

# “PER ME ERA SOLTANTO UN VIZIO”

Lo stigma e altre barriere all'accesso  
al trattamento per gioco problematico.



**“Per me era soltanto un vizio”. Lo stigma e altre barriere all’accesso al trattamento per gioco problematico.**

Ricerca realizzata da Eclectica, Istituto di ricerca e formazione, Torino

Rapporto di ricerca a cura di: Sara Rolando, Chiara Ferrari

Responsabile scientifico: Franca Beccaria

Gruppo di lavoro: Franca Beccaria, Vilma Buttolo, Chiara Ferrari, Paolo Jarre, Sara Rolando

Formazione intervistatori: Sara Rolando

Realizzazione interviste: Valentina Fida, Marialuisa Matera, Francesca Paracchini

Questo studio rientra fra i Progetti previsti dal Piano locale Dipendenze finanziato con fondi del Budget 2019-2020 assegnato dalla Regione Piemonte al Dipartimento Dipendenze dell’ASL TO3. L’incarico è stato affidato a Eclectica s.n.c. con Deliberazione del Direttore Generale N. 1217 del 11/08/2020 per comprovate esperienze specifiche nella ricerca sociologica sul gioco d’azzardo.

Il protocollo di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico Interaziendale San Luigi Gonzaga, istituito presso l’Azienda Ospedaliero- Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano nella seduta del 5 novembre 2020, pratica 180/2020.

*Si ringraziano gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze dell’ASL CN1, TO4 e VCO che hanno collaborato al reclutamento degli intervistati: Simona Dutto, Pierpaola Manassero, Patrizia Morandi, Enrica Zanetto.*

*Un ringraziamento speciale va alle persone che hanno reso possibile lo studio accettando di essere intervistate e condividere con noi le loro storie.*

## Indice

1.	Introduzione .....	4
2.	Cornice teorica e obiettivi della ricerca .....	5
3.	Metodologia .....	6
3.1	Reclutamento.....	6
3.2	Descrizione del campione.....	7
3.3	Strumenti di ricerca e strategie di analisi.....	8
4.	Risultati.....	9
4.1	Pratiche, autoregolazione e rappresentazioni sociali del gioco d'azzardo.....	9
4.1.1	Abitudini di gioco e motivazioni .....	9
4.1.2	Carriere di gioco: fattori di rischio e protezione.....	12
4.1.3	Strategie di autocontrollo.....	15
4.1.4	Rappresentazioni sociali, auto-rappresentazioni e stigma.....	19
4.2	L'accesso ai servizi.....	22
4.2.1	La percezione del problema.....	22
4.2.2	Gli ostacoli alla richiesta di aiuto .....	25
4.2.3	Emergenza della richiesta di aiuto.....	27
4.2.4	Canali di accesso ai servizi e fattori facilitanti .....	29
4.3	Esperienze di trattamento .....	31
4.3.1	Tipo di trattamento .....	31
4.3.2	Aspettative e primo impatto con i servizi .....	32
4.3.3	Elementi di efficacia .....	35
4.3.4	Elementi di criticità.....	39
4.3.5	Effetti percepiti del trattamento .....	42
5.	Conclusioni .....	45
6.	Bibliografia.....	48
7.	Allegato 1: Traccia intervista .....	52

## 1. Introduzione

Come riportano i dati del Consiglio Nazionale delle Ricerche (2019), adottando lo strumento diagnostico del CPGI (Canadian Problem Gambling Index) l'1,57% dei residenti in Piemonte con un'età compresa tra i 18 e gli 84 anni (circa 50.000 persone) è un giocatore problematico. Si tratta di un dato che deriva dalla somma di quanti presentano un profilo "a rischio moderato" con coloro che riportano una condizione di "gioco problematico", che indica la presenza di un problema diffuso e particolarmente rilevante per la Regione.

Per cercare di contrastare il gioco d'azzardo, la Giunta Regionale ha approvato nel 2017 il Piano GAP "Piano integrato delle attività di contrasto, prevenzione, diagnosi, cura del gioco d'azzardo patologico (GAP)" che si propone non solo di prevenire la dipendenza patologica, ma anche di arginare l'ampia gamma di problemi connessi al gioco. Le ricerche internazionali hanno evidenziato quattro categorie principali di problemi legati al gioco d'azzardo, e non necessariamente solo a quello definibile come patologico: finanziari (perdite economiche, problemi sul lavoro, perdita del lavoro), relazionali (separazioni, conflitti legati alla richiesta di denaro), legali (problemi con la polizia, uso di mezzi illegali per procurarsi denaro) e di salute (dipendenza, ansia, depressione, ideazione suicidaria) (Competition and Efficiency Commission, 2012).

Il piano GAP comprende diverse azioni che si articolano su più livelli e che sono orientate principalmente a sensibilizzare i professionisti e la comunità nel suo insieme sul gioco d'azzardo, diffondendo informazioni alla cittadinanza sui rischi connessi. Un altro fronte di azione prevede la costituzione di presidi di aiuto non connotati sanitariamente e l'attuazione di servizi in grado di facilitare l'accesso alle persone (per esempio ampliando le fasce orarie degli sportelli o i tipi di trattamenti proposti). Una particolare attenzione viene rivolta ai familiari dei giocatori, verso cui dovrebbero essere pensati spazi predisposti appositamente per ricevere sostegno nella gestione dei propri cari.

Nonostante i molteplici tentativi messi in atto dalla Regione con il piano GAP per cercare di contenere e prevenire il gioco problematico, in Piemonte il numero di giocatori che si rivolgono ai Servizi per le Dipendenze (SerD) - nel 2018 1.155 secondo i dati dell'OED (Diecidue et al. 2020) - rappresenta ancora una piccola minoranza dei 50.000 giocatori problematici stimati. Si tratta di un dato che sembra essere in linea con la letteratura internazionale, che indica che solamente il 10% di persone con ludopatia parrebbe chiedere un aiuto professionale per cercare di cambiare la propria condizione (Ladouceur et al. 2001; Suurvali et al., 2008). L'accesso ai servizi e il mantenimento all'interno del trattamento rappresentano infatti una grossa sfida, non solo per le dipendenze da sostanza, ma anche per quelle da gioco.

Risulta evidente, dunque, l'urgenza di comprendere a fondo quali siano le principali difficoltà che un giocatore incontra nel processo di presa di coscienza del problema che può portare o meno ad accedere ai servizi di trattamento e quali siano i fattori che, al contrario, possono facilitare la richiesta di aiuto. Tale conoscenza è infatti cruciale per l'ideazione e la progettazione di azioni in grado di incoraggiare l'emersione della domanda di aiuto e di aumentare nei giocatori la consapevolezza delle risorse disponibili (Gainsbury et al., 2014). In questo senso, risulta importante raccogliere il punto di vista dei giocatori problematici, non solo quelli in contatto con i servizi di trattamento, ma anche coloro che per diverse ragioni hanno scelto di non cercare un aiuto professionale (Suurvali et al., 2009; Baxter et al., 2016).

La ricerca-azione nell'ambito della quale è stato prodotto questo report, mira ad approfondire la comprensione dei fattori che ostacolano o, viceversa, facilitano la richiesta d'aiuto da parte dei giocatori problematici, al fine di co-progettare con gli stakeholder dei territori azioni strategiche finalizzate a incrementare l'accesso ai servizi. Il presente report costituisce l'esito della prima fase,

che ha visto la realizzazione di interviste qualitative in tre distretti del Piemonte. Le informazioni e le riflessioni qui contenute saranno quindi oggetto di confronto di tre workshop che vedranno la partecipazione attiva di diversi stakeholder del territorio.

## 2. Cornice teorica e obiettivi della ricerca

La decisione di rivolgersi a un servizio, spesso tardiva, è determinata più dal verificarsi di eventi critici (quali un licenziamento, una separazione, l'essere stati sorpresi a rubare...) che dal riconoscimento di avere un problema con il gioco (Evans & Delfabbro, 2005). L'accesso al trattamento, infatti, si configura come un processo in cui, dopo diversi tentativi fallimentari di autoregolarsi, la persona sceglie di chiedere aiuto. Se da una parte l'autoregolazione (*self-regulation*) è una strategia positiva che può contenere i comportamenti compulsivi anche in assenza di trattamento, dall'altra bisogna considerare che, in determinate circostanze il verificarsi di eventi critici può minare l'efficacia dell'autoregolazione incrementando i comportamenti di gioco problematici (Suurvali et al., 2009).

Nel corso di vita di un giocatore possono dunque subentrare diversi elementi significativi che agiscono come fattori di facilitazione oppure di ostacolo all'entrata in trattamento. Tra le barriere più frequentemente riportate ritroviamo i sentimenti di vergogna, la paura di essere stigmatizzati e la conseguente difficoltà ad ammettere di avere dei problemi legati al gioco (Suurvali et al., 2009; Scull & Woolcock, 2005; Rockloff e Schofield, 2004; Pulford et al. 2009; Gainsbury et al. 2014). Altri ostacoli, citati in misura inferiore, ma comunque presenti nelle narrazioni dei giocatori, sono la pressione esercitata da altri a giocare e la mancanza di supporto al cambiamento, la contrarietà a rinunciare ai benefici percepiti (economici, sociali, emotivi) così come la difficoltà a condividere i propri problemi (Suurvali et al., 2008).

Il processo di richiesta di aiuto è influenzato non solo dai contesti di socializzazione primaria (come la famiglia) o la sfera sociale, ma anche da aspetti che riguardano i servizi a disposizione di giocatori, famiglie, comunità. Tra le barriere che ostacolano l'emersione della domanda di trattamento e di aiuto alcuni studi effettuati su giocatori regolari e problematici citano la scarsa o mancata conoscenza sia dei servizi di aiuto generici (es.: il medico di famiglia) che di quelli specifici per le dipendenze, tanto che l'esistenza di una gamma di servizi differenziati (quali gruppi di auto mutuo aiuto; consulenze finanziarie, legali e relazionali; assistenza sul luogo di gioco; sportelli di supporto online), è pressoché ignorata. Quandanche si venga a conoscenza dell'esistenza dei servizi, altre barriere possono essere legate alla percezione di bassa qualità ed efficacia degli stessi (Suurvali et al. 2009; Gainsbury et al. 2014) così come la preoccupazione economica legata al costo del percorso (Rockloff e Schofield, 2004; Gainsbury et al. 2014).

In linea con la letteratura internazionale, una recente ricerca qualitativa realizzata in Piemonte (Rolando et al., 2019) ha evidenziato alcune barriere al trattamento che riguardano in particolare i SerD: 1) la mancata conoscenza del servizio da parte di molti; 2) l'associazione dei SerD al solo trattamento della dipendenza da sostanze illegali e lo stigma che ne deriva; 3) la convinzione, confermata anche in letteratura (Blaszczynski, 1998); Robson et al., 2002) che il trattamento sia necessariamente finalizzato all'astinenza totale piuttosto che al 'gioco controllato'.

Anche dopo essersi rivolti al servizio preposto, non è detto che la persona rimanga agganciata senza sperimentare difficoltà: in questo senso, si è visto come l'adesione al trattamento possa essere influenzata sia da tratti individuali, quali il nevroticismo (Echeburúa et al., 2001), l'impulsività (Leblond et al., 2003), il disturbo post-traumatico da stress (Maniaci et al., 2017), ma anche da aspetti sociali o concernenti la propria storia da giocatore, come l'inizio e la durata del gioco d'azzardo

(Milton et al., 2002), la disoccupazione (Hodgins et al., 2004), l'età o il debito contratto (Echeburúa et al., 2001).

Ulteriori studi hanno identificato, al contrario, come per facilitare l'ingresso ai servizi e il successo terapeutico del trattamento sia importante agire sulle motivazioni iniziali dei giocatori (magari fornendo loro materiale informativo sui servizi) e sulle loro aspettative rispetto alla terapia (Pfund, Whelan, Peter, & Meyers, 2020). Un'indagine telefonica canadese condotta su 730 partecipanti maggiorenni con dichiarati problemi di gioco (presenti o trascorsi) ha rilevato oltre alle informazioni socio demografiche, l'auto-percezione del problema delle persone, la gravità dei problemi con il gioco d'azzardo, la conoscenza dei servizi, gli ostacoli e le facilitazioni della richiesta di aiuto nonché eventuali tentativi di accesso al trattamento. I risultati dello studio hanno messo in evidenza come le ragioni economiche e relazionali siano le motivazioni più frequenti che spingono le persone a ricercare aiuto (Suurvali et al., 2012). Tra i giocatori che ammettono di avere un problema grave, quelli con un'occupazione stabile, con buoni livelli di istruzione o con alle spalle una precedente esperienza di trattamento, sono solitamente più propensi a ricercare aiuto (ibidem).

In sintesi, l'accesso ai servizi non si configura come un percorso lineare, ma piuttosto un processo dinamico che può essere influenzato da diversi fattori: metterli a fuoco e cercare di comprenderli a fondo, dando voce ai diretti interessati, è importante per mettere in campo policy e azioni (sanitarie, sociali, culturali, formative, organizzative) integrate e mirate a facilitare l'emersione della richiesta di aiuto. Queste dovranno coinvolgere necessariamente target multipli: non solo i giocatori e i loro familiari, ma anche le comunità, i servizi, gli stakeholder e i decisori politici.

La ricerca-azione si propone due obiettivi primari:

- aumentare la conoscenza sulle barriere, anche in termini di convinzioni, che ostacolano l'emersione della richiesta di aiuto e sui fattori che, al contrario, facilitano l'aggancio e l'adesione al trattamento, in particolare il ricorso ai servizi per le dipendenze (SerD);
- costruire una rete di collaborazione inter istituzionale sul territorio volta a favorire la richiesta di aiuto e quindi l'emersione della parte sommersa del gioco problematico.

### 3. Metodologia

#### 3.1 Reclutamento

Poiché nella precedente ricerca già citata (Rolando et al. 2019) i motivi del non ricorso ai servizi erano già stati indagati nelle interviste rivolte a 60 giocatori non in trattamento, il gruppo di ricerca ha deciso di approfondire questo tema anche e soprattutto con i giocatori in trattamento (presso il SerD e non), al fine di ricostruire il percorso che li ha portati alla richiesta di aiuto.

Gli intervistati sono stati reclutati omogeneamente tra i giocatori residenti in 3 territori diversi del Piemonte (ASL CN1, ASL TO4, ASL VCO), individuati sulla base della disponibilità dei Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze a sostenere la ricerca azione e sulla diversa collocazione geografica (province di Cuneo, Torino e del Verbano Cusio Ossola). Una parte del campione è stata reclutata tra persone in trattamento presso un SerD, che chiameremo per brevità **utenti**, tramite gli operatori. Gli operatori dei tre servizi territoriali hanno proposto la partecipazione a tutti gli utenti in carico in quel momento per gioco d'azzardo, presentando/leggendo loro l'informativa messa a disposizione dai ricercatori. Un'altra parte del campione, che chiameremo **esterni**, è stata agganciata o direttamente presso i punti gioco o attraverso canali informali (conoscenti, passaparola, gruppi

Facebook, psicologici/psicoterapeutici privati, gruppi di Giocatori Anonimi). Il requisito di eleggibilità degli intervistati era la dichiarata consapevolezza di avere/avere avuto un problema con il gioco e avere cercato di risolverlo<sup>1</sup>. L'intenzione era di includere nel gruppo degli esterni sia giocatori in trattamento presso un servizio diverso dal SerD, sia persone non in trattamento. Entrambi i sotto-insiemi del campione (utenti ed esterni) sono stati costruiti in modo da poter osservare eventuali variazioni legate al genere, all'età e al tipo di gioco preferito.

### *3.2 Descrizione del campione*

Il campione degli **utenti** (n=15), costituito da giocatori/ex-giocatori in carico al servizio pubblico (SerD) al momento dell'intervista, sono prevalentemente maschi, sposati e con figli (vedi Tabella 1). Gli intervistati sono stati reclutati in maniera uniforme su tutte e tre le aree territoriali coinvolte nella ricerca (Torino, Cuneo, Verbanco-Cusio-Ossola). La maggior parte di loro (n=6) dichiara di avere il titolo di scuola media inferiore, 5 la licenza elementare, mentre la restante parte riferisce di aver completato il percorso di studi della scuola superiore di secondo grado. Per quanto concerne l'età, 7 partecipanti si collocano in un range compreso tra i 41 e i 60 anni, mentre l'altra metà degli intervistati risulta appartenente alla fascia over 60 (n=5) o alla classe di età 26-40 anni (n=2). Solo 1 persona rientra nella fascia di età compresa tra i 18 e i 25 anni. Il profilo dei giocatori risulta essere in linea con quello proveniente dalle ricerche epidemiologiche (Cerrai et al., 2018), infatti, la media dell'età degli "utenti" è di 50,4 con una deviazione standard di 12,99. In riferimento alla posizione lavorativa ricoperta, gli intervistati hanno in prevalenza un'occupazione stabile (n=6) o sono pensionati (n=4), mentre la parte restante del campione si distribuisce tra disoccupati (n=2), precari (n=1), non in regola (n=1) o studenti (n=1). Dall'analisi delle interviste è stato possibile anche identificare il gioco preferito di ogni intervistato: in linea dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Piemonte (OED 2019) tra i giocatori in trattamento prevalgono quelli che hanno quale gioco d'elezione gli apparecchi elettronici (n=11), che catturano la maggior parte del gioco problematico (Cerrai et al. 2018), seguiti da coloro che prediligono Gratta e Vinci (n=3) e i giocatori on line (n=1).

Anche il sotto-campione dei giocatori **esterni** (n=15) è costituito da persone reclutate nei distretti territoriali del Verbanco-Cusio-Ossola (VCO), dell'ASL TO4 e dell'ASL CN1. 8 degli intervistati non erano in trattamento al momento dell'intervista, 5 aderivano ai gruppi di Giocatori Anonimi, uno era in trattamento presso uno studio privato di uno psicologo e uno in cura presso un naturopata. Anche tra coloro che non erano in trattamento al momento dell'intervista, 3 hanno avuto precedenti esperienze di trattamento presso ASL o altri servizi e una quarta persona dichiara di aver guardato su internet video di colloqui psicologici per aiutarsi a cambiare il proprio atteggiamento verso il gioco. Anche questo sotto-campione è costituito prevalentemente da uomini sposati con figli. Tra i soggetti coinvolti, 7 avevano il titolo di scuola media superiore (con un percorso di 5 anni), 6 il diploma di scuola media inferiore, 1 la laurea e 1 il diploma di media superiore triennale. Infine, anche in questo caso, c'è una prevalenza di persone con una posizione lavorativa stabile (n=12), ma, a differenza del sotto-campione degli utenti, non comprende soggetti disoccupati o non in regola. In questo caso il gioco d'elezione<sup>2</sup> prevalente, segnalato da più della metà degli intervistati, sono le slot machine, seguite, parimenti, da Gratta e Vinci, il gioco online e la roulette da Casinò. Solo un partecipante esprime preferenza per il Lotto.

---

<sup>1</sup> La domanda filtro prevedeva la risposta affermativa dell'intervistato alla seguente domanda: "lei ha mai pensato che il gioco le stesse causando dei problemi e provato a risolverli?"

<sup>2</sup> Con il termine "gioco d'elezione" ci riferiamo al gioco identificato dalla persona come quello maggiormente praticato (oltre che essere quello preferito).

Tabella 1 - Caratteristiche degli intervistati

<b>Zona di residenza</b>		<b>Titolo di studio</b>	
Torino 4 (TO)	10	Licenza elementare	5
Cuneo1 (CN)	10	Media inferiore	6
Verbania (VB)	10	Media superiore (3 anni)	-
<b>Rapporto con i Serd</b>		Media superiore (5 anni)	4
Utente	15	Laurea	-
Esterno	15	<b>Posizione lavorativa</b>	
<b>Genere</b>		Occupato/a stabile	18
Maschi	23	Precario/a – non in regola	3
Femmine	7	Studente	2
<b>Figli</b>		Pensionato/a	5
Si	20	Disoccupato	2
No	10	<b>Stato civile</b>	
<b>Età</b>		Sposato/a	6
18-25	1	Celibe/nubile	5
26-40	8	Convivente	2
41-60	15	Vedovo/a	1
61+	6	Separato/a-divorziato/a	1
<b>Gioco d'elezione</b>			
Slot	11		
Gratta & vinci	3		
Online	1		

### 3.3 Strumenti di ricerca e strategie di analisi

Nei mesi di novembre, dicembre 2020 e gennaio 2021 sono state condotte 30 *interviste individuali semi-strutturate* con giocatori in trattamento e non, consapevoli di avere/avere avuto un problema con il gioco, volte ad approfondire in particolare la conoscenza e le opinioni sui servizi preposti al trattamento del gioco d'azzardo problematico. Le interviste sono state realizzate da ricercatori appositamente formati e supervisionati presso un locale dell'Asl territoriale, o in altro luogo concordato con l'intervistato in modo tale da garantirne la privacy. L'evoluzione della situazione emergenziale legata al Covid-19 ha fatto sì che la maggior parte delle interviste siano state realizzate su piattaforma online, avvalendosi di strumenti per le videochiamate quali Skype, Zoom o Meet.

Per la conduzione delle interviste è stato adottato un approccio narrativo non direttivo, cioè è stata utilizzata in maniera flessibile una traccia semi-strutturata con l'obiettivo di lasciare emergere il più possibile il vissuto e le credenze degli intervistati e assecondare l'emersione del filo logico dei loro pensieri.

Sono stati indagati, in particolare: abitudini e pratiche di gioco prima e dopo il trattamento (nel caso in cui vi fosse stato); i momenti di cambiamento intervenuti nella loro storia di gioco o "carriera"; il percorso che ha portato alla presa di coscienza del problema e del bisogno di aiuto; i fattori che hanno portato a, o al contrario, ostacolato, la richiesta di aiuto e l'eventuale entrata in trattamento; gli aspetti favorevoli e ostacolanti l'adesione al trattamento; le rappresentazioni relative al gioco d'azzardo e ai servizi dedicati ai giocatori.

Ogni giocatore reclutato è stato informato sugli scopi della ricerca e rassicurato sul rispetto dell'anonimato. È stato quindi invitato a firmare il modulo di consenso informato al trattamento dei

dati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy. Le interviste, previa autorizzazione delle persone, sono state audio-registrate con appositi registratori audio. Una volta trascritti letteralmente, i file audio sono stati cancellati mentre i documenti scritti corrispondenti a una intervista sono stati identificati con una stringa alfanumerica mentre sono stati cancellati eventuali riferimenti all'identità personale.

Le interviste hanno avuto una durata media di 45/50 minuti, quelle con gli esterni sono state in genere più brevi. Gli intervistatori hanno lasciato sempre agli intervistati la possibilità di interrompere il colloquio e/o riprenderlo in un momento successivo in caso di necessità. Questo è accaduto ad esempio nel caso delle interviste a distanza, quando l'intervistato non si trovava a casa da solo e temeva di essere ascoltato dai familiari. Solo in un caso l'intervista è stata rinviata a un altro giorno perché l'intervistato sembrava sotto l'effetto di sostanze psicoattive.

Come raccomandato dalla letteratura (Wickham e Woods 2005), i testi sono stati integralmente trascritti e analizzati con l'ausilio di un software specifico per la ricerca qualitativa, in questo caso Atlas.ti, che permette la tracciabilità dei dati e facilita l'accesso ai documenti primari (trascrizioni intere originali) per tutto il processo di analisi. La codifica è stata seguita da un approccio abducente (Timmermans e Tavory 2012), basato sia sulle domande di ricerca (e quindi sulla letteratura) che sui dati emergenti. In altre parole sono stati predefiniti dei codici basati sulle domande di ricerca, ma i ricercatori hanno aggiunto nuovi codici non previsti dalla letteratura emersi dalle narrazioni.

## 4. Risultati

### *4.1 Pratiche, autoregolazione e rappresentazioni sociali del gioco d'azzardo*

Le abitudini di gioco e la loro evoluzione nel tempo, o carriera, non erano tra i principali oggetti di indagine di questo studio, tuttavia riteniamo utile riportare alcune considerazioni sintetiche, sulle prime, per fornire una migliore comprensione del carattere eterogeneo del campione, e sulle seconde, in quanto forniscono il quadro più ampio in cui leggere il processo che può portare o meno al ricorso ai servizi e i fattori che ostacolano o facilitano l'autoregolazione, al di là delle strategie specifiche messe in atto consapevolmente. Analizzare le autorappresentazioni degli intervistati e le rappresentazioni percepite sul gioco d'azzardo e i giocatori è infine imprescindibile per indagare i processi di stigmatizzazione che ostacolano l'emersione della domanda di aiuto.

#### 4.1.1 Abitudini di gioco e motivazioni

Indipendentemente dal gioco d'elezione, gli intervistati presentano **frequenze di gioco** medio- alte: tutti dichiarano di giocare almeno una volta a settimana fino a un massimo di più volte al giorno. Inoltre, le carriere di molti sono caratterizzate da periodi di gioco più intenso alternati a momenti di minore frequenza, secondo un andamento sinusoidale tipico dei comportamenti compulsivi.

Anche la durata media della sessione di gioco è molto variabile, e varia anche in base al tipo di gioco e dal luogo. Le sale da gioco o il casinò, architettati per ottenere questo effetto (Vinai, 2020) sembrano facilitare una permanenza prolungata anche secondo gli intervistati.

*“[Parlando di una sala giochi] Mi accorgevo che ero rincoglionito proprio, perché stavo anche 10, 8 ore sempre davanti a quelle lucine lì [delle slot machines] era proprio... negli ultimi anni è stato proprio tremendo.” (16\_M\_72\_E<sup>3</sup>)*

Nel caso delle lotterie e del Gratta e Vinci, solitamente fruibili nelle tabaccherie o nei bar (luoghi di passaggio frequentati anche da non giocatori) i tempi di gioco sono più brevi, così come la permanenza nel punto vendita, anche se qualcuno ha la tendenza a recarsi presso altre tabaccherie o bar una volta usciti dal primo punto di gioco per acquistare lì nuove schedine.

*“Il gioco era assiduo, si trasmetteva... mi trasferivo da un reparto, da una tabaccheria all'altra... a Domodossola purtroppo sono tante. [...] E questa è una cosa, come si dice, noi usiamo un termine proprio appropriato per questo problema... compulsivo: cioè da una parte all'altra, da una tabaccheria alla l'altra.” (18\_M\_51\_E)*

Alcuni intervistati riferiscono di giocare solitamente nei bar con slot o videopoker vicino al luogo di lavoro, in compagnia di colleghi o in solitudine, soprattutto quando si è in trasferta. Altri, invece, dichiarano di avere scelto appositamente un luogo poco frequentato o non particolarmente esposto agli sguardi e al giudizio dei compaesani.

*“Le strutture dove andavo a giocare, quindi i locali così... tendenzialmente erano solo 1 o 2, non di più. Anche perché era più che altro legato al passaggio e tutto... perché andavo a lavorare e ti fermavi lì [...] se stavo in paese sicuramente ci sarebbe stato un giudizio perché il paese è piccolo e la gente mormora. Ci sarebbe stato un giudizio da parte degli abitanti, dei miei vicini.” (11\_VB\_M\_58\_U)*

Tra gli intervistati residenti nel VCO, c'è anche l'abitudine a spostarsi in Svizzera per andare a giocare nei casinò.

Il tipo di gioco influenza anche il **momento della giornata** in cui è possibile o più opportuno giocare: coloro che prediligono i Gratta e Vinci in genere lo fanno di giorno, mentre tra i giocatori online molti si dedicano all'azzardo anche durante le ore serali e talvolta anche notturne.

Il campione si contraddistingue non solo per una elevata frequenza di gioco, ma anche per l'ammontare degli **importi medi** destinati all'azzardo: alcuni giocatori riferiscono di spendere dai 300-400 euro fino a 1000 euro a giocata.

*“Beh quando... nel periodo di clou anche tutti i giorni, anche più volte al giorno con cifre magari anche di 100-200 euro, 300...” (5\_F\_49\_U)*

Diversi raccontano di aver “bruciato” lo stipendio del mese in pochi giorni dal versamento sul conto corrente, mentre altri faticano a quantificare con esattezza il denaro speso, ma ammettono di aver perso cifre imponenti. Una volta intaccati i risparmi di famiglia, per **recuperare liquidità**, capita che abbiano deciso di vendere i propri oggetti personali, chiesto finanziamenti alle banche o prestiti ad amici/familiari ma anche a usurai, fino a commettere delle truffe con conseguenze penali. Molte volte nelle narrazioni degli intervistati emerge il tema del ricorso alle bugie per giustificare le spese e/o convincere le persone a concedere loro prestiti.

*“Cercavi sempre di imbrogliare per non arrivare a dire: ho perso i soldi e me li son' giocato. Uno addirittura che mi ha fatto proprio venire la pelle d'oca, [...], è arrivato al punto di*

---

<sup>3</sup> Ogni citazione riporta un codice che indica il numero identificativo dell'intervistato, il genere (M/F), l'età (espressa in numero di anni compiuti) e l'indicazione se si tratta di un utente del SerD o di un esterno (U/E). L'informazione relativa al territorio è stata omessa per evitare che fosse possibile risalire all'identità degli intervistati.

*sceneggiare un... si è dovuto praticamente fare un occhio nero no? [...]. Lui è andato al bar, si è giocato questi soldi, ha dovuto inscenare un pestaggio che lo hanno scippato, chiamare la polizia e i carabinieri per non dire che lui si è giocato i soldi, cioè... io ho visto cose veramente forti in comunità.” (26\_M\_41\_U)*

La maggior parte degli intervistati ha dichiarato di preferire giocare in **solitudine**, senza la presenza di amici, in modo da restare più concentrati e avere più tempo a disposizione per giocare. Solamente tre intervistati hanno raccontato di frequentare o avere frequentato sale slot o casinò in compagnia di **amici**. Se quest'ultimi, infatti, sono particolarmente presenti nelle fasi di avvicinamento e socializzazione al gioco, tendono a “essere messi da parte” con il tempo, “una volta raggiunti alti livelli di dipendenza”. Sono poche le persone che hanno alle spalle storie familiari di ludopatia o di abitudini di gioco: solitamente gli intervistati dichiarano di aver cominciato a spendere piccole somme per divertimento o svago su suggerimenti di amici, per poi iniziare a praticare abitualmente il gioco d'azzardo da soli.

In ogni caso, sia in solitudine, sia in compagnia, le persone associano al gioco **la ricerca di svago, uno “sfogo”** delle tensioni emotive: le slot machine, in particolare, grazie alla presenza di colori, luci e specifici rumori, creano una sensazione di piacevolezza ipnotica che favorisce la distensione e rende faticoso l'allontanamento dalla macchina.

Le sensazioni positive connesse alla pratica di gioco d'azzardo non sono le uniche **motivazioni** che sottostanno alla scelta di giocare. Dalle narrazioni, infatti, il gioco emerge anche come una strategia per sfogare emozioni negative e l'insoddisfazione per uno o più aspetti della propria vita, tra i quali assume un rilievo importante la condizione economica, come già rilevato in ricerche precedenti (Rolando & Beccaria, 2018).

*“A casa mia si è sempre parlato di soldi: ‘Non mi dai abbastanza, mi devi dare di più’, perciò io anche un po’ per quello che ho iniziato a giocare, non c’era mai la soddisfazione di poter dire... io andavo a lavorare [...] guadagnavo 1000 euro al mese, facevo un mazzo tanto, e a mia mamma non gli bastavano 350 euro al mese.” (15\_M\_41\_U)*

Sia la famiglia che i contesti di socializzazione secondaria, come il gruppo dei pari, possono trasmettere sensazioni di disvalore personale che fanno maturare nella persona la convinzione di “non valere abbastanza” e la tendenza a proteggersi dalle relazioni sociali ripiegando sull'azzardo. Gli intervistati riportano che sensazioni di noia, frustrazione, irritazione o stress vissute sul luogo di lavoro o a casa sono tra le motivazioni principali che spingono al gioco.

*“Il fattore è uno solo: quando sei nervoso, quando non so, litighi in casa, quando hai la rabbia dentro: secondo me è quello lì il fattore principale... Cioè vado là... e passo un quarto d'ora in santa pace, quindi secondo me il fattore principale è la rabbia per il lavoro, o per la famiglia...” (7\_M\_64\_U)*

*“Ma forse è stato un po’ di stress, l'età, i figli che diventano grandi, io poi sono nonna... devo occuparmi un po’ di tutto.” (12\_F\_50\_U)*

Tuttavia gli intervistati sono consapevoli che, anziché risolvere questi problemi, il gioco d'azzardo li ha spesso aggravati: in particolare, molti raccontano come il gioco problematico abbia minato la fiducia di genitori, fratelli o sorelle, facendoli diventare ancora più sospettosi e controllanti. I livelli di conflittualità e di tensione aumentano notevolmente a causa delle bugie, delle difficoltà di ammettere di avere un problema e dei fallimentari tentativi di controllare il comportamento compulsivo.

#### 4.1.2 Carriere di gioco: fattori di rischio e protezione

Analizzare i fattori che influenzano l'andamento nel tempo del gioco o "carriera" (Reith e Dobbie, 2013; Rolando e Beccaria, 2019) dal punto di vista dei giocatori, significa identificare quegli elementi riconosciuti come **fattori di rischio**, che espongono all'aumento della pratica, o come fattori di protezione, che facilitano il mantenimento delle abitudini di gioco entro limiti che ne minimizzino gli effetti negativi.

Focalizzandosi sul primo gruppo di elementi, le **vincite** ottenute dal gioco sono un'occasione in più per avere denaro a disposizione da spendere nuovamente nell'azzardo: soprattutto all'inizio, i guadagni fungono da piacevole rinforzo positivo e alimentano la convinzione nelle persone che sia davvero possibile "guadagnare" denaro con il gioco. Talvolta capita che le persone, proprio perché affascinate dall'azzardo e piacevolmente "iniziate" ad esso, scelgano di **provare giochi differenti**: si tratta di una decisione rischiosa che spesso ha come effetto l'incremento generale del tempo e del denaro spesi. A tal proposito, in linea con le ricerche precedenti (Rolando et al. 2019) e con i dati epidemiologici (Cerrai et al. 2018) l'incontro con le **slot machine** è considerato dagli intervistati particolarmente rischioso, in quanto farebbe aumentare esponenzialmente il comportamento compulsivo.

Nei momenti in cui il giocatore riceve aumenti di stipendio o entrate extra concesse da amici o familiari, è facile che la persona, avendo a disposizione una **maggiore liquidità**, scelga di spendere tali entrate nel gioco.

*"Perché sai cosa? quando tu ti vedi - magari arrivano delle entrate extra - io quando ti dicevo faccio musica, no? Ogni tanto la SIAE ogni sei mesi ti riconosce la liquidazione. Se quindi le canzoni sono, magari, state suonate, o passate nelle radio, o diversi circuiti, ti riconoscono una liquidazione. Magari io quello lo vedevo come guadagno extra e decidevo di investirlo."*  
(15\_M\_41\_U)

Nelle carriere delineate dagli intervistati, quando poi "iniziano le **perdite**", il giocatore è spinto a **indebitarsi o chiedere prestiti** per cercare di saldare i "buchi economici": il tutto ha un effetto boomerang noto come "rincorsa delle perdite" (Graydon et al., 2019), poiché la nuova disponibilità di denaro porta la persona a "investire" ulteriormente il denaro nel gioco, esponendola a una scopertura bancaria maggiore.

*"Non riesci a ridurlo per il motivo che ho detto prima: sì che hai raggiunto una consapevolezza, ma hai anche da sistemare il casino che hai fatto... e... hai fatto un prestito, hai fatto questo... quindi non smetti perché da lì devi sempre attingere per poter chiudere, risanare i prestiti. Però non ce la fai, anzi... tante volte chiedi un prestito per risanare un altro prestito. Tutto così. Un continuo spostare prestiti."* (11\_M\_58\_U)

*"E la frequenza, come dicevo ieri, era basata in base alle perdite che uno ha: più perdi più vorresti recuperare quello che hai perso, no? Perché alla fine ti accorgi che... cioè, non si può più andare avanti in quel modo lì, nonostante quello ci vai lo stesso, no?"* (9\_M\_38\_U)

Può capitare che la persona arrivi a esporsi così tanto da imporsi di non giocare più, oppure, non avendo più alcun capitale a disposizione (come nel caso della bancarotta), si trovi costretta ad abbandonare "il campo da gioco".

Nei racconti degli intervistati, qualora si cerchi di controllare il proprio comportamento riducendo drasticamente la frequenza di gioco, sono comuni le "**crisi d'astinenza**" che molte volte divengono il preludio di pesanti ricadute. A incentivare l'incremento della spesa contribuirebbero i **contatti con**

**altri giocatori**, ma anche **la condizione di solitudine** (riferita alla condizione di non avere un/a partner o pochi legami familiari); alcuni intervistati riferiscono come il gioco possa essere associato positivamente alla mancanza di socialità.

*“C’è stato un periodo, forse tre anni fa che uscivo meno con le persone, con i miei amici e diciamo che mi buttavo di più su questo mondo del gioco.” (29\_M\_30\_E)*

*“Quando sono tornato (sul lavoro dopo un incidente) avevo abbastanza perso quasi tutti gli amici che avevo. Quindi, più che altro è stato quello (a aumentare il gioco). Appunto, che... il fatto di vedere perdere gli amici e ritrovarsi lì, abbastanza solo, eh...” (6\_M\_26\_U)*

Gli intervistati riferiscono, inoltre, che i momenti di picco della propria carriera sono stati spesso associati a **eventi spiazzanti** (Beccaria e Rolando, 2019), inattesi e dolorosi: si riferiscono, ad esempio, a lutti di familiari cari o gravi incidenti sul lavoro. Similmente, anche i periodi di **depressione o ansia** possono essere collegati a un aumento del gioco, quale strategia (perdente) di  *coping*.

*“Anche perché io comunque son stato vittima di ansia, di depressione, per cui non è stato, diciamo, un percorso molto facile, forse il gioco io l’ho riversato molto nei periodi in cui avevo questi attacchi di ansia, questi attacchi di depressione, perché mi facevano in qualche modo svagare, mi toglievano quei dieci minuti o mezzora da questi stati d’animo.” (10\_CN\_M\_53\_U)*

In linea con ricerche precedenti (Rolando & Beccaria, 2018) non solo momenti particolarmente negativi, ma anche positivi, quali ricorrenze importanti o festività sono stati associati dagli intervistati a un aumento nel gioco, in quanto richiedenti una gestione emotiva faticosa che a sua volta cerca uno sfogo nel gioco.

Passando ad analizzare i **fattori protettivi** che nell’opinione degli intervistati riducono il rischio di dipendenza, avere buone e significative relazioni familiari è sicuramente un elemento protettivo che porta la persona a sentirsi meno sola nell’affrontare eventuali problemi con il gioco, ad esempio esercitando una funzione di controllo e di rinforzo, e soprattutto fornendo una buona motivazione per autoregolarsi. In molti casi il “pensare alla famiglia”, ai propri figli o nipoti, è una delle ragioni che spinge la persona a entrare in trattamento e a modificare le proprie abitudini di gioco (cfr par. 4.2.4.). Alcuni giocatori, invece, riportano come fattori protettivi l’adesione a **pratiche filosofiche religiose** che prevedono la meditazione sono importanti perché possono aiutare a controllare lo stato di tensione e agitazione emotiva e a elaborare pensieri e cognizioni appropriate e non avventate. Nel suo caso la strada del buddismo ha innescato un cambiamento personale radicale, che lo ha reso diverso e ha cambiato il suo atteggiamento verso il gioco.

*“Adesso ti dico la verità, non mi tocca neanche il problema perché non mi tocca proprio il fatto di vedere... cioè possono mettermi uno slot davanti, la pubblicità (del gioco) [...] e a me non mi interessa [...]. Sono cambiato [...], ho scelto la strada del buddismo. [...] Reagisco in modo diverso alle cose, ragiono tantissimo, prima invece ero sempre nervoso, simpatico, ma sempre nervoso sul lavoro; magari se mi dicevano qualche cosa che non andava ero capace di mandare tutto all’aria. Adesso invece ragiono, sto zitto, faccio molto più attenzione alle cose.” (27\_M\_32\_E)*

Oltre a fattori interni o relazionali, l’**entrata in trattamento** favorisce il cambiamento del comportamento connesso al gioco e delle emozioni a esso associate (es.: ansia). Nel momento in cui la persona sceglie di iniziare un percorso di cura, in genere riduce drasticamente la frequenza di gioco.

Viceversa, uscire dalla terapia comporta la ripresa dell'azzardo, ma questo è un tema che approfondiremo meglio in seguito (cap. 4.3.).

Anche la normativa regionale (L. R. 9/2016) e i regolamenti/provvedimenti comunali che hanno limitato fortemente la presenza di sale gioco e di apparecchi elettronici sul territorio sono stati riconosciuti da qualche intervistato quale fattore che ha contribuito alla diminuzione della frequenza di gioco.

*“Per quanto riguarda i miei amici<sup>4</sup> sono stati diciamo condizionati e protetti dal fatto di questa legge regionale che mi sembra che è nata nel 2017.” (18\_M\_51\_E)*

Contestualmente all'emergenza Covid-19 va sottolineato che per molti degli intervistati il **lockdown** ha rappresentato un'esperienza più che positiva perché ha visto la chiusura delle sale giochi e casinò e limitato le uscite, fornendo l'occasione concreta per rompere le abitudini di gioco, eliminando lo stimolo diretto.

*“Ecco, io devo dire grazie al Covid se ho smesso. Perché chiudendo tutte le sale gioco, non ci ho più pensato, chiudendo tutte le sale lì. Poi dopo, quando le hanno aperte - io sono andato dentro in comunità il 25 giugno le hanno aperte il 15 giugno e si trovavano in giro questi qua e ho detto: ‘Sì, aspettatemi’ e non sono più proprio [andato]: a me proprio è servito il Covid per smettere di giocare.” (7\_M\_64\_U)*

Se per qualcuno l'effetto l'impatto del lockdown è perdurato nel tempo, alcuni intervistati hanno dichiarato di aver ripreso a giocare una volta riaperte le sale, tornando a spendere anche cifre elevate.

*“Però quando è finito il lockdown a maggio, eeeeh... come dire, ho ripreso! E una [volta] giocavo 20... e una volta ne giocavo di più, una volta ne giocavo meno... sono arrivato un giorno a spenderne più di 200, tornando a casa con più o meno 200 euro.” (13\_M\_24\_U)*

Vi sono anche dei **fattori ambivalenti**, quali gli eventi spiazzanti (Rolando e Beccaria, 2018), che possono influenzare sia in positivo sia in negativo l'andamento della carriera. Questo studio ha confermato il ruolo ambivalente che possono avere i cambiamenti nella sfera del lavoro. Qualora la persona riesca ad avere un lavoro stabile, più soddisfacente e più impegnativo, è facile che diminuisca la frequenza di gioco, così come se rimane senza attività e dunque senza entrate economiche. D'altra parte, anche avere un aumento della capacità economica può essere un fattore di rischio, così come avere lavori precari e poco stabili, che spingono a cercare nel gioco denaro aggiuntivo. Dalle evidenze scientifiche sappiamo infatti che, in generale, precarietà lavorativa e condizione economica svantaggiata sono fattori di rischio più rilevanti, mentre avere un **lavoro** soddisfacente da punto di vista economico, sebbene possa rappresentare un fattore di rischio a breve termine, è in generale un fattore protettivo (Reith e Dobbie, 2013; Rolando e Beccaria, 2019).

*“Guarda, tanto fa quello che hai da fare al di fuori di casa: il lavoro che fai. Cioè se sei un imprenditore che guadagni e butti tutti... tutto il tuo tempo lì, prima o poi ti renderai conto che sei un cazzone [...]. Diversamente se tu non hai niente fuori, [...] non sai guadagnarti il pane, (dici): ‘Va bè, gioco, provo tanto che cazzo faccio fuori? Vado a lavorare a 5 euro l'ora per una cooperativa o che cacchio ne so io?’ Quella maniera lì è più difficile perché effettivamente non hanno, non hanno modo anche fuori di uscirne. Devi avere una base solida di vita secondo me, una sicurezza che c'è... e se vuoi smettere smetti. (22\_M\_45\_E)*

---

<sup>4</sup> L'intervistato si riferisce agli amici conosciuti nei GA che giocavano alle slot machine. Nel suo caso, il gioco preferito era il lotto e per questo motivo non ha avvertito personalmente l'impatto della legge.

Tabella 2 - Fattori che influenzano l'andamento di carriera di gioco

Fattori di rischio	Fattori di protezione
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vincite/Perdite</li> <li>• Poligioco</li> <li>• Prestiti/debiti</li> <li>• Difficoltà economiche</li> <li>• Uscita dal trattamento</li> <li>• Contatto giocatori</li> <li>• Solitudine</li> <li>• Depressione/Ansia</li> <li>• Eventi spiazzanti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relazioni familiari</li> <li>• Stabilità economica</li> <li>• Avere un lavoro</li> <li>• Spiritualità/ Pratiche religiose</li> <li>• Entrata trattamento</li> <li>• Normativa restrittiva</li> <li>• Lockdown</li> </ul>

#### 4.1.3 Strategie di autocontrollo

Le persone che praticano comportamenti “additivi” non sono ovviamente soggetti passivi, privi di agency<sup>5</sup> e destinati a diventare dipendenti. Come è noto solo una minoranza delle persone che giocano ha un profilo problematico, in Italia il 2,4% secondo gli ultimi dati IPSAD disponibili (Benedetti, Molinaro, 2020). Tuttavia, se una volta saturato il mercato questa quota tende a restare stabile nel tempo, gli individui che la compongono tendono invece a variare. L’autoregolazione è dunque la regola, piuttosto che l’eccezione, ma ci sono dei fattori di rischio che possono mettere in crisi la capacità di autoregolarsi dei giocatori (Reith, Dobbie, 2013), illustrati nel paragrafo precedente.

In questo paragrafo analizziamo invece le strategie messe in atto dai giocatori precisamente allo scopo di contenere il tempo e i soldi spesi nell’azzardo (c.d. strategie di autocontrollo) e i fattori che facilitano o ostacolo il loro successo. Tra i partecipanti di entrambi i campioni, la strategia riportata più frequentemente dagli intervistati è quella di **affidare il proprio denaro o la carta di credito** a persone fidate in modo da non poter accedere autonomamente alla propria liquidità. In questi casi la persona individuata (più spesso la/il partner, ma anche figlio/a, nipote ...), si limita a consegnare regolarmente al giocatore una piccola somma concordata.

*“Allora ho proprio detto: che cosa sto facendo, e quindi ho detto no, ho evitato di avere soldi in modo da non poter ricadere, quindi io ho i miei soldi per fare la spesa quotidiana e tutto il resto viene gestito da mio marito! E anche per quanto riguarda le cose [del lavoro] lì ho coinvolto mia suocera, lei controlla il bollettino quando mi arriva a pagare e poi le mando un WhatsApp di quanto ho pagato.” (5\_F\_49\_U)*

*“Poi il mio bancomat gliel’ho dato a mia moglie, tutti i soldi a mia moglie. Da lì basta. Ho dato tutto a lei. Il modo migliore per cambiare è togliersi i soldi. Quello... la misura più efficace è quella. Se no giochi! Non c’è... non si scampa. Devi avere la forza di darli a tua moglie e di dire: ‘Quando ho bisogno di qualcosa, dammeli... benzina’. Io non voglio più niente perché ho fatto troppe cazzate nella mia vita.” (23\_M\_55\_E)*

Altri intervistati preferiscono **fissare un tetto massimo di spesa** dedicata al gioco in modo da avere i soldi per pagare le cose necessarie e limitare l’erosione del proprio capitale. Decidere il budget da attribuire a ogni voce di costo, è un’altra strategia abbastanza diffusa che consente di avere un maggiore controllo a lungo termine sulle perdite.

<sup>5</sup> Con questo termine ci riferiamo al senso di controllo sulle proprie azioni e sulle loro conseguenze.

*“Parto dal presupposto: cosa sono le cose più importanti? [...] [lascio] a casa 50 euro per la benzina, 50 euro per mangiare, perché ormai i miei soldi sono standardizzati e programmati [...] è un po' come seguire una dieta, una legge che poi uno applica o non applica. Fai fatica eh! Perché a volte ci sono anche... poi ci sono le spese straordinarie, che so... i vestiti, le spese per la scuola, sono divise in 4 parti, come i titoli: Titolo 1,2... titolo 1 mangiare, titolo 2 la benzina...” (18\_M\_51\_E)*

*“Diciamo che quella [strategia] è stata la mia salvezza, perché se cominciavo subito intaccando le mie risorse, non avrei magari finito fino a che avevo le risorse a zero. Invece avevo il budget [predefinito] [...]. Non mi sentivo nel pericolo di perdere davvero qualcosa.” (25\_M\_34\_E)*

Una strategia per molti versi simile a questa ma differente coincide con il **calcolare precisamente tutte le entrate e le uscite** connesse al gioco per avere maggiore consapevolezza delle perdite.

*“Niente, io sono un calcolatore, quindi mi sono messo per iscritto quello che spendevo, poi quello che vincevo, poi quello che perdevo, e quello che mettevo e quello che rivincevo, e quello che riperdevo. A un certo punto, quando ho visto che le cose non erano... ‘Ah! Sì, ho vinto mille euro, ma ne ho spesi tremila, non ne ho vinti, sono di nuovo duemila’, no? Cose così. A un certo punto quando ho visto che la cosa non era ovviamente sostenibile o detto: vabbè, ok, ci ho già giocato fin troppo, stop, basta!” (1\_M\_36\_E)*

Un'altra strategia di autocontrollo, più precisamente di evitamento, consiste nell'**evitare i luoghi** dove è possibile giocare d'azzardo o impegnarsi per **limitare le uscite di casa** senza un particolare scopo al fine di non ritrovarsi a giocare senza averlo prestabilito.

*“Sto provando a limitare, sia le cifre giocate, ma anche le uscite, le uscite a caso o comunque senza un, senza uno scopo principale... solo per prendere una boccata d'aria, io poi alla fine esco... per fare due passi e mi ritrovo in tabaccheria. Magari anche senza neanche pensarci.” (13\_M\_24\_U)*

Altre strategie di autocontrollo meno diffuse tra gli intervistati sono le seguenti: cercare di limitare i contatti con altri giocatori; cambiare il tipo di gioco; osservare altre persone giocare. La prima, citata da un solo intervistato, risulta utile per evitare di farsi trascinare e ritrovarsi davanti agli apparecchi elettronico o a un Gratta e Vinci senza averne avuto l'intenzione.

*“Nel senso, io ti conosco che sei un giocatore, ma non andremo mai a prenderci una pizza insieme, ad esempio. Sali in macchina per andarci a prendere la pizza, perché poi stai pur certo che lì, 80%, pensi di andare a giocare. Quindi se sei da solo, o vai anche con questo amico [...] a mangiare la pizza, finita la pizza te ne vai. Te ne devi andare!” (2\_M\_67\_U)*

La seconda strategia consiste nel **cambiare tipo di gioco** quando si percepisce di non aver più controllo su di esso: un intervistato ha scelto ad esempio di passare a giochi online per cercare di ridurre la frequenza alle slot machine.

*“Ho pensato di poter gestire [il gioco] con il poker online.... Mi sembrava un'autoregolazione” (19\_M\_50\_E)*

Un'ultima modalità di auto-controllo, citata da una sola persona, concerne la decisione di limitarsi a **guardare altre persone giocare**: un modo per scaricare la tensione senza però essere direttamente esposti alla perdita.

*“A me piaceva piacere vedere la vincita, nel senso che se io vedevo queste persone vincere, nel senso che è come se fosse giocata da me, come se ero seduto io davanti alla macchinetta... a me questa cosa mi ha aiutato molto [...] nel periodo in cui stavo smettendo è questa cosa che mi ha aiutato.” (21\_M\_56\_E)*

La pratica dell'**autoesclusione dal gioco**, misura prevista dalla legislazione italiana (Legge 88/2009) solo per il gioco online o nei Casinò, non risulta molto conosciuta, nemmeno da chi gioca online. Inoltre i pochi intervistati che ne sono a conoscenza, sembrano metterne in dubbio l'efficacia perché secondo loro il meccanismo sarebbe aggirabile semplicemente fornendo dati falsi o frequentando i siti non autorizzati o perché secondo loro una esclusione temporanea non è sufficiente a risolvere i problemi con il gioco (chi sostiene questa posizione non sa che l'autoesclusione può essere anche a tempo indeterminato).

*“I: Tu i dicevi che giochi a poker online. Sei a conoscenza del fatto che in Italia è prevista la possibilità per una persona di autoescludersi dal gioco a distanza per un periodo di tempo. Lo sapevi questo?”*

*R: No. Questo, non l'ho mai cercato questo tipo di notizie, quindi no.*

*I: E cosa ne pensi? Pensi che sia qualcosa che possa essere d'aiuto?”*

*R: E sì, cavolo. Se mettessero dei limiti, in qualche modo sì. Cioè, così la gente sa che bon, più di lì non può andare oltre per un po'. Sì, sicuramente sono cose ben fatte.” (28\_M\_34\_E)*

*“Se io avessi avuto il problema del gioco online, per far vedere a mia moglie che ero bravo e non giocavo più online facevo l'autoesclusione ma io domani mattina ti trovo altri 10 codici fiscali per iscrivermi!” (24\_M\_43\_E)*

Se è vero che le strategie di autoregolazione sono un modo spesso utile per limitare il tempo e il denaro spesi nell'azzardo, molti intervistati del campione, **soprattutto gli esterni**, le ritengono soluzioni più efficaci nel breve periodo che non a lungo termine, non definitive. Quasi tutti coloro che decidono di autoregolarsi si danno come obiettivo quello di interrompere la pratica dell'azzardo del tutto, anziché fissare degli obiettivi intermedi. Poi però, a causa del permanere di **sentimenti ambivalenti** verso il gioco – da una parte c'è la “voglia di smettere”, dall'altