una problematica crescente nel territorio di riferimento. Nel municipio XI, secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità, si contano fino a 3.755 giocatori problematici e 2.174 giocatori patologici su una popolazione totale di 155.586 abitanti. Il Piano sociale municipale segnala inoltre situazioni frequenti di forte indebitamento familiare, ricorso alle finanziarie e, nel 17% dei casi, tentativi di suicidio correlati al DGA.

L'impegno specifico di Magliana '80 nel campo del DGA è stato favorito dall'adesione, nel 2013, del Consiglio dell'XI municipio al "Manifesto dei Sindaci", volto a supportare le iniziative deputate al contrasto del gioco d'azzardo patologico. Questo riconoscimento istituzionale ha rappresentato un importante punto di svolta, permettendo alla cooperativa, di sviluppare una serie di servizi e progetti dedicati.

Nel 2015, la cooperativa ha presentato presso la Sala Conferenze del Municipio XI il servizio "SOS Azzardo". Questa prima esperienza di intervento territoriale per il contrasto e la prevenzione del gioco d'azzardo ha ricevuto il patrocinio istituzionale a titolo gratuito dal Municipio XI Arvalia.

L'iniziativa è stata poi diffusa il 14 maggio 2015 presso il centro anziani G. Marconi, in via Papareschi 28/b, con la partecipazione di tutti i presidenti dei centri anziani attivi nel territorio municipale. Il 2 dicembre dello stesso anno, l'associazione Magliana '80 ha presentato il servizio "SOS Azzardo" anche presso la biblioteca Guglielmo Marconi in via G. Cardano, 135, con la proiezione del film "Regalo di Natale" di Pupi Avati e l'inaugurazione di un desk informativo gestito dai funzionari della biblioteca.

Questo lavoro capillare di sensibilizzazione e creazione di una rete territoriale ha posto le basi per i successivi sviluppi. La cooperativa ha realizzato i progetti SOS Azzardo XI e SOS Azzardo Rete Giovani, in collaborazione con il Municipio XI come ente partecipante, finanziati a valere sui bandi Comunità Solidali del Ministero del Lavoro e della Regione Lazio, che avevano come obiettivi l'accoglienza e presa in carico di utenti in attività terapeutiche individuali, familiari e di gruppo, prevenzione territoriale, consulenze legali e finanziarie.

Più recentemente, Magliana '80 ha sviluppato il progetto "SOS Azzardo Online", con la partecipazione del Municipio XI, a valere sul bando Comunità Solidali 2000 del Ministero del Lavoro e della Regione Lazio. Questo progetto rappresenta un'ulteriore evoluzione della strategia di intervento, adattata alle nuove modalità di fruizione del gioco d'azzardo e alle esigenze di accessibilità emerse durante la pandemia.

L'elemento distintivo dell'intervento di Magliana '80 nel campo del DGA è l'approccio intersoggettivo e relazionale, che costituisce non solo una me-

todologia operativa ma un vero e proprio fondamento teorico. Fin dalle sue origini, la cooperativa ha operato fundamentalmente tramite strumenti psicologici, come i percorsi di gruppo e familiari, utilizzando modelli psicoterapeutici e psico-sociali per rileggere la problematica della dipendenza in tutte le sue forme.

Le dipendenze, compreso il DGA, sono interpretate come esito di problematiche complesse con i contesti amicali, familiari, lavorativi e sociali. È necessario ricostituire nuovi spazi psicologici distinti e attivamente presidiati capaci di attivare nuova consapevolezza e un'evoluzione delle dinamiche relazionali bloccate dalla dipendenza.

In quest'ottica, il gruppo diventa lo strumento con cui la persona ricostituisce, fuori di sé e dentro di sé, un sistema di relazioni più funzionale al proprio benessere. Ma l'approccio relazionale di Magliana '80 non si limita al setting gruppale: esso permea l'intera filosofia di intervento della cooperativa, dalla fase di accoglienza fino al reinserimento sociale.

L'accoglienza della persona nella sua interezza rappresenta la premessa indispensabile per qualsiasi percorso di cambiamento. Gli operatori della cooperativa "sanno come trattare i problemi del gioco e i problemi finanziari", "conoscono la mentalità delle persone che assistono, i motivi per i quali la gente gioca e soprattutto non giudicano chi chiede aiuto". Questo approccio non giudicante e accogliente costituisce la base per la costruzione di una relazione terapeutica efficace.

Il modello terapeutico adottato da "SOS Azzardo" si basa sulla combinazione di più approcci che permettono di trattare il giocatore in tutte le sue fasi, considerandolo nella sua interezza da un punto di vista sintomatologico, emotivo e relazionale. Questo approccio integrato supera la logica della medicalizzazione e della patologizzazione, pur non trascurando gli aspetti clinici del disturbo.

Per il riconoscimento e la valutazione del DGA, l'equipe della cooperativa utilizza strumenti diagnostici validati dalla comunità scientifica internazionale, come il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), il *Canadian Index*, il DSM-V e l'*Addiction Severity Index* (ASI) e ultimamente il *Gambling Pathways Questionnaire* (GPQ). Tuttavia, questi strumenti sono utilizzati non come etichette diagnostiche, ma come punti di partenza per un percorso personalizzato che considera la persona nel suo contesto relazionale.

Il modello patogenetico di Blaszczyński e Nower (2002) rappresenta un riferimento importante per l'approccio della cooperativa. Questo modello distingue tre tipi di giocatori, caratterizzati da diversi profili psicopatologici e relazionali, permettendo di adattare gli strumenti di supporto alle specifiche esigenze di ciascuna persona.

Il percorso proposto si articola secondo il modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente (1992) e prevede 5 fasi: 1. precontem-

plazione, 2. contemplazione, 3. determinazione, 4. azione, 5. mantenimento. La specificità dell'approccio di "SOS Azzardo" risiede nell'integrazione di questo modello con la dimensione dell'accoglienza e del supporto relazionale.

I gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) rappresentano uno degli strumenti principali dell'intervento di "SOS Azzardo". Questi gruppi sono concepiti non solo come spazi terapeutici, ma come vere e proprie "comunità dei fratelli", in cui si sviluppano rapporti di sostegno reciproco.

Il setting non è quello del gruppo come spazio a sé stante, isolato e isolabile, ma è un setting che comprende il rapporto con il contesto interpersonale, con il servizio nel suo insieme, con la struttura e con tutti i suoi operatori professionisti. L'intervento psicologico e psicoterapeutico è quindi un intervento sul rapporto tra la mente soggettiva e i significati condivisi, tra l'individuo e il sistema rappresentazionale e relazionale, tra l'individuo e la società.

Questa prospettiva è alla base della sinergia tra i differenti strumenti, come i percorsi familiari, individuali, di gruppo negli ambienti della struttura, e le unità di strada e i percorsi esterni. L'oggetto di intervento è il rapporto tra la persona e il proprio sistema psicosociale, e l'obiettivo è restituire e promuovere la capacità di gestire attivamente e consapevolmente tale rapporto, evitando dinamiche autodistruttive.

Il setting intersoggettivo distingue i gruppi di aiuto di "SOS Azzardo" da gruppi clinici in un servizio psicoterapeutico e richiede ai professionisti una competenza che non si limita alla gestione dei tipici processi psicodinamici, ma include anche la gestione dei processi psicosociali e del sistema territoriale.

Un elemento originale dell'approccio di "SOS Azzardo" è la concettualizzazione della "stanza dei gruppi" come spazio simbolico di appartenenza. Il gruppo di aiuto e la stanza che lo contiene creano un'esperienza di appartenenza per la ricostruzione dei tanti Sé che vogliono recuperare il diritto di vivere ed occupare quello spazio affettivo.

Il gruppo riunito nella stanza assume una funzione di sostegno al Sé e una funzione indissolubile di presenza protettiva e fusionale. Si viene a creare quello che la cooperativa definisce un "terzo terapeutico che ricrea e sostituisce le false aspettative createsi con oggetti inumani come quelli del gioco d'azzardo".

In questa concezione, il gruppo svolge le funzioni di un oggetto-Sé valorizzante e di un oggetto-Sé rispecchiante. La cooperativa, i conduttori e i partecipanti diventano un'unica entità Terza, protettiva e supportiva. L'indicazione tecnica generale è quella di rispettare sempre il rapporto oggetto-Sé che i membri hanno stabilito con il gruppo, che essi fantasticano e vivono come perfetto e intoccabile.

I gruppi sono vissuti dai partecipanti secondo un alone emotivo amplificato, e le critiche sono percepite come attacco violento e distruttivo. Le

fantasie di giudizio sono molto attive e, se il conduttore non tiene vivo un clima di intensa e positiva affettività, anche un piccolo rilievo può venire vissuto come un completo disconoscimento degli sforzi compiuti e dei risultati conseguiti.

1.1. I servizi attuali: un supporto integrato e multidimensionale

Oggi Magliana '80 offre, attraverso il servizio “SOS Azzardo”², una gamma completa di servizi gratuiti e riservati, riconosciuti a livello municipale e regionale:

- consulenza finanziaria e legale, per affrontare le problematiche economiche spesso conseguenti alla dipendenza da gioco;
- consulenza economico/patrimoniale, per una valutazione e gestione delle situazioni debitorie;
- colloqui psico/sociali di accoglienza e orientamento, per una prima valutazione e definizione di un percorso personalizzato;
- gruppi di Auto Mutuo Aiuto, fondati su rapporti empatici, di sostegno informale e di supporto emotivo per adulti, giovani e familiari;
- interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo, basati su un modello integrato;
- attività di prevenzione e informazione, per sensibilizzare la comunità sui rischi del gioco d'azzardo;
- Unità di Strada GAP, per raggiungere i giocatori nei luoghi in cui si manifesta il problema;
- corsi e seminari di formazione, per diffondere conoscenze e competenze sul tema del DGA.

Per ogni persona che si rivolge al servizio, viene definito un piano terapeutico individuale che prevede sia colloqui individuali, sia terapia di gruppo. I nuovi utenti vengono inseriti in gruppi di Auto Mutuo Aiuto, che consentono ad ogni persona, soprattutto nuova arrivata, di sentirsi riconosciuta e inclusa in una rete affettiva non giudicante e paritaria.

Il percorso di trattamento proposto da Magliana '80 si articola in diverse fasi, che accompagnano la persona dal riconoscimento del problema fino alla ricostruzione delle relazioni significative:

2. Il servizio “SOS Azzardo” è stato sostenuto, negli anni, grazie ai seguenti progetti: “Ambulatorio gruppi Auto Mutuo Aiuto XI Municipio”, “Ambulatorio gruppi Auto Mutuo Aiuto XII Municipio”, “Ambulatorio gruppi Auto Mutuo Aiuto Fiumicino”, “Unità di strada GAP XI Municipio”, “Unità di strada GAP XII Municipio”, “Unità di strada GAP (area metropolitana)” e “Game Over”.

- il primo passo è lo sviluppo della capacità di guardare onestamente alla propria dipendenza dal gioco, ammettendo la propria impotenza e accettandola incondizionatamente. Questa fase, definita “fine dell’onnipotenza”, è fondamentale per poter procedere nel recupero.
- Segue “l’esame di realtà”, in cui si sviluppa la capacità di vedere oggettivamente la propria situazione, superando i meccanismi di negazione.
- Questo porta alla “richiesta di aiuto”, in cui si comprende la necessità di affidarsi agli altri per affrontare il problema.
- Una fase particolarmente significativa è quella della “riparazione e riconoscimento degli altri”, in cui il giocatore identifica le persone che sono state lese dai suoi comportamenti e avvia processi riparativi. Il rapporto con il nucleo familiare assume qui un’importanza particolare, poiché i familiari sono sempre coinvolti, in misura maggiore o minore, nella sintomatologia del paziente. Il percorso prosegue attraverso i diversi stadi del cambiamento, dalla pre-contemplazione (quando il giocatore sente il bisogno di cambiare ma non ha ancora preso in considerazione l’ipotesi di farlo) fino al mantenimento (quando si impegna a stabilizzare il cambiamento nel tempo).

Un elemento importante del percorso è il “supporto agli altri pazienti/giocatori”: aver cura degli altri rappresenta un punto importante del percorso terapeutico, e ricevere e dare supporto agli altri giocatori è fondamentale in tal senso. È in quest’ottica che Magliana ’80 si occupa di organizzare équipe per gruppi di Auto Mutuo Aiuto.

In questo percorso, l’accoglienza della persona nella sua interezza – con la sua storia, le sue relazioni e il suo contesto di vita – non è semplicemente una fase preliminare, ma costituisce il fondamento metodologico dell’intero intervento. L’approccio di Magliana ’80 si distingue proprio per questa attenzione alla dimensione umana e relazionale, che considera la dipendenza non come un problema individuale, ma come l’esito di dinamiche intersoggettive, che possono essere trasformate attraverso un percorso di supporto e accompagnamento.

L’esperienza di Magliana ’80 nel contrasto al DGA rappresenta quindi un modello di intervento che mette al centro la persona e le sue relazioni, offrendo un’alternativa agli approcci eccessivamente medicalizzanti o stigmatizzanti. Attraverso i suoi progetti e servizi, la cooperativa continua a sviluppare e adattare questo modello, rispondendo alle sfide emergenti nel campo del DGA e mantenendo sempre fede alla propria missione originaria: la lotta all’esclusione sociale e la promozione della salute intesa come benessere complessivo della persona.

2. Evoluzione del fenomeno, bisogni e strategie di intervento: le buone prassi di Magliana '80

Il presente paragrafo propone un'analisi articolata delle principali strategie di intervento e delle buone prassi che la cooperativa Magliana '80 ha sviluppato negli anni per la prevenzione e la cura del DGA, finalizzata ad approfondire l'evoluzione del fenomeno nel tempo e le modalità di intervento che la cooperativa ha ideato e implementato in risposta ai cambiamenti verificatisi nelle caratteristiche e nei bisogni espressi dall'utenza.

Dalle testimonianze del responsabile dei progetti che fanno capo a "SOS Azzardo" e delle operatrici e operatori che hanno partecipato al focus group emerge con forza un aspetto che più di altri ha caratterizzato l'evoluzione del fenomeno del gioco d'azzardo nel corso degli anni: il progressivo processo di normalizzazione del gioco, facilitato dall'accelerata espansione del mercato legale, che ha trasformato il gioco d'azzardo in una forma socialmente accettabile di svago (Calado e Griffiths, 2016), abbassando la soglia di attenzione verso i rischi connessi. Il responsabile della cooperativa evidenzia come il gioco d'azzardo sia ormai:

... normalizzato (...) Il gioco, quello illegale, è un'infinitesima parte del mondo del gioco (...). Giocano tutti legale, è il gioco legale che è pericoloso. L'industria insiste a dire che è il gioco illegale che è problematico [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Il DGA è inquadrato non solo come una problematica sanitaria individuale, ma come un più ampio fenomeno sociale, alimentato da un mercato pervasivo e aggressivo (cfr. Cap. 2). Il gioco stesso, pur operando in modo legale, è "iatrogeno", secondo il responsabile del servizio, ovvero è il "primo diffusore della malattia". È lo stesso sistema di offerta che produce il danno, che è prima di tutto un danno sociale, che si estende ben oltre la sfera individuale, generando conseguenze negative anche nei contesti prossimi, come sottolineato da Orford *et al.* (2013), che identificano un "carico di malattia trascurato" che grava sulle famiglie delle persone con dipendenze. L'impatto di tale fenomeno va infatti ben oltre la dimensione individuale, generando un grave danno alla società, come evidenziato dalle parole di un operatore:

Per ogni persona che ha un problema serio di gioco d'azzardo, sto parlando dei gravi, ce ne sono sette che subiscono il cosiddetto gioco passivo. Pensate ai familiari, pensate ai figli, pensate ai mariti, mogli (...). Pensate... quindi... al danno sociale (...) l'impatto sociale del gioco d'azzardo è difficilmente calcolabile. E probabilmente (...) stiamo scontando una disattenzione generale della società rispetto a questo [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

La disattenzione della società riguarda, quindi, un fenomeno che è stato nel tempo “normalizzato”, nonostante porti con sé gravi conseguenze per la collettività, aggravato dalla sempre maggiore pervasività di un’offerta diversificata, sostenuta dall’industria del gioco sia online che fisico:

C’è un’aggressione spietata di tutto il sistema, che poi è un sistema industriale. Vi ripeto, siamo sui 160 miliardi di spesa all’anno, vi rendete conto, costa più che il servizio sanitario italiano, più di tutto, spendiamo in gioco d’azzardo. Quindi le persone sono aggredite in tutti i sensi per giocare [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

Come si evince dallo stralcio che segue, l’offerta del gioco online risulta poi particolarmente pervasiva perché garantisce un’accessibilità immediata e continuativa:

Perché è evidente che se io tutti i giorni, immaginatevi prima degli anni ’90, devo andare al casinò, prendere la macchina, andarmene, dire a tutti dove vado e arrivare là, farmi vedere (...) qualcuno mi può controllare, ma il telefono ce l’abbiamo in mano tutti. È come se, spostandoci di trent’anni, avessimo sempre in mano la dose di eroina, sempre costantemente [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

La normalizzazione, la pervasività e l’accessibilità del gioco d’azzardo hanno reso i disturbi ad esso connessi “disturbi duri”, integrati, radicati nei rituali quotidiani dell’individuo. Questi disturbi si aggravano quando si accompagnano a dei momenti di vita più difficili, durante i quali la persona utilizza il gioco d’azzardo per eludere il disagio socio-emotivo, aumentando la frequenza e l’intensità delle giocate. Wood e Griffiths (2007) hanno evidenziato il ruolo del gioco d’azzardo come meccanismo di coping per fronteggiare emozioni dolorose o momenti di crisi, come “strategia auto-terapeutica” che, pur offrendo apparente sollievo momentaneo, rafforza il meccanismo della dipendenza. Come emerge dalle parole del responsabile, proprio questa funzione auto-terapeutica rende il comportamento particolarmente insidioso, perché ritarda la consapevolezza del problema e l’attivazione di una richiesta d’aiuto:

(...) e poi c’è la fase grave quando entra in connessione (...), la tua abitudine al gioco, con momenti di vita negativi (...). L’esplosione del gioco si configura come una forma terapeutica privata [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Sono frequenti oggi i casi in cui il DGA si configura come dipendenza primaria. Come chiarisce la testimonianza riportata a seguire, se originariamente la cooperativa si confrontava prevalentemente con utenti caratterizzati

da dipendenze multiple, in cui il gioco rappresentava spesso una forma di compensazione rispetto all'interruzione della dipendenza da sostanze, nel tempo, la dipendenza dal gioco d'azzardo è diventata una problematica primaria, estendendosi a fasce sempre più ampie e diversificate della popolazione, includendo giovani, adolescenti, adulti con responsabilità familiari e anziani:

Dunque (...) allora all'epoca erano problematiche definibili come doppia diagnosi o tripla diagnosi, più diagnosi, quindi la dipendenza da sostanze, a cui poi si aggiungeva una dipendenza da gioco d'azzardo, anzi una dipendenza che si dice opportunistica, cioè quando tu rallenti con le sostanze, viri sulla dipendenza da gioco d'azzardo. (...) Dopodiché (...), gestendo i servizi, ci siamo accorti che piano piano arrivano (...) persone la cui principale dipendenza è il gioco d'azzardo, finché non abbiamo cominciato a vedere adolescenti che giocavano, signori che avevano incarichi, famiglie, lavori (...) e i nonni che giocavano [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Tra i cambiamenti riguardanti l'utenza emergono altre due principali dinamiche: l'ampliamento delle fasce di età, che coinvolge sempre più persone – dai minori fino agli anziani – e la segmentazione dell'offerta, con il gioco online che esercita un'attrattiva maggiore sui giovani e gli adolescenti (Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026).

Non c'è fascia che non sia toccata, mentre prima (...) il “picchetto” era patrimonio di fasce sociali più marginali, adesso tutte [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Abbiamo i ragazzi che fondamentalmente giocano online, le persone mature più che altro giocano in sala o giocano fisico (...) c'è una differenziazione dell'età. Più sei giovane più sei attratto dal virtuale, che può essere giocato oggi anche in strada, in gruppo, più sei maturo (...) più resti nel gioco fisico (...) con queste offerte differenziali, per intercettare tutte le età [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Lo sviluppo del gioco online ha quindi contribuito a modificare il profilo dell'utenza e dei relativi bisogni assistenziali, producendo nuove solitudini e un numero sempre crescente di giovani catturati dal gioco online, anche per le maggiori capacità di utilizzo delle tecnologie digitali e per la possibilità da esse offerte di disattendere più facilmente il divieto di gioco per i minorenni. Come evidenziato dal responsabile del servizio, a tutto ciò si aggiunge la recente diffusione di giochi online non solo rivolti agli adolescenti, ma anche ai bambini che, nel giocare ai videogames, “utilizzano meccanismi, quali l'acquisto di upgrades, in certo modo simili a quelli del gioco d'azzardo on line” (Ministero della Salute, 2021):

Il progetto futuro del gioco d'azzardo sarà coinvolgere i bambini, i minori e anche i neomaggioranni; stanno organizzando i giochi per i bambini, le macchinette slot macchine per i bambini, in cui non ti danno i soldi perché è vietato. Ma ti danno premi diverse, buoni acquisto ad esempio [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Coerentemente con la visione fin qui descritta, incentrata sul ruolo cruciale svolto dalle dinamiche sociali nell'alimentare lo sviluppo del DGA, la cooperativa Magliana '80 individua, come principali fattori di rischio e di protezione, elementi strutturali e sistemici che agiscono al di là delle caratteristiche dell'individuo. Tra le condizioni che favoriscono l'insorgenza del DGA, il responsabile evidenzia, oltre alla pervasività e all'aggressività del mercato, la "povertà socio-culturale", intesa come fattore che amplifica la vulnerabilità individuale.

Dagli stralci riportati a seguire, emergono, invece, come fattori protettivi il ruolo cruciale di famiglie attente e consapevoli, della diffusione di informazioni e della psicoeducazione sul territorio, di una "prevenzione sociale", con la creazione di spazi pubblici di aggregazione, capaci di offrire alternative significative al gioco d'azzardo:

I fattori di protezione sono fondamentalmente l'informazione sul gioco d'azzardo, la psicoeducazione diffusa sul territorio [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Sì, i fattori protettivi dal rischio di sviluppare un disturbo da gioco sono le famiglie, l'attenzione delle famiglie, il miglioramento della presenza di genitori attenti, che devono iniziare a considerare che il gioco d'azzardo ti sta colpendo, perché colpisce tutti. E poi, fondamentalmente, capire che la prevenzione deve essere una prevenzione sociale, vera, con l'attivazione di luoghi di socializzazione, di luoghi di divertimento ludico (...) Quindi, sviluppo e socialità [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

La prospettiva relazionale e intersoggettiva sul DGA, fin qui delineata, orienta in modo profondo il modello terapeutico e le strategie di intervento che, come già illustrato nel paragrafo introduttivo, Magliana '80 ha sviluppato, con l'obiettivo di superare la logica della patologizzazione e della medicalizzazione. Pur non trascurando gli elementi clinici del DGA, l'approccio di Magliana '80 si caratterizza per l'attenzione alla persona nella sua interezza, inclusi gli aspetti emotivi e relazionali, nonché per l'importanza riservata ai contesti e alle reti sociali che la persona abita, considerati fattori abilitanti dello stesso processo di cambiamento necessario ad uscire fuori dalla dipendenza. L'intervento così concepito non è visto come mera erogazione di servi-

zi, ma mira piuttosto a creare contesti relazionali continui, accoglienti e non giudicanti.

