

# Sportello GAP in Ospedale. Accessibilità senza etichette

Concettina Varango\*, Valentina Generani\*\*, Serena Marchesi\*\*\*, Giuliana Ravizza\*\*\*\*

## SUMMARY

■ *Following the implementation of DGR XI/585 of 1.10.2018, the Regional Action Plan GAP has been launched involving the Lodi ASST in actions to combat gambling.*

*In May 2022 one of the planned objectives was achieved, namely the opening of the dedicated hospital gate. Starting from the premises that led to the choice to create this new supply unit, this article aims to illustrate the experience so far ongoing and the first qualitative and quantitative data.* ■

**Keywords:** *Regional Action Plan GAP, Lodi ASST, Hospital gate, Qualitative and quantitative data.*

**Parole chiave:** *Piano Regionale d'Azione Gap, ASST Lodi, Sportello ospedaliero, Dati qualitativi e quantitativi.*

Tenuto conto della discrepanza tra l'impatto che il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico ha nella popolazione lodigiana e il numero di persone che si rivolgono ai servizi, l'ipotesi che il progetto intende verificare è che la possibilità di accedere a servizi "anonimi" e privi di pregiudizio sociale possa favorire e superare alcune resistenze, quali la vergogna e lo stigma della dipendenza.

Obiettivo primario è quello di promuovere sul territorio un servizio dedicato ai giocatori e ai loro familiari che non hanno ancora raggiunto una piena consapevolezza del problema o che hanno bisogno di essere rassicurati in merito ai possibili percorsi terapeutici da intraprendere.

L'analisi dei dati finora raccolti (maggio 2022-giugno 2023) ci mostra come l'ipotesi iniziale possa essere perseguibile: si evidenzia infatti che il 59% della nuova utenza del Ser.D. con diagnosi da Disturbo da Gioco d'Azzardo è costituito da soggetti che hanno fatto accesso allo sportello ospedaliero e che la quasi totalità dei giocatori (96%) transitati dallo sportello ha accettato una successiva presa in carico presso il Servizio Dipendenze.

A partire dagli esiti descritti si può affermare la necessità che questa unità d'offerta sperimentale venga messa a regime garantendo sul territorio uno sportello dedicato a questa tipologia d'utenza.

## Introduzione

Nel 1980 l'American Psychiatric Association (APA) ha riconosciuto il Gioco d'Azzardo come un vero e proprio disturbo, dando una significazione diversa a quello che a lungo è stato considerato "solo un vizio".

\* *Direttore U.S.C. Servizio Dipendenze, ASST di Lodi.*

\*\* *Psicologa psicoterapeuta, Servizio Dipendenze ASST di Lodi.*

\*\*\* *Psicologa psicoterapeuta, Servizio Dipendenze ASST di Lodi.*

\*\*\*\* *Assistente Sociale, Servizio Dipendenza ASST di Lodi.*

L'evoluzione tra il DSM-IV-TR e il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2015) ha poi segnato una fase di svolta rispetto alla classificazione: da Disturbo del Controllo degli Impulsi, il Disturbo da Gioco d'Azzardo è passato ad essere considerato a tutti gli effetti una forma di dipendenza e classificato come tale.

Questa svolta ha fatto sì che il Ser.D. sia diventato a tutti gli effetti il servizio pubblico impegnato in prima linea per il trattamento del Gap.

Il Ser.D. di Lodi ha iniziato a registrare e a trattare i primi accessi di soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) già nel 2004, quando ancora le prestazioni a favore di questo target d'utenza non rientravano nei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA.

(Nel DPCM 12.1.2017 all'art. 28 "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche" e all'art. 35 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche" il DGA è compreso fra le azioni elencate nell'allegato 1, che tratta dei programmi per la prevenzione collettiva e sanità pubblica e colloca le azioni per la prevenzione delle dipendenze, fra cui la ludopatia, nella sezione F dedicata alla "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani, ecc.").

Fino al 2008 il Servizio ha registrato una media annua di nuovi accessi pari a 12 soggetti.

A partire dal 2009 si è registrato un lento ma costante incremento fino a raggiungere 43 nuovi ingressi nel 2015, e 39 nel 2018.

I nuovi accessi al Servizio non hanno mai rispecchiato quantitativamente l'entità del problema sul territorio, tenendo conto che Lodi risulta tra le province lombarde dove si gioca di più ("Il fenomeno del gioco d'Azzardo in Lombardia" – Workshop tecnico regionale – 27 ottobre 2021).

Questo dato di realtà si può spiegare con le conosciute difficoltà del giocatore nel chiedere aiuto ma soprattutto nel rivolgersi al Ser.D., conosciuto sul territorio come un servizio per le tossicodipendenze.

In tempi più recenti anche la pandemia da Covid-19 e la paura di contrarre l'infezione presso le strutture sociosanitarie hanno contribuito a frenare gli accessi al Servizio, come dimostrato dal numero delle nuove prese in carico passate da 34 nel 2019 a 16 nel 2020 e a 6 nel 2021.

## Piano Locale GAP

Nel 2019 ha preso avvio il Piano regionale d'azione GAP che ha coinvolto tutte le ATS lombarde nella realizzazione, in ciascuna ASST, delle azioni previste dal Piano locale GAP (Piano Operativo Locale GAP ASST Lodi in attuazione della DGR XI/585 dell'1.10.2018 "Approvazione Programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico – Attuazione DGR 159 del 25.5.2018 e DGR 1497 dell'11.4.2017).

Nella prima annualità del progetto la ASST di Lodi è stata impegnata a potenziare il Servizio Dipendenze nella cura di pazienti sia affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo che poli dipendenti. La presa in carico presso il Ser.D. ha sempre previsto una prima fase valutativa multiprofessionale in quanto, come tutte le dipendenze, la sintomatologia multiforme che caratterizza il gioco d'azzardo, incide su aspetti fisici, psicologici e sociali dell'individuo (Pani e Biolcati, 2006).

Successivamente a questa fase viene condiviso con il paziente un progetto terapeutico personalizzato che tiene conto della complessità generale della situazione e delle risorse della persona e della sua rete di supporto.

A partire dalla seconda annualità l'obiettivo previsto dal Piano Locale GAP è stato quello di attivare uno sportello ospedaliero per contrastare il fenomeno del gioco d'azzardo sul territorio.

Questa necessità, individuata dal progetto nasce da alcune considerazioni e premesse fondamentali.

La letteratura e gli studi sul gioco d'azzardo mettono in evidenza uno scarto tra il bisogno supposto di aiuto e i numeri delle persone che si rivolgono ai servizi.

Purtroppo in Italia è difficile reperire una fonte di dati aggiornata rispetto all'epidemiologia del disturbo, ma i dati (Libro Blu dei Monopoli sul gioco d'azzardo in Italia, 2020) dimostrano che le persone che si rivolgono ai servizi costituiscono la punta dell'iceberg di un problema su vasta scala.

La difficoltà a chiedere aiuto, l'immagine stigmatizzata del Ser.D. come servizio per le tossicodipendenze, i sentimenti di vergogna, imbarazzo e orgoglio, gli orari limitati di accesso e la scarsa informazione incidono sicuramente nel mantenimento del fenomeno del sommerso.

In epoca di iperdiversità sempre più persone pongono poi la necessità di avere porte di ingresso multiple e percorsi di trattamento specifici.

## Lo Sportello Ospedaliero nella ASST di Lodi

Il gruppo di lavoro dedicato alla realizzazione del piano locale GAP, nella fase di progettazione dello sportello ospedaliero, ha valutato l'opportunità di dedicarsi contemporaneamente anche alla creazione di uno sportello online con l'obiettivo di costruire unità d'offerta che potessero rispondere ai bisogni emersi e alle criticità rilevate.

I due sportelli si propongono come due spazi, uno fisico e uno digitale/online, di accoglienza, ascolto, consulenza e orientamento sia per le persone che sentono di avere un problema con il gioco d'azzardo sia per i loro familiari o amici.

