

Intorno al gioco. Per una lettura situata dei contesti e degli stili di vita come pratica di prevenzione del DGA

Giulia Mascagni, Marco Becattini

Abstract: This contribution offers a framework for the gambling phenomenon, highlighting the circular relationship between individual, territory, resources and lifestyles. From a medical and sociological dual perspective, the analysis aims to provide new tools for reading the well-being/illness' dynamics that can be delineated at a local level: in order to identify the high-risk contexts and behaviors; and to better intercept and interpret individual and collective requests and needs. The paper concludes by indicating some key advice and recommendations – applicable both at a policy level and at a social and healthcare operational level – with the aim of outlining increasingly structured, long-lasting and interdisciplinary methods of prevention and treatment of gaming.

Keywords: Gambling, Prevention, Health inequalities, Lifestyle, Vulnerability

Sommario: 1. Introduzione 69; 2. Dietro le carriere di gioco: una lettura processuale del fenomeno 70; 3. Territori e persone, mappe e profili: fenomeno DGA e interventi nell'esperienza della ASL Toscana Sud Est 74; 4. Conclusioni e spunti per *policies* di contrasto alla dipendenza da gioco 78; Riferimenti bibliografici 79

1. Introduzione

Questo contributo nasce dall'incontro e dalla collaborazione di due ambiti disciplinari distinti e talvolta distanti: quello della medicina, volta ad occuparsi soprattutto nella sua specializzazione psichiatrica, del gioco d'azzardo quale disturbo da diagnosticare e trattare ma anche da comprendere e prevenire; quello della sociologia che qui si fa *sociologia nella medicina* (Abbatecola e Melocchi 1977) per cogliere e valorizzare gli ambiti più propriamente sociali nelle carriere di gioco¹.

Questo contributo è frutto di una riflessione comune; tuttavia, l'*Introduzione* e il paragrafo 2 sono da attribuire a Giulia Mascagni, il paragrafo 3 a Marco Becattini, le *Conclusioni* a entrambi gli autori.

¹ Autori ormai classici come Gregory Bateson, Norbert Elias e Erving Goffman hanno posto come imprescindibili nell'analisi sociologica dei fenomeni di salute e di cura i concetti di interdipendenza, processualità, contesto, e li hanno resi più accessibili per le stesse scienze mediche (Ingrosso e Mascagni 2015).

Giulia Mascagni, University of Siena, Italy, giuliamg.mascagni@unisi.it, 0000-0003-1110-9215

Marco Becattini, Asl Toscana Sud Est, Italy, marco.becattini@uslsudest.toscana.it

Referee List (DOI 10.36253/fup_referee_list)

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

Giulia Mascagni, Marco Becattini, *Intorno al gioco. Per una lettura situata dei contesti e degli stili di vita come pratica di prevenzione del DGA*, © Author(s), CC BY-SA 4.0, DOI 10.36253/979-12-215-0444-6.07, in Mario Perini (edited by), *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*, pp. 69-81, 2024, published by Firenze University Press and USiena PRESS, ISBN 979-12-215-0444-6, DOI 10.36253/979-12-215-0444-6

Se l'obiettivo comune di lungo periodo si conferma quello di contribuire – sia a livello di *policy* sia a livello operativo di intervento sociale e sanitario – ad individuare con sempre maggior chiarezza le cause socioculturali che favoriscono i Disturbi da Gioco d'Azzardo (DGA)² e a costruire modalità strutturate, durature e interdisciplinari di rimozione/contrasto, in questa sede si vuole intanto riproporre in una versione estesa e aggiornata l'intervento a due voci presentato il 1° dicembre 2023 nella quarta e ultima sessione di lavori del convegno *Il gioco d'azzardo. Una prospettiva multidisciplinare*, così da offrire un inquadramento delle più frequenti dinamiche di esposizione ai rischi del gioco patologico e dei percorsi di prevenzione e cura disponibili.

Pur in un ambito di prospettive condivise e lavoro congiunto, le pagine che seguono sono organizzate in due parti distinte: la prima di ricognizione delle dinamiche di diseguale esposizione ai rischi del gioco e alla transizione da attività di tipo ludico a dipendenza comportamentale dagli esiti patologici; la seconda di restituzione e analisi delle specificità locali dell'infrastruttura sociosanitaria in termini di attività di diagnosi precoce, cura e riabilitazione ma nondimeno di prevenzione e contrasto al Disturbo da Gioco d'Azzardo.

2. Dietro le carriere di gioco: una lettura processuale del fenomeno

Il nostro punto di partenza può essere rappresentato dal porsi la domanda se scommettere e giocare d'azzardo siano attività di consumo o espressione di patologia. O, più estesamente, quale consumo di massa contemporaneo possa essere ricompreso nella dimensione della patologia e perché.

