



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), Srebranka 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 Vandebroeck (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 comunicate 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 <i>Paola Marsocci</i>	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 <i>Onofrio Casciani</i>	» 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 <i>Sergio Mauceri</i>	» 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

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.

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.

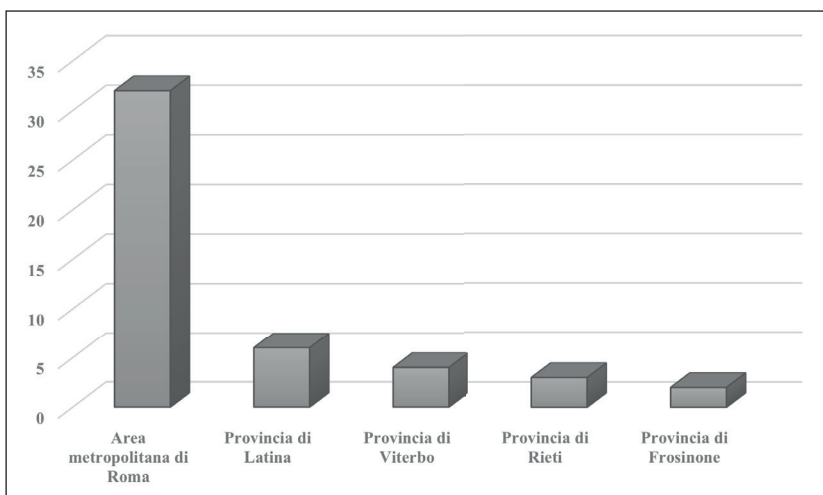
3. Caratteristiche degli Ego, degli Alter e delle loro relazioni

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.

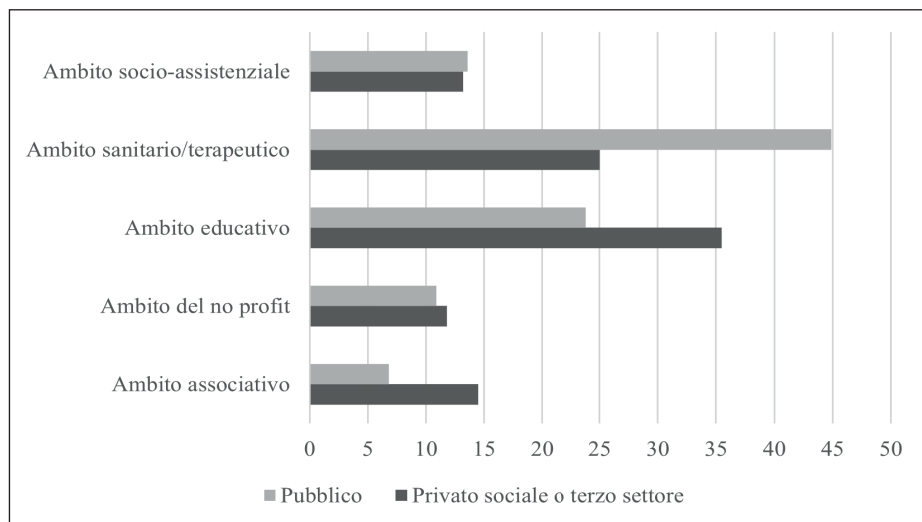
Per verificare questa ipotesi, sono state calcolate le frequenze condizionate delle variabili categoriali *Tipologia di Ego* e *Ambito di attività di Alter* (Fig. 3)⁴.

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 Colferro 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

<i>Nodo</i>	<i>Centralità di grado</i>
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 Colferro 1	16
Cooperativa Magliana '80	15
DSMDP servizio per le dipendenze patologiche	15
Ser.D. Monterotondo	15
Presidio Palestrina e Colferro 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 Foliass. 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 Foliass Monterotondo	Cooperativa Il Cammino	0,04551
Cooperativa Il Cammino	Cooperativa sociale Foliass 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