Diverse ricerche hanno infatti sottolineato la fatica del giocatore nel rivolgersi ai servizi, stimando come solo il 10% fra chi

sviluppa un DGA chiede aiuto (Loy, Grüne, Braun, Samuelsson, Kraus, 2018); ed è stata osservata l'alta probabilità che il primo contatto avvenga con un familiare preoccupato o confuso.

È la stessa scoperta progressiva dell'azzardo da parte dei familiari a risultare traumatica, generando un clima di sfiducia reciproca, esperienze cicliche di illusioni/delusioni, incertezza che determina ansia, paura e stress cronico (Capitanucci, 2012). La famiglia sembra essere significativamente pregiudicata anche dal punto di vista economico e questo fa sì che spesso sia essa stessa portatrice in primis di una richiesta di aiuto.

Una delle ipotesi iniziali del progetto era quindi quella di offrire ai familiari un luogo di ascolto e di aiuto nel cercare delle strategie per motivare la persona cara ad accedere allo sportello, lavorando fin da subito sul contesto familiare allargato.

I familiari infatti sono da sempre considerati una grande risorsa nel processo di cura, e numerose esperienze di coinvolgimento familiare ne testimoniano l'importanza (Haustein *et al.*, 1992; Abbott *et al.*, 1995; Hammond, 1997; Guerreschi, 2000).

Le caratteristiche e le potenzialità del nostro sportello ospedaliero sono da individuare in primo luogo proprio nella collocazione spaziale.

L'ospedale infatti, si offre come un luogo "neutro", a disposizione di qualsiasi cittadino, per diverse ragioni di cura.

Questo permette così di abbattere fin da subito pregiudizi ed etichettature.

Accedere liberamente in un ospedale ha sicuramente un impatto diverso rispetto al classico accesso al Ser.D., soprattutto in un contesto provinciale come quello del nostro territorio.

Come accade anche per le altre dipendenze (Beccaria *et al.*, 2015) il gioco d'azzardo è ancora concepito come un vizio, un comportamento oggetto di riprovazione morale.

Per ovviare ancor di più alla problematica dello stigma sociale e della vergogna, presente soprattutto nella fase iniziale di richiesta di aiuto, si è inoltre deciso di non connotare visibilmente lo spazio con denominazioni chiare sul gioco d'azzardo ma di nominare genericamente lo sportello "Spazio A" e di creare un logo che potesse richiamare il gioco d'azzardo con una lettura simbolica e relazionale (due figure connesse da un filo in un labirinto di carte).

La collocazione dello sportello in una zona estremamente visibile e di passaggio e l'accesso libero sono risultati essere degli ulteriori punti di forza di questa offerta.

## I dati

Lo sportello ospedaliero è stato inaugurato nel maggio 2022, e nel periodo dall'apertura al 30 giugno 2023 sono stati rilevati 56 accessi, di cui 27 giocatori e 29 familiari.

Della casistica in oggetto è importante specificare che i 29 familiari sono le prime persone che si sono rivolte allo sportello, a volte in compagnia della persona con il problema di gioco, altre volte da soli.

Le persone hanno raccontato di essere venute a conoscenza dello sportello ospedaliero in particolare attraverso due fonti.

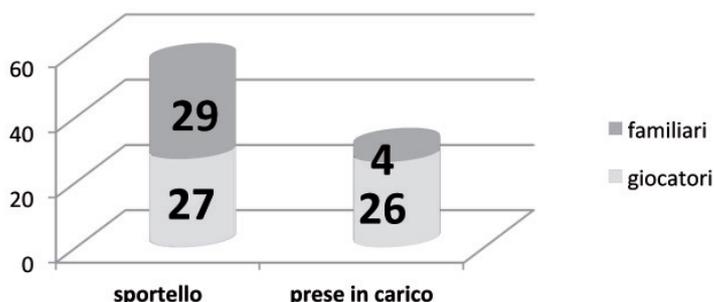
La prima ha riguardato canali digitali quali lo sportello online presente sul portale del servizio, [www.dipendenzelodi.it](http://www.dipendenzelodi.it) che, per il progetto, è stato interamente ripensato per facilitare la comunicazione tra il Servizio e la cittadinanza e dare rilevanza alle nuove unità d'offerta.