Tale impostazione emerge con chiarezza dagli stralci analizzati, che mettono in luce, anzitutto, la funzione trasformativa della relazione, in cui attraverso l'altro si ha la possibilità di vedersi riflessi, riconosciuti e valorizzati, in una dinamica di reciprocità crescente che esprime valore terapeutico. Così il responsabile sintetizza i principali bisogni delle persone che si rivolgono al servizio:

Rispecchiamento, valorizzazione e progressivo gemellaggio [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

In secondo luogo, la distanza da approcci stigmatizzanti si traduce in un modello che guarda alla dipendenza dal gioco d'azzardo come manifestazione di una frattura relazionale che può essere ricucita grazie a contesti significativi e abilitanti, in grado di accogliere con empatia non solo la persona, ma anche il mondo che essa porta con sé:

(...) vedere i problemi, che tutti identificano come vizi, malattie, sintomi, in realtà, per noi sono prima di tutto comportamenti delle persone, che vivono una difficoltà come potremmo vivere tutti e che hanno bisogno, come tutti, di relazioni, di persone accanto, contesti che un po' li aiutano [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

La persona va abbracciata nel suo contesto sociale-relazionale [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

L'accoglienza empatica e non giudicante rappresenta la risposta ad uno dei principali bisogni che gli operatori rilevano nelle persone che si rivolgono al servizio: quello di un ascolto non valutativo, di uno spazio libero dai pregiudizi, in una società che tende a colpevolizzare il giocatore e a considerare il DGA alla stregua di un vizio o di una mancanza di volontà:

offrire (...) una presenza, uno spazio di ascolto che sia anche scevro, se vogliamo, da pregiudizi (...) quello che si cerca è proprio, subito, nell'immediato, uno spazio d'ascolto [Operatrice 4, psicologa, in servizio da 1 anno e mezzo].

Il primo bisogno è quello di trovare qualcuno che gli dica "Non sei tu il primo problema. Il primo problema è la società" [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

Qui emerge la funzione riparativa della relazione d'aiuto, che è l'elemento di forza dell'approccio di Magliana '80: riconoscere la persona come vittima di una pressione sociale sistemica apre uno spazio di fiducia e di alleanza che rende possibile l'avvio di un percorso di cambiamento.

Dalle testimonianze degli operatori e delle operatrici si evince chiaramente che l'approccio relazionale si esprime anche nelle modalità di erogazione del servizio. Queste superano infatti il setting tradizionale e la rigidità organizzativa di orari prestabiliti, prevedendo spazi fluidi di prossimità e ascolto, ospitando un ambiente "terapeutico" dove non esistono barriere rigide e che si costruisce attraverso la presenza, la fiducia e la possibilità di entrare e uscire dalla relazione senza schemi vincolanti.

Magliana '80 non è soltanto quell'ora di terapia che ti dà alla settimana, ma è un luogo in cui le persone, se hanno bisogno, passano... capita molto spesso, una persona a un certo punto ha una difficoltà, passa e la racconta. È un orario di visita? È una forma di terapia? Io non lo so... No, sono tutte persone che insieme sono accanto a chi sta vivendo un disagio [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

Dobbiamo mettere degli orari a favore della persona. Non possiamo dire "Vieni alle 10:15", perché quello deve (...) alle 3 deve dare da mangiare ai figli [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

In linea con l'approccio relazionale fin qui descritto, uno degli strumenti chiave della metodologia di intervento di Magliana '80 è rappresentato dai gruppi di Auto Mutuo Aiuto, che rispondono ad un altro dei principali bisogni identificati dagli operatori: quello di risocializzazione, reso ancora più urgente dall'esplosione del gioco online, che acuisce le dimensioni dell'isolamento e della solitudine:

Ci troviamo di fronte a molte persone che sperimentano il gioco prevalentemente online (...) Questo ha favorito anche un essere maggiormente nascosti, maggiormente in solitudine, perché appunto si sta a casa col proprio telefono o col proprio pc. Quindi c'è anche (...) un bisogno di risocializzazione. E questo, secondo me, il gruppo dà un rispecchiamento, dà un elemento di forza non indifferente ai giocatori (...) il fattore di stare insieme, di poter contare sull'altro [Operatrice 3, psicologa psicoterapeuta, in servizio da 7 anni].

I gruppi di Auto Mutuo Aiuto si configurano come spazi di apprendimento reciproco e di crescita individuale e collettiva, integrandosi organicamente con il resto delle attività del servizio. Favoriscono la costruzione di relazioni autentiche e restituiscono ai partecipanti un senso di appartenenza, fondamentale per contrastare le dinamiche di isolamento e marginalizzazione che generalmente i giocatori compulsivi subiscono. Il gruppo diventa uno spazio di ricostruzione identitaria, che restituisce alle persone la possibilità di contare su una rete solidale, di rispecchiarsi negli altri, di recuperare un senso di appartenenza e fiducia:

Devi creare una struttura in cui loro si sentano due cose. Uno, socialmente supportati, e due, appartenenti; appartenenza e supporto sociale sono due cose fondamentali (...). Il contesto è fondamentale. Il contesto deve rispecchiare queste cinque cose, io direi, rispecchiamento, valorizzazione e quello che si dice somiglianza, gemellaggio, cioè tu devi arrivare a farti da modello e loro ti imitano un pochino [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Ciò che caratterizza il modello terapeutico di Magliana '80 è, inoltre, l'attenzione alla funzione psicoeducativa dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, che mirano a responsabilizzare e rendere consapevoli i partecipanti (famiglie incluse), fornendo loro strumenti di comprensione del percorso di cambiamento intrapreso:

Per quanto riguarda i gruppi (...) la cosa che reputo importante è il fatto che, a differenza di altri gruppi, abbiamo reso (...) l'obiettivo dei gruppi le lezioni di psicoeducazione, che riguardano temi importanti, come per esempio la ricaduta, temi che toccano tutto il percorso del giocatore [Operatrice 2, unità di strada, in servizio da 3 anni].

Due ulteriori elementi distintivi dell'approccio di Magliana '80 riguardano, da una parte, il coinvolgimento nell'équipe di professionisti di ex giocatori d'azzardo, specificamente formati, capaci di valorizzare la dimensione esperienziale e di prossimità del percorso di cura; dall'altra, il posizionamento intermedio e complementare del servizio "SOS Azzardo" all'interno della rete socio-sanitaria territoriale.

Numerosi studi confermano che l'approccio *peer-to-peer*, proprio perché fa leva sull'esperienza diretta di dipendenza, è particolarmente efficace nel promuovere il recupero: attraverso la condivisione dei vissuti e delle strategie di coping, i *peer support workers* instaurano con gli utenti un legame empatico, offrono una speranza concreta e fungono da modelli di guarigione, favorendo l'attivazione di reti di supporto significative e il rafforzamento dell'autoefficacia personale (Cooper *et al.*, 2024).

Agendo sia sul lato della domanda (individuazione precoce dei bisogni sommersi) sia su quello dell'offerta (integrazione con i servizi pubblici), Magliana '80 conferma il ruolo del Terzo settore come cerniera tra popolazione e sistema socio-sanitario (Pollice e Rinaldi, 2010). Attraverso la strutturazione di gruppi di Auto Mutuo Aiuto a bassa soglia, Magliana '80 si configura come un presidio territoriale in grado di intercettare precocemente situazioni di disagio, contribuendo a colmare la distanza tra la popolazione e i servizi sanitari pubblici e garantendo maggiore continuità assistenziale, flessibilità e capacità di fornire risposte immediate, almeno contenitive, ai bisogni più urgenti delle persone, che molto spesso si rivolgono al servizio "quando è già troppo tardi" [Operatrice 2, unità di strada, in servizio da 3 anni] e alle loro famiglie.

L'immediatezza di risposta ai bisogni della persona e dei familiari rappresenta quindi un altro punto di forza del servizio, che si accompagna ad una presa in carico personalizzata, multidimensionale e integrata. Con l'obiettivo di rispondere ai diversi tipi di necessità emergenti, gli interventi sono strutturati anche per fornire supporto relativamente ad aspetti finanziari, legali e familiari, che spesso rappresentano la dimensione più urgente da affrontare.

Un ruolo centrale è poi assegnato al contesto familiare, considerato parte integrante della dimensione terapeutica. Come emerge dagli stralci che seguono, l'intervento viene esteso ai familiari e alle relazioni significative, tarato sui loro specifici bisogni, con una presa in carico che mira ad ascoltare, riconoscere e affrontare processi emotivi dirompenti, quali la vergogna, la rabbia e il senso di colpa, tipicamente presenti nelle famiglie coinvolte:

La cosa che cerchiamo anche di fare è di lavorare soprattutto sulle risorse in un approccio più integrato, quindi non parlare solo del gioco d'azzardo, ma anche lavorare su quello che è un processo emotivo, che emerge attraverso le testimonianze [Operatrice 3, psicologa psicoterapeuta, in servizio da 7 anni].

E anche il bisogno forse credo di intercettare, soprattutto per quanto riguarda i familiari, un lavoro emotivo sui loro bisogni, perché la prima cosa che arriva è la rabbia, la vergogna... che la colpa è del giocatore. Quindi è un accogliere prima di tutto questo, perché comunque va accolto, ma poi va anche elaborato e lavorato in questo senso [Operatrice 3, psicologa psicoterapeuta, in servizio da 7 anni].

Stiamo anche gestendo dei gruppi specifici per i familiari, accorgendoci che i familiari (...) hanno un bisogno diverso. E lo dico perché lo vedete soltanto se li vedete come persone, non se li vedete come sindrome o sintomo psichiatrico. Se usate (...) le diagnosi del singolo, le difficoltà di una moglie, di un figlio, la delusione o la vergogna, non le vedete. Le vedete se state accanto alle persone [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

Emerge, quindi, un modello terapeutico che garantisce flessibilità e continuità di presa in carico, percorsi integrati e strumenti modellati sui bisogni della persona e del suo contesto familiare, che sono il risultato di consolidate pratiche di co-progettazione dal basso. Proprio quest'ultime rappresentano un altro elemento fondante della strutturazione stessa del servizio "SOS Azzardo". L'efficacia del lavoro sociale si basa sulla capacità di attivare reti relazionali significative e sulla co-costruzione di percorsi di aiuto condivisi tra professionisti, utenti, famiglie e comunità (Folgheraiter, 2003). La co-progettazione con gli utenti e con gli *stakeholder* rilevanti è, infatti, lo strumento che ha permesso agli operatori di Magliana '80 di definire modalità di terapia e di accoglienza innovative e coerenti con l'evoluzione nel tempo dei bisogni delle persone.

Questa squadra (...) sta inventando modalità di terapia, modalità di accoglienza, modalità di (...) co-progettazione con gli utenti per capire che c'è da fare, co-progettare con i territori, con gli attori sociali, per capire cosa c'è da fare, perché ce lo dicono loro, se noi vogliamo cogliere [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Gli utenti sono considerati attori e co-autori del percorso stesso, che mettono a disposizione il proprio sapere esperienziale, come fonte imprescindibile di conoscenza del fenomeno e della realtà in cui esso si manifesta:

Per questo... un altro bisogno e forse anche la modalità in cui scegliamo di essere è quella non soltanto di curare le persone, ma di iniziare a imparare da loro. Quello che ci chiedono le persone e, quello che è un po' la scelta, è che le proposte nei loro confronti siano il più possibile, come dire, anche esito di un confronto e di un ascolto (...) è anche molto interessante sentire, imparare dalle persone che ci sono passate [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

La logica della co-progettazione viene applicata non solo alle persone ma anche agli *stakeholder* rilevanti, favorendo la costruzione di interventi integrati e coerenti con i contesti sociali in cui si inseriscono:

Il gioco d'azzardo è una delle situazioni in cui ci stiamo cercando di inventare quello che ci sembra che i contesti dicano [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

L'approccio co-progettuale e l'attenzione ai contesti di riferimento sono stati determinanti anche nel consentire agli operatori e alle operatrici di Magliana '80 di ripensare alcuni strumenti come le unità di strada. Queste, infatti, pur essendosi dimostrate particolarmente efficaci per la riduzione del danno della dipendenza da sostanze, si sono rivelate meno adeguate nel caso della dipendenza dal gioco d'azzardo. Di qui l'esigenza di mettere in campo sperimentazioni per identificare modalità e luoghi più idonei e meno ostili all'intervento, che hanno portato a trasformare gradualmente le unità di strada in unità di prossimità, presidi stabili in luoghi di aggregazione sociale e di frequentazione quotidiana, come farmacie e centri anziani. Come evidenziano i passaggi riportati di seguito, le unità di prossimità, così strutturate, hanno permesso non solo di sensibilizzare e informare la popolazione, ma anche di intercettare le situazioni di disagio, consentendo il progressivo avvicinamento dei giocatori e dei loro familiari:

Abbiamo fatto vari esperimenti, essendo un'unità di strada differente da quella per la riduzione del danno per le sostanze (...) abbiamo provato nelle tabaccherie (...) nelle sale slot, non siamo stati trattati bene neanche lì (...). Quindi ci siamo diretti

verso strutture di aggregazione, farmacie e centri anziani e, abbiamo notato che, rimanendo come un info-point, diciamo, fissi per esempio, una volta al mese nella stessa farmacia, dava dei risultati, perché le persone mano a mano ci riconoscevano [Operatore 2, in servizio da 3 anni].

Calcolando che, comunque, si tratta di un disturbo che causa molta vergogna, anche da parte dei familiari, non solo del giocatore. Però a mano a mano, rimanendo comunque fissi in un punto, magari il familiare si avvicinava, chiedeva anche qualche informazione e questo è stato molto importante [Operatore 2, in servizio da 3 anni].

Le unità di prossimità confermano, quindi, l'efficacia di adottare strumenti adattivi e sensibili ai contesti, capaci di fornire risposte flessibili e modulate in base alla pluralità dei bisogni espressi dall'utenza.

L'approccio della cooperativa, fondato su una presa in carico integrata, orientata alla valorizzazione delle risorse individuali e collettive, attraverso pratiche di co-progettazione, coinvolge attivamente le persone destinatarie del servizio. L'integrazione tra dimensioni cliniche, relazionali e sociali trasforma la relazione d'aiuto in uno spazio generativo, capace di attivare processi di riconoscimento e cambiamento. In quest'ottica, l'esperienza della cooperativa sociale Magliana '80 può rappresentare un contributo significativo alla riflessione sui modelli di prevenzione e cura del DGA, valorizzando il potenziale trasformativo di approcci sistemici, partecipati e radicati nei territori.

3. Criticità del servizio “SOS Azzardo”

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di portare all'attenzione del lettore le criticità emerse dalle testimonianze del responsabile e degli operatori, che per la cooperativa Magliana '80 si occupano del servizio “SOS Azzardo”.

Durante la conduzione dell'intervista al responsabile e del focus group, sono innanzitutto emerse criticità relative alla nuova legge di bilancio (cfr. Cap. 2) che, oltre ad abolire l'*Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla dipendenza grave*, sembra abbia generato un vulnus nella rete dei servizi attuali, non soltanto per la carenza di finanziamenti, dovuti alla soppressione del fondo annuale, ma anche perché basata su progettualità territoriali insostenibili con i fondi a disposizione. Sembrerebbe poi che la nuova legge di bilancio sul tema rischi di produrre un circolo vizioso, ovvero i piani di cura per la dipendenza da gioco d'azzardo dovrebbero essere decisi dagli stessi organi istituzionali, formati anche da rappresentanti delle industrie che, al contempo, vendono il gioco legale. Questo conflitto si riscontra dalle seguenti parole del responsabile:

È un confronto tra posizioni: se tu per legge cominci a dire che chi deve valutare i piani sanitari è anche chi produce il gioco, siamo in netta contraddizione, cioè incompatibilità [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

L'offerta autorizzata è aumentata di molto, vedi la quarta estrazione settimanale di Lotto e Superenalotto. L'offerta dei programmi di aiuti invece è diminuita perché il governo ha in qualche modo abrogato con la legge (...) il fondo sul gioco d'azzardo patologico, buttando tutto in un calderone unico, con una certa divisione in percentuali, per cui (...) è stato penalizzato molto. Qual è il vincolo? Il vincolo come sempre è normativo e finanziario. La realtà è una: che la regione Lazio non ha attivato mai il proprio osservatorio regionale sul gioco d'azzardo, non ha ancora attivato tutti i fondi dei progetti che hanno a disposizione [per gli anni che vanno dal 2022 al 2026, n.d.r.] [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

È utile in questa sede soffermarsi su una definizione di progetto, da intendersi come “attività singola non divisibile con obiettivo operativo, determinato in termini di scadenze e budget e che può essere parte di un programma” (Bezzi, 2007, p. 25). Pur riconoscendo la validità della definizione accademica, le evidenze empiriche raccolte hanno fatto emergere l'inapplicabilità al caso di Magliana '80, poiché nella cooperativa oggetto di studio, non sembrano emergere né fondi attualmente spendibili, né scadenze, né obiettivi a breve, medio e lungo termine. Dalle testimonianze degli operatori, infatti, si evince che i progetti proseguono in modo volontaristico, senza alcun tipo di tutela o sostegno istituzionale rispetto alla progettualità futura:

I progetti ora sono fermi e non si sa bene come andare avanti (...). Purtroppo, un limite è il fatto che dipendiamo dal progetto, l'operatore sta portando comunque avanti il gruppo, perché non si può lasciarlo in questo modo [Operatrice 2, unità di strada, in servizio da 3 anni].

La gestione volontaristica dei progetti rimanda ad un'altra carenza sottesa, ovvero l'assenza di valutazione istituzionale, con riferimento ad impatti e risultati dei progetti stessi.

Le ultime due criticità, emerse nel corso della conduzione dello studio di caso, riguardano il lavoro di rete (Ferrario, 1992) e l'utenza. Il concetto di rete si riferisce a un insieme di soggetti che, pur appartenendo a contesti istituzionali o professionali differenti, condividono un obiettivo comune e cooperano per il suo raggiungimento. In questo senso, la rete non si configura unicamente come un gruppo di lavoro, bensì come un sistema di relazioni che mette in connessione più attori sociali, valorizzandone le specifiche competenze. Il gruppo di lavoro, infatti, può essere considerato una delle possibili

articolazioni operative della rete: esso è centrato su un compito definito, costituito da un numero variabile di membri e finalizzato a perseguire l'obiettivo assegnato dal soggetto istituzionale di riferimento. Il concetto di rete, tuttavia, non ha soltanto una valenza teorica, ma reca con sé un enorme valore operativo, in quanto consente la costruzione di percorsi di collaborazione orientati alla presa in carico globale della persona. In quest'ottica, il lavoro di rete rappresenta una forma di azione professionale fondata sul valore operativo aggiunto che la cooperazione tra più attori sociali può generare, determinando esiti altrimenti non conseguibili da singoli professionisti o servizi. Con riguardo alle definizioni presentate, la testimonianza successiva fa riscontrare una carenza, soprattutto quando le figure professionali – come i medici di base, per definizione preposti alla cura della salute – si sottraggono alle forme di cooperazione essenziali per la diagnosi precoce del disturbo e per l'orientamento verso i servizi di sostegno e cura in grado di affrontare efficacemente i disagi vissuti.

In particolar modo, la cosa che ci ha colpito è che, mentre nelle farmacie la collaborazione (...) è stata utile, importante, attiva (...) loro sono riusciti a dare un concreto sostegno al progetto e al nostro lavoro, dall'altra parte, quando ci siamo rivolti (...) ai medici di base, non abbiamo trovato la stessa (...) possibilità di collaborare, quando invece dovrebbero essere posti in cui chi ha un disagio, chi ha una difficoltà (...) lo manifesta [Operatrice 5, psicologa e psicoterapeuta, in servizio da 7 anni].

Tuttavia, un ulteriore *vulnus* della rete sembra essere la comunicazione tra le strutture deputate all'accoglienza e alla cura del DGA nel settore pubblico (Ser.D.) e i servizi del Terzo settore, nonostante la cooperativa evidenzi posizioni centrali nelle reti di servizi accomunati dallo stesso fine (cfr. Capp. 5 e 7):

(...) poca comunicazione tra i Ser.D. e il Terzo settore, perché spesso arrivano da noi utenti dal Ser.D., che hanno abbandonato il percorso per via delle linee procedurali un po' più complicate e un'accoglienza un po' più lunga (...) ma non vengono inviati direttamente dal Ser.D. Non c'è una comunicazione diretta [Operatrice 2, unità di strada, in servizio da 3 anni].

Ancora una volta, è possibile connettere le carenze appena presentate a problematiche strutturali e finanziarie, in quanto se è vero che gli sforzi legislativi sul tema – sin dall'approvazione della legge 328/2000 che costituisce una legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi – sono valsi a favorire il lavoro di rete, le criticità emerse appaiono ataviche e permanenti nei servizi socio-sanitari territoriali. Nei servizi alla persona l'integrazione socio-sanitaria (Vecchiato e Mazzini, 2008) è un problema tecnico e strategico; si fa appello ad essa quando la natura delle interazioni e la complessità dei pro-

blemi richiede competenze multiprofessionali. Si ha integrazione quando diversi centri di responsabilità condividono obiettivi e risorse per conseguire risultati attesi, evidenziando che non ci si può limitare a gestire fondi senza responsabilità identificate. In quest'ottica, l'integrazione tra i diversi servizi non è un fine, ma un mezzo, una condizione necessaria per traguardi impegnativi, come quelli che fanno capo alla riabilitazione di persone che soffrono di DGA. Purtroppo, nonostante gli sforzi di enti del Terzo settore, come Magliana '80, l'obiettivo dell'integrazione degli interventi resta ancora in via di attuazione.

Si tratta di un limite generalizzabile ai servizi dedicati al contrasto del DGA, già emerso nella web survey documentata nel capitolo 6, durante la quale, in aggiunta, nel rispondere alle domande di questionario, una quota significativa di responsabili (43,8%) ha segnalato come si riscontri una diffusa reticenza tra i giocatori compulsivi a richiedere aiuto, legata alla scarsa consapevolezza dei problemi associati al gambling o ai rischi di stigmatizzazione conseguenti alla diagnosi del disturbo. Come segnalato in altre indagini (Camposeragna *et al.*, a cura di, 2024; Coriale *et al.*, 2015), questa resistenza a rivolgersi ai servizi di cura contribuisce alla creazione di un'ampia popolazione sommersa, che soffre delle conseguenze del disturbo, senza essere intercettata dai programmi terapeutici. Non sorprende, dunque, la quota massiccia di pensieri suicidari e tentativi di suicidio registrata tra i soggetti con problemi di gioco (Crusco *et al.*, 2016), o la diffusione di gravi forme di indebitamento personale e familiare tra le persone dipendenti da gambling (cfr. Cap. 1), che solitamente decidono di chiedere un aiuto specialistico in una fase avanzata del problema. Anche nel corso del focus group, il riferimento a un'estesa popolazione sommersa, non intercettata dai servizi della cooperativa e degli altri enti impegnati nel contrasto al DGA, emerge come elemento di forte criticità, a cui si tenta di fornire risposta attivando interventi flessibili, che si muovano congiuntamente lungo le direttrici della prevenzione e della cura:

Ci sono poche stime (...) intorno al milione e cinquecentomila persone in Italia, di cui 98% di queste non vengono aiutati. Sono nascoste. Non trovano situazioni, non trovano nemmeno il coraggio. Per questo la sfida è di provare a costruire rapporti di fiducia (...) dare delle risposte flessibili, la speranza in una situazione che molto spesso è al limite della disperazione [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

A ulteriore conferma di quanto nella regione Lazio, i servizi di cura del DGA intercettino una quota residuale di giocatori patologici, il responsabile del servizio "SOS Azzardo" documenta la reticenza dei giocatori a chiedere aiuto attraverso dati epidemiologici, che lo inducono a chiedersi se i piani d'azione dedicati al trattamento del disturbo rispondano effettivamente a una logica di razionalità economica:

Nel Lazio abbiamo problematici veri 70.000, patologici gravi 40.000. (...) In trattamento entrano 270 l'anno (...) Occorre una riflessione su come vengono programmati i piani di azione [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

La realtà allarmante descritta dal responsabile è ulteriormente comprovata dal riferimento ai dati epidemiologici del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (2023), che documentano l'esiguità del bacino di persone con DGA prese in carico dai servizi pubblici e, in misura ancora più accentuata, dagli enti del privato sociale accreditato.

4. Proposte di miglioramento del servizio “SOS Azzardo”

Quest'ultimo paragrafo, sulla base delle criticità evidenziate, raccoglie le proposte di miglioramento del servizio “SOS Azzardo” e, più in generale, del sistema dei servizi dedicati al contrasto del DGA nella regione Lazio. Esse riguardano tre ambiti: programmazione, utenza e formazione.

La programmazione, in senso generale, implica che le attività vengano preliminarmente ideate per poi essere strutturate con tempi pianificati, risorse umane dedicate, disponibilità di finanziamenti, identificazione dei fruitori e definizione dei risultati attesi (Ferrario, 2016). Generalmente, c'è un evento che sollecita una decisione che, una volta assunta, deve essere implementata, attraverso la gestione del servizio o del programma progettato e costruito (Bezzi, 2007). Congiuntamente, occorre che siano pianificate e realizzate strategie efficaci di valutazione (cfr. Cap. 6); ciò vale tanto per il privato sociale, quanto per il settore pubblico. Tuttavia, come evidenziato nel capitolo 6, la valutazione dell'impatto e dell'efficacia degli interventi, nella maggior parte dei servizi avviene attraverso autovalutazione interna, minando la capacità di razionalizzare il finanziamento pubblico, in termini di premialità nei confronti di quei progetti che si siano distinti in termini di risultati effettivamente conseguiti. Questa carenza di valutazioni di impatto nel sistema dei servizi costituisce un ulteriore limite a livello regionale e nazionale, che, seppure non ascrivibile alla cooperativa, rivela l'incapacità di rispondere ad un interesse collettivo nella gestione dei fondi pubblici.

Le considerazioni esposte trovano conferma nella seguente testimonianza del responsabile, che richiama la necessità di una pianificazione razionale dei finanziamenti e delle strategie di intervento, finalizzata a garantire continuità progettuale, integrazione tra servizi pubblici e del privato sociale e un'efficace politica della valutazione:

Serve stabilità nella programmazione che scavalchi le trasformazioni politiche (...) io direi una programmazione a lungo termine, minimo triennale (...). E ci vuole un piano di finanziamento di almeno cinque anni. Valutazione, pianificazione, finanziamento e verifica. (...) piani a lungo termine (...) anche integrati con i servizi pubblici [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Senza una logica di pianificazione così orientata, il rischio è che progetti validi – come quelli curati da Magliana '80 – restino fermi e che gli enti del Terzo settore vengano relegati in una posizione marginale e sussidiaria, costretti ad affannarsi nel tentativo di colmare le lacune del sistema dei servizi pubblici.

Il responsabile sottolinea, inoltre, come una tale pianificazione potrebbe incentivare la tensione – che come emerso è sottesa all'ideazione e realizzazione dei progetti che fanno capo al servizio “SOS Azzardo” – a strutturare un piano d'azione di contrasto al DGA all'insegna dell'efficacia, della qualità della vita lavorativa e dell'innovazione. Il richiamo all'esigenza di puntare all'ideazione di strategie innovative è funzionale alla necessità, più volte richiamata, di una personalizzazione degli interventi e al superamento di quegli elementi di criticità, quali ad esempio la difficoltà di avvicinare i giocatori patologici:

(...) servizi che portino risultati, umanamente possibili e raggiungibili, che portino un senso agli investimenti, che diano a tutti i lavoratori soddisfazione. E anche la soddisfazione degli utenti. Il che significa continuare a innovare e a progettare tecniche e teorie di intervento (...) l'innovatività credo sia un assetto mentale di un servizio [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Dal responsabile emerge poi una richiesta, quella di una formazione professionale specializzata, che metta al centro la complessità e la multidimensionalità del DGA (cfr. Cap. 1), e che per questa via formi meglio gli operatori impiegati nei servizi, evitando il dispendio di risorse pubbliche in percorsi di aggiornamento non coerenti con gli ambiti specifici di intervento:

un forte programma di studio di realizzazione di modelli combinati (...). Io penso si possano avviare attività di autoformazione e intervizione, facendo risparmiare la Regione che dà i soldi (...) attraverso anche singole attività spot-seminariali o ECM focali *ad hoc* [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

La formazione deve essere intesa come esperienza dell'azione e del pensiero, luogo in cui si apprende realmente quali siano le strategie di intervento più efficaci da adottare (Quagliano, 2005). Alla formazione di base si associa

il concetto di professionalità, rinviando alla necessità di un aggiornamento permanente (Scortegagna, 1998) e di una stabilizzazione degli operatori, che proceda di pari passo rispetto a cambiamenti sempre più rapidi nell'ambito delle conoscenze maturate con riferimento ai rischi connessi al gioco d'azzardo. Congiuntamente, la formazione non è solo un modo per apprendere, ma anche il contesto privilegiato in cui le operatrici e gli operatori possono incontrarsi, confrontarsi, supportarsi reciprocamente ed essere supervisionati e coordinati. In definitiva, presuppone una presa di coscienza sul proprio divenire e agire, fondata sulla capacità di essere aggiornati rispetto alle modifiche dei fenomeni, dei provvedimenti normativi e, soprattutto, delle metodologie di intervento, che devono essere necessariamente adeguate alle caratteristiche e ai mutamenti dei bisogni delle persone dedite al gioco d'azzardo compulsivo.

Nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento, il responsabile riserva una posizione di primo piano alle collaborazioni con i contesti universitari, che, oltre a favorire la spinta all'innovazione, potrebbero svolgere un ruolo essenziale rispetto alle esigenze di supervisione del lavoro svolto:

Dobbiamo aumentare in modo sostanziale gli scambi scientifici e culturali e creare partnership con le università (...) nel contesto di questi programmi di formazione dovrebbero fare una supervisione [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Infine, suggerisce i seguenti quattro aspetti, in relazione al rapporto con l'utenza, da potenziare nella rete dei servizi deputati al contrasto del DGA a livello regionale e nazionale, su cui Magliana '80, come emerso nei primi paragrafi, punta fortemente:

1. *Potenziamento degli interventi di supporto economico per far fronte alle condizioni di indebitamento del giocatore d'azzardo patologico.*

Quello che servirebbe è potenziare gli interventi, i prestiti, queste cose sono modelli di finanziamento che sono terribili e sono fortemente penalizzanti (...). Attenzione a stabilizzare un paziente giocatore d'azzardo, vuol dire tranquillizzarlo sull'aspetto economico. Quindi riuscire ad avere accesso al credito molto agevolato (...). Valorizzare questi strumenti (...) dedicarne alcuni specifici al gioco d'azzardo patologico [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

2. *Investire su un contesto di intervento accogliente.*

La nostra risposta è da un lato (...) riuscire a dare un contesto che incoraggia, che accoglie e che sostiene; dall'altro riuscire a trovare delle soluzioni insieme [Operatore 6, psicoterapeuta, in servizio da 25 anni].

3. *Prevenzione di prossimità fondata sulla riscoperta della dimensione relazionale e su esperienze ludiche all'insegna della socialità.*

Bisognerebbe riorientare attività di prevenzione sull'offerta di socialità forte (...) di prossimità. Cioè, apritemi una sala giochi col biliardino, con giochi sani. No, ti vengo a parlare “non devi giocare d'azzardo perché...”. Questa è pubblicità oppositiva [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

4. *Flessibilità con l'utenza.*

Abbiamo parlato di flessibilità (...) della possibilità di rimanere aperti, avere degli orari che siano agevoli per le persone con disturbo da gioco d'azzardo [Responsabile, fondatore della cooperativa, psicologo e psicoterapeuta, in servizio da 45 anni].

Le battute conclusive di questo paragrafo sono affidate ancora una volta alle parole del responsabile, che ha un sogno, quello di: “avere risorse adeguate, una programmazione adeguata, coerente” per garantire una continuità ed efficacia ai servizi erogati da Magliana '80, che sia in linea con l'impegno e la devozione delle operatrici e degli operatori impegnati al suo interno, nonché con l'impronta fondata sull'innovatività, la personalizzazione degli interventi e la co-progettazione alla base delle strategie di intervento adottate.

5. Considerazioni conclusive

Il gioco d'azzardo patologico rappresenta oggi una delle forme di dipendenza più complesse e socialmente diffuse. Negli ultimi due decenni, il fenomeno ha assunto dimensioni rilevanti in Italia³, dove l'espansione del mercato legale, la diffusione del gioco online e la crescente accettabilità sociale hanno contribuito a radicare il gioco d'azzardo nella quotidianità di ampie fasce della popolazione.

Lungi dall'essere un semplice disturbo individuale, esso si configura come un fenomeno relazionale e sistemico, che trova la sua origine e spiegazione all'interno di quel complesso intreccio tra processi culturali orientati all'anestetizzazione della procrastinazione delle emozioni (all'insegna del “tutto e subito”), interessi economici che premono verso consumi reiterati e semplificati dalle possibilità di acquisto online e domiciliazione delle conse-

3. Come emerge dal rapporto “Il valore economico e sociale dei giochi pubblici su rete fisica in Italia”, curato da Nomisma con la collaborazione di NOVOMATIC Italia, nel 2024 il mercato regolamentato dei giochi pubblici ha raccolto complessivamente 157,4 miliardi di euro in giocate.

gne (Lembke, 2021; tr. it., 2022), martellamenti pubblicitari che presentano prodotti per ogni esigenza e bisogno, e che invogliano all'acquisto allettando il consumatore con sconti e facilitazioni. Si può parlare a tal proposito di "libidopatìa" (cfr. Cap. 8) e, parafrasando Sen (1992), la si potrebbe indicare come una "incapacitazione" determinata molto probabilmente dall'assenza di una consapevole e orientata pedagogia delle emozioni (laddove l'istituzione deputata all'educazione – la scuola – forma solo allo sviluppo cognitivo e, al limite, civico, attraverso l'educazione civica).

Per la cooperativa sociale Magliana '80 (impegnata nel progetto SOS Azzardo), il DGA si configura come l'esito di problematiche relazionali vissute dalla persona dipendente all'interno dei contesti amicali, familiari, lavorativi e, più in generale, sociali. Infatti, il DGA viene inquadrato non solo come una problematica sanitaria individuale, ma come un più ampio fenomeno sociale, alimentato da un mercato pervasivo e aggressivo.

La diffusione del fenomeno è stata favorita da un epocale cambiamento culturale che, come già sottolineato anche dagli operatori della Cooperativa Parsec (cfr. Cap. 8), ha prodotto una progressiva normalizzazione culturale del rischio e dell'azzardo, facilitato dall'accelerata espansione del mercato legale, capace di trasformare il gioco d'azzardo in una forma socialmente accettabile di svago (Calado e Griffiths, 2016). Il gioco, da pratica marginale, si è così trasformato in un consumo di massa, pubblicamente legittimato e promosso come forma di svago o opportunità economica. Questa trasformazione rientra nel processo di *gambification* (Macey e Hamari, 2022) della società, in cui il rischio viene estetizzato e moralmente neutralizzato. In un contesto di incertezza economica, l'azzardo promette un riscatto immediato, ma produce perdita di controllo e dipendenza (Tani e Ilari, 2016).

In tutto questo un ruolo fondamentale è giocato anche dalla difficoltà di separare con facilità la soglia del normale e del patologico. Infatti, come accade anche per altre forme di dipendenza – dall'alcool, alle sigarette, dalla frequentazione di Internet allo shopping –, l'uso viene considerato culturalmente e socialmente accettabile, ma l'abuso non è facilmente identificabile (se non nei casi estremi), a maggior ragione se questo avviene nel chiuso delle quattro mura domestiche.

L'esperienza della cooperativa sociale Magliana '80 rappresenta un osservatorio privilegiato per comprendere le dinamiche e i mutamenti che caratterizzano il DGA.

Magliana '80 sottolinea il cambiamento intercorso nei fenomeni di dipendenza, che hanno costringono a risposte diverse rispetto a quelle proposte nel passato. Così, al pari di quanto già rilevato a proposito della Cooperativa Parsec (cfr. Cap. 8), emerge che, se originariamente la cooperativa si confrontava prevalentemente con utenti caratterizzati da dipendenze multiple, in cui il

gioco rappresentava spesso una forma di compensazione rispetto alla dipendenza da sostanze, nel tempo, la dipendenza dal gioco d'azzardo è diventata una problematica primaria, diffusa in tutte le fasce d'età. Accanto agli adulti e agli anziani, il gioco patologico si diffonde particolarmente tra giovani e adolescenti (Mauceri, Di Censi, a cura di, 2026). Anche in questo caso gli operatori palesano una modalità diversa di gioco tra le età: se tra i giovani è maggiormente diffuso il gioco online, nel caso degli adulti e degli anziani, invece, prevale la pratica agita all'interno delle sale da gioco.

Il gioco, invece, da un lato è individuato dalla cooperativa come strategia auto-terapeutica per evadere il disagio emotivo e sociale. A questo riguardo, Wood e Griffiths (2007) hanno evidenziato il ruolo del gioco d'azzardo come meccanismo di coping per fronteggiare emozioni dolorose o momenti di crisi, come “strategia auto-terapeutica” che, pur offrendo apparente sollievo momentaneo, rafforza il meccanismo della dipendenza. Al tempo stesso, però, non si manca di indicare il gioco come fattore iatrogeno, ovvero come il primo diffusore della malattia.

Se l'accettazione sociale, la pervasività e l'accessibilità del gioco d'azzardo hanno reso i disturbi ad esso connessi “disturbi duri”, integrati, radicati nei rituali quotidiani dell'individuo, dall'altro lato, i processi di normalizzazione, di vulnerabilità socio-culturale e le trasformazioni nei legami sociali costituiscono, ad avviso della cooperativa, i punti cardinali che hanno favorito la diffusione del DGA e la sua radicalizzazione nel territorio.

Com'è noto, il gioco d'azzardo patologico, definito dal DSM-V come *Gambling Disorder*, è oggi riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una forma di dipendenza comportamentale priva di sostanza (*addiction sine substantia*), ma dotata di dinamiche psicologiche, neurobiologiche, culturali e sociali analoghe a quelle delle dipendenze da sostanze, anche se non si hanno ancora robusti riscontri empirici: “Gruppi di comportamenti ripetitivi, da cui il termine *dipendenze comportamentali*, con sottocategorie quali “dipendenza da sesso”, “dipendenza da esercizio fisico” o “dipendenza da acquisti” non sono compresi perché allo stato attuale non vi è sufficiente letteratura basata sulle evidenze per stabilire criteri diagnostici e descrizioni di decorso necessari per identificare questi comportamenti come disturbi mentali” (APA, 2013; tr. it., 2013, p. 563).

È ormai chiaro, quindi, che ridurre il DGA solo a una questione clinica o di salute mentale significa trascurarne la più ampia natura sociale. Così, da un lato, per il riconoscimento e la valutazione del DGA la cooperativa Magliana '80 ricorre all'uso di diversi strumenti diagnostici validati dalla comunità scientifica internazionale. Tra questi, vanno ricordati il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), il *Canadian Index*, il DSM-V e l'*Addiction Severity Index* (ASI). Tuttavia, d'altro canto, si sottolinea come questi strumenti sia-

no utilizzati non come etichette diagnostiche, ma solo come punti di partenza per la definizione di un percorso di accompagnamento e sostegno personalizzato, che considera la persona globalmente, sia individualmente che nel suo contesto relazionale.

Il modello d'intervento della cooperativa è, di conseguenza, – come già visto per la Parsec – fondato sull'approccio relazionale, sulla co-progettazione e sulla prossimità territoriale, come paradigma integrativo dei modelli medicalizzanti.

L'approccio relazionale adottato dalla cooperativa Magliana '80 riconosce la persona come vittima di una pressione sociale sistemica, che la induce a superare il paradigma individualista dominante, al centro del quale vi è l'assegnazione della responsabilità esclusivamente sull'individuo. Come già mostrato anche per Parsec, l'approccio non giudicante e accogliente costituisce la base per la costruzione di una relazione terapeutica efficace.

Nel complesso, l'approccio della cooperativa si fonda su una presa in carico integrata, orientata alla valorizzazione delle risorse individuali e collettive attraverso pratiche di co-progettazione che coinvolgono attivamente le persone destinatarie del servizio. L'integrazione tra dimensioni cliniche, relazionali e sociali trasforma la relazione d'aiuto in uno spazio generativo, capace di attivare processi di riconoscimento e cambiamento.

Il percorso proposto si articola secondo il modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente (1992), che prevede le fasi di precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione e mantenimento.

Questo percorso viene integrato dall'azione relazionale, in cui hanno un ruolo centrale i gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA), che includono tra i partecipanti le famiglie dei giocatori e il ricorso ad ex giocatori come *peer support workers*.

I gruppi di Auto Mutuo Aiuto sono concepiti non solo come spazi terapeutici, ma come vere e proprie comunità di appartenenza, in cui si crea uno spazio simbolico ("stanza dei gruppi"), con lo scopo di creare quello che la cooperativa definisce un "terzo terapeutico che ricrea e sostituisce le false aspettative createsi con oggetti inumani come quelli del gioco d'azzardo".

Anche a Magliana '80, come a Parsec, il coinvolgimento della famiglia è considerata parte integrante della terapia, proprio nell'ottica di ricostruire intorno alla persona una forte rete di protezione. La partecipazione di ex giocatori specificamente formati, capaci di valorizzare la dimensione esperienziale e di prossimità del percorso di cura, attraverso la condivisione dei vissuti e delle strategie di coping, permette di instaurare con gli utenti un legame empatico, offrendo una speranza concreta e fungendo da modelli di guarigione, favorendo il rafforzamento dell'autoefficacia personale (Cooper *et al.*, 2024).

Non manca, infine, il riferimento all'importanza del posizionamento del servizio "SOS Azzardo" all'interno della rete socio-sanitaria territoriale, confermando il ruolo del Terzo settore come cerniera tra popolazione e sistema socio-sanitario (Pollice e Rinaldi, 2010).

L'efficacia del lavoro sociale si basa sulla capacità di attivare reti relazionali significative e sulla co-costruzione di percorsi di aiuto condivisi tra professionisti, utenti, famiglie e comunità. La co-progettazione con gli utenti e con gli *stakeholder* rilevanti è, infatti, lo strumento che ha permesso agli operatori di Magliana '80 di definire modalità di terapia e di accoglienza innovative e coerenti con l'evoluzione nel tempo dei bisogni delle persone. Gli utenti sono considerati attori e co-autori del percorso stesso.

La co-progettazione, poi, si è rivelata fondamentale per aiutare gli operatori nel processo di monitoraggio e valutazione del servizio. Ciò ha portato a rivedere il ruolo delle unità di strada. Queste, infatti, pur essendosi dimostrate particolarmente efficaci per la riduzione del danno della dipendenza da sostanze, si sono rivelate meno adeguate nel caso della dipendenza dal gioco d'azzardo. Di qui l'esigenza di mettere in campo sperimentazioni per identificare modalità e luoghi più idonei e meno ostili all'intervento, che hanno portato a trasformare gradualmente le unità di strada in unità di prossimità, presidi stabili in luoghi di aggregazione sociale e di frequentazione quotidiana, come farmacie e centri anziani.

Come si può vedere, quindi, al centro dell'intervento viene posto il rapporto tra la persona e il proprio sistema psicosociale, e l'obiettivo è restituire e promuovere la capacità di gestire attivamente e consapevolmente tale rapporto, evitando dinamiche autodistruttive.

Non mancano ovviamente gli elementi di criticità. La recente abolizione dell'Osservatorio nazionale sul gioco d'azzardo ha indebolito la rete dei servizi territoriali.

Al tempo stesso, come già visto per Parsec, ma come comune a tutte le realtà del terzo Settore che dipendono da finanziamenti pubblici, Magliana '80 propone una programmazione triennale e un finanziamento quinquennale per garantire continuità. Questa richiesta evidenzia la tensione tra logiche di mercato e logiche di welfare. Il gioco d'azzardo genera entrate fiscali, ma produce costi sociali elevati. È necessario un modello di governance comunitaria fondato su prevenzione, educazione e prossimità.

Per Magliana '80 il gioco d'azzardo patologico riflette le fragilità relazionali e culturali della società contemporanea. Non è una patologia individuale, ma un fatto sociale totale che coinvolge norme, valori e legami. L'approccio di Magliana '80 traduce la cura in relazione e la prevenzione in cittadinanza, restituendo senso e appartenenza alle persone. Contrastare il DGA significa, quindi, costruire un welfare comunitario fondato sulla prossimità e sulla dignità delle relazioni umane.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, APA; tr. it., *DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.
- Bezzi, C. (2007), *Cos'è la valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici*, Milano, FrancoAngeli.
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002), A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Calado, F., Griffiths, M.D. (2016), Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592-613.
- Camposera, A., Mataloni, F., Pasqualini, F., Orlando, L., Rosa, A.C., Davoli, M. (a cura di) (2024). *Progetto di ricerca sul Disturbo da Gioco d'Azzardo nella Regione Lazio*, Roman Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio. <https://dgaonline.regione.lazio.it/dgaonline/wp-content/uploads/2023/05/Report-scientifico-DGA-2023.pdf>
- Cooper, R.E., Saunders, K.R.K., Greenburgh, A., Shah, P., Appleton, R., Machin, K., Jaynes, T., Barnett, P., Allan, S.M., Griffiths, J., Stuart, R., Mitchell, L., Chipp, B., Jeffreys, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., Johnson, S. *et al.* (2024), The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC Medicine*, 22, 72.
- Coriale, G., Ceccanti M., De Filippis, S., Falletta Caravasso, C., De Persis S. (2015), Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento. *Rivista Psichiatrica*, 50(5), 216-227.
- Crusco, M., Massoni, F., Luzi, E., Ricci, P., Pelosi, M., Corbosiero, P. (2016), Gambling and the need for new responses in Public Health with an addiction sine substantia. *Clinica Terapeutica*, 167(6), 162-166.
- Ferrario, F. (1992), *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Roma, Carocci.
- Ferrario, P. (2016), Programmazione. In A. Campanini (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale* (pp. 492-495), Roma, Carocci.
- Folgheraiter, F. (2003), *Teoria e metodo del social work. La prospettiva relazionale*, Trento, Erickson.
- Lembke, A. (2021), *Dopamine Nation. Finding Balance in the Age of Indulgence*, London, Penguin; tr. it., *L'era della dopamina: Come mantenere l'equilibrio nella società del "tutto e subito"*, Milano, Roi Edizioni, 2022
- Macey, J., Hamari, J. (2022), Gambification: A definition. *New Media & Society*, 26(4), 2046-2065.
- Mauceri, S., Di Censi, L. (a cura di) (2026), *Il lato oscuro del gioco. Un'indagine sui rischi associati a gambling, gaming e altre pratiche ludiche in età adolescenziale*, Milano, FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/1532>
- Ministero della Salute (2021), Decreto 16 luglio 2021, n. 136. *Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP)*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 238 del 05/10/2021.

- OMS (2001), *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., Copello, A. (2013), Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77.
- Pollice, F., Rinaldi, C. (2010), Il ruolo dell'economia civile nei processi di sviluppo locale. *Bollettino della Società Geografica Italiana*, Serie XIII, 3, 341-356.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C. (1992), Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 188-213.
- Quagliano, G.P. (2005), *Fare formazione. I fondamenti della formazione e i nuovi traguardi*, Milano, Raffaello Cortina.
- Scortegagna, R. (1998), La formazione nelle professioni sociali. *La rivista di servizio sociale*, 38(4), 3-13.
- Sen, A.K. (1992), *Inequality Reexamined*, Oxford, Oxford University Press; tr. it., *La disegualianza. Un riesame critico*, Bologna, il Mulino, 1997.
- Tani, F., Ilari, A. (2016), *La spirale del gioco. Il gioco d'azzardo da attività ludica a patologia*, Firenze, Firenze University Press.
- Vecchiato, T., Mazzini, E.L.L. (2008), *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Padova, Fondazione Zancan.
- Wood, R.T., Griffiths, M.D. (2007), A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1), 107-125.

10. Il Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani: uno studio di caso

di Carmelo Bruni, Carlotta Antonelli, Ornella De Luca e
Federico Gorgone*

L'ultimo caso di studio presentato è incentrato su un servizio pubblico, il Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani, che, come ricostruito nei capitoli 5 e 7, si distingue per la posizione strategica nella rete delle cooperazioni con gli altri enti deputati al contrasto del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e per il carattere innovativo delle strategie di intervento nella cura dei giocatori patologici.

Come per gli altri due studi di caso già documentati (cfr. Capp. 8 e 9), dopo la presentazione dei servizi avviati dal Presidio, da parte di Ornella De Luca, Dirigente psicologia e Referente dell'Ambulatorio DGA, nei paragrafi successivi si presenteranno i risultati dell'approfondimento qualitativo, condotto mediante un'intervista focalizzata alla stessa De Luca, in qualità di referente del servizio, e un focus group, a cui hanno preso parte le operatrici e gli operatori impegnati all'interno del Presidio.

1. Introduzione: la presentazione del Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani

Il Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani è un servizio ambulatoriale pubblico della ASL Roma 1, Unità Operativa di Sede (UOS) Nuove Dipendenze, a cui fanno richiesta di trattamento ed accedono: persone di tutte le età con DGA; persone di fasce di età giovanile, dai 15 ai 25 anni, con problemi legati all'uso di sostanze; persone con dipendenza da nicotina, avendo da circa un anno istituito anche un centro CAF (Centro Antifumo) per persone maggiorenni.

* Il presente capitolo rappresenta il frutto di un lavoro condiviso da parte degli autori, coordinato da Carmelo Bruni. Tuttavia, il par. 1 è attribuibile a Ornella De Luca, i parr. 2 e 3 a Federico Gorgone, i parr. 4 e 5 a Carlotta Antonelli, il par. 6 a Carmelo Bruni.

L'Ambulatorio DGA ha una storia lunga 16 anni e nasce quasi “per caso”. Nel 2009, il Direttore dell'Unità Operativa Complessa (UOC) Dipendenze della ex RME chiese l'apertura di uno “Sportello Dipendenze” a Cesano di Roma, in quanto territorio appartenente alla ex RME, ma sprovvisto di servizi per le dipendenze. La sede indicata per l'apertura dello sportello era collocata all'interno di un Centro Vaccinale, in via della Stazione di Cesano. Dopo poco tempo, fu chiaro che vi fosse una scarsa domanda di aiuto da parte di persone con dipendenza da sostanze, in particolare cocaina e cannabis, mentre chiedevano sempre più spesso accesso allo Sportello Dipendenze, per informazioni e per richieste di trattamento, persone di fascia di età compresa tra i 50 e i 70 anni, con un problema legato al gioco d'azzardo (in particolare, slot machines, Gratta e vinci e casinò). Evidentemente, quello era il bisogno del territorio e le tipologie dei giocatori d'azzardo catturavano sempre più l'interesse personale, al punto da indurre a ricercare una formazione sull'argomento, a studiare e poi a sperimentare i protocolli più accreditati, *evidence based*, in particolare quelli di Robert Ladouceur e Nancy Petry. Nel 2012, vista la tipologia di pazienti, lo “Sportello Dipendenze” divenne “Centro per le Dipendenze Comportamentali”, sempre nella stessa sede di Cesano. L'équipe era costituita da chi scrive e dal collega Onofrio Casciani, entrambi psicologi psicoterapeuti, di formazione cognitivo comportamentale. Successivamente, è stato coinvolto un collega educatore professionale, che prestava parte delle sue ore al Centro. Inoltre, tranne per un breve periodo, una volta riusciti ad avere il supporto di una psichiatra, per le valutazioni psichiatriche ed eventuali trattamenti farmacologici, i pazienti, qualora necessario, venivano inviati presso il Ser.D. di appartenenza.

A seguito della nuova offerta di servizi, i pazienti aumentarono progressivamente, con una prevalenza di uomini (circa il 90%), tutti di età compresa tra i 40 e i 75 anni. L'approccio e le tecniche, sia individuali che di gruppo, erano quelle della psicoterapia più studiata e accreditata, quella Cognitivo Comportamentale, basata in particolare su: riconoscimento, elicitazione e ristrutturazione delle distorsioni cognitive, ossia delle cosiddette trappole cognitive, tipiche del giocatore d'azzardo (cfr. Capp. 1 e 2). Si iniziarono a sperimentare le sessioni di Ladouceur e Walzer (1996) e di Petry *et al.* (2006) e, con alcuni pazienti, ad integrazione dei suddetti protocolli, anche la ristrutturazione degli Schemi di Base (*Core belief*), che, secondo Aaron T. Beck (2021), padre della terapia cognitiva, sono di due tipi: Credenza di non Amabilità e Credenza di Inadeguatezza. Essi si riferiscono a come la persona percepisce e descrive sé stesso, gli altri e il mondo. È stato così avviato il primo gruppo di psicoterapia cognitivo comportamentale, seguendo lo schema delle sessioni prima descritte. Il gruppo era formato da 15 persone, di cui due donne, e ha conseguito buoni risultati. In parallelo, furono anche fissati dei collo-

qui di sostegno con i familiari, che – supportati nella comprensione di tutte le sfaccettature del DGA – possono essere di aiuto nel percorso terapeutico del paziente, soprattutto nell’ottica del monitoraggio economico, ma non solo.

Nel 2015, il Direttore FF della UOC decise di spostare il “Centro per le Dipendenze Comportamentali” in una zona centrale di Roma, in via Fornovo, 12, e diventò “Ambulatorio DGA”, che mutuava la dicitura corretta del disturbo presente nel DSM-V (Apa, 2013; tr. it., 2013). Le persone seguite a Cesano di Roma, sia in gruppo che individualmente, avevano difficoltà a raggiungere la nuova sede dell’Ambulatorio, perché troppo distante e perché la maggior parte erano persone anziane, over 70. Il numero di giocatori d’azzardo che si rivolgono all’Ambulatorio DGA è aumentato progressivamente, così come è cresciuto il numero di casi più complessi, caratterizzati dalla presenza simultanea di disturbi psichiatrici e di disturbi da uso di sostanze (DUS), in particolare cocaina, coinvolgendo una fascia di età più ampia. L’équipe dell’Ambulatorio era costituita sempre da due psicoterapeuti, un educatore professionale e da un medico psichiatra dedicato, che prestava parte delle sue ore alle attività per il DGA.

Nell’Ambulatorio vennero coinvolte anche le figure degli infermieri, che accoglievano le richieste telefoniche e fissavano un primo colloquio con lo psicologo e il medico psichiatra. Avendo studiato il Modello Patogenetico, il *Pathways Model*, di Alex Blaszczynski e Lia Nower (2002), che individua tre tipi di giocatori d’azzardo, si valutò l’utilità di avvalersi di un test che potesse individuare più rapidamente il tipo di giocatore d’azzardo e il modello di percorso terapeutico più adatto, nell’ottica della personalizzazione degli interventi terapeutici. Contattando Alex Blaszczynski, l’équipe ambulatoriale apprese che si stava validando in Australia, Canada e Stati Uniti (2017) un questionario, il GPQ (*Gambling Pathways Questionnaire*), che constava di 48 items. A sua volta, tramite Blaszczynski, si stabilì un contatto privilegiato con Lia Nower, con la quale si concordò una successiva validazione dello strumento che fosse tarata sulla popolazione italiana.

Ai fini della validazione dello strumento, venne formato un gruppo con altri dieci professionisti, tutti esperti di gioco d’azzardo e, *in primis*, venne tradotto il questionario in italiano, adattando anche alcuni item che risultano troppo “cruenti” per i nostri pazienti. Per raggiungere il campione di soggetti, ai fini della validazione, si chiese la collaborazione di vari Ser.D. in tutta Italia (Centro, Nord e Sud). Una volta raggiunto il campione, con il prezioso aiuto della Cattedra di Psicometria dell’Università di Firenze, della Prof.ssa Caterina Primi e dei suoi collaboratori, che si sono occupati della parte statistica, nel 2021, viene validato e adattato il Questionario GPQ alla popolazione italiana. Il GPQ, essendo uno strumento molto utile per l’identificazione della tipologia (*Pathway*) di giocatore d’azzardo, del percorso tera-

peutico più adatto e delle aree critiche del caso, si è ampiamente diffuso ed è ormai conosciuto e usato da tutti quei servizi e dai professionisti che si occupano di DGA. Per tale motivo, si riportano qui di seguito, in modo molto sintetico, i tre tipi di giocatori d'azzardo che il questionario consente di classificare:

- *Pathway 1 – Giocatori condizionati nel comportamento (Behaviorally Conditioned Problem Gamblers)*. A questo gruppo appartengono in genere giocatori che non hanno una specifica psicopatologia, sono presenti distorsioni cognitive e sviluppano il DGA per una esposizione al gioco all'interno della famiglia (presenza di familiari giocatori d'azzardo).
- *Pathway 2 – Giocatori vulnerabili emotivamente (Emotionally Vulnerable Problem Gamblers)*. In questo gruppo sono presenti anche ansia e depressione, per cui si rende necessaria una terapia farmacologica; può presentarsi anche abuso di alcool.
- *Pathway 3 – Giocatori impulsivi con correlati biologici (Antisocial Impulsivist Problem Gamblers)*. Questi sono in assoluto i pazienti più complessi, un tipo di giocatori d'azzardo che richiedono trattamenti diversi e multidimensionali. Oltre al gioco d'azzardo, sono presenti comorbidità con altri disturbi e manifestazioni di disagio: disturbi psichiatrici (ad es.: disturbo borderline di personalità, disturbo bipolare, ecc.), uso di sostanze o alcool, alti livelli di impulsività, deficit dell'attenzione (da valutare ADHD), tendenza all'antisocialità, tendenza alla ricerca delle sensazioni forti (*sensation seeking*).

Grazie ad un'App Web (*Publiedit*), fu possibile avere un profilo con l'individuazione della tipologia di giocatore d'azzardo e una visione completa delle aree critiche (depressione, elevata impulsività, tendenza al rischio, ecc.), che diventarono materiale prezioso per il clinico, durante il trattamento. La validazione ha richiesto tre anni di lavoro.

L'Ambulatorio DGA di via Fornovo si trovava a condividere lo spazio fisico, all'interno del Ser.D., con altri ambulatori che si occupavano di dipendenze da sostanze (cocaina, eroina, alcool, cannabis, ecc.), creando qualche difficoltà e disagio per i giocatori d'azzardo, per i quali si rendeva difficile l'accesso ad un servizio connotato per le dipendenze da sostanze, in cui il giocatore d'azzardo non si riconosceva e rischiava di sentirsi stigmatizzato. Tutto questo, è ancora più vero per le donne, giocatrici d'azzardo, per le quali il tema della vergogna e del giudizio è ancora più rilevante. Per le donne c'è bisogno di una maggiore cura sia per favorire l'accesso ai servizi, come dimostra la letteratura scientifica (Grant e Kim, 2002; Grant *et al.*, 2012), ma anche l'esperienza clinica, sia nella presa in carico, a partire dall'accoglienza. Per il grande senso di colpa e di vergogna, verso sé stesse e in particolare verso i familiari, è difficile per le donne giocatrici d'azzardo richiedere aiuto a un servizio (Prever e Bowden-Jones, 2021). In quest'ottica, cercando di

trovare delle soluzioni fattibili, chi scrive si è attivata per non far sostare i pazienti in sala d'attesa. Per le donne si è chiesto al responsabile di usare un altro accesso, interno al servizio, e si è cercato di fissare i colloqui in orari diversi dagli altri appuntamenti. A tal proposito, le linee d'azione del Ministero della Salute (DM n. 136 16/07/2021) indicano l'auspicabilità, per i giocatori d'azzardo, che il Servizio Sanitario Regionale possa realizzare dei servizi o ambulatori dedicati.

Nel 2018, all'Ambulatorio DGA è stata affidata dalla Regione Lazio una funzione di coordinamento e responsabilità scientifica della formazione Regionale quadriennale, rivolta a tutti i servizi delle 10 ASL del Lazio e al Terzo settore.

Nel 2019, grazie ai fondi GAP, è stato acquisito altro personale specializzato: tre psicologi, un'infermiera e un'assistente sociale. L'offerta è aumentata ed è stato possibile costituire diversi gruppi, all'interno del percorso di cura personalizzato: un Gruppo di Psicoeducazione, condotto dall'educatore professionale, un Gruppo di Psicoterapia strutturato, condotto personalmente, un Gruppo sulle *Social Skills Training*, condotto da chi scrive e da una collega, un Gruppo di Prevenzione delle Ricadute, condotto da due colleghi, un Gruppo per i Familiari, condotto da chi scrive e da un collega. L'equipe era diventata un'equipe nutrita e soprattutto "dedicata", costituita da: cinque psicologi/psicoterapeuti, un educatore professionale, un'infermiera, un'assistente sociale e un medico psichiatra.

Purtroppo, dal mese di marzo 2020, il lockdown portò a vivere un momento davvero critico, sia per tutte le implicazioni dal punto di vista sanitario, sia perché, necessariamente, bisognava apportare dei cambiamenti e riorganizzare le modalità con cui continuare a curare i pazienti. Parte delle attività intraprese, soprattutto di gruppo, vennero sospese per esigenze dei pazienti (non amavano la modalità online, avevano difficoltà o addirittura impossibilità ad usare la tecnologia, mancanza di riservatezza perché in casa non erano soli). Proseguirono i Colloqui individuali, quelli di Coppia, il Gruppo per sole donne, giocatrici d'azzardo, e il Gruppo dei familiari, tutti in modalità online, con le difficoltà sopra citate, in particolare per le donne.

Terminato il periodo della pandemia, ripresero le attività, ma, nel frattempo, i colleghi vennero coinvolti anche nelle attività degli altri ambulatori e, quindi, potevano dedicare solo parte delle loro ore all'Ambulatorio DGA e questo impoverì sia l'equipe che le attività, ma, di contro, i pazienti aumentarono, con tutte le difficoltà connesse.

A causa di problemi strutturali, nel 2022, l'Ambulatorio DGA, da via Forno è stato trasferito in via dei Frentani n. 6, all'interno del Servizio "Nuove Dipendenze"; quindi, l'ambulatorio diventa una linea di attività della UOS "Nuove Dipendenze" della ASL Roma 1. L'Ambulatorio DGA, come

già detto, divide lo spazio con due altre linee di attività, una per adolescenti, abusatori di sostanze e con problemi psichiatrici, di giustizia, ecc. e una per persone con dipendenza da fumo (tabacco).

L'équipe è costituita da chi scrive e da un collega (Dirigenti psicologi), a tempo pieno nell'ambito del DGA; da una collega (Dirigente psicologa), da un'assistente sociale, oltre che dagli infermieri (di turno) e dal medico psichiatra (di turno), che dedicano solo parte del monte ore al DGA, per quanto siano tutti strutturati. Da tempo si è personalmente coinvolta la coordinatrice degli infermieri, che partecipa a degli incontri di gruppo per le donne, giocatrici d'azzardo, con il compito di fare psicoeducazione alla salute. Attualmente, fanno parte dell'équipe anche: un educatore, una psicologa-psicoterapeuta e una TERP (Tecnico della riabilitazione psichiatrica), che dedicano parte del monte ore al DGA, tutti non strutturati e, al momento, con progetti a termine.

Sia la Psicoterapia Individuale che i gruppi (Gruppo di psicoterapia, Gruppo per sole donne, Gruppo di psicoeducazione, Gruppo per i familiari) sono a regime e in presenza.

Attualmente, per quanto riguarda la cura, esiste un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), che garantisce un ampio ventaglio di strategie di trattamento, che possano adattarsi ai diversi quadri clinici dei pazienti, quali:

- Colloquio motivazionale (Marlatt e Gordon, 1985);
- Psicoterapia individuale integrata, secondo l'approccio Cognitivo Comportamentale (Ladouceur e Walzer, 1996; Petry *et al.*, 2006);
- Integrazione con terapia farmacologica per problemi antecedenti o conseguenti lo sviluppo del DGA;
- Lavoro con i familiari;
- Prevenzione delle ricadute;
- Collaborazione con il Terzo settore (interventi di prossimità, CT, ecc.);
- Volontariato;
- Associazioni Antiusura e/o per il Sovra-indebitamento;
- Invio a gruppi di auto mutuo aiuto (in alcuni casi).

La personalizzazione del percorso, tenendo conto della tipologia dei giocatori d'azzardo, delle caratteristiche personali, dei bisogni del momento, ecc., fa sì che la cura di un'alta percentuale di persone, anche con situazioni complesse, dia dei risultati molto positivi, grazie proprio agli interventi sui fattori di criticità di ciascun caso. Infatti, nel paziente con DGA, la difficoltà a gestire lo stress, le situazioni problematiche, a causa di una scarsa fiducia nelle proprie capacità e di un atteggiamento tendenzialmente passivo, con conseguente frustrazione e autostima, la difficoltà ad esprimere in modo assertivo le proprie idee, a far valere i propri diritti e le proprie ragioni, per esempio nel rapporto con il/la partner o in generale nei rapporti interpersonali, portano ad evitare di affrontare il problema in modo efficace, usando il gioco d'azzardo come

modalità disfunzionale, per modulare le emozioni negative e per avere la percezione (erronea) di affrontare attivamente le difficoltà.

In conclusione, poiché il DGA è un disturbo molto complesso, è richiesto il lavoro di personale specializzato, quindi di una nutrita équipe multidisciplinare dedicata, per un trattamento integrato, e di una rete di servizi, supportata da protocolli di collaborazione, volti all'integrazione pubblico/privato. In quest'ottica, riveste un'importanza fondamentale la collaborazione, personalmente avviata da circa tre anni, con la Fondazione Sociale "Salus Populi Romani", che offre gratuitamente il suo servizio ai pazienti nei casi di sovraindebitamento e con la quale si lavora costantemente in sinergia. L'Ambulatorio DGA è cresciuto ed è migliorato nel tempo. Pur con numerose difficoltà, dovute soprattutto a carenza di personale specializzato, a tempo pieno e dedicato, è diventato un punto di riferimento, anche per gli altri servizi, considerato anche – come già anticipato – l'affidamento da parte della Regione di coordinamento e responsabilità scientifica della formazione regionale quadriennale, rivolta a tutti i servizi delle 10 ASL del Lazio e al Terzo settore. Nel corso del tempo, grazie a pubblicazioni, contributi presentati a congressi e altre forme di disseminazione, l'Ambulatorio DGA ha guadagnato una solida reputazione sia nel Lazio che in numerosi servizi di altre regioni d'Italia, dove gli operatori del Presidio continuano tuttora a svolgere attività di formazione sul DGA e sul suo trattamento, rivolta ai professionisti dei servizi. Come possibile scenario futuro, è auspicabile, così come raccomandato dalle Linee d'Azione del Ministero della Salute (DM n. 136 del 16/07/2021), di contemplare una sede dedicata per l'Ambulatorio DGA. È in cantiere anche un progetto, da parte della Regione Lazio, di potenziamento delle risorse e si sta concretizzando per il Presidio la prospettiva di diventare Centro di Riferimento Regionale (cfr. Cap. 4).

2. Evoluzione del servizio in risposta ai mutati bisogni

Se, come anticipato, il lockdown ha costretto a una riorganizzazione dello svolgimento dei trattamenti e a una redistribuzione del personale anche verso altri servizi, non di meno ha avuto un notevole impatto sull'utenza che già usufruiva del servizio di cura dell'Ambulatorio, nonché, ha esacerbato e sollecitato dei fattori di rischio suppletivi, che hanno determinato lo sviluppo del DGA in persone che precedentemente non manifestavano questo problema. Nello specifico, come esposto nel *Piano Regionale Sul Gioco D'Azzardo Patologico 2022* della Regione Lazio (cfr. Cap. 4), si è assistito, nel periodo immediatamente successivo alla pandemia da Covid-19, ad un incremento sia del numero dei giocatori sia della severità del disturbo.

Su quest'ultimo aspetto, in particolare, si è riscontrato un incremento dei *giocatori impulsivi con correlati biologici* (terzo tipo del *Pathways Model*; cfr. par. 1), cioè di quei giocatori patologici caratterizzati da una forte impulsività e da una comorbidità con altri disturbi e/o dipendenze da sostanze. Questi giocatori risultano particolarmente difficili da trattare e resistenti al cambiamento del loro pattern maladattivo (Blaszczynski e Nower, 2002; Mari, 2022).

Altresì, altri aspetti specifici documentati sono stati:

- una migrazione, che potremmo definire, data la situazione, “coatta”, verso modalità di gioco online, a discapito delle VLT e degli AWP;
- una diminuzione dell'età media dei giocatori, con un crescente coinvolgimento dei più giovani;
- un considerevole aumento, fino al sorpasso, del denaro giocato online rispetto al denaro giocato fisicamente (cfr. Cap. 2).

Dunque, come testimoniato dai membri dell'équipe dell'Ambulatorio DGA, oltre all'aumento numerico dei pazienti intercettati e ai peggiorati quadri clinici, si è delineato un progressivo aumento degli elementi di vulnerabilità, come quelli che fanno capo alla riduzione dell'età dei giocatori patologici, nonché un'aumentata accessibilità del gambling, decretata dal sorpasso dell'online sulle modalità “fisiche” di gioco:

Nel periodo della pandemia sappiamo che è aumentato il gioco online nelle fasce di popolazione più giovanile. Dopo la pandemia, infatti, sempre più frequentemente hanno fatto accesso al nostro servizio ragazzi dai 18 ai 30 anni, prevalentemente scommettitori di calcio e di tennis. Sappiamo che la popolazione dei giocatori d'azzardo è eterogenea e una percentuale di questa ha disturbi psichiatrici, abusa anche di sostanze, di alcool, è caratterizzata da un'elevata impulsività, tendenza al rischio. Quindi, stiamo parlando, secondo il *Pathways Model* di Blaszczynski e Nower, della terza tipologia, la più complessa. Ovviamente questo non ha richiesto che noi cambiassimo i percorsi di cura, perché già li conosceamo, i modelli erano quelli sperimentati, piuttosto ha comportato una maggiore integrazione con altri servizi, in particolare con i CSM e con altre realtà presenti sul territorio, a seconda dei bisogni dettati dalla situazione specifica [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Questa testimonianza, inoltre, ci permette di anticipare un importante punto di forza dell'Ambulatorio DGA, che sarà sviluppato nel prossimo paragrafo: la professionalità e la preparazione dell'équipe che vi lavora.

Infatti, quando la referente afferma che erano “già pronti” e non hanno dovuto modificare il piano di trattamento, intende sottolineare come i membri dell'ambulatorio siano stati sempre fortemente impegnati nell'aggiornamento professionale nel loro ambito di competenza. In questo modo, al verificarsi del-

le suddette ricadute negative della pandemia, l'équipe ha potuto semplicemente attingere dagli strumenti teorico-metodologici già presenti nella propria "cassetta degli attrezzi" per rispondere efficacemente ai nuovi bisogni emergenti.

Non di meno, la stessa testimonianza anticipa anche un altro punto di forza del Presidio, ossia la costante tensione a costruire una solida rete di collaborazione con gli altri enti deputati al contrasto del DGA, che peraltro, come anticipato, è la ragione principale che ne ha determinato la selezione come studio di caso emblematico (cfr. Capp. 5 e 7).

Anche gli operatori, interpellati durante la conduzione del focus group su quali mutamenti siano intervenuti in funzione dell'evoluzione dei bisogni dell'utenza, hanno confermato il ruolo strategico rivestito dalla formazione e dall'aggiornamento, in relazione al consolidamento di saperi specialistici e di evidenze empiriche, che hanno consentito di perfezionare le strategie di cura:

L'evoluzione più importante dal mio punto di vista sono gli studi fatti in tutti questi anni, quindi tutte le evidenze scientifiche che in qualche modo hanno definito il percorso di cura, a più livelli, quindi le conoscenze e l'esperienza maturata [Operatore 6, educatore professionale, in servizio da 17 anni].

Una seconda trasformazione segnalata riguarda, coerentemente con quanto già riportato nel primo paragrafo, l'ampliamento delle figure professionali impegnate nell'équipe multidisciplinare e la diversificazione della gamma di servizi offerti, con l'obiettivo di rispondere in modo efficace alla complessità multifattoriale e multidimensionale dei bisogni delle persone che soffrono di DGA (cfr. Cap. 1):

Quello che ho potuto vedere rispetto all'evoluzione del servizio, con l'implementazione anche di educatori e TERP è una maggiore offerta e quindi, di servizi e di assistenza, rispetto all'utenza del gioco d'azzardo che permette di cogliere, più bisogni [Operatrice 4, psicologa, in servizio da 1 anno].

Inoltre, un'altra risposta importante alla lotta del DGA, nel territorio, è consistita nel ruolo di advocacy e nell'impegno attivo dell'Ambulatorio nel contribuire e nel promuovere le opportune riforme normative, mettendo a disposizione le competenze maturate negli anni. Così, dalla lettura del Piano Regionale sul Gioco D'Azzardo Patologico 2022 della Regione Lazio (cfr. Cap. 4), si rileva che l'Ambulatorio DGA ha prestato il suo supporto attivo, per quanto riguarda gli aspetti clinici e riabilitativi, nella stesura delle Linee d'Azione ministeriali, presenti nel D.M. n. 136 del 16.07.2021.

Giust'appunto, nel decreto ritroviamo, tra gli altri preziosi contributi dell'ambulatorio, il già citato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

(PDTA) (cfr. par. 1 e Cap. 4), che “Al fine di uniformare le risposte assistenziali da erogare alle persone affette da Disturbo da Gioco d’Azzardo (...) si propone di definire le modalità d’intervento fondate sulla personalizzazione del trattamento e sull’adozione di un approccio multimodale, multidisciplinare ed integrato. Tale trattamento è rivolto non solo al giocatore ma anche ai suoi familiari” (D.M. n. 136/2021, Allegato A).

3. Punti di forza e buone prassi del Presidio ASL Roma 1

In riferimento ai punti di forza dell’Ambulatorio DGA, come è facilmente intuibile dal paragrafo introduttivo, non si può non menzionare la professionalità dell’équipe, accompagnata da un senso dell’etica professionale e di responsabilità verso l’utenza, che congiuntamente hanno sollecitato un progressivo e continuo ampliamento della gamma e della qualità dei servizi offerti. A ciò ha contribuito, come precedentemente menzionato, anche la costante propensione dell’équipe alla formazione e all’aggiornamento professionale rispetto alle tecniche più efficaci per il trattamento del DGA, come anche attestato dagli operatori durante il focus group:

Credo che poi un punto di forza molto importante che poi permette la crescita, è anche la formazione continua, l’aggiornamento continuo tramite la ricerca e la formazione [Operatrice 4, psicologa, in servizio da 1 anno].

Questo, secondo me, è un punto di forza ed è un po’ quello che ci contraddistingue. Abbiamo puntato sempre sulla qualità, sul fatto che non abbiamo mai improvvisato, ma ci siamo basati su specifici protocolli, abbiamo studiato e sperimentato dei modelli già validati in altri Paesi [Dirigente psicologa, Referente dell’Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Nondimeno, la professionalità come punto di forza emerge anche dallo specifico approccio terapeutico adottato dall’ambulatorio: la terapia Cognitivo Comportamentale. Sono diversi, infatti, i contributi nella letteratura specialistica (Beck *et al.*, 2024; Beck, 2021; Goisman, 1985; Kazantzis e Lampropoulos, 2002; Ronan e Kazantzis, 2006; Ryum, Bennion e Kazantzis, 2024; Ryum e Kazantzis, 2024) che mettono in evidenza come questo specifico approccio sia in grado di identificare e modificare concretamente i comportamenti disfunzionali e gli schemi mentali che sono alla base dello sviluppo del DGA. Questo approccio sembra rivelarsi maggiormente efficace soprattutto rispetto ad altri approcci, come quelli psicoanalitici, centrati, invece, sulla ricerca delle cause inconse dei disturbi.

In tal senso, la referente testimonia di come alcuni utenti avessero abbandonato percorsi terapeutici precedenti (casi di *drop out*) prima di rivolgersi all'Ambulatorio:

È importante essere accoglienti, empatici e praticare l'ascolto attivo. Qualora il paziente si rivolge a un servizio, per il gioco d'azzardo, ed è preoccupato, depresso per le conseguenze di ciò e ci chiede: come risolvere questo problema? Come risolvere i conflitti familiari? Come risolvere i problemi di sovraindebitamento? È importante intervenire *in primis* su questo (eventuale terapia farmacologica, valutazione presso associazioni antiusura, ecc.). Dobbiamo avere cura di quello che ci chiede il paziente e dei suoi bisogni. Diversamente sarebbe un *drop out*, perché andremmo ad esplorare sicuramente aree importanti, magari del passato, ma non è quello il bisogno che ci sta portando il paziente... la terapia cognitivo comportamentale è molto pragmatica, si lavora con il paziente su obiettivi concreti e si adottano delle strategie *ad hoc*, anche per il caso specifico [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Inoltre, a ulteriore supporto dell'ipotesi di efficacia dell'approccio cognitivo comportamentale, è utile riportare una narrazione della responsabile, relativa a un caso per lei emblematico, che attesta la necessità di riuscire a connettere, attraverso gli strumenti terapeutici, con i bisogni *attuali* dell'utente, in modo da intervenire concretamente sugli aspetti del quotidiano che spingono la persona a giocare compulsivamente:

A cosa era funzionale il gioco d'azzardo? È importante esplorare e capire questo insieme al/alla paziente. In questo caso c'era la difficoltà ad essere assertiva sia con i familiari che sul lavoro. (...) Una grossa vincita le dava l'illusione che avrebbe avuto una maggiore disponibilità di denaro per andare a vivere per conto proprio. Il percorso di psicoterapia è stato un lungo lavoro su tutto quel sommerso, su tutte quelle modalità disfunzionali di gestire lo stress e *di gestire le situazioni quotidiane*. Quindi, abbiamo concordato delle strategie funzionali per ridurre il gioco d'azzardo e di conseguenza agire *sullo stile di vita della persona, quindi sull'apportare piano piano dei cambiamenti* che l'hanno portata ad essere più assertiva e a portare a termine gli obiettivi concordati [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Un'altra buona prassi ha a che fare con l'attenzione prestata alla presa in carico individuale e la costruzione di piani di intervento personalizzati e integrati, che, come messo in rilievo da diversi studi (Blaszczynski e Nower, 2002; Mari, 2022; Serpelloni e Rimondo, 2012) e dalle stesse testimonianze degli operatori, costituisce una delle chiavi privilegiate alla base della riuscita del trattamento del DGA, in quanto consente di adattare le forme di trattamento del disturbo alle specificità dei bisogni multidimensionali dei pazienti:

non tutto va bene per tutti e quindi cerchiamo di fare degli interventi mirati sul singolo (...) riusciamo ad offrire ai pazienti, dei trattamenti individualizzati, integrati e a parer mio anche piuttosto efficaci [Operatrice 2, Dirigente psicologa, in servizio da 6 anni].

Ulteriore *best practice*, emersa dal focus group con gli operatori, è relativa alla tempestività della risposta del servizio alle domande d'aiuto dell'utenza. Emerge, infatti, che già il solo fatto di immergersi con immediatezza in un percorso di cura conferisca ai pazienti un senso di fiducia rispetto alla possibilità di risolvere il problema, influenzando, dunque, positivamente sul consolidamento della motivazione che li ha indotti a richiedere aiuto, alla stregua di un naufrago che, finalmente dopo tante ore in mare, scorge la terra all'orizzonte.

Se ciò è sicuramente vero per chi ha fatto una scelta autonoma e autode-terminata, la tempestività dell'avvio del programma ha ancora più importanza per quelle persone, la cui motivazione iniziale era, invece, inesistente o minima, come laddove siano state spinte a rivolgersi al servizio da parenti (Angelino *et al.*, 2012), esasperati dalla gravità delle conseguenze che il disturbo ha nel contesto familiare (cfr. Cap. 1). In tal senso, in presenza di motivazioni eterodirette o deboli, la celerità della risposta contribuisce a disincentivare forme di ripensamento, o di precoce abbandono del programma terapeutico.

Gli operatori evidenziano come la capacità di “cogliere l'attimo” garantisca agli utenti un immediato senso di accoglienza e la possibilità di vivere all'interno di un contesto finalmente adattivo, fattori che favoriscono la continuità nella partecipazione al programma e il mantenimento dell'astensione dal gioco:

Penso che riuscire a dare una risposta abbastanza celere ed efficace al paziente, comunque accoglierlo e riuscire a iniziare subito a fare una valutazione a farlo sentire preso in carico, quindi, in cura, iniziare un percorso lo trovo un elemento piuttosto utile (...) i primi esiti si iniziano a vedere già, appunto, dall'essere preso in cura, sapere che c'è un appuntamento, comunque non troppo protratto nel tempo, già questo li aiuta a mantenere un'astensione più facilmente [Operatrice 2, Dirigente psicologa, in servizio da 6 anni].

Abbiamo avuto la dimostrazione che, fissando in tempi brevi un appuntamento, iniziare quindi un trattamento a breve una presa in carico veloce, il paziente inizia a motivarsi, anche se talvolta i pazienti si rivolgono al servizio su pressione dei familiari [Operatrice 5, assistente sociale, in servizio da 6 anni].

Un ulteriore punto di forza dei servizi offerti dal Presidio, emerso con chiarezza durante lo studio di caso, è riconducibile alla coesione dell'équipe multidisciplinare. Più specificatamente, integrando sinergicamente competenze disciplinari diverse e impegno, comunicando costantemente su ogni aspetto dei

trattamenti messi in atto, tutti i componenti del gruppo di lavoro hanno riscontrato una maggiore qualità della vita lavorativa e una maggiore efficacia rispetto alla risoluzione dei problemi e l'assunzione di decisioni critiche. Conseguentemente, in accordo con le evidenze riportate da diversi autori (Angelino *et al.*, 2012; Serpelloni e Rimondo, 2012), gli operatori hanno rimarcato il fatto che la coesione interna e l'integrazione dei saperi e delle professionalità abbiano costituito un valore aggiunto rispetto alla riuscita degli interventi terapeutici, ricevendo un ampio apprezzamento da parte degli stessi utenti dei servizi:

Il fatto che siamo un'équipe multidisciplinare è arricchente perché ci permette di “studiare” il paziente sotto tutti i punti di vista (...), ognuno poi dà il suo prezioso contributo. Il paziente che, ad esempio, viene seguito dallo psicologo diventa un paziente dell'équipe, del servizio e questo i pazienti lo sentono e lo apprezzano [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Ho notato che c'è molta coesione, nell'équipe e sicuramente supporto, condivisione e proprio per offrire poi, insomma, un'offerta molto specialistica all'utenza [Operatrice 7, tecnico della riabilitazione psichiatrica, in servizio da meno di un anno].

Un'altra buona prassi, che contribuisce a consolidare il processo di professionalizzazione dei membri dell'équipe, si fonda sulla valorizzazione delle competenze dei colleghi andati in quiescenza o in procinto di abbandonare il servizio, prevedendo forme di affiancamento con i meno esperti, che hanno contribuito a mitigare gli effetti del turn-over e a garantire una continuità nelle modalità di intervento dell'Ambulatorio DGA. Questo passaggio di testimone ha consentito ai nuovi membri dell'équipe di non partire da zero, ma anzi di poter contare sulla cumulatività delle conoscenze e competenze specialistiche maturate nel servizio, nell'ottica di consolidare le strategie di cura che nel tempo si sono rivelate più efficaci:

Tra i punti di forza vedo anche il fatto che c'è stata la possibilità, di un passaggio di esperienze, tra i colleghi più anziani, che sono comunque magari anche andati in pensione, però hanno avuto modo di trasferire il *modus agendi* del servizio e anche una certa attenzione agli interventi che hanno una efficacia clinica dimostrata [Operatore 3, Dirigente medico, in servizio da 3 anni].

Analogamente, ai responsabili e agli operatori dell'Ambulatorio DGA va riconosciuto il merito di aver coinvolto attivamente i familiari nel percorso di cura, riconoscendone la valenza come fattore protettivo rispetto ai comportamenti disfunzionali, documentata in letteratura (Angelino *et al.*, 2012; Ciarrocchi, 2002; Croce e Zerbetto, 2001), e lavorando sulla riconciliazione, nei casi in cui le conseguenze del disturbo abbiano minato le basi della coesione familiare.

Un esempio di tale sinergico lavoro è l'accettazione da parte del paziente del tutoraggio economico familiare, che supporta l'astensione dal gioco e supporta la riconciliazione rispetto a rapporti lacerati, nella misura in cui scoraggia le continue menzogne sull'uso del denaro, che è alla base dei conflitti con i parenti.

In aggiunta, il coinvolgimento della famiglia costituisce una risorsa informativa fondamentale, nell'ottica di cogliere precocemente elementi conoscitivi del paziente, in ordine a tratti peculiari, come caratteristiche della personalità, strategie efficaci di avvicinamento o di risoluzione dei conflitti interpersonali, stile di vita, routine consolidate, che possono supportare la costruzione di relazioni terapeutiche all'insegna della personalizzazione degli interventi e della reciproca fiducia.

Un altro aspetto è mettere in chiaro le cose con i familiari, dal momento in cui comincio a raccontare tutte le omissioni, le bugie, la quantità di debiti, accetto il tutoraggio dei soldi da parte dei familiari, son tutti i momenti in cui si attua un passo avanti, comunque, un certo tipo di presenza nel percorso, che non è solo chiedo aiuto, ma, poi, mi impegno a fare un passaggio [Operatore 1, Dirigente psicologo, in servizio da 6 anni].

Secondo me, un elemento fondamentale è la presenza dei familiari, della famiglia di un contesto comunque fuori, che possa sostenere il paziente una volta iniziato il percorso (...) coinvolgere i familiari, pure, perché comunque sia si forniscono anche indicazioni su come supportare il paziente in queste fasi molto delicate [Operatrice 2, Dirigente psicologa, in servizio da 6 anni].

Nondimeno, come auspicato da diversi autori (Angelino *et al.*, 2012; Serpelloni e Rimondo, 2012), l'Ambulatorio DGA lavora sinergicamente con diversi enti, tra cui il Centro di Salute Mentale (CSM), comunità terapeutiche e centri per il sovraindebitamento. Come ricostruito nel primo capitolo, il DGA è un disturbo complesso, multidimensionale e con forti ricadute socio-economiche, che, dunque, presenta soventemente una comorbidità con altri disturbi psichiatrici o altre forme di dipendenza e che generalmente prospetta la necessità di porre argine agli effetti disastrosi che la condizione di sovraindebitamento prospetta sul piano economico e legale.

In questo senso, la posizione di assoluta centralità del Presidio nella rete dei servizi, già emersa nel capitolo 7, viene presentata dagli operatori come uno dei punti di forza preponderanti di questo servizio pubblico:

Un punto di forza di questa équipe, secondo me, è proprio l'immaginare la cura come una grande rete con tutti i servizi che sono sul territorio, pubblici e privati, che sono, in qualche modo da noi utilizzati, per la dipendenza in generale e per il gioco d'azzardo [Operatore 6, educatore professionale, in servizio da 17 anni].

La rete delle collaborazioni si estende agli altri servizi pubblici e a quelli del Terzo settore, impegnati congiuntamente nella lotta al DGA. All'interno di questo network di relazioni, come già anticipato nel paragrafo introduttivo, una collaborazione privilegiata è quella con le associazioni attive nel settore del sovraindebitamento. La valenza di questa forma di cooperazione è suffragata dal contributo di Custer (1984), che nel caratterizzare la “fase della disperazione”, descrive il circolo vizioso in cui il giocatore patologico entra, nel momento in cui, con l'intensificarsi del gioco, aumentano i debiti contratti, spingendo a giocare in modo sempre più compulsivo, nel tentativo di sanare la situazione debitoria. La disperazione, conseguentemente, si acuisce, anche sulla scorta della conflittualità familiare che scaturisce da tale spirale di impoverimento progressivo e di avvicinamento a carriere devianti.

In altri termini, se questo carico di disperazione è soventemente la leva principale su cui si fonda la motivazione a richiedere aiuto, la preoccupazione pressante per la condizione debitoria, se non opportunamente accolta e contenuta, può rendere difficoltoso concentrarsi e impegnarsi in un percorso psicoterapeutico, teso a scardinare la tendenza compulsiva al gioco, alla ricerca di guadagni che compensino le perdite (Serpelloni e Rimondo, 2012)

Dunque, la collaborazione con centri antiusura o associazioni impegnate a far fronte ai problemi di indebitamento, consente di sgombrare lo spazio interiore da stati emotivi che, altrimenti, inficerebbero la riuscita del programma:

Al momento, abbiamo un protocollo di collaborazione con un'associazione antiusura (...) elemento che ha dato una maggiore completezza al lavoro d'équipe; infatti, era proprio il tassello che ci mancava. Questo ci permette di lavorare congiuntamente ed in modo integrato [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Alla luce dell'insieme delle buone prassi richiamate e del ruolo di orientamento rispetto agli altri servizi, il Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani costituisce un modello paradigmatico di come si possa far fronte alla complessità e multidimensionalità dei bisogni delle persone con DGA.

4. Principali criticità dei servizi prestati dal Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di far emergere dalla testimonianza diretta del responsabile e delle operatrici e degli operatori coinvolti, le criticità riscontrate nel Presidio della ASL Roma 1 di via dei Frentani e nel più complessivo sistema dei servizi deputati al contrasto del DGA nella regione

Lazio. Pur rappresentando, come è stato sottolineato nei paragrafi precedenti, un caso di eccellenza nell'ambito dei servizi di cura pubblici, nel Presidio si possono riconoscere quattro macroaree critiche suscettibili di miglioramento: insufficienza di risorse umane e finanziarie, lacune nel lavoro di rete, difficoltà di rapporto con l'utenza ed infine carenza di spazi, ovvero di una sede fisica dedicata al DGA, in cui le persone prese in carico possano sentirsi accolte.

Come per gli altri due enti del Terzo settore, oggetto di approfondimento qualitativo (cfr. Capp. 8 e 9) e, più in generale, per i servizi dedicati al contrasto del DGA nella regione Lazio (cfr. Cap. 6), anche in questo servizio pubblico si lamenta una carenza di fondi dedicati al contrasto del DGA e, più specificatamente, l'assenza di modalità di erogazione che contemplino una progettualità di lungo termine (Antonelli, 2023). Questa carenza, che si situa a livello istituzionale, oltre a porre ostacoli nel far fronte alle esigenze del servizio, rende impossibile la stabilizzazione del personale – normalmente impiegato con contratti a termine della durata di sei mesi/un anno –, contribuendo, in tal modo, a rendere poco attraente l'impiego in questo tipo di servizio da parte dei professionisti più qualificati, che preferiscono virare verso occupazioni meno precarie e più redditizie:

Credo che il problema non sia stato tanto del finanziamento che, tutto sommato c'è stato, ma delle sue modalità di erogazione, caratterizzate da una configurazione di progetti a termine, piuttosto che di attività con una lunga prospettiva di attuazione, il che ha portato ad avere tipologie contrattuali poco attrattive e quindi anche difficoltà di reclutamento del personale. Posso fare l'esempio di medici che avrebbero potuto essere assunti, ma la configurazione contrattuale non era soddisfacente [Operatore 3, Dirigente medico, in servizio da 3 anni].

Questa somministrazione a singhiozzo delle risorse economiche non permette di creare un circolo virtuoso, un qualcosa che possa volgersi a lungo termine e diventare poi stabile; c'è un elemento di precarietà [Operatrice 4, psicologa, in servizio da 1 anno].

La stessa responsabile sottolinea le ricadute negative che la mancata stabilizzazione del personale e la carenza di risorse umane determinano sul buon funzionamento dei servizi e sull'efficacia degli interventi terapeutici, sottoposti alla duplice pressione disfunzionale del turn-over e della mancata possibilità di prevedere una pianificazione degli incontri col paziente che sia rispondente alle sue esigenze cliniche:

Questo rappresenta un limite: affidare un paziente ai colleghi che poi ad aprile vanno via (...) siamo veramente in difficoltà [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Se avessimo maggiori risorse umane, potremmo seguire i pazienti con una maggiore frequenza di incontri, a vantaggio della qualità [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Anche gli operatori interpellati in questo studio di caso fanno riferimento alle criticità relative alla legge di bilancio 2025 (cfr. Cap. 3), che assimila tutte le forme di dipendenza, senza prevedere specifiche forme di finanziamento al contrasto al DGA, con il rischio che percorsi di eccellenza, come quelli sviluppati dal Presidio, possano subire un depotenziamento, una stagnazione o, in casi estremi, la cessazione delle proprie attività:

Dal momento in cui i fondi già sono nominati solo per le dipendenze e non per il gioco d'azzardo, ravvediamo una forte preoccupazione che si possa indebolire un percorso che in questi anni è stato fatto [Operatore 1, Dirigente psicologo, in servizio da 6 anni].

In assenza di certezze in ordine alla progettualità futura, emergono anche disfunzioni legate all'ottimizzazione dell'utilizzo dei fondi già stanziati, indirizzati verso obiettivi, come ad esempio la formazione e l'aggiornamento del personale, che mal si conciliano con la precarietà e il continuo turn-over all'interno del gruppo di lavoro specificatamente dedicato all'Ambulatorio DGA:

Ci sono i finanziamenti precedenti, alcuni sono ancora non utilizzati, una parte è stata utilizzata per formazione e ricerca (...) [Operatore 6, educatore professionale, in servizio da 17 anni].

Questo insieme di carenze erode, seppure in parte, le potenzialità delle risorse umane impiegate nei servizi di rispondere allo spettro multidimensionale dei bisogni dell'utenza (Campanini, 2016; Folgheraiter, 1998; cfr. Cap. 1). L'orizzonte dei Ser.D., impegnati congiuntamente sulle dipendenze da sostanze e comportamentali, rende anche particolarmente problematico il ricorso a personale specificatamente dedicato alla cura del DGA, oltre ad introdurre un'ulteriore criticità legata alla condivisione degli spazi destinati ad accogliere e curare soggetti con uno spettro di dipendenze completamente diverso. L'assenza di una sede dedicata unicamente all'Ambulatorio DGA, come anche l'impegno congiunto del personale su più forme di dipendenza, come è già stato sottolineato in altra parte del volume (cfr. Cap. 6), pone dei rischi per le persone che soffrono di DGA di sentirsi stigmatizzate ed assimilate ai consumatori di sostanze psicoattive o di alcol, dai quali vorrebbero distinguersi (Urbino, 2016), nonché di non sentirsi adeguatamente accolte:

I Ser.D. hanno dei limiti per i giocatori d'azzardo, perché c'è il tema della vergogna, dello stigma sociale (...), non si sentono dipendenti da sostanze [Operatore 3, Dirigente medico, in servizio da 3 anni].

Questo assetto assimilativo di tutte le forme di dipendenza – ulteriormente consolidata dall'approvazione della legge di bilancio 2025 –, in congiunzione con la volatilità delle risorse umane, costituisce un potente depotenziamento degli intenti di cura e dell'efficacia dei programmi terapeutici:

Attualmente, siamo in due, psicologi psicoterapeuti, dedicati esclusivamente alla presa in carico di persone con DGA. Una psicologa psicoterapeuta, una assistente sociale, un educatore, un infermiere e un medico psichiatra dedicano solo una parte del monte ore poiché per il restante, si occupano anche di altro [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Nel 2019 sono state acquisite delle risorse, per cui eravamo un'équipe pressoché completa. Al momento, abbiamo dei professionisti con rapporto di collaborazione professionale, però a termine [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Proseguendo, la problematicità della condivisione del servizio ambulatoriale con i percorsi di trattamento delle dipendenze da sostanze contribuisce ad un esubero delle richieste di aiuto rispetto alle risorse a disposizione, per cui la UOS “Nuove Dipendenze” ha dovuto “ricorrere a servizi esterni alla ASL” [Operatore 3, Dirigente medico, in servizio da 3 anni].

L'esternalizzazione del trattamento del DGA, se per un verso consente di accogliere un maggior numero di richieste d'aiuto a un costo inferiore, per contro, attivando un processo di delega, inibisce il controllo sui programmi terapeutici da intraprendere, rendendone incerta l'efficacia.

Le esigenze di razionalizzazione degli spazi investono poi la qualità della vita lavorativa del personale (Zini e Miodini, 1999) nel processo di cura (Dal Pra Ponticelli, 2016), nella misura in cui, conseguentemente alla carenza di spazi, si lamenta la necessità di organizzare dei turni affinché si possa disporre di una stanza libera in cui condurre i colloqui, il che comprime ulteriormente la possibilità di poter rispondere efficacemente alle esigenze dei pazienti:

Abbiamo pochi spazi, li dividiamo con un altro ambulatorio per adolescenti con sostanze [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Proseguendo, direttamente connessa alla carenza di personale, si riscontrano criticità anche nel percorso di presa in carico dell'utente, dovute alla presenza delle liste d'attesa, che non facilitano l'accesso immediato ai servizi

di cura (Rizzi, 2016). Per quanto, come è stato sottolineato nel paragrafo precedente, l'équipe del Presidio lavori affannosamente per garantire la tempestività dei trattamenti, la presenza della lista d'attesa entra in contrasto con il fatto che generalmente i bisogni delle persone che si rivolgono al servizio non sono procrastinabili. Infatti, le fragilità di cui si occupa l'Ambulatorio DGA presentano normalmente il carattere dell'urgenza, che mal si concilia con la necessità di attendere prima di poter essere accolti per avviare il percorso di cura. L'attesa può incrinare la motivazione ad uscire dalla dipendenza da gioco d'azzardo e dilatare notevolmente i tempi di risoluzione del problema:

Una presa in carico totale del paziente non sempre è possibile. Vanno aiutati a più livelli (...) di cura che possono essere crescenti, non sempre ci sono le risorse a disposizione [Operatore 6, educatore professionale, in servizio da 17 anni].

A queste criticità si sommano le difficoltà nella prossimità con i beneficiari¹, causate dai diversi cambi di sede del servizio e dalla copertura di un territorio molto esteso, che ha avuto un impatto per l'utenza in termini di distanza che, anche laddove non eccessiva, contribuisce a ledere la motivazione ad avviare o continuare il percorso di cura:

L'assenza di prossimità per molta utenza, perché copriamo un territorio che comprende cinque municipi di Roma capitale e effettivamente è un po' troppo [Operatore 3, Dirigente medico, in servizio da 3 anni].

Siamo nei pressi della Stazione Termini, quindi sicuramente semplice da raggiungere, anche se il trasferimento in un altro servizio e luogo, per i pazienti, è spesso un problema (...) in alcuni casi significa allontanarsi ancora di più da casa [Operatrice 5, assistente sociale, in servizio da 6 anni].

Infine, accanto alle criticità appena esposte, vi è un'ulteriore problematica che coinvolge il lavoro di rete. Per quanto il Presidio rivesta una posizione strategica nel network dei servizi e la cooperazione con gli altri enti sia stato sottolineato come punto di forza, gli operatori hanno segnalato ritardi e inefficienze nella presa in carico di pazienti provenienti da altri Ser.D. o indirizzati dal PUA (Punto Unico di Accesso), a causa di difetti di comunicazione o della mancata preparazione degli operatori con cui si è entrati in contatto:

1. Alla prossimità dei beneficiari chiama a rispondere la già citata legge 328/2000, che punta a garantire che alla richiesta d'aiuto risponda l'ente più vicino al cittadino. Tuttavia, questa prescrizione, volta a favorire la sussidiarietà, entra, a sua volta, in collisione con la carenza dei fondi destinati al contrasto al DGA.

Io ho avuto a che fare con un'unica operatrice di PUA che avesse idea del disturbo da gioco d'azzardo e del suo trattamento, solo perché aveva partecipato come assistente sociale a un progetto di un'altra ASL rispetto a questa tematica; è necessaria una formazione anche per loro [Operatrice 5, assistente sociale, in servizio da 6 anni].

Il limite è proprio la rete, la condivisione del servizio per le dipendenze [Operatrice 7, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, in servizio da meno di un anno].

Sempre con riferimento al lavoro di rete, se – come è stato evidenziato nel paragrafo precedente – la cooperazione con enti che rispondano al carico di preoccupazioni relative ai debiti contratti corrisponde a uno specifico punto di forza dei servizi prestati, il rapporto potrebbe essere reso più fluido, attraverso interventi di semplificazione, che possano rendere la collaborazione più coerente con il carattere di urgenza dei bisogni di tutela economica e legale:

Il rapporto con le associazioni contro il sovraindebitamento (...) avere la possibilità di comunicare, aiutare i pazienti ad entrare in contatto (...) magari un protocollo renderebbe un più smart la comunicazione (...) c'è un problema legato alla trasmissione di dati [Operatrice 5, assistente sociale, in servizio da 6 anni].

Al pari degli altri enti oggetto di studio di caso (cfr. Capp. 8 e 9), anche in questo caso emerge la difficoltà di coinvolgimento nei servizi di cura di un'ampia popolazione sommersa, che resta esclusa dai piani terapeutici, a causa del processo di normalizzazione del gioco d'azzardo e dei fattori ostativi rispetto a una diagnosi precoce del disturbo (legati, ad esempio, alla reticenza dei medici di base a collaborare), che spinga ad avanzare la richiesta di aiuto:

C'è un enorme divario tra la stima del fabbisogno di cura e il numero di persone che accedono effettivamente ai servizi (974 nel 2024), che sono una minima parte [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

D'altra parte, a fronte delle criticità legate alla mancanza di personale e alla soppressione dei fondi dedicati al DGA, a seguito dell'approvazione della legge di bilancio 2025, occorre chiedersi come si potrebbe riuscire a fare fronte all'estensione del mercato del gioco d'azzardo (cfr. Cap. 2) e agli effetti in termini di emergenza sanitaria che ne conseguono, se tutti i giocatori patologici e problematici uscissero dall'ombra e si rivolgessero ai servizi deputati alla cura.

Per quanto il lavoro dell'Ambulatorio DGA si avvalga di percorsi terapeutici all'insegna dell'innovatività e dell'efficacia, l'intervento di un'operatrice evidenzia la necessità che nei casi in cui gli interventi clinici risultino fallimentari, rispetto ai tentativi di riscattarsi dal gioco, sarebbe necessario

ricorrere a strutture residenziali, come le comunità terapeutiche per soggetti che soffrono di nuove forme di dipendenza, quale quella da gioco d'azzardo:

Comunità terapeutiche residenziali nella regione Lazio non ce ne sono. È un problema [Operatrice 5, assistente sociale, in servizio da 6 anni].

L'insieme delle criticità evidenziate, piuttosto che costituire la manifestazione di elementi di debolezza dei servizi prestati dal Presidio, sono prevalentemente il riflesso palese di una sottodeterminazione dell'importanza che in ambito istituzionale è sottesa al supporto delle pratiche di contrasto del DGA e ancora una volta sottolinea il ruolo ambivalente dello Stato, che trae enorme profitto dall'espansione del mercato del gambling, senza devolvere un impegno continuativo e commisurato a debellare l'emergenza sanitaria che la diffusione del gioco patologico ha determinato nella popolazione italiana (cfr. Capp. 2 e 3).

5. Proposte di miglioramento dei servizi del Presidio ASL Roma 1 di via dei Frentani

In questa sede, tenendo conto delle criticità appena esposte, si intende dar voce alle proposte di miglioramento emerse nel corso dello studio di caso.

Un primo ordine di proposte, avanzate all'interno del focus group, sottolinea la necessità di potenziamento e valorizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA), che – in accordo con i riferimenti normativi² – dovrebbe garantire, mediante risorse umane e strumentali, l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari dislocati sul territorio, fornendo informazioni personalizzate rispetto ai bisogni dell'utenza e semplificando il processo di presa in carico dei pazienti con DGA da parte dei servizi pubblici.

Le proposte puntano a convogliare risorse nella formazione degli operatori dei PUA e dei medici di base per riconoscere precocemente le persone con DGA e fornire informazioni che li rendano in grado di indirizzare gli utenti ai servizi più appropriati, in funzione dei bisogni specifici rilevati:

(...) iniziative di formazione specifiche, per chi non fa parte del Dipartimento di Salute Mentale, quindi gli operatori del PUA e i medici di base. (...) In particolar modo che siano informati della problematica e della possibilità di invio a servizi specialistici e che possano intercettare l'utenza [Operatore 3, Dirigente medico, in servizio da 3 anni].

2. D.l. 23 maggio 2022, n. 77 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Intercettare precocemente i giocatori problematici, anche mediante il coinvolgimento dei medici di base, costituisce un'urgenza anche in relazione alla possibilità di convogliare nei piani terapeutici persone che altrimenti rimarrebbero parte di quella popolazione sommersa, non consapevole dei rischi connessi a questa specifica forma di dipendenza comportamentale.

Oltre a suggerire la necessità che anche gli altri servizi si uniformino al PDTA, alla cui definizione – come anticipato – il Presidio ha fornito un prezioso contributo, gli operatori propongono di consolidare il lavoro di rete con gli altri servizi socio-sanitari, nell'ottica di monitorare i progressi compiuti nella risoluzione delle problematiche multiple, in cui generalmente incorre un paziente che soffre di DGA:

La formazione e l'interazione con gli altri servizi consentono poi di avere un monitoraggio più attento e continuo del paziente [Operatrice 7, tecnico della riabilitazione psichiatrica, in servizio da meno di un anno].

Molto sentita è poi l'esigenza di ottenere una sede distaccata per l'Ambulatorio DGA, che permetta di rendere immediatamente riconoscibili i servizi prestati, di garantire una migliore accoglienza, di superare problemi organizzativi e di contrastare i riflessi stigmatizzanti dell'assimilazione del DGA ad altre forme di dipendenza, come quelle da sostanze psicotrope:

Sarebbe importante avere una sede distaccata, dedicata (...) perché si supererebbero diverse difficoltà: di accesso, organizzative, ecc. [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Avere una sede specifica per poter essere identificati meglio: un centro dedicato a questo tipo di problematiche [Operatore 1, Dirigente psicologo, in servizio da 6 anni].

Un'esigenza particolarmente sentita è poi quella relativa all'ampliamento e alla stabilizzazione delle risorse umane impiegate nei servizi del Presidio, che garantirebbe la possibilità di avviare tempestivamente gli interventi terapeutici e di dare continuità al percorso di cura, facilitando anche il coordinamento interno all'équipe, il monitoraggio a lungo termine dei progressi compiuti dal paziente, nonché una maggiore qualità della vita lavorativa del personale:

La possibilità di implementare il personale, anche di permettere la creazione di un'équipe più stabile che condivida una mission comune e duratura [Operatrice 4, psicologa, in servizio da 1 anno].

L'integrazione di ulteriore personale, per poter seguire in modo più ravvicinato (...) il paziente, poter avere quelle risorse che permettono di prendere totalmente in cari-

co la persona e le sue necessità [Operatore 6, educatore professionale, in servizio da 17 anni].

Arricchimento del personale, più che altro stabilizzato e che dia una continuità [Operatore 1, Dirigente psicologo, in servizio da 6 anni].

È ovvio che più avremo risorse e più punteremo sulla qualità (...) lavoreremmo in modo sicuramente più agile e con meno difficoltà, anche di organizzazione [Dirigente psicologa, Referente dell'Ambulatorio DGA, in servizio da 23 anni].

Con riferimento alle esigenze di monitoraggio del percorso e di valutazione di efficacia degli interventi clinici, si propone inoltre di prevedere una sistematizzazione del processo di raccolta e analisi dei dati, coadiuvato da frequenti riunioni di équipe:

Costante monitoraggio del lavoro, attraverso riunioni di equipe, valutazione dei casi, raccolta e sistematizzazione dei dati [Operatore 1, Dirigente psicologo, in servizio da 6 anni].

Le proposte volte alla stabilizzazione del personale sembrano entrare in collisione con la deriva che la soppressione del fondo unico sul DGA, determinata dall'approvazione della legge di bilancio 2025, ha comportato; quando, per contro, sarebbe auspicabile che si procedesse, invece, a una pianificazione razionale nel contrasto al DGA a livello sia regionale che nazionale, che, per questa via, consentirebbe, altresì, una programmazione (Ferrario, 2016) fondata sulla mappatura delle risorse attualmente presenti ed impiegate, al fine di garantire una riallocazione di quelle che risultino in esubero, di cui possono beneficiare, a titolo esemplificativo, territori come quello del Lazio, che ad oggi rincorrono affannosamente la crescente domanda di interventi terapeutici, senza poter contare su finanziamenti adeguati:

Continuare a fare una mappatura delle risorse presenti sul territorio nazionale (...) per sopperire alla loro mancanza in regione [Operatrice 5, assistente sociale, in servizio da 6 anni].

I temi della stabilizzazione del personale e della carenza dei finanziamenti si intersecano, poi, con altre proposte, come quella di rendere i fondi stanziati e le modalità di erogazione compatibili con l'inclusione del DGA nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), prevista dal DPCM 12 gennaio 2017:

Credo aiuterebbe cambiare prospettiva, iniziare a considerare la gestione del disturbo da gioco d'azzardo come un'attività che è prevista nei LEA e, quindi, ha bisogno di

un finanziamento stabile, con personale stabile [Operatore 3, Dirigente medico, in servizio da 3 anni].

La valorizzazione dell'inclusione del DGA nei LEA è fondamentale al fine di far rientrare i percorsi terapeutici nel complessivo sistema di cura e presa in carico con prestazioni specifiche (di rilevanza sociale e sanitaria), riconosciute dal Sistema Sanitario Nazionale.

Con riferimento alle proposte di miglioramento del sistema dei servizi a livello nazionale e regionale, queste vanno nella direzione di ripristinare le condizioni antecedenti all'approvazione della legge di bilancio 2025, tra cui anche la ricostituzione e il potenziamento delle funzioni dell'*Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla dipendenza grave*, nell'ottica di: fornire evidenze empiriche sull'espansione del mercato del gioco d'azzardo e sui suoi possibili effetti negativi, orientare gli interventi di prevenzione e di cura, monitorare e migliorare i risultati raggiunti dai servizi territoriali.

Un ripristino dell'Osservatorio con un'identificazione di (...) quelli che devono essere i percorsi di cura (...) che osservi esattamente ciò che accade, cosa serve implementare e in che modo muoversi [Operatore 6, educatore professionale, in servizio da 17 anni].

L'insieme delle proposte avanzate sottintende, ancora una volta, la volontà di valorizzare esperienze di eccellenza, come quella del Presidio, e di contrastare le derive che i mutamenti normativi rischiano di determinare nel funzionamento del sistema regionale e nazionale dei servizi dedicati al DGA.

6. Considerazioni conclusive

Negli ultimi trent'anni, insieme ai cambiamenti nei modelli di consumo, anche le forme di dipendenza hanno subito profonde trasformazioni, diventando sempre più complesse, variegate e diffuse trasversalmente in tutte le classi sociali e nei diversi contesti socio-culturali. Come accade per altri fenomeni sociali di portata globale, anche nel campo delle dipendenze si è entrati nell'era delle iperdiversità. Oltre alle necessarie azioni di contrasto alla diffusione delle sostanze illegali e agli interventi di prevenzione, ciò impone ai sistemi di cura un approccio clinico e psicosociale altamente personalizzato. È quindi indispensabile rafforzare e consolidare una pratica clinica delle dipendenze che riconosca e integri le dimensioni fisiche, psicologiche, psicopatologiche, sociali e culturali delle persone coinvolte.

L'emblema di questi cambiamenti è proprio il cambiamento intervenuto nel servizio di sostegno e cura delle dipendenze. Il servizio, nato come Ser.T

in base alla legge 162/90, con l'obiettivo di contrastare le tossicodipendenze, curarne le conseguenze tra i consumatori e prevenirne l'insorgenza, ha nel tempo vissuto un profondo cambiamento, ampliando significativamente la propria utenza. Dal 2014, infatti, il nome è mutato in Ser.D., giungendo ad occuparsi di tutte le forme di dipendenza patologica – dal tabagismo all'alcolismo, fino al gioco d'azzardo e ad altre dipendenze – registrando un aumento consistente degli accessi e una crescente specializzazione dei professionisti impegnati su diversi fronti di intervento.

Un ulteriore punto di clivaggio nel mutamento del fenomeno è stato il Covid-19. Infatti, nel periodo immediatamente successivo alla pandemia, si è registrato un aumento sia del numero complessivo dei giocatori, sia della gravità dei disturbi correlati al gioco d'azzardo. In particolare, si è osservata una crescita significativa dei soggetti appartenenti al terzo tipo del *“Pathways Model”* (cfr. par. 1), ovvero quei “giocatori condizionati nel comportamento” che non hanno una specifica psicopatologia, ma nei quali sono presenti distorsioni cognitive e che sviluppano il DGA per una esposizione al gioco all'interno della famiglia (presenza di familiari giocatori d'azzardo). Questa categoria di giocatori risulta particolarmente complessa da trattare e mostra una forte resistenza al cambiamento dei propri schemi comportamentali disfunzionali (Blaszczynski e Nower, 2002; Mari, 2022).

Ma il mutamento non ha riguardato solo questo aspetto, altri mutamenti – come già sottolineato dalle cooperative Parsec e Magliana '80 – hanno riguardato:

- una migrazione “forzata”, dovuta alle restrizioni pandemiche, verso le modalità di gioco online, a discapito delle VLT e degli AWP;
- una diminuzione dell'età media dei giocatori, con un crescente coinvolgimento delle fasce più giovani;
- un marcato incremento del volume di denaro speso online, che ha superato quello destinato al gioco fisico (cfr. Cap. 2).

Come evidenziato anche dai membri dell'équipe dell'Ambulatorio DGA del Presidio ASL Roma 1, oltre all'aumento del numero di pazienti e all'aggravarsi dei quadri clinici, si è assistito a un progressivo incremento dei fattori di vulnerabilità, in particolare la riduzione dell'età dei giocatori patologici e la maggiore accessibilità del gioco d'azzardo, favorita dal predominio delle piattaforme online rispetto alle modalità tradizionali.

Dopo la pandemia, infatti, si sono affacciate con maggiore frequenza fasce d'età più giovani – in particolare tra i 18 e i 30 anni – che, trascorrendo più tempo in casa, hanno trovato nei dispositivi digitali, soprattutto smartphone e computer, un facile accesso alle scommesse e alle piattaforme di gioco.

Gli altri elementi, che vengono sottolineati e che sono stati messi in luce anche dagli operatori della Parsec e di Magliana '80, sono: il processo di

normalizzazione del gioco d'azzardo che, come detto, costituisce un potente fattore di accettazione culturale del gioco e uno dei principali precipitanti alla base della sua crescente diffusione. Tale processo ha contribuito alla formazione di un'ampia popolazione sommersa di giocatori problematici che rimane esclusa dai percorsi terapeutici, ostacolata sia dalla percezione sociale del gioco come attività "normale" e accettabile, sia dalla difficoltà di individuare precocemente i segnali del disturbo.

A ciò si aggiunge il più volte citato ruolo ambivalente dello Stato (cfr. Capp. 2, 3, 8 e 9) che, da un lato, trae ingenti profitti dall'espansione del mercato del gambling e, dall'altro lato, non destina risorse e impegno adeguati per contrastare l'emergenza sanitaria e sociale generata dalla diffusione del gioco patologico nella popolazione italiana (cfr. Capp. 2 e 3).

Nella visione del Presidio di via dei Frentani emerge che il paziente con DGA palesa un quadro problematico caratterizzato dalla difficoltà nel gestire lo stress e le situazioni problematiche, spesso legata a una scarsa fiducia nelle proprie capacità e a un atteggiamento prevalentemente passivo – con conseguenti sentimenti di frustrazione e bassa autostima – che si accompagna a una limitata capacità di esprimere in modo assertivo le proprie opinioni e di far valere diritti e ragioni, sia nella relazione di coppia sia nei rapporti interpersonali in generale.

Queste difficoltà inducono la persona a evitare un confronto diretto con i problemi, ricorrendo al gioco d'azzardo come strategia disfunzionale per regolare le emozioni negative e ottenere una temporanea, ma illusoria, sensazione di controllo e di gestione attiva delle proprie difficoltà.

L'approccio della ASL è centrato su un approccio che si fonda sulla Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT), riconosciuta dalla letteratura scientifica come uno degli interventi più efficaci nel trattamento del DGA. Gli studi evidenziano la capacità di questo approccio di identificare e modificare in modo concreto i comportamenti disfunzionali e gli schemi cognitivi che sostengono lo sviluppo e il mantenimento del disturbo.

Per gli operatori del presidio la CBT si dimostra più efficace nel promuovere cambiamenti comportamentali e cognitivi osservabili e duraturi rispetto ad altri orientamenti. Sia la psicoterapia individuale, che i gruppi terapeutici (Gruppo di psicoterapia, Gruppo per sole donne, Gruppo di psicoeducazione, Gruppo per i familiari) vengono svolti in presenza e con continuità operativa.

La presa in carico dei pazienti si struttura all'interno di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), che offre un ampio ventaglio di strategie di trattamento, calibrate sulle specifiche caratteristiche cliniche e psicologiche di ciascun paziente, garantendo così un intervento personalizzato e integrato (cfr. Capp. 4, 8 e 9). A tal proposito, si sottolinea come ai fini dell'efficacia dell'intervento assuma un ruolo cruciale la tempestività della

risposta. È emerso, infatti, che l'immediato inserimento in un percorso di cura può generare nei pazienti un senso di fiducia nella possibilità di superare il problema, rafforzando così la motivazione che li ha spinti a chiedere aiuto.

Se ciò vale per coloro che hanno compiuto una scelta autonoma e consapevole, la rapidità dell'avvio del programma assume un valore ancor più significativo per le persone la cui motivazione iniziale è scarsa o assente, spesso spinte a rivolgersi al servizio dai familiari (Angelino *et al.*, 2012), esasperati dalle gravi ripercussioni che il disturbo ha sul contesto domestico (cfr. Cap. 1). In tali casi, di fronte a motivazioni deboli o eterodirette, la prontezza della risposta diventa determinante per prevenire ripensamenti o l'abbandono precoce del percorso terapeutico.

Ma anche nella lettura del Presidio, come già accaduto per le cooperative analizzate (cfr. Capp. 8 e 9), non si può prescindere dalla considerazione della multidimensionalità del problema (cfr. Cap. 1) e della conseguente necessità di un approccio interdisciplinare e di rete.

In primo luogo, emerge, come già sottolineato anche dalle cooperative Parsec e Magliana '80, l'importanza del ruolo della famiglia del giocatore. Il coinvolgimento della famiglia rappresenta una risorsa informativa essenziale, poiché consente di individuare precocemente elementi utili alla comprensione del paziente, come i tratti della personalità, le strategie efficaci di relazione o di gestione dei conflitti interpersonali, nonché aspetti legati allo stile di vita e alle abitudini quotidiane consolidate.

Cruciale poi si sta rivelando la collaborazione con altri servizi. In questa prospettiva, assume particolare rilievo la collaborazione, avviata da circa tre anni, con la Fondazione Sociale "Salus Populi Romani", che offre gratuitamente assistenza ai pazienti nei casi di sovraindebitamento. Custer (1984), nel descrivere la "fase della disperazione", illustra il circolo vizioso in cui il giocatore patologico rimane intrappolato: con l'intensificarsi del gioco aumentano i debiti contratti, e questo lo spinge a giocare in modo sempre più compulsivo nel tentativo di colmare la situazione debitoria. La disperazione, di conseguenza, si accentua ulteriormente, alimentata anche dalla crescente conflittualità familiare, che deriva da tale spirale di impoverimento e dal rischio di devianza.

In altri termini, se questo stato di disperazione costituisce spesso la principale spinta motivazionale alla richiesta di aiuto, la forte preoccupazione per la condizione economica, se non adeguatamente accolta e gestita, può ostacolare la concentrazione e l'impegno nel percorso psicoterapeutico volto a interrompere la compulsione al gioco e la ricerca illusoria di guadagni riparatori (Serpelloni e Rimondo, 2012).

Un ulteriore contributo significativo è rappresentato dal ruolo di advocacy e dall'impegno attivo dell'Ambulatorio nel promuovere e sostenere

riforme normative adeguate (in parallelo con quanto emerge nell'azione delle cooperative Parsec e Magliana '80), mettendo a disposizione le competenze acquisite nel corso degli anni, per esempio, nella redazione del Piano Regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico 2022 della Regione Lazio (cfr. Cap. 4).

Non mancano neanche per il Presidio gli aspetti critici che, in parte ricalcano quanto già sottolineato anche dalle cooperative (cfr. Capp. 8 e 9) e, d'altra parte si rivelano specifiche per il Presidio.

Per quanto riguarda le prime, si evidenziano diversi aspetti strutturali, quali l'approvazione della legge di bilancio 2025 (cfr. Cap. 3), che presenta una criticità significativa in quanto assimila tutte le forme di dipendenza, senza prevedere specifici finanziamenti dedicati alla lotta contro il DGA e producendo soprattutto un'incertezza nella progettualità di lungo periodo.

Questa situazione, oltre a limitare la capacità del servizio di rispondere in modo adeguato alle esigenze dell'utenza, impedisce la stabilizzazione del personale, solitamente impiegato con contratti a termine. Ciò contribuisce a rendere meno attrattivo l'impiego presso questo tipo di servizio per i professionisti più qualificati e determina una disfunzionalità determinata dal frequente turn-over, che costituisce una criticità esiziale per tutti i servizi alla persona.

La stessa dislocazione fisica del Presidio costituisce un ulteriore elemento problematico, che comporta il coinvolgimento congiunto del personale su più ambiti di dipendenza. Come già sottolineato nel Capitolo 6, ciò comporta il rischio che le persone affette da DGA si sentano stigmatizzate o assimilate ai consumatori di sostanze psicoattive o di alcol, dai quali desiderano distinguersi (Urbino, 2016). A ciò si aggiunga la carenza di spazi riservati, che riduce la capacità di risposta del servizio.

In conclusione, possiamo sostenere che il caso del Presidio di via dei Frentani permette di leggere il DGA come laboratorio del sociale: un osservatorio sui limiti e le potenzialità dell'integrazione sociosanitaria nel nostro paese. La prospettiva relazionale e cognitivo comportamentale integrata offre una via d'uscita al paradigma puramente medico, trasformando la cura in un percorso di accompagnamento, volto all'empowerment e alla capacitazione del giocatore patologico, a partire dal riconoscimento (Honneth, 1992; tr. it., 2002) della sua peculiare condizione.

Contrastare il DGA con un'adeguata azione sociosanitaria rappresenta una delle sfide più rilevanti per il nostro modello di Welfare. Oggi, più che nel passato, l'integrazione e la connessione tra i processi di esclusione e di marginalità amplificano il loro impatto su soggetti fragili, in un contesto di riduzione della coesione sociale. Potenziare l'azione sociosanitaria significa ricostruire il tessuto di fiducia e reciprocità su cui si fonda la coesione sociale, verso un sistema di welfare generativo e comunitario.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, APA; tr. it., *DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.
- Angelino, R., Bertinat, S., Corsello, M., Daverio, R., Ferrara, R., Giachero, L., Rossi, L. (2012), La fase di accoglienza dei pazienti gamblers nei servizi per il gioco d'azzardo patologico dei Ser.T. della Regione Piemonte: modalità e procedure. *Italian Journal on Addiction*, 2(3-4), 110-121.
- Antonelli, C. (2023), Integrazione sociosanitaria, sviluppi e possibili scenari: il caso studio servizio di assistenza domiciliare CAD ASL Roma 1 e 2. *La rivista di servizio sociale*, 63(2), 69-81. ISSN: 0035-6522.
- Beck, J.S. (2021), *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). New York, The Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D. (2024), *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Publications.
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002), A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Casciani, O., Primi, C. (a cura di) (2022), *Gambling Pathways Questionnaire (GPQ): manuale d'uso per il clinico*, Cuneo, Ed. Publiedit.
- Ciarrocchi, J.W. (2002), *Counseling problem gamblers: a self-regulation manual for individual and family therapy*, San Diego, Academic Press.
- Croce, M., Zerbetto, R. (2001), *Il gioco & l'azzardo: il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, Milano, FrancoAngeli.
- Custer, R.L. (1984), Profile of the pathological gambler. *The Journal of clinical psychiatry*, 45(12), 35-38.
- Dal Pra Ponticelli, M. (2016), Processo di cura. In A. Campanini (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale* (pp. 474-479), Roma, Carocci.
- Ferrario, P. (2016), Programmazione. In A. Campanini (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale* (492-495), Roma, Carocci.
- Folgheraiter, F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, Trento, Erickson.
- Goisman, R.M. (1985), The psychodynamics of prescribing in behavior therapy. *The American journal of psychiatry*, 142(6), 675-679. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.6.675>
- Grant, J.E., Kim, S.W. (2002), Clinical characteristics and associated psychopathology of 22 patients with kleptomania. *Comprehensive psychiatry*, 43(5), 378-384. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.34628>
- Grant, P.M., Huh, G.A., Perivoliotis, D., Stolar, N.M., Beck, A.T. (2012), Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 69(2), 121-127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>
- Honneth, A. (1992), *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*, Frankfurt, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1992; tr. it., *Lotta per il riconoscimento. Proposte per un'etica del conflitto*, Milano, Il Saggiatore, 2002.

- Kazantzis, N., Lampropoulos, G.K. (2002), Reflecting on homework in psychotherapy: what can we conclude from research and experience?. *Journal of clinical psychology*, 58(5), 577-585. <https://doi.org/10.1002/jclp.10034>
- Ladouceur, R., Walzer, M. (1996), *A Cognitive Perspective on Gambling*. In P. Salkovski (ed.), *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies* (pp. 89-120), Chichester, John Wiley and Sons.
- Mari, E. (2022). *Il disturbo da gioco d'azzardo: un confronto tra giocatori "puri" e con dipendenza da sostanze*. https://iris.uniroma1.it/retrieve/2afdb808-3f4d-468c-836c-d356504ceedc/Tesi_dottorato_Mari.pdf
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985), *Relapse prevention*. New York, Guilford Press.
- Petry, N.M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C., Steinberg, K. (2006), Cognitive-Behavioral Therapy for Pathological Gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 555-567.
- Prever, F., Bowden-Jones, H. (2021), *Donne e disturbo da gioco d'azzardo: Una prospettiva al femminile su trattamento e ricerca*, Milano, Edizioni dEste.
- Rizzi, A. (2016), Cura. In A. Campanini (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale* (17-19), Roma, Carocci Editore.
- Ronan, K.R., Kazantzis, N. (2006), The use of between-session (homework) activities in psychotherapy: Conclusions from the Journal of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 254-259. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.16.2.254>
- Ryum, T., Bennion, M., Kazantzis, N. (2024), Homework as a driver of change in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 80(4), 733-743. <https://doi.org/10.1002/jclp.23627>
- Ryum, T., Kazantzis, N. (2024), Elucidating the process-based emphasis in cognitive behavioral therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 1-13, <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100819>.
- Serpelloni, G., Rimondo, C. (2012). Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. *Italian Journal on Addiction*, 2, 7-44.
- Urbino, M. (2016), Dipendenze. In A. Campanini (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale* (202-206). Roma, Carocci.
- Zini, M.T., Miodini, S. (1999), *Il gruppo. Uno strumento di intervento sociale*. Roma Carocci.

Conclusioni

di Luca Di Censi

Il presente volume si chiude con una sintesi integrata e critica delle evidenze empiriche e delle riflessioni maturate nel corso del Progetto di Ateneo incentrato sul Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e sulle politiche, i servizi e le pratiche operative attivati nella regione Lazio per la sua prevenzione, cura e contenimento. Le conclusioni che seguono intendono offrire una lettura sistematica delle traiettorie evolutive del fenomeno, della sua collocazione nosografica, delle trasformazioni economiche e normative principali, nonché del funzionamento effettivo del sistema dei servizi deputati al contrasto del DGA a livello regionale, valorizzando il contributo dei diversi percorsi di indagine, illustrati nei capitoli precedenti.

1. Evoluzione e definizione del DGA

L'analisi storico-concettuale che attraversa il volume mostra chiaramente come la definizione del DGA sia il frutto di una progressiva ridefinizione nosografica e concettuale. Originariamente collocato fra i disturbi del controllo degli impulsi (DSM-III, DSM-IV), il problema ha visto una riformulazione critica con l'inclusione nel gruppo delle dipendenze comportamentali nel DSM-V (APA, 2013; tr. it., 2013), che ne ha messo in luce le numerose sovrapposizioni cliniche, neurobiologiche e comportamentali con le dipendenze da sostanze. Tale passaggio non è solo semantico: esso riflette l'accumulazione di evidenze che rendono comprensibile il DGA come un disturbo caratterizzato da *craving*, alterazione del sistema di ricompensa, perdita di controllo, fenomeni di tolleranza e di persistenza del comportamento, nonostante le conseguenze dannose.

Le evidenze cliniche e psicosociali raccolte nel volume confermano la natura multifattoriale del DGA: fattori individuali (impulsività, vulnerabi-

lità emotiva, tratti di personalità), fattori relazionali (dinamiche familiari e reti di sostegno) e fattori contestuali (disponibilità dell'offerta, pressione pubblicitaria, contesto socio-economico) si combinano per produrre esiti diversificati lungo un *continuum* che va dal gioco occasionale al gioco problematico fino al disturbo conclamato. Modelli come quello delle “*Pathways*” di Blaszczynski e Nower (2002) risultano particolarmente utili per orientare la diagnosi clinica del DGA e la personalizzazione degli interventi terapeutici, poiché sottolineano la necessità di inquadrare soggetti con profili psicopatologici, vulnerabilità emotive e condizionamenti comportamentali eterogenei in percorsi diagnostico-terapeutici specifici e mirati.

Dal punto di vista diagnostico, l'adozione di criteri strutturati ha favorito una maggiore omogeneità nella identificazione dei casi (ad es. i criteri del DSM-V: intensità del coinvolgimento, presenza di *chasing*, menzogne, compromissione delle aree di vita). Tuttavia, permane un'ampia variabilità nei modelli di intervento adottati dai diversi servizi e operatori, che è legata sia alla diversità degli strumenti diagnostici sia alla variabilità delle risorse disponibili sul territorio. Questa disomogeneità diventa un elemento rilevante se si considera che la percezione sociale del gambling – soggetto a una progressiva normalizzazione – e il suo grado di stigmatizzazione condizionano fortemente la domanda di cura, spesso tardiva e selettiva verso casi maggiormente gravi e impermeabile a un'ampia popolazione sommersa, che rimane in balia dei gravi condizionamenti del DGA, senza rivolgersi ai servizi.

2. L'evoluzione del gioco d'azzardo: dimensione economica e quadro normativo

Nel contesto più recente, il mercato italiano del gambling si configura come un settore contraddistinto da un'intensa mobilitazione finanziaria e da un'adozione tecnologica avanzata, evidenziando una ripresa rapida e significativa dal periodo pandemico. Nel 2022, la raccolta complessiva ha superato i 136 miliardi di euro, con un incremento del 54,3% rispetto al 2015, mentre la spesa effettiva dei giocatori ha superato i 20 miliardi e il gettito erariale ha raggiunto oltre 11,2 miliardi di euro, pari a circa lo 0,5% del PIL nazionale. Questa dinamica conferma la crescente rilevanza economica e fiscale del settore e pone questioni rilevanti riguardo all'equilibrio tra sviluppo economico e tutela sociale (cfr. Cap. 2).

L'analisi territoriale realizzata nella regione Lazio mostra una differenziazione significativa nell'impatto economico del gioco d'azzardo: se la provincia di Roma presenta il valore più basso di giocate rapportate al PIL pro capite (4,3%), province come Latina, Rieti e Frosinone registrano valori ben

più elevati, rispettivamente pari a 9,1%, 7,6% e 7,1%. Tale disparità riflette non solo le dinamiche economiche locali, ma anche la natura regressiva del consumo di gioco, con una maggiore incidenza tra le fasce meno abbienti, coerentemente con le tendenze nazionali.

Dal punto di vista tributario, la disparità strutturale nella tassazione tra canale fisico (soggetto al Prelievo Erariale Unico sulla raccolta) e canale digitale (imposta calcolata sul *Gross Gaming Revenue*) genera incentivi distorti, favorendo quel segmento digitale che beneficia di aliquote più vantaggiose e di costi operativi inferiori.

Sul piano dei costi sociali, la stima degli oneri annui relativi a trattamenti sanitari, perdita di produttività, e costi familiari e legali supera i 2,3 miliardi di euro (cfr. Cap. 2). Pur ammettendo possibili sottostime, tale dato suggerisce che il carico collettivo generato dal disturbo da gioco d'azzardo potrebbe avvicinarsi o addirittura eccedere i benefici fiscali netti derivanti dal settore.

Nel corso degli anni, si è assistito a un progressivo rafforzamento degli obblighi e dei vincoli normativi per i concessionari, inclusivi di misure preventive come auto-limitazioni, canali dedicati, monitoraggio individuale del rischio, rendicontazione annuale e formazione operatori, delineano un'architettura di tutela che, se supportata da dati approfonditi e verifiche indipendenti, può rappresentare un modello virtuoso di *safety-by-design* e garantire valutazioni d'impatto periodiche.

La legge di bilancio 2025 introduce una ristrutturazione di segno regressivo del quadro regolatorio: l'assimilazione indiscriminata delle diverse forme di dipendenza patologica, la soppressione delle risorse economiche e scientifiche precedentemente destinate in via specifica al contrasto del disturbo da gioco d'azzardo (DGA) e, soprattutto, la soppressione dell'*Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e del fenomeno della dipendenza grave*, con contestuale trasferimento dei relativi compiti di coordinamento all'Osservatorio Nazionale Permanente del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (comma 371), configurano un assetto che pone a rischio la continuità finanziaria dei servizi e verosimilmente riduce il presidio specialistico, accentuando criticità nella governance sanitaria verticale. Nel complesso, tale riforma manifesta una miopia istituzionale verso i progressi conseguiti grazie a precedenti interventi – tra cui il Decreto Balduzzi – e appare maggiormente orientata alla liberalizzazione dell'offerta e al consolidamento delle entrate erariali, più che alla valorizzazione e al rafforzamento delle esperienze efficaci di prevenzione e cura del DGA nel settore pubblico e nel privato sociale, accreditato e non (cfr. Cap. 3; Fiasco, 2024).

Conseguentemente, permane una tensione strutturale tra l'obiettivo erariale, ribadito anche a livello istituzionale nel 2025, e la necessità di tutelare la

salute pubblica. Questo conflitto – che si traduce in un’insidiosa ambivalenza nel ruolo dello Stato – richiede una coerenza inter-istituzionale rafforzata e un’allocazione chiara e mirata di risorse e responsabilità lungo tutta la filiera regolatoria, affinché sia possibile contemperare sostenibilità economica e protezione sociale in maniera equilibrata.

Queste riflessioni evidenziano come il comparto del gambling italiano rappresenti un caso emblematico di *policy complexity*, in cui le dinamiche economiche, sociali e normative si intrecciano in modo indissolubile, imponendo una visione sistemica e multidisciplinare per una regolazione efficace e responsabile che, piuttosto che inseguire logiche di profitto, dovrebbe semmai puntare a contrastare gli effetti perversi dell’evoluzione del mercato del gioco d’azzardo.

3. Una lettura integrata del sistema dei servizi dedicati al contrasto del DGA nella regione Lazio

L’insieme delle evidenze empiriche prodotte dalla web survey regionale (cfr. Cap. 6), dall’analisi di rete (cfr. Cap. 7) e dagli studi di caso (Capp. 8, 9, 10) consente di restituire una lettura unitaria e dinamica del sistema dei servizi dedicati al contrasto del DGA nella regione Lazio. Tale disegno di ricerca integrato (cfr. Cap. 5) – che combina strumenti di ricerca quantitativi e qualitativi – permette di superare una visione frammentata dell’offerta, offrendo una comprensione multilivello delle relazioni tra risorse, pratiche operative e processi di governance.

La web survey, condotta con il concorso dei referenti dei servizi pubblici, del Terzo settore accreditato e non, ha fornito un quadro empirico aggiornato della configurazione territoriale dell’offerta. I risultati indicano una rete articolata e plurale, nella quale coesistono Ser.D., ambulatori specialistici, cooperative sociali e organizzazioni di volontariato impegnate in attività di prevenzione, cura e reinserimento. Tale pluralità, se da un lato rappresenta un fattore di ricchezza in termini di accessibilità e capillarità, dall’altro costituisce un elemento di criticità per la mancanza di un sistema coordinato di governance e di standard condivisi nei protocolli di intervento. L’indagine mostra, inoltre, che le iniziative di prevenzione primaria, spesso realizzate in ambito scolastico o comunitario, soffrono di una persistente instabilità dovuta alla dipendenza da finanziamenti temporanei e alla carenza di risorse strutturali. Come evidenziato anche nella *Relazione sul fenomeno delle dipendenze nel Lazio* (Camposeragna *et al.*, a cura di, 2024), questa precarietà compromette la possibilità di consolidare buone pratiche e di garantire continuità alle azioni di promozione della salute.

Un ulteriore dato critico riguarda la difficoltà di emersione della domanda: la popolazione sommersa, costituita da giocatori patologici che non accedono ai servizi, rimane elevata, generando un afflusso tardivo e selettivo verso i presidi di cura. Tale fenomeno accentua la concentrazione dei casi più gravi nei servizi specialistici e riduce l'efficacia delle azioni di prevenzione secondaria. Al contempo, la carenza di risorse umane stabili e di percorsi specializzati rappresenta un ulteriore limite alla capacità di risposta complessiva del sistema.

L'analisi delle relazioni organizzative tra i diversi enti che si occupano del fenomeno, condotta mediante Social Network Analysis (SNA), integra e approfondisce questi risultati, restituendo una rappresentazione strutturale della rete regionale. I dati analizzati nel capitolo 7 mostrano una configurazione di tipo *core-periphery*, nella quale un numero limitato di nodi centrali – principalmente Ser.D. e cooperative accreditate con esperienza consolidata – concentra la maggior parte delle connessioni, mentre una periferia ampia di attori minori rimane scarsamente integrata. Questa struttura produce effetti ambivalenti: da un lato garantisce una certa stabilità operativa attorno ai centri più forti, dall'altro determina vulnerabilità sistemiche, poiché le relazioni tra i diversi settori (sanitario, sociale, educativo) risultano deboli o frammentarie.

L'assenza di un *hub* istituzionale stabile, in grado di aggregare dati, orientare la programmazione e favorire lo scambio di buone pratiche, appare come una delle principali criticità del sistema. La densità limitata dei legami intersettoriali impedisce la standardizzazione dei percorsi di presa in carico e ostacola la costruzione di modelli integrati di intervento, mentre la mancanza di interoperabilità dei sistemi informativi riduce la possibilità di monitorare gli esiti in modo comparabile e continuativo. Come sottolineano le stesse autrici del capitolo 7, la rete appare “viva ma fragile”, poiché fondata su operazioni informali e progettualità episodiche, più che su relazioni istituzionalizzate e sostenibili.