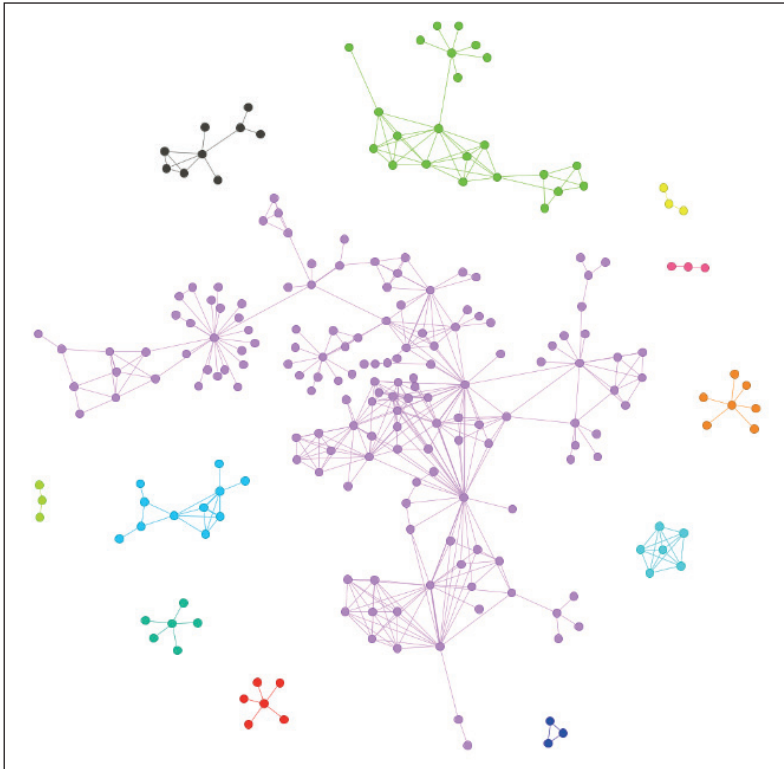
Sebbene, quindi, la cooperativa Il Cammino abbia un numero di legami diretti inferiore a quello della cooperativa Folias, è però connessa a dei nodi con numerosi legami, che di conseguenza la rendono centrale per la sua possibilità di raggiungere un maggior numero di nodi ai quali non è connessa direttamente. 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



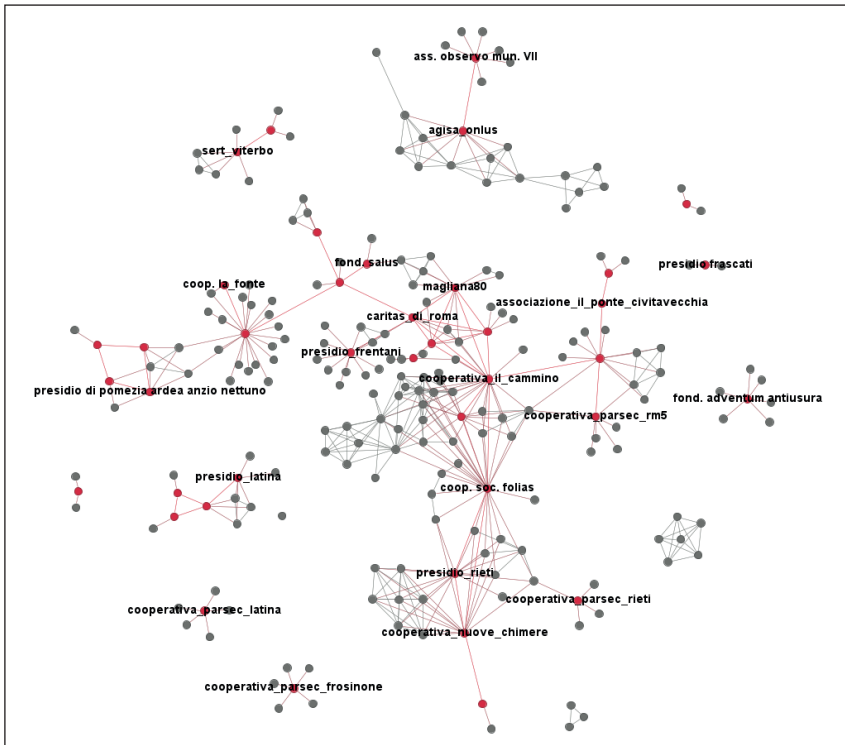
Fonte: il grafo è stato realizzato dalle autrici usando il Software Gephi

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.