La seconda fonte fa riferimento alla campagna pubblicitaria promossa dal Servizio Dipendenze, anche attraverso canali artistici cittadini, quali rappresentazioni teatrali e mostre fotografiche.

Dopo una prima accoglienza, le persone che hanno accettato una presa in carico presso il Ser.D. sono state complessivamente

te 30 (26 giocatori e 4 familiari). Inoltre 10 familiari hanno aderito al gruppo di Auto Mutuo Aiuto, avviato nel maggio 2023. Come si può osservare dal grafico sottostante, quasi la totalità dei giocatori (96%) che hanno fatto accesso allo sportello hanno poi accettato di essere presi in carico al Servizio. Solo il 15% dei familiari ha proseguito con un percorso terapeutico individuale, avendo trovato probabilmente nella fase di accoglienza un supporto che non ha avuto necessità di esitare in una presa in carico tradizionale.

Fig. 1



Un altro dato interessante riguarda l'utenza incidente, cioè i soggetti che per la prima volta si sono rivolti al Servizio. Nel periodo considerato i nuovi utenti con diagnosi da Disturbo da Gioco d'Azzardo sono stati complessivamente 32 di cui 19, pari a ben il 59%, sono transitati dallo sportello ospedaliero.

Fig. 2



Da una prima osservazione eseguita in questo periodo e come raccontato dalle persone arrivate allo sportello, la possibilità di effettuare un primo colloquio di accoglienza in un luogo diverso dall'ambulatorio Ser.D. è spesso uno stimolo che porta alla richiesta di aiuto, e questo sembra valere sia per i giocatori sia per i familiari.

Possiamo ipotizzare che i familiari, ancor più che i giocatori, avvertano delle resistenze nel rivolgersi al Ser.D., sia perché ignorano che la cura del gioco d'azzardo avvenga anche presso questo Servizio, sia perché non si riconoscono nel contesto.

Questo è confermato sia dai racconti delle persone che abbiamo incontrato, sia dall'alta percentuale di familiari che ha contattato lo sportello.

Una possibile lettura psicologica riguarda la fatica di introdurre nel sistema familiare il tema della diagnosi di dipendenza, spesso vissuta in modo ambivalente.

Se in alcuni casi infatti la diagnosi può dare una cornice di senso ad un problema a tratti incomprensibile, dall'altra continua a spaventare il familiare, in quanto il sentire comune vede tutt'ora nella dipendenza una malattia cronica e incurabile.

A questo proposito lo sportello si offre come un accompagnamento al Ser.D., servizio preposto alla diagnosi e alla cura, fornendo tutte quelle informazioni preliminari che avvicinano

emotivamente e razionalmente alla comprensione della diagnosi stessa.

Diversi studi in letteratura mostrano la difficoltà del giocatore d'azzardo a chiedere aiuto e l'illusione di controllo come una delle distorsioni cognitive tipiche del disturbo. Custer (1982) con il modello a fasi della "carriera del giocatore" ha messo in evidenza come spesso la richiesta d'aiuto avvenga nella fase della disperazione, quando ormai la persona sente di aver toccato il fondo e quando il funzionamento globale del singolo e del sistema familiare risulta molto compromesso.

Lo sportello offre un'opportunità di intercettare il disagio in una fase precedente, soprattutto attraverso i familiari che si fanno portatori della richiesta d'aiuto prima dei loro cari.

Ipotizzare insieme al familiare in quale fase "della carriera del giocatore" la persona si trovi, ci aiuta a pensare quali strategie poter mettere in campo, dando anche suggerimenti pratici.

Quando, ad esempio, dalla narrazione del familiare risulta evidente che il giocatore si trova nella fase vincente, ipotizziamo che difficilmente verrà spontaneamente al Servizio, avendo ancora una scarsa consapevolezza del problema.

In questo caso proponiamo un supporto al familiare che lo aiuti nella comprensione e nella gestione della situazione e, sulla base delle informazioni personali raccolte per ogni singola situazione, mettiamo in atto strategie individualizzate per cercare di agganciare il paziente.

Questa fase può avere dei tempi dilatati, difficilmente compatibili con quelli del servizio pubblico, che deve rispettare tempistiche regionali rispetto alla valutazione e alla presa in carico del paziente.

Spesso i familiari arrivano arrabbiati, increduli e delusi dal loro caro, ed è importante offrire loro un sostegno e una validazione delle emozioni provate, ma anche dare delle informazioni rispetto alla patologia e suggerire modalità comunicative funzionali.

Un comportamento punitivo, per esempio, spesso può generare un effetto "collaterale", con un'escalation simmetrica pericolosa (Bateson, 2000) che allontana la possibilità che il paziente si rivolga al Servizio sentendosi poco compreso e svalutato.

In alcuni casi è stata funzionale la possibilità di chiamare in orari serali lo sportello online trovando un operatore pronto ad un colloquio telefonico e in grado di accogliere vissuti di vergogna e sofferenza fino a quel momento vissuti in una dimensione intima e solitaria.

La chat e una linea telefonica dedicata si stanno dimostrando, per la loro immediatezza, strumenti comunicativi innovativi ed efficaci.

Si evidenzia per esempio come i ragazzi appartenenti alle nuove generazioni, utilizzino spesso questa modalità, dandoci un feedback positivo.

Un'ultima considerazione rispetto ai possibili punti di forza di queste nuove realtà, riguarda lo stile comunicativo scelto dagli operatori del Servizio.

Si è infatti ritenuto utile poter uscire dai panni istituzionali ai quali si era abituati.

Pur mantenendo l'imprescindibile rigore etico e professionale, le diverse tempistiche e le variabili di setting, ci permettono di sentirci ed essere sentiti più vicini alle persone che incontriamo.

## Conclusioni

Come dimostrato dai dati, questa nuova unità d'offerta si sta dimostrando efficace nell'agganciare precocemente i giocatori e i loro familiari: le persone si sentono più tutelate a portare il di-

saggio che stanno vivendo in una realtà, come quella ospedaliera, che ha una forte identità sanitaria, priva di etichette cariche di pregiudizi.

I soggetti che sono entrati in contatto con il nostro sportello sono prevalentemente giocatori puri lontani dalle realtà legate al mondo della dipendenza da sostanze e pertanto molto resistenti ad accedere al Ser.D.

La scelta di organizzazione dello sportello, la possibilità di accedere liberamente senza tempi di attesa e le modalità di accoglienza e ascolto, stanno probabilmente giocando un ruolo favorevole alla buona riuscita del progetto.

Per quanto riguarda le criticità finora riscontrate nella messa in atto del progetto, si evidenzia il rischio che queste nuove unità di offerta vengano percepite come separate dal Ser.D., non solo in termini logistici ma anche di cura.

Questo rischio riguarda sia lo sguardo interno degli operatori, sia la percezione dell'utenza.

È stato necessario un lavoro di integrazione e continuità prima di tutto da parte degli operatori dei due servizi, per poter poi proporre un'unità di offerta integrata e complessa nelle sue differenze.

Nell'ottica di possibili sviluppi futuri, questi primi risultati positivi incoraggiano nel sostenere la necessità che questi sportelli vengano messi a regime, e che si possano prevedere luoghi dedicati a tipologie di dipendenza diverse, che tengano conto dei bisogni e delle caratteristiche specifiche.

## Riferimenti bibliografici

- Abbott D.A., Cramer S.L., Sherrets S.D. (1995). Pathological gambling and the family: Practice implications. *Families in society*, 76(4): 213-219.
- Bateson G., Longo G. (2000). *Verso un'ecologia della mente* (Vol. 17). Milano: Adelphi.
- Beccaria F., Rolando S., Hellman M., Bujalski M., Lemmens P. (2015). From criminals to celebrities: Perceptions of "the addict" in the print press from four European countries from nineties to today. *Substance Use & Misuse*, 50(4): 439-453.