Nel rispondere va innanzitutto riconosciuta la difficoltà di individuare in modo univoco le circostanze in cui le espressioni fisiologiche e psicologiche si trasformano in affezioni (Bury and Gabe 2004): i concetti di malattia e di salute risultano legati a epoche storiche e contesti sociali, si riempiono di contenuti di volta in volta diversi, risentono dei mutamenti sociali e culturali e delle diverse configurazioni di potere (Dal Lago e Quadrelli 2003). Non fa eccezione il gioco d'azzardo: che in ampia parte delle società contemporanee è comportamento tollerato e consumo liberalizzato. Eppure, nella sua modalità di comportamento di gioco più persistente, ricorrente e non controllabile questa *hidden disease* priva di mar-

² Come segnalato da Maria Cristina Torchia sul portale dell'Accademia della Crusca (<http://www.accademiadellacrusca.it/> consultato il 30 aprile 2024), nel 2013 era il termine *gioco d'azzardo patologico* o G.A.P. a comparire nei testi specialistici di ambito medico-psichiatrico e psicologico e a trovare posto come termine tecnico, specifico e raccomandato nelle classificazioni scientifiche (tra tutte, anche nella versione italiana della *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM a cura dell'American Psychiatric Association), su mass media e in documenti politici e governativi si andava diffondendo la parola *ludopatia*, ambigua e potenzialmente fuorviante in quanto utilizzata non come «iperonimo, col valore generico di malattia legata al gioco», ma come sinonimo e sostitutivo del tecnicismo appropriato. Più recentemente, è la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità – in accordo con il DSM-V aggiornato nel 2022 – a ricorrere e proporre l'uso di *Gambling Disorder* generalmente tradotto come Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

catori standard (Gee, Johnson and Leonhard 2024) viene riconosciuta quale vera e propria *addiction* con effetti del tutto simili a quelli di una dipendenza da sostanze (Evangelista 2023) e identificata come Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

Come secondo elemento, va poi richiamata la problematicità nell'individuare e connotare le dinamiche in virtù delle quali alcune persone risultano più esposte al fascino del gioco e al rischio di sviluppare dipendenza. In modo analogo a quanto riportato per altri disturbi comportamentali, l'eziologia del gioco d'azzardo patologico è dovuta a set di fattori di rischio biologici, psicologici e sociali variamente combinati per ciascuna singola persona, con 'soglie di innesco' non standard, e una forte connessione alle vulnerabilità individuali ma non meno a quelle di gruppo (Fong 2005).

Se la sociologia non può accontentarsi delle dicotomie nell'affrontare l'analisi di fenomeni complessi, le attribuzioni di etichette quali giocatori sociali, ricreativi, problematici o compulsivi risultano esercizi di targhettizzazione 'forzata', poco aderente a quanto descritto ed esito di un'indagine parziale e fuorviante (Karvonen, Kestilä and Mäki-Opas 2018).

Riprendendo la proposta interpretativa presentata da Dal Lago e Quadrelli ormai più di 20 anni fa, si ha conferma di come non esista una realtà sociale del gioco d'azzardo, ma esistano modi diversi e non necessariamente connessi di praticare il gioco. Similmente non esisterebbe il tipo universale di giocatore compulsivo ma diversi tipi di attore sociale orientati ad attribuire alla pratica del gioco una rilevanza diversa. «In altri termini non esistono tipologie specifiche di giocatori mentre esistono tipologie delle situazioni di gioco» (Dal Lago e Quadrelli 2003, 100). Integrando quanto sopra con ulteriori riscontri dalla più recente letteratura di settore (Sulkunen et al. 2019; Pedroni e Scavarda 2023), si delinea l'indicazione di spostare l'attenzione dalla persona al contesto e integrare la diagnosi di patologia individuale con l'analisi multifattoriale propria di un fenomeno collettivo, al fine di ampliare l'arco temporale dell'osservazione e considerare sia gli effetti negativi di tipo economico, relazionale, lavorativo e di salute agiti dal gioco problematico sul singolo, sul suo ambito familiare e sui servizi socio-sanitari, sia le dotazioni di risorse individuali e di gruppo, le configurazioni di vita (e di gioco), le dinamiche di disuguaglianza in atto prima dell'irrompere del Disturbo da Gioco d'Azzardo conclamato.

Le disuguaglianze sociali creano distanze e barriere: potenziate da fenomeni tipicamente post-industriali come la precarizzazione e l'insicurezza economica si stratificano lungo il corso di vita rendendo le persone più vulnerabili e più isolate tra lavoro povero e non lavoro, insicurezza abitativa e cure sanitarie intermittenti, legami familiari non supportivi e reti sociali rarefatte e sfilacciate. I dati e la letteratura hanno evidenziato come le difficoltà connesse al gioco rappresentino un grave problema per le fasce deboli della popolazione, aumentando gli effetti delle disuguaglianze sociali. La moltiplicazione delle opportunità di gioco nei contesti di maggiore fragilità sociale e la propensione di molte di esse a facilitare la dipendenza confermano l'impatto di tale fenomeno sulla popolazione più vulnerabile (Diecidue e Costa 2018; Evangelista 2023; Olivadoti et al. 2024).

Emerge così un nuovo interrogativo: quello del perché alcune persone risultino più esposte al fascino del gioco e al rischio di dipendenza.

Un passo avanti ci aiuta a compierlo Gregory Bateson (1972) che invita a considerare ciascun singolo individuo in movimento in una quotidianità composta da più sfere. La vita è costituita da molteplici sistemi interconnessi: individuo e corpo, relazioni interpersonali e contesti, società e ambiente. Ed è in questa cornice epistemologica che salute, malattia e guarigione devono essere collocate. Se dunque adottiamo la proposta ecologica batesoniana e la riadattiamo al contesto del Disturbo da Gioco d'Azzardo, potrà essere colta la corrispondenza tra malattia e gioco, tra salute e protezione data dalle risorse individuali e dal contesto, tra guarigione e *recovery* come percorso di presa in carico e recupero.

Nello scenario specifico del gioco d'azzardo, le principali sfere chiamate ad interagire tutelando le condizioni di benessere psicofisico, supportando eventuali capacità di ripresa, promuovendo maggiori opportunità di accesso a sostegni specializzati e aderenza alle cure proposte, sono cinque: oltre a quelle già richiamate della salute e delle risorse, troviamo le sfere degli stili di vita individuali, degli stili di vita collettivi e del territorio.



Figura 1 – Sfere in gioco.

La sfera delle 'risorse' si compone di capitali e mezzi materiali e immateriali – la ricchezza economica, ma anche il capitale culturale e il capitale sociale³ – che combinandosi tra loro, incidono sulle opportunità e sulle storie di vita e di salute contribuendo a definire gli stili di vita individualmente attuati, la sensibilità ai temi del benessere, le pratiche di cura di sé.

La necessità di riposizionare l'attore sociale all'interno del suo contesto di vita e di relazione – come sopra richiamato – suggerisce di guardare alla dimensione

³ Al capitale sociale va riconosciuta la valenza di risorsa duplice, i cui effetti sulla salute non sono sempre positivi (Portes 1998; Villalonga-Olives and Kawacki 2017): l'esposizione a pressioni da parte del gruppo di riferimento riguardo a condotte da seguire, anche se confliggenti rispetto alle indicazioni collettive, il così detto *behavioral contagion*, il grado di connessione sociale combinato con le caratteristiche individuali rappresentano tutti potenziali *downsides* in termini di benessere individuale e di esiti degli eventuali interventi di promozione della salute.

collettiva e individuale in modo congiunto, monitorando con attenzione anche gli stili di vita collettivi quali indicatori significativi delle dinamiche intercorrenti tra struttura sociale, pratiche sociali e agire sociale (Frolich, Potvin and Corin 2001).

È infatti proprio nel 'fare comunità' che risulta possibile capitalizzare le esperienze e le risorse individuali condividendole, proteggersi dai fattori di rischio per la salute, scambiarsi conoscenza informale potenziandola reciprocamente, ricomporre (almeno in parte) le eventuali rotture biografiche causate dalle patologie e dalle dipendenze.

Questo ampliamento di prospettiva e l'attenzione alla processualità permettono di leggere la condotta di vita individuale basata sulla scelta (*agency*) e le relative strategie di autotutela della salute alla luce delle concrete opportunità, degli stimoli e delle pressioni provenienti dal territorio quale contesto di vita e da ciò che esso esprime (Abel and Frohlich 2012).

Ulteriori elementi entrano nella dinamica di mutua influenza tra sfere: quello dei 'determinanti sociali della salute' distali e intermediali e quello di più recente definizione dei 'determinanti commerciali della salute'.

I primi, intesi come i contesti sociali e ambientali che determinano le opportunità di vita, la salute e il benessere (Wilkinson and Marmot 2003; Mascagni 2015; Sarti e Terraneo 2023) si riferiscono al modo in cui i fattori socioeconomici, come l'istruzione, la ricchezza, l'*ageing* influiscono sulle opportunità di vita. Anche le politiche pubbliche, le azioni legislative, le tendenze macroeconomiche e i fattori ambientali modellano questi contesti.

I secondi vanno a indicare le azioni del settore di produzione che hanno un impatto negativo sulla salute: dalla produzione di beni insalubri alle strategie di vendita, dalle pressioni agite sui decisori politici ai sistemi distributivi in cui sono integrati (Kickbusch 2012; Reith and Wardle 2022).

Con riferimento specifico al gioco d'azzardo, sono stati documentati gli effetti più pervasivi dell'*addiction* in copresenza di determinanti sociali più svantaggiati, come bassi livelli di reddito e di istruzione, alloggi inadeguati, emarginazione ed esclusione sociale. Accanto ai determinanti sociali della salute, emerge sempre più chiaramente per ricorrenza e pervasività il ruolo delle pratiche commerciali dell'industria del gioco d'azzardo (Schüll 2012; Reith and Wardle 2022): *marketing*, progettazione del prodotto, pressioni sulla ricerca e attività di *lobbying* sulla politica per evitare eventuali misure restrittive e scongiurare riforme non compiacenti sono i principali strumenti che l'industria del gioco attua per mantenersi in crescita.

Nell'ambito dei servizi di cura, prevenzione e riabilitazione offerti dal Sistema Sanitario Nazionale, sarà tema specifico della sezione seguente restituire un'analisi puntuale di come i Servizi per le Dipendenze (SerD) riescano a operare una azione di contrasto rispetto a quanto appena illustrato e a strutturare interventi efficaci per le persone con un problema di dipendenza da comportamento come il DGA. A conclusione di questa prima parte è invece utile richiamare il quadro di riferimento per l'intervento del SerD e la visione di *policy* che in modo via via più incisivo sta guidando gli interventi in particolare di tipo sociosanitario.

L'occasione stessa del convegno *Il gioco d'azzardo. Una prospettiva multidisciplinare*, e prima ancora il *Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo* attivo

dal 2018 della Regione Toscana da subito orientato ad una visione olistica di benessere della persona e gestito con gli strumenti della coprogrammazione e coprogettazione, e infine la collaborazione degli stessi autori in attività di ricerca sul territorio e di analisi degli interventi esistenti per la prevenzione suggeriscono una rilettura del problema del gioco d'azzardo in una prospettiva attenta alla *Health in All Policies*⁴, dunque a porre una maggiore attenzione al tema delle distanze e a riconoscere nella puntuale mappatura delle risorse dislocate sul territorio una strategia preziosa per riuscire a leggere i punti di debolezza nell'intervento ma anche un elemento chiave del tentativo di volgerli in potenziali punti di revisione e rilancio *in primis* per garantire equi accessi alle cure.

Abbiamo visto cosa si pone 'dietro' alla traiettoria del giocatore. Spostiamo lo sguardo anche su ciò che esso costruisce intorno a sé e in prospettiva. Tanto stratificata è la trama che porta al gioco, tanto articolati sono anche i problemi amplificati quando non generati dal gioco che riverbera sulle sfere economica, relazionale, legale e di salute. E risulta raro che i problemi conseguenti al gioco d'azzardo siano circoscritti al solo giocatore (Sulkunen et al. 2021, 66): gli effetti perversi del gioco intaccano ulteriori dimensioni di salute come comorbidità, stimolano l'uso di sostanze psicoattive (Kessler et al. 2008), alterano l'ambito emotivo e relazionale, e arrivano a colpire anche altre persone, in particolare quelle più significative per il giocatore.

Evidenziato il rapporto circolare intercorrente tra individuo, stili di vita, territorio e risorse (sia personali sia collettive) di protezione e cura, i dati e le riflessioni della seconda parte (Paragrafo 3) aiuteranno a completare il percorso fornendo nuove e mirate risorse non solo per leggere le dinamiche complesse di benessere e di malessere delineabili a livello locale; ma anche per individuare i contesti e i comportamenti più a rischio e per meglio intercettare e interpretare le richieste e i bisogni individuali e collettivi.

3. Territori e persone, mappe e profili: fenomeno GDA e interventi nell'esperienza della ASL Toscana Sud Est

Le osservazioni che seguono rispondono al tentativo di ordinare e narrare la complessità di un'esperienza di ascolto, accoglienza, cura e riabilitazione delle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) che si sono rivolte ai Servizi delle Dipendenze dell'ASL Toscana Sud Est⁵.

⁴ La prospettiva *Health in All Policies* (HiAP) considera il livello di salute di una popolazione non come semplice prodotto dei programmi del settore sanitario ma come esito combinato di politiche impegnate, dalla visione ampia, capaci di guidare azioni articolate e innovative.

⁵ L'Area Dipartimentale Dipendenze dell'Azienda USL Toscana Sud Est ricomprende le tre province di Arezzo, Siena e Grosseto. Ciascun Dipartimento delle Dipendenze si compone di più Ser.D. (5 aretini, 3 senesi, 4 grossetani) incaricati di realizzare interventi di prevenzione, trattamento, e riabilitazione dalle dipendenze patologiche, coordinandosi e cooperando con gli altri Servizi territoriali.

Dai primi anni 2000, molto prima che il legislatore inserisse nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) il DGA (Decreto-legge n. 158/2012), le operatrici e gli operatori dei Servizi per le Dipendenze, allora ancora Ser.T in quanto pensati risorse per persone dipendenti da Sostanze, si confrontavano con la peculiare tendenza al Gioco d'Azzardo di molteplici tossicomani ed alcolisti.

Tra le persone dipendenti da sostanze e/o giocatrici che i servizi pubblici hanno attratto e mantenuto in trattamento negli ultimi 25 anni, risultano prevalenti alcune tipologie di pazienti.

Gli *addictioner*, ancorché molto numerosi, sono distinguibili in 'coorti' tra loro molto diverse, caratterizzate da specifiche modalità di interazione e reciproci condizionamenti con quelle sfere in gioco descritte nelle precedenti pagine, dal funzionamento personologico e da molteplici altre dinamiche biografiche oltre che negli stili di uso di sostanze e comportamenti sintomatici (Cancrini e La Rosa 1991). Nei Servizi per le Dipendenze le persone in trattamento sono prevalentemente portatrici di funzionamenti propri delle personalità borderline e dei disturbi di personalità del *Cluster B*. Secondo un *continuum* di gravità lieve-moderato-grave, pervasivamente e stabilmente instabili, queste persone esprimono un marcato bisogno di intimità relazionale avversato da una marcata sensibilità a cogliere le effettive intenzioni degli altri ed una straordinaria sensibilità nel coglierne eventuali segnali di distacco emotivo (Terminio 2019). E proprio da tale vocazione impegnativa alla difficile – o in talune fasi o casi impossibile – relazione con l'altro derivano stati affettivi misti (ipoforici-disforici-eccitati) ed emozioni oscillanti in modo caotico, inquieto e imprevedibile tra rabbia, tristezza, angoscia. Molte di queste persone sono state accolte giovani e molte di loro sono rimaste legate per più di trenta anni a operatori e Servizi. E durante questa prolungata osservazione si è vista operante l'assenza del *principio di autorità* (Benasayang e Schmit 2003): il fallimento di quelle relazioni primarie che, in quanto mentalizzabili, costruiscono le competenze 'mentalizzanti' (Fonagy e Target 2007), ovvero quella capacità di rispecchiare l'interno con l'esterno e di riconoscere e leggere i comportamenti personali e i comportamenti altrui come risultato di stati mentali intenzionali.

Questa lunga esperienza nell'assistere persone dipendenti, negli anni della liberalizzazione dei contesti di gioco e dell'offerta d'azzardo, ci ha messo in grado di incontrare il gioco come succedaneo, sostitutivo o emozione dopaminergica in concorso con sostanze di una forma eterogenea di poliabuso, ma anche, dai primi anni 2000 in poi, alcolisti, cocainomani ed assuntori di psicofarmaci ansiolitici o *pain killers* più o meno auto prescritti, che incrociavano le proprie carriere di gioco con il ricorso alle sostanze per medicarne le dolorosità.

Le molte centinaia di persone che si sono rivolte negli anni ai Servizi per le Dipendenze per DGA presenti a livello di ASL Toscana Sud Est risultano una frazione minoritaria e non rappresentativa del totale dei Giocatori Patologici dei territori che dobbiamo stimare in diverse migliaia, corrispondente ad una percentuale attesa tra l'1,4% e il 2,8% della popolazione totale, come stimato dal Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Le casistiche accolte risultano tuttavia relativamente omogenee riguardo quei segni caratteristici sopra elencati, ovvero instabilità affettiva, tendenza alla dis-regolazione emotiva e comportamentale, relazioni sociali e affettive difficili, spesso interrotte o problematiche.

Questa osservazione rende suggestivo ricorrere alla descrizione di Blaszczynski e Ladouceur delle tre diverse casistiche di giocatori patologici che sono distinti appunto dall'esistenza o meno di fattori comorbidi o personologici interagenti con quelle determinanti ecologiche, sociali, culturali attive nel contesto comune. In riferimento a questo modello diacronico le casistiche prevalenti in trattamento ai Ser.d della ASL Toscana Sud Est risultano essere di tipo 2 e 3 ovvero di pazienti più gravi e problematici rispetto a quelli della più diffusa casistica di tipo 1 il cui decorso risente di fattori protettivi specifici.

Da tali esperienze e considerazioni si sono sviluppate le progettazioni dell'Azienda Toscana Sud Est: orientate innanzitutto e più in generale a strutturare un'offerta di cura e riabilitazione adeguata ai bisogni gravi e multidimensionali delle persone accolte; volte ad avviare una campagna di contrasto su target specifici di popolazione oltre che sull'intera su popolazione generale.

È in questo scenario che l'équipe multidisciplinare e con essa l'intero percorso terapeutico devono essere riformulati secondo il paradigma della complessità.

Prima tappa, frutto della duratura esperienza sviluppata nella cura delle persone dipendenti, è la presa in carico. E da subito la presa in carico del giocatore d'azzardo patologico in tutti i Servizi territoriali è stata organizzata in senso multiprofessionale: per le complessità psicologiche, socio-economiche, relazionali furono riconosciute necessarie le competenze specialistiche dello psicologo, dell'assistente sociale e dell'educatore professionale, così come, per le conseguenze somatiche e per le comorbidity psichiatriche fu presto evidente il ruolo del medico psichiatra e dell'infermiere professionale.

Le fasi dell'accoglienza e della valutazione multidisciplinare del giocatore, spesso attivate dai e con i familiari, sono state strutturate in modo da renderle da subito propedeutiche alla definizione di un progetto terapeutico individualizzato che deve svilupparsi nell'ambito individuale, familiare e sociale. L'esperienza nella presa in carico del *gambler* ha proposto, tra gli altri *focus*, la precoce gestione del controllo del denaro, altrimenti veicolo del mantenimento del sintomo: già nella fase iniziale del trattamento si cerca di stabilire un tutoraggio economico, in prima istanza intra-familiare; in esito negativo o insufficiente mediante il ricorso all'amministrazione di sostegno, ai sensi della Legge n. 6 del 9.01.2004 agli articoli 404 e ss. del Codice Civile.

L'arruolamento dei familiari nel ruolo di *tutor* economico deve tenere conto dell'accettazione di tale riconfigurazione e superare sia la tendenza a mantenere i 'giochi familiari' operanti nella carriera del gioco sia l'aggrappamento al sintomo da parte dello stesso giocatore. Questa fase è oggetto di un *iter* psicoeducativo individualizzato che per le parti tecniche si rafforza, se necessario, delle consulenze di esperti legali o commercialisti attivati dai Servizi in rapporti di convenzione, o forniti da sportelli dei Centri Anti-Usura o delle Associazioni di Tutela dei territori. Per le parti psicologiche e cognitive l'équipe propone

protocolli cognitivo-comportamentali indirizzati alla modificazione dei *bias* e dei convincimenti operanti secondo le euristiche che confermano il gioco come una possibile soluzione. La risposta a questi interventi risulta differente in riferimento alle caratteristiche personologiche del soggetto e dell'esistenza di strutture e disturbi psichiatrici operanti (Blaszczynski, Ladouceur and Shaffer 2004). Per questo la testistica e la valutazione psicodiagnostica sono utili per articolare, in base ai bisogni rilevati, percorsi di differente intensità assistenziale in setting individuale, familiare, di gruppo.

La durata della presa in carico è subordinata alla complessità del caso e comunque articolata in una prolungata fase di *follow-up* utile alla stabilizzazione del paziente nei suoi comportamenti astinenti e nelle nuove modalità di relazione intra ed extra-familiare e nella gestione del denaro. Utili i rapporti stretti con le associazioni di auto mutuo aiuto che hanno raccolto, anche incoraggiate dai Servizi, le adesioni degli ex-giocatori e dei loro familiari e che con le associazioni dei giocatori anonimi diffuse nei territori.

L'esperienza della Azienda Toscana Sud Est, intrecciata con quella degli altri servizi toscani, ha consolidato un modello di intervento di rete locale che gli operatori dei servizi hanno intessuto raccogliendo e promuovendo sensibilità negli *stakeholders* dei territori: gli Enti Locali, le Istituzioni, le Forze dell'Ordine, le Associazioni e gli Enti del Terzo settore, gli Sportelli di tutela, le Categorie economiche, le Associazioni dei Gestori dei Locali di Gioco, gli Organismi Sindacali e Datoriali. La rete locale agisce su due livelli: quello della *policy* e della programmazione locali e quello della definizione e realizzazione di percorsi socioassistenziali individuali o familiari indirizzati alla ri-abilitazione.

Fa da scenario e da supporto a questo tessuto locale di anno in anno più esteso e dalla tramatura più fitta il *Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo*.

In esecuzione della DGRT n. 771 del 9 luglio 2018 che recepisce e amministra il fondo ministeriale dalla Legge 28 dicembre 2015, n. 208, l'Azienda Sud Est, tenendo conto delle altre Programmazioni regionali, ha varato un *Piano* articolato in azioni diversificate per obiettivi: I. prevenzione; II. rafforzamento delle *équipe* e delle Reti territoriali; III. Ri-abilitazione.

Riguardo al primo obiettivo, le azioni di prevenzione hanno come destinatari sia la popolazione generale sia *target* specifici di popolazione che studi epidemiologici nazionali e regionali (Studio Espad, Studio EpiGap Toscana, Studio Edit⁶) riconoscono maggiormente vulnerabili, ovvero i giovani, in ambiente scolastico ed extra scolastico, gli anziani, i migranti le donne.

Le azioni finalizzate al raggiungimento del secondo obiettivo si articolano in eventi formativi interattivi e addestrativi che applicano un ampio ventaglio di approcci e metodi: dall'analisi condivisa delle esperienze di gioco nelle sue espressioni svelate di illusorietà e fallacia, alle pratiche ed esperienze espressi-

⁶ Per approfondimenti si rimanda al sito dell'*Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche CNR-IFC* (<<https://www.ifc.cnr.it>>) e al sito dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ARS (<<https://www.ars.toscana.it/>>).

ve e 'valorizzative' di sé nelle relazioni e nella ricreazione mediante laboratori teatrali, ludico-artistici e di *Human Library*⁷.

Infine, le azioni di ri-abilitazione tra le altre si definiscono e sviluppano in traiettorie formative e di inserimento al lavoro in ambiente protetto al fine di promuovere *ex novo* o recuperare abilità professionali e professionalizzanti.