Gli studi di caso analizzati nel volume offrono un livello ulteriore di comprensione, evidenziando come le risorse e le relazioni identificate nella SNA si traducano concretamente in pratiche operative. La Cooperativa Parsec (cfr. Cap. 8) rappresenta un esempio di Terzo settore capace di integrare innovazione sociale e capacità gestionale: la combinazione di advocacy, sperimentazione progettuale e networking strategico ha consentito di attivare percorsi flessibili di prevenzione e accompagnamento terapeutico, incidendo anche sulla riduzione del sommerso. Tale esperienza mostra come le competenze relazionali e la leadership locale possano supplire, almeno parzialmente, alle carenze di coordinamento istituzionale.

La Cooperativa Magliana '80 (cfr. Cap. 9) incarna, invece, un modello di prossimità territoriale basato su una forte presenza di operatori nel tessuto

comunitario. Le unità di prossimità e i punti di ascolto diffusi, in collaborazione con farmacie, centri anziani e servizi comunali, hanno permesso di instaurare rapporti di fiducia e di abbattere le barriere d'accesso al trattamento. La flessibilità operativa e la co-progettazione con gli utenti si sono dimostrate strategie efficaci sia per l'ingaggio iniziale sia per il mantenimento nel percorso di cura e la continuità della presa in carico (aderenza e prosecuzione regolare degli interventi), soprattutto nei contesti di maggiore vulnerabilità sociale.

Il Presidio ASL Roma 1 (cfr. Cap. 10) rappresenta la prospettiva del servizio pubblico strutturato, dotato di competenze cliniche multidisciplinari e di percorsi diagnostico-terapeutici formalizzati ed efficaci. L'esperienza di questo presidio mette in luce le risorse che potrebbero essere messe in campo per conferire solidità al sistema sanitario nel garantire qualità clinica e continuità terapeutica, ma evidenzia al contempo limiti legati alla capacità di accoglienza e alla rigidità delle procedure, che rendono complesso l'adattamento ai bisogni emergenti.

La lettura comparativa dei tre casi evidenzia elementi trasversali di forza e criticità. Il radicamento territoriale, la prossimità relazionale e la costruzione di fiducia emergono come fattori determinanti di efficacia, in linea con quanto già osservato da Camposeragna *et al.* (a cura di, 2024) nel rilevare la correlazione tra accessibilità territoriale e tempestività dell'intervento. L'integrazione multidisciplinare costituisce un altro pilastro delle pratiche efficaci, ma la sua sostenibilità dipende da risorse stabili e da accordi di collaborazione istituzionalizzati, spesso assenti. Le competenze progettuali e la capacità di advocacy del Terzo settore si confermano cruciali per l'innovazione, ma restano condizionate da una precarietà finanziaria strutturale e dall'assenza di un sistema di valutazione omogeneo.

4. Criticità e direttrici di azione

Nel loro insieme, web survey, SNA e studi di caso delineano un sistema complesso, caratterizzato da un potenziale significativo ma ancora distante da una piena maturità organizzativa, dovuta a quella storica frammentazione di risorse che non ha permesso di costruire e strutturare un vero e proprio sistema di governance a livello regionale. Situazione che ad oggi si aggrava ulteriormente con la soppressione – ad opera della legge di bilancio 2025 – dell'*Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave*, già ampiamente dibattuta nel capitolo 3 e ripresa da altri capitoli successivi del volume. Quello che si evince in questa ricerca, che ha sondato il sistema dei servizi nella regione Lazio, è la molte-

PLICITÀ degli attori coinvolti nelle strategie di contrasto del DGA, che favorisce la sperimentazione e la prossimità, a cui fa da contraltare la mancanza di coordinamento strategico a livello regionale, a limitazione della scalabilità delle esperienze virtuose. I risultati suggeriscono che l'efficacia complessiva del sistema dipende dalla capacità di trasformare l'innovazione locale in apprendimento istituzionale, attraverso la costruzione di meccanismi di governance multilivello e la standardizzazione dei processi di valutazione.

Pur ostacolata dalle criticità sopra richiamate, l'analisi integrata individua tre direttrici prioritarie: rafforzamento delle connessioni intersettoriali; istituzione di un osservatorio regionale permanente per la raccolta e l'analisi dei dati; adozione di modelli scalabili – unità di prossimità, case management integrato, sistemi digitali di triage e monitoraggi –, quali leve per una rete efficiente e resiliente. In modo trasversale a tali direttrici, emerge la necessità che la presa in carico e la riabilitazione assumano un approccio realmente “a 360 gradi”, capace di intervenire non solo sul versante socio-sanitario, ma anche sulle ulteriori sfere impattate dal DGA (familiare-relazionale, lavorativa, abitativa, economico-finanziaria e legale). In questa prospettiva, l'intervento non può riguardare esclusivamente il giocatore: i “prossimi” (familiari e persone significative) devono essere considerati non soltanto risorse/caregiver nel percorso dell'utente, ma soggetti che, subendo a loro volta un drastico calo di qualità della vita, salute e benessere, necessitano di percorsi dedicati di presa in carico clinica e di supporto socio-economico-legale, competenti, *evidence-based* e centrati sui loro bisogni, anche indipendentemente dall'andamento del trattamento del giocatore. Tale impostazione offre una cornice interpretativa idonea a orientare, nel medio periodo, politiche pubbliche coerenti e basate sull'evidenza, capaci di bilanciare le dimensioni sanitaria, sociale e comunitaria del DGA.

5. Raccomandazioni operative e di policy

Il DGA costituisce una dipendenza ad alta complessità, con rilevanti impatti sanitari, sociali ed economici. I progressi conseguiti con il Decreto Balduzzi (2012) e l'inclusione nei LEA (2017) avevano consolidato un impianto di governance pubblica e strumenti stabili di intervento. La legge di bilancio 2025 introduce, però, un riassetto istituzionale e una discontinuità degli strumenti consolidati, cui si aggiunge il rischio di dipendenza fiscale dal gettito del gioco, con possibili effetti di indebolimento su prevenzione, cura e contrasto del DGA a livello sanitario e territoriale. Tali impatti si estendono, inoltre, in modo significativo ai “prossimi” (familiari e persone significative), frequentemente esposti a peggioramenti della salute e del benessere, a vulne-

rabilità socio-economiche e a conseguenze legali connesse alle ricadute del disturbo. Ne discende l'urgenza di definire raccomandazioni operative e di policy per preservare i risultati raggiunti, tutelare i gruppi più vulnerabili e riaffermare la centralità del diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost.

Le proposte che seguono, recependo gli snodi economici e normativi del 2024-2025, le evidenze empiriche regionali e le criticità organizzative emerse nel corso della ricerca, mirano ad allineare sostenibilità istituzionale, equità distributiva e tutela della salute in un quadro *evidence-informed*:

- *Assicurare continuità e stabilità del sistema di tutela*, mediante il mantenimento di un fondo ministeriale dedicato e strutturale, vincolato alla programmazione regionale, prevenendo interruzioni o vuoti normativi che possano bloccare finanziamenti e servizi territoriali; affiancare una valutazione periodica indipendente, affidata a enti terzi, formalmente incardinati nella governance regionale o nel nuovo osservatorio nazionale, così da coniugare stabilità istituzionale e autonomia metodologica e scientifica.
- *Rafforzare la governance sanitaria*, ripristinando o ricostruendo un organismo tecnico di supporto al Ministero della Salute e alle Regioni (sul modello dell'*Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e del fenomeno della dipendenza grave*), con funzioni consultive e di indirizzo, garantendo una governance realmente socio-sanitaria e prevenendo lo spostamento di competenze verso enti privi di adeguata capacità amministrativa e finanziaria.
- *Ridefinire il ruolo pubblico nel settore*, separando in modo esplicito le funzioni regolatorie da quelle fiscali, al fine di porre al centro la tutela della salute pubblica e del benessere collettivo (e non la massimizzazione del gettito), ristabilendo coerenza istituzionale e fiducia tra cittadini e istituzioni.
- *Ridurre la dipendenza fiscale dello Stato dalle entrate generate dal gioco d'azzardo*, riallineando la struttura tributaria verso basi imponibili non fondate su consumi nocivi; contestualmente, *istituire valutazioni sistematiche dei costi sociali del gettito da gioco* (comprehensive delle esternalità negative, quali violenza domestica, incidentalità, impoverimento e ampliamento delle disuguaglianze), da utilizzare come vincolo informato nella programmazione finanziaria e nell'elaborazione delle politiche regolatorie.
- *Promuovere una riforma fiscale selettiva e compensativa*, introducendo aliquote differenziate per i giochi a maggiore rischio di dipendenza e vincolando i maggiori introiti al finanziamento di interventi di prevenzione, cura e reinserimento sociale; tale impostazione attiverebbe un meccanismo di fiscalità compensativa, volto a internalizzare i costi sociali del DGA.

- *Regolare l'offerta di gioco*, applicando il principio di “non nocività” (art. 32 Cost.). In particolare, occorrerebbe autorizzare solo giochi privi di rischi comprovati per la salute e introdurre misure preventive, quali: riduzione della frequenza delle giocate (ad es. portare l'intervallo minimo tra due giocate da 6s a 30s per slot e VLT), fasce orarie di sospensione obbligatorie, limitazioni territoriali (distanze minime da scuole e luoghi sensibili) e restrizioni per l'accesso online e via smartphone, più pervasivo e rischioso soprattutto per fasce altamente vulnerabili, inclusi i minori.
- *Implementare strumenti di “nudge” e architetture decisionali responsabili nelle interfacce di gioco*, orientati a promuovere scelte consapevoli, in modo non coercitivo, tramite messaggi informativi, meccanismi di auto-limitazione e scelte grafiche; l'obiettivo è prevenire dinamiche impulsive o compulsive e rafforzare la capacità di autoregolazione del giocatore (Thaler e Sunstein, 2008; Gainsbury *et al.*, 2018; Auer e Griffiths, 2016).
- *Potenziare servizi e professionalità*, rafforzando Ser.D. e servizi territoriali, con incremento di operatori formati sul DGA; aumentare le figure di psicoterapeuti, in particolare dedicati alla terapia familiare e di gruppo; integrare competenze giuridico-economiche per supportare pazienti e famiglie nella gestione dei debiti e dei danni finanziari; stabilizzare il personale impegnato in prevenzione e cura, riducendo gli effetti del turn-over. Inoltre, occorrerebbe strutturare percorsi di presa in carico e riabilitazione “a 360 gradi” (anche tramite case management integrato), includendo valutazioni e interventi sulle dimensioni relazionali, lavorative, abitative, economico-finanziarie e legali, in un'ottica di continuità assistenziale e di esiti misurabili.
- *Istituire e rendere esigibili percorsi dedicati per i “prossimi”* (familiari e persone significative), riconoscendoli come utenti a pieno titolo oltre che potenziali caregiver: prevedere presa in carico clinica (supporto psicologico/psicoterapeutico, gestione dello stress e dei traumi correlati), interventi socio-economici (orientamento e accesso a misure di sostegno) e supporto legale competente (gestione debiti, tutele e contenziosi), centrati sui bisogni propri dei prossimi e attivabili anche indipendentemente dal trattamento del giocatore.
- *Promuovere l'accesso ai servizi e l'emersione della domanda di cura*, attraverso campagne di informazione e sensibilizzazione volte a ridurre lo stigma associato al DGA; *introdurre strategie per evitare che la domanda rimanga sommersa*, includendo la formazione specifica di figure come i medici di base, al fine di favorire diagnosi precoce e orientamento immediato verso i servizi. Tali azioni dovrebbero includere in modo esplicito anche i prossimi, facilitando canali di accesso autonomi per familiari

e persone significative e promuovendo una cultura di tutela della salute familiare oltre che individuale.

- *Migliorare la raccolta, l'integrazione e la trasparenza dei dati*, rendendo effettiva la trasmissione dei dati da parte dei Monopoli e dei concessionari; *sviluppare un sistema di epidemiologia puntuale* per individuare cluster di rischio, soglie di allerta e dinamiche territoriali; integrare dati sanitari, fiscali e sociali per una valutazione complessiva dell'impatto del gioco d'azzardo.
- *Valorizzare il ruolo di Regioni e Comuni*, integrando il contrasto al DGA nei piani sociali di zona (legge 328/2000) e rafforzando il modello di rete socio-sanitaria; *dotare i Comuni di strumenti operativi* per regolare orari e distanze, per coordinare i controlli amministrativi e per formare la polizia locale; *riconoscere gli enti locali come attori chiave* nell'individuazione dei bisogni sociali e nella prevenzione delle ricadute del gioco su famiglie e minori.
- *Rafforzare il lavoro di rete tra servizi pubblici e Terzo settore* per assicurare integrazione e coordinamento tra interventi di prevenzione, cura, supporto socio-economico e reinserimento delle persone con DGA, riducendo frammentazione e discontinuità dei percorsi. In tale rete, *formalizzare anche presidi e protocolli operativi per l'invio e la presa in carico dei prossimi*, garantendo standard minimi di intervento e continuità di supporto.

Nel contesto della regione Lazio, tali raccomandazioni assumono particolare rilievo alla luce della rete già esistente di servizi socio-sanitari e delle esperienze maturate nei Piani regionali di contrasto al DGA: la loro piena attuazione consentirebbe di consolidare un modello integrato ed *evidence-based*, capace di coniugare prossimità territoriale, innovazione organizzativa e tutela effettiva del diritto alla salute. Un esito atteso è l'evoluzione del sistema verso un modello *family-centred* e multidimensionale, in cui la tutela della salute riguardi con pari dignità il giocatore e i suoi prossimi, prevenendo cronicizzazioni, ricadute e impoverimenti dell'intero nucleo familiare.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, APA; tr. it., *DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina, 2013.
- Auer, M.M., Griffiths, M.D. (2016), Personalized behavioral feedback for online gamblers: A real world empirical study. *Frontiers in Psychology*, 7, article 1875. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01875. PMID: 27965611; PMCID: PMC5124696.

- Camposeragna, A., Mataloni, F., Pasqualini, F., Orlando, L., Rosa, A.C., Davoli, M. (2024), a cura di, *Relazione sul fenomeno delle dipendenze nel Lazio*, Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio.
- Fiasco, M. (2024), Gioco d'azzardo, nuove e rischiose scelte dopo la legge di bilancio. Verso la cooptazione di tutte le dipendenze patologiche. *ALEA Bulletin*, 1(1), 11-15.
- Gainsbury, S.M., Tobias-Webb, J., Slonim, R. (2018), Behavioral economics and gambling: A new paradigm for approaching harm-minimization. *Gaming Law Review*, 22(10), 608-617.
- Thaler, R.H., Sunstein, C.R. (2009), *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*, Penguin, New York.

Gli autori

Carlotta Antonelli, PhD, è assistente sociale iscritta all'Albo A del Lazio, numero iscrizione 2085. Attualmente è assegnista di ricerca presso CNR-IRPSS, in relazione al progetto di ricerca "Healthy-w8", che studia, attraverso un approccio misto, le pratiche partecipative dei giovani. Tra i suoi interessi privilegiati di ricerca figura lo studio di disabilità, barriere e facilitatori.

E-mail: carlotta.antonelli@uniroma1.it

Valentina Brattelli, esperta tematica e consulente in ricerca sociale applicata, specializzata nella gestione, progettazione e valutazione di programmi complessi per l'inclusione di persone in condizioni di vulnerabilità.

E-mail: brattellivalentina@gmail.com

Carmelo Bruni, PhD, è professore associato presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche di Sapienza Università di Roma, dove insegna Politiche Sociali, Sociologia della Povertà e delle Diseguaglianze e Progettazione dei Servizi Sociali. È Presidente del Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Progettazione, Gestione e Valutazione dei Servizi Sociali (ProSS), di Sapienza Università di Roma.

E-mail: carmelo.bruni@uniroma1.it

Mauro Carta, psicologo, psicoterapeuta, socio della Parsec Coop. Soc. coordina progetti di prevenzione e di promozione della salute nell'ambito delle dipendenze e dei comportamenti a rischio. Docente presso la scuola di formazione in psicoterapia psicoanalitica "Lo Spazio Psicoanalitico".

E-mail: m.carta@cooperativaparsec.it

Onofrio Casciani, psicologo e psicoterapeuta libero professionista, già referente ambulatorio DGA ASL Roma 1 – Già referente scientifico Piani DGA Regione Lazio.

E-mail: on.casciani@gmail.com

Ornella De Luca, Dirigente psicologa e Referente dell'Ambulatorio Disturbo da Gioco d'Azzardo presso ASL Roma 1.

E-mail: ornelladlc@gmail.com

Fiorenza Deriu, PhD, è professoressa associata di Sociologia generale presso il Dipartimento di Scienze statistiche della Sapienza Università di Roma, dove insegna Sociologia generale, Social Network Analysis e conduce un Laboratorio di Ricerca sociale. Dirige il Master di II livello Big Data. Metodi statistici per la Società della conoscenza.

E-mail: fiorenza.deriuniroma1.it

Luca Di Censi, PhD, è Scientific Advisor presso Human Foundation – Do & Think tank per l'innovazione sociale e collabora con le attività didattiche e di ricerca del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale della Sapienza Università di Roma. Ha partecipato a numerose ricerche e commissioni in ambito nazionale e a livello europeo. Ha collaborato con istituzioni universitarie, PA ed Enti del Terzo settore.

E-mail: luca.dicensi@uniroma1.it

Maurizio Fiasco, sociologo, Presidente dell'Associazione scientifica Alea, esperto delle Fondazioni Antiusura e consulente, dal 1991, presso diverse commissioni parlamentari (fra cui l'Antimafia). Dal 1995 è docente di materie socioeconomiche per le forze di polizia. Ha fatto parte dell'Osservatorio sul DGA del Ministero della Salute (2016-2024). Motu proprio, il Presidente Mattarella lo ha insignito del titolo di Ufficiale dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

E-mail: maurizio.fiasco@gmail.com

Raffaella Gallo, PhD, è ricercatrice presso il Dipartimento di Scienze Statistiche della Sapienza Università di Roma, dove insegna Metodologia e tecnica della ricerca sociale e tiene diversi laboratori, tra cui uno dedicato alla Network Analysis con Gephi.

E-mail: raffaella.gallo@uniroma1.it

Federico Gorgone, psicologo iscritto all'Albo, è attualmente iscritto al Master interuniversitario di II livello in Metodologia e Tecniche Avanzate di Ricerca Sociale.

E-mail: federicogorgone95@gmail.com

Paola Marsocci, PhD, è professoressa ordinaria di Diritto costituzionale (2019), presso il Dipartimento di Comunicazione e ricerca sociale, di Sapienza Università di Roma, dove insegna Diritto costituzionale italiano e Istituzioni dell'Ue e Diritto della comunicazione pubblica e sostenibilità. Dal 2015 è membro della Associazione italiana dei costituzionalisti (AIC).

E-mail: paola.marsocci@uniroma1.it

Guglielmo Masci, psicologo e psicoanalista, fondatore e responsabile della Cooperativa Magliana '80, con una lunga esperienza nella progettazione e direzione di servizi pubblici e privati per il trattamento delle dipendenze patologiche; è stato dirigente e presidente di cooperative sociali, direttore per oltre dieci anni dell'Agenzia Comunale per le Dipendenze del Comune di Roma e promotore di programmi internazionali di cooperazione sui sistemi di cura in collaborazione con istituzioni nazionali ed europee. Insegna Psicologia generale presso la Facoltà di Medicina dell'Ateneo Tor Vergata di Roma.

E-mail: guglielmomasci@gmail.com

Maria Costanza Massotti, dottoranda di ricerca presso la LUMSA in Innovazione, Sviluppo e Benessere per l'Individuo e le Organizzazioni e assistente sociale specialista iscritta all'Ordine del Lazio.

E-mail: m.massotti.dottorati@lumsa.it

Sergio Mauceri, PhD, è professore ordinario di Sociologia generale presso il Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale della Sapienza Università di Roma, dove insegna Metodologia della ricerca sociale e Strategie di ricerca per le organizzazioni innovative e dirige il Master interuniversitario di II livello in Metodologia e Tecniche Avanzate di Ricerca Sociale (MeTARS). Ha pubblicato numerosi contributi e articoli in riviste nazionali e internazionali su temi metodologici e sociologici.

E-mail: sergio.mauceri@uniroma1.it

Riccardo Tilli, PhD, è professore associato di Economia politica presso il Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale della Sapienza Università di Roma. È attualmente membro del comitato scientifico dell'Eurispes (Istituto di Studi Politici Economici e Sociali).

E-mail: riccardo.tilli@uniroma1.it

Questo LIBRO



ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:

www.francoangeli.it/opinione



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Il volume presenta e discute i risultati di un articolato progetto di ricerca, che ha analizzato – attraverso l'adozione congiunta di diverse prospettive e linee di ricerca – il sistema dei servizi dedicati alla prevenzione e alla cura del *Gambling Disorder* (disturbo da gioco d'azzardo) nella regione Lazio. Attraverso la conduzione di una web survey, che ha coinvolto i responsabili dei servizi, di un'analisi della rete di organismi che operano a diversi livelli (*social network analysis*) e di studi di caso incentrati su enti che rivestono un ruolo strategico, si intende restituire una conoscenza completa e aggiornata del sistema regionale di servizi impegnati nel contrasto del disturbo, evidenziandone i punti di forza e di debolezza, nonché le sfide e le opportunità future. L'analisi è arricchita da specifici approfondimenti tematici, tesi a riportare le azioni messe in atto da enti pubblici e del Terzo settore ai tratti e ai bisogni distintivi della popolazione che soffre di *Gambling Disorder*, al mercato del gioco d'azzardo, alle risorse e ai vincoli normativi (a livello nazionale e regionale).

L'analisi condotta rappresenta una risorsa preziosa per studiosi, operatori di settore e policy makers impegnati nel contrasto a un disturbo che coinvolge una quota crescente di persone, richiamando i decisori pubblici a impegnarsi attivamente nella tutela della salute collettiva, senza cadere nella tentazione di privilegiare logiche di profitto legate alle cospicue entrate erariali connesse al gioco d'azzardo.

Con contributi di: Carlotta Antonelli, Valentina Brattelli, Carmelo Bruni, Mauro Carta, Onofrio Casciani, Ornella De Luca, Fiorenza Deriu, Luca Di Censi, Maurizio Fiasco, Raffaella Gallo, Federico Gorgone, Paola Marsocci, Guglielmo Masci, Maria Costanza Mas-sotti, Sergio Mauceri, Riccardo Tilli.

Sergio Mauceri, PhD, è professore ordinario di Sociologia generale presso il Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale della Sapienza Università di Roma, dove insegna Metodologia della ricerca sociale e Strategie di ricerca per le organizzazioni innovative e dirige il Master interuniversitario di II livello in Metodologia e Tecniche Avanzate di Ricerca Sociale (MeTARS).

Luca Di Censi, PhD, è Scientific Advisor presso Human Foundation Do & Think tank per l'innovazione sociale e collabora con le attività didattiche e di ricerca del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale della Sapienza Università di Roma. Ha partecipato a numerose ricerche in ambito nazionale e a livello europeo.

Nella stessa collana e in relazione allo stesso progetto di ricerca, i due curatori hanno pubblicato il volume *Il lato oscuro del gioco. Un'indagine sui rischi associati a gambling, gaming e altre pratiche ludiche in età adolescenziale*.