- Capitanucci D. (2012). L'anello debole della catena. Essere figli in una famiglia con un problema di gioco. In: *Il contesto del gioco d'azzardo patologico*. Gallarate (Va): Associazione And-Azzardo e Nuove Dipendenze, Centro Internazionale Studi Famiglia.
- Croce M., Reynaudo M., Rascazzo F. (2010). Giocatori e famiglie. Primi dati sulla risposta di aiuto e accoglienza. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 5(2).
- Custer R. (1982). An overview of compulsive gambling. In: Caron P.A., Yolles S.F., Kieffen S.N. (a cura di), *Addictive Disorders Update: alcoholism, drug abuse, gambling*. New York: Human Science Press, pp. 107-124.
- Da Dipendenza U.P. (2007). Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico.
- Della Salute M., Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da gioco d'azzardo patologico (GAP).
- Guerreschi C. (2000). *Giocati dal gioco: quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*. San Paolo.
- Hammond G. (1997). Problematic gambling patterns: Approaching a systemic view. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(4): 203-209.
- Haustein J., Schürgers G. (1992). Therapy with male pathological gamblers: Between self-help group and group therapy – Report of a developmental process. *Journal of Gambling Studies*, 8: 131-142.
- La Rosa F. (2016). Il gioco d'azzardo in Italia: contributi per un approccio interdisciplinare. *Il gioco d'azzardo in Italia*, 0-0.
- Lipari A., Scardina S. (2018). Intervento integrato multidimensionale di matrice sistemica contro il Gioco d'Azzardo Patologico. In: Pacifici R., Giuliani M., La Sala L. (a cura di), *Rapporto Istisan*, 18, 5, *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*.
- Loy J.K., Grüne B., Braun B., Samuelsson E., Kraus L. (2018). Help-seeking behaviour of problem gamblers: a narrative review. *SUCHT*, 64(5-6): 259-272.
- Nava F. (2017). La modernità grave; della clinica delle dipendenze: fra mutazioni e cambiamenti scientifici per un diverso approccio clinico ed organizzativo dei Servizi. *Mission*, 47.
- Pani R., Biolcati R. (2006). *Le dipendenze senza droghe. Lo shopping compulsivo, Internet e il gioco d'azzardo*. Utet.

## RECENSIONE



Mauro Di Lorenzo

### **GIOVANI ADULTI IN CRISI COMPNDERE E AFFRONTARE GLI OSTACOLI NEL PERCORSO FORMATIVO**

Collana: Adolescenza, educazione  
e affetti

euro 27,00

Editore: FrancoAngeli

Il libro approfondisce le fisiologiche criticità del giovane adulto, delineando i principali conflitti e ostacoli che incontra nell'affrontare i compiti di crescita. In particolar modo, analizza le motivazioni affettive ed evolutive delle difficoltà nel realizzare progetti formativi efficaci. Approfondisce inoltre il ruolo affettivo dei giovani universitari e i profili di quelli che si bloccano durante i percorsi di studio: da chi procrastina o pretende da sé una perfezione inarrivabile a chi permane in una eterna indecisione o viene pervaso da fantasie anche violente o autolesive, che segnalano l'impossibilità di superare questi ostacoli.

Per comprendere e intervenire sui blocchi nel percorso formativo non basta ascoltare i giovani, ma occorre allargare lo sguardo anche al loro contesto e in particolare ai loro genitori.

Anche grazie alla presentazione di numerosi casi esemplificativi tratti dall'esperienza dell'autore, il volume fornisce ai terapeuti e agli operatori che incontrano giovani adulti in crisi, ma anche ai loro familiari, utili indicazioni per aiutarli a ripartire nel loro percorso di crescita.

**Mauro Di Lorenzo** è psicoterapeuta e socio dell'Istituto Minotauro di Milano, dove coordina il gruppo clinico che si occupa di giovani adulti e adulti ed è membro dell'équipe psicologica dei servizi della giustizia minorile. È direttore della Scuola di specializzazione in Psicoterapia dell'adolescente e del giovane adulto del Minotauro e professore a contratto di Psicodiagnostica e test presso l'Università degli Studi di Pavia.