4. Conclusioni e spunti per *policies* di contrasto alla dipendenza da gioco

Nella comparsa della dipendenza oltre alle caratteristiche individuali e ascritte rivestono un ruolo non secondario – e talvolta decisivo – le caratteristiche acquisite e altri elementi propri del contesto di vita e di interazione quali la situazione familiare e professionale, gli ambienti di vita, di lavoro e di svago, la disponibilità 'di' e l'accesso 'a' pratiche e/o sostanze potenzialmente capaci di creare assuefazione e bisogno. La contaminazione tra esperienza terapeutica e interpretazione sociologica ha permesso di sottolineare di nuovo e meglio l'importanza di un intervento orientato a creare presupposti sfavorevoli all'insorgenza della dipendenza da gioco (e non solo da gioco) ovvero favorevoli alla salute collettiva, al benessere individuale e alla riduzione dei fattori di rischio. Ha inoltre fornito ulteriori indicazioni per lavorare sulla singola persona ma anche e non meno sul contesto sociale al fine di renderlo competente, reattivo e protettivo: capace cioè di promuovere stili di vita virtuosi, preparato nel riconoscere scivolamenti individuali o di gruppo verso il consumo problematico, attrezzato nel fornire i supporti adeguati a quanti abbiano sviluppato la dipendenza e debbano farvi fronte, se non uscendone almeno gestendola.

Concludiamo questo percorso che ci ha portato a guardare dietro le carriere di gioco, ci ha suggerito di leggere la caduta nella dipendenza come processo, ci ha mostrato modalità esperte di presa in carico e risorse di cura costruite con e per il territorio, restituendo i principali elementi chiave emersi in forma di possibile campo di nuovo o rinnovato intervento per le *policies* sociosanitarie.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, il primo invito è quello di consolidare un modello di rete sempre più capace di valorizzare i molteplici attori interconnessi – dai servizi pubblici al privato sociale, dai portatori di interessi (generali o particolari) agli esperti – valorizzando gli interventi di ciascuno e coinvolgendo ogni singolo nodo non solo nella fase esecutiva ma anche nei momenti preliminari di coprogrammazione e di progettazione.

⁷ La *Human Library* o *Menneskebiblioteket* è stata creata a Copenaghen nella primavera del 2000 dai fratelli Dany e Ronni Abergel, Asma Mouna e Christoffer Erichsen, con l'obiettivo di contrastare il pregiudizio mediante la pratica narrativa favorendo l'incontro e lo scambio di esperienze tra 'fruitori/lettori di biografie' e narratori protagonisti di vite segnate dal pregiudizio e dallo stigma. La *Human Library Organization* è oggi attiva in oltre 80 paesi, tra questi l'Italia con l'esperienza della *Human Library* Toscana promossa dalla associazione culturale Pandora di Montevarchi.

Il secondo invito riguarda l'individuazione di sempre più numerose e definite aree di intervento trasversali tra servizi, con l'obiettivo comune di ridurre danni e rischi per la singola persona così come per la comunità.

Il terzo invito è quello di una rigorosa aderenza ai principi della *Evidence Based Medicine* anche nell'ambito degli interventi socio-sanitari dedicati alle dipendenze, ovvero l'investire nell'aggiornamento continuo di tutti gli operatori (di area sanitaria ma anche e non meno di area sociale) rispetto alle direttive nazionali e internazionali e alle migliori evidenze scientifiche e buone pratiche relative alla presa in carico complessa, nel rispetto delle preferenze del paziente.

Per quanto riguarda l'ambito operativo, punto di riferimento imprescindibile è rappresentato dal recente Decreto del Ministero della Salute D.M. 23 maggio 2022, n. 77 *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale* e dalle opportunità da esso promosse per avviare una diffusa riforma dell'assistenza territoriale definitivamente orientata alla prossimità e all'integrazione delle prassi di tutela sociale e sanitaria perseguendo la presa in carico della persona secondo un modello olistico e attraverso équipe multiprofessionali.

In questo quadro si rilevano quali elementi chiave l'equità, la tempestività e l'accessibilità degli interventi proposti.

Il primo elemento chiave implica il riconoscere da un lato le tendenze più attuali di ridefinizione dell'offerta del servizio in un'ottica di efficientamento non sempre attenta a qualità e completezza della presa in carico, dall'altro lato guardando alle modalità di fruizione, il rischio di disaffezione nei confronti del servizio pubblico e la fuga per la parte più dotata di risorse materiali e culturali verso il privato.

Il secondo riguarda il fattore tempo. Fornire accessi rapidi e sostegni tempestivi vuol dire attivare percorsi di terapia e consulenza più efficaci.

Infine, emerge chiaramente la necessità di modificare l'accesso ai servizi al fine di renderli più accessibili non solo per la persona destinataria delle azioni di sostegno (nel caso specifico, il giocatore) ma anche da parte dei suoi familiari.

Quella che si auspica è dunque una maggiore permeabilità dei servizi sia in senso verticale – dunque in termini di fruizione dal basso e di contatto con le istituzioni sovraordinate – sia in senso orizzontale ovvero in termini di collaborazione nella decostruzione dello stigma e gestione della dipendenza in collaborazione stretta con gli altri attori della rete come associazioni di volontariato e cooperative sociali.

Riferimenti bibliografici

- Abbatecola, Giuseppe, e Luigi Melocchi. 1977. *Il potere della medicina*. Milano: Etas.
- Abel, Thomas, and Katherine L. Frohlich. 2012. "Capitals and capabilities. Linking structure and agency to reduce health inequalities." *Soc. Sci. Med.* 74, 2: 236-44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028>
- Bateson, Gregory. 1972. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

- Benasayang, Miguel, e Gérard Schmit. 2003. *L'epoca delle Passioni Tristi*. Milano: Feltrinelli.
- Blaszczynski, Alex, Ladouceur Robert, and Howard J. Shaffer. 2004. "A science-based framework for responsible gambling: the Reno model." *Journal of Gambling Studies* 20: 301-17. <https://doi.org/10.1023/B:JOGS.0000040281.49444.e2>
- Bury, Michael, and Jonathan Gabe, edited by. 2004. *The Sociology of Health and Illness. A Reader*. London: Routledge.
- Cancrini, Luigi, e Cecilia La Rosa. 1991. *Il vaso di pandora. Manuale di psichiatria e psicopatologia*. Roma: Carocci.
- Coriale, Giovanna, et al. 2015. "Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento." *Rivista Psichiatrica* 50, 5: 216-27. <https://doi.org/10.1708/2040.22162>
- Dal Lago, Alessandro, e Emilio Quadrelli. 2003. *La città e le ombre. Crimini, criminali, cittadini*. Milano: Feltrinelli.
- Diecidue, Roberto, e Giuseppe Costa. 2018. "Il gioco d'azzardo e le disuguaglianze sociali e di salute." *Medicina delle Dipendenze* 8, 30: 50-3.
- Evangelista, Gennaro. 2023. "La dipendenza da gioco d'azzardo: il DGA." <<https://leparoledellasalute.federsanitatoscana.it>> (22/05/2023).
- Fonagy, Peter, e Mary Target. 2007. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fong, Timothy W. 2005. "The vulnerable faces of pathological gambling." *Psychiatry (Edgmont)* 2, 4: 34-42.
- Frohlich, Katherine, Potvin Louise, and Ellen Corin. 2001. "A Theoretical Proposal for the Relationship between Context and Disease." *Sociology of Health and illness* 23: 776-97. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00275>
- Gee, Michael, Johnson Kelli and Christoph Leonhard. 2024. "Brief Virtual Workshop on Gambling Disorder to Raise Knowledge and Awareness Among Health Service Providers." *Journal of Gambling Studies* 40, 1: 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10176-w>
- Ingresso, Marco, e Giulia Mascagni. 2020. "Pratiche e relazioni di cura in ambito sanitario." In *Sociologia della salute e della medicina*, a cura di Mario Cardano, Guido Giarelli, e Maria Giovanna Vicarelli, 155-76. Bologna: il Mulino.
- Karvonen, Sakari, Kestilä Laura M., and Tomi E. Mäki-Opas. 2018. "Who Needs the Sociology of Health and Illness? A New Agenda for Responsive and Interdisciplinary Sociology of Health and Medicine." *Frontiers in Sociology* 3. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00004>
- Kessler, Ronald, et al. 2008. "The prevalence and correlates of DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication." *Psychological Medicine* 38, 9: 1351-60. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002900>
- Kickbusch, Ilona. 2012. "Addressing the interface of the political and commercial determinants of health." *Health Promotion International* 27, 4: 427-28. <https://doi.org/10.1093/heapro/das057>
- Mascagni, Giulia. 2015. *Percorsi di vita e di salute. Un'analisi sociologica delle terze età*. Roma: Carocci.
- Pedroni, Marco, e Alice Scavarda. 2023. "Un'agenda di ricerca per la sociologia del gioco d'azzardo." *Quaderni di Teoria Sociale* 1: 153-79. <https://doi.org/10.57611/qts.v2i1.239>
- Portes, Alejandro. 1998. "Social capital: Its origins and applications in modern sociology." *Annual Review of Sociology* 24: 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>

- Reith, Gerda, and Heather Wardle. 2022. "The Framing of Gambling and the Commercial Determinants of Harm: Challenges for Regulation in the UK." In *The Global Gambling Industry*, edited by Janne Nikkinen, Virve Marionneau, and Michael Egerer, 71-86. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Sarti, Simone, e Marco Terraneo. 2023. *Studiare la salute. La prospettiva della Sociologia*. Roma: Carocci.
- Schüll, Natasha D. 2012. *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*. Princeton: Princeton University Press.
- Sulkunen, Pekka, et al. 2021. *Limitare l'azzardo. Gioco, scienza e politiche pubbliche*. Roma: Carocci.
- Terminio, Nicolò. 2019. *A ciascuno la sua relazione. Psicoanalisi e fenomenologia nella pratica*. Roma: Alpes Italia.
- Villalonga-Olives, Ester, and Ichiro Kawachi. 2017. "The dark side of social capital: A systematic review of the negative health effects of social capital." *Soc Sci Med*: 105-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.020>
- Wilkinson, Richard, and Michael Marmot. 2003. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Geneva: WHO.