potrebbe essere ulteriormente accentuata nel momento in cui alcuni nodi strategici venissero meno. La presenza, in precedenza evidenziata, di 36 punti di articolazione (cfr. Appendice 1), rivela una elevata vulnerabilità della struttura di rete: al venir meno di questi nodi, il numero di componenti connesse aumenterebbe, disconnettendo intere regioni della rete (Fig. 5). I punti di articolazione hanno, infatti, la proprietà di scomporre la componente in due o più sottoreti. Pertanto, sebbene questa rete di attori socio-sanitari, educativi ed assistenziali impegnati nella cura e prevenzione del DGA sia molto ampia, diffusa e articolata, la presenza di un numero elevato di punti di articolazione ne accresce il rischio di frammentazione. Non è un caso, infatti, che a fronte di 12 componenti connesse, se ne contino ben 123 biconnesse, cioè le componenti che otterremmo nel caso in cui i punti di articolazione venissero meno nella rete, contribuendo a renderla ancor più frammentata al suo interno.

Fig. 5 – Punti di articolazione della rete totale integrata – Quadro regionale del Lazio



Fonte: il grafo è stato realizzato dalle autrici usando il Software Gephi

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.

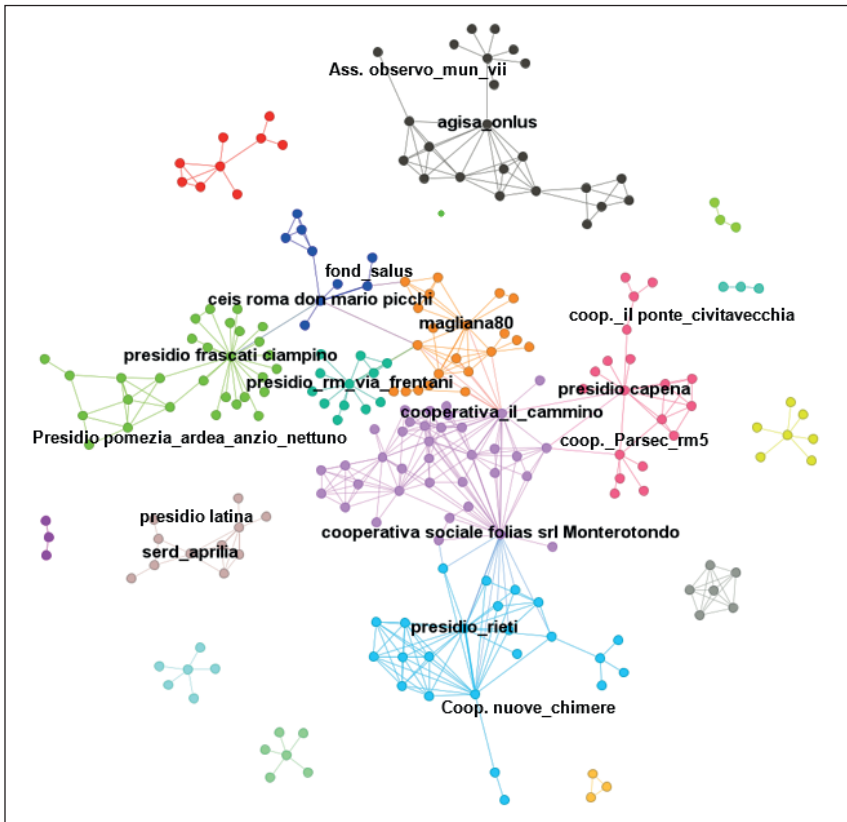
Considerato il ruolo strategico di questi nodi nell'economia generale della rete globale, occorre fare in modo di valorizzarne e rinsaldarne il posizionamento nel sistema dei servizi, per ridurre il potenziale di vulnerabilità. Sono questi gli interlocutori a cui guardare prioritariamente nel programmare 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 CeLS 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.

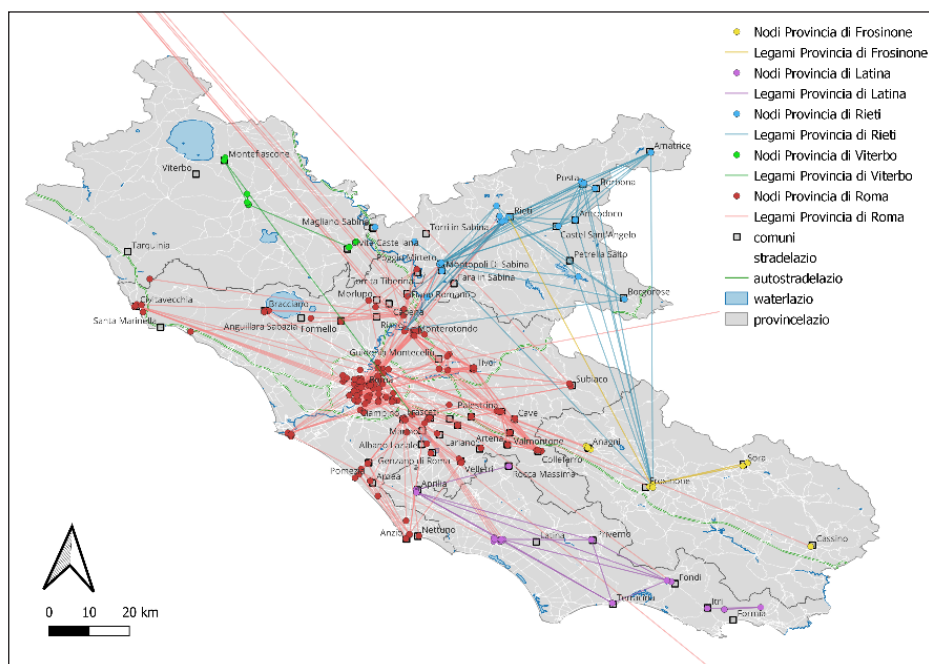
Infine, anche per quanto concerne gli eventi si registra una attività limitata e concentrata in alcune aree della rete. I nodi più attivi sono la cooperativa Parsec, le associazioni Agis Onlus e Observo del Municipio VII; e per la parte pubblica il Presidio di via dei Frentani e il Ser.D. di Terracina 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, Antrodoco 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 – *betweennes*, *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

ALLEGATO 2 – Questionario indagine network

Il questionario è stato somministrato durante interviste *face to face* ai referenti degli enti/servizi o a loro delegati. Per l'annotazione delle risposte è stato utilizzato Ego-net, software specifico per la raccolta e il trattamento dei dati relazionali

Domande relative agli EGO

1. Indichi la precisa denominazione dell'ente/servizio/centro/organizzazione per cui lavora
- 2.a Indichi il comune e la provincia in cui si trova l'ente/servizio/centro/organizzazione per cui lavora
- 2b. Indichi l'indirizzo esatto in cui è ubicato l'ente/servizio/centro/organizzazione per cui lavora
3. Qual è il suo ruolo all'interno dell'ente/servizio/centro/organizzazione?
- 4a. La realtà per cui lavora è:
 - un ente/servizio/centro pubblico
 - un ente/servizio/centro del privato sociale o del terzo settore
 - altro _____
5. Quante persone, tra dipendenti e volontari, lavorano attualmente presso l'ente/servizio/centro/organizzazione?
- 6a. Quanti assistenti sociali lavorano attualmente presso l'ente/servizio/centro/organizzazione?
- 6b. Quanti psicologi lavorano attualmente presso l'ente/servizio/centro/organizzazione?
- 6c. Quanti medici lavorano attualmente presso l'ente/servizio/centro/organizzazione?
- 6d. Quanti psichiatri lavorano attualmente presso l'ente/servizio/centro/organizzazione?

6e. Quanti volontari mediamente collaborano con l'ente/servizio/centro/organizzazione?

6f. Quanti sono i dipendenti di altra qualifica che lavorano attualmente presso l'ente/servizio/centro/organizzazione

6g. Può specificare quale qualifica hanno queste persone? [se indicato un numero diverso da 0 alla domanda 6f]

7a. Nell'ultimo anno (2021) sono stati erogati specifici servizi finalizzati al contrasto o alla cura del disturbo da gioco d'azzardo?

sì
no

7b. Quali servizi in particolare? [se ha risposto sì alla domanda 7a]

7c. Quante persone con disturbo primario da gioco d'azzardo sono state seguite nel 2021? [se ha risposto sì alla 7a]

7d. Quante persone con disturbo secondario da gioco d'azzardo, associato ad altre forme di dipendenza, sono state seguite nel 2021? [se ha risposto sì alla 7a]

7e. Rispetto al 2019, la numerosità delle persone con disturbo da gioco d'azzardo seguite è complessivamente: [se ha risposto sì alla 7a]

aumentata
diminuita
rimasta invariata

8a. Nell'ultimo anno (2021) sono stati organizzati corsi/occasioni di formazione finalizzati al contrasto o alla cura del disturbo da gioco d'azzardo?

sì
no

8b. Su quali temi/argomenti? [se ha risposto sì alla domanda 8a]

8c. Nello stesso periodo, complessivamente quante persone hanno preso parte a corsi/occasioni di formazione? [se ha risposto sì alla domanda 8a]

8d. Rispetto al 2019, la numerosità delle persone che hanno preso parte a corsi/occasioni di formazione è complessivamente: [se ha risposto *sì* alla domanda 8a]

aumentata
diminuita
rimasta invariata

9a. Nell'ultimo anno (2021) sono stati organizzati eventi finalizzati alla prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo?

sì
no

9b. Che tipo di eventi? [se ha risposto *sì* alla 9a]

9c. Nello stesso periodo, complessivamente quante persone sono state raggiunte con gli eventi finalizzati alla prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo? [se ha risposto *sì* alla 9a]

9d. Rispetto al 2019, la numerosità delle persone che sono state raggiunte con gli eventi è complessivamente: [se ha risposto *sì* alla 9a]

aumentata
diminuita
rimasta invariata

10a. Nell'ultimo anno (2021) sono stati avviati progetti finalizzati alla prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo?

sì
no

10b. Indichi la denominazione del/dei progetto/i [se ha risposto *sì* alla 10a]

10c. Quali sono gli obiettivi specifici e le principali attività del/dei progetto/i? [se ha risposto *sì* alla 10a]

10d. Nello stesso periodo, complessivamente quante persone sono state coinvolte nei progetti finalizzati alla prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo? [se ha risposto *sì* alla 10a]

10e. Rispetto al 2019, la numerosità delle persone coinvolte nei progetti è complessivamente: [se ha risposto *sì* alla 10a]

aumentata

diminuita
rimasta invariata

ALTER PROMPT – Indicare minimo 2 Alter

Con quali attori tra servizi pubblici (scuole, Asl, Csm, etc.), realtà associative del privato sociale (coop. Sociali, associazioni, gruppi di volontariato...), gruppi di mutuo auto-aiuto, sportelli antiusura, associazioni di categoria (Federtabaccai, giocatori anonimi, etc.) il suo Ente (Ego) ha collaborato tra il 2019 e il 2021 per la realizzazione di servizi/progetti/interventi di prevenzione/contrasto/cura del disturbo da gioco d'azzardo?

Domande relative agli ALTER

[le successive domande vengono ripetute per ogni *alter* indicato nella domanda precedente]

11a. *Alter 1* è:

SERD
Centro Salute Mentale (CSM)
Azienda pubblica Servizi alla Persona (ASP)
Comune
Scuola
Gruppo di auto-mutuo-aiuto
Centro/sportello antiusura
Sportello legale
Associazione di categoria
Cooperativa sociale
Associazione/fondazione
Azienda no profit
Onlus
Altro

11b. Può specificare la categoria di *Alter 1*? [per chi ha indicato *altro* alla domanda 11a]

12a. La sua realtà ha collaborato con *Alter 1* per l'erogazione di uno o più servizi specifici?

sì

no

12b. Indichi la finalità del/dei servizio/i erogati in collaborazione con *Alter 1*? [se ha risposto sì alla 12a]

prevenzione

contrasto

cura

13a. La sua realtà ha collaborato con *Alter 1* per l'organizzazione di uno o più corsi/occasioni di formazione sul disturbo da gioco d'azzardo?

sì

no

13b. Indichi la finalità del/dei corso/i di formazione organizzati in collaborazione con *Alter 1* [se ha risposto sì alla 13a]

prevenzione

contrasto

cura

14a. La sua realtà ha collaborato con *Alter 1* per l'organizzazione di uno o più eventi sul disturbo da gioco d'azzardo?

sì

no

14b. Indichi la finalità del/degli evento/i organizzati in collaborazione con *Alter 1* [se ha risposto sì alla 14a]

prevenzione

contrasto

cura

15a. La sua realtà ha collaborato con *Alter 1* per l'avvio di uno o più progetti sul disturbo da gioco d'azzardo?

sì

no

15b. Indichi la finalità del/dei progetto/i avviati in collaborazione con *Alter 1* [se ha risposto sì alla 15a]

prevenzione
contrasto
cura

16. È a conoscenza di collaborazioni ulteriori in questo campo di intervento tra *Alter 1* e *Alter 2*?

[La domanda si ripete per ogni coppia di Alter indicati in precedenza]

sì
probabilmente sì
no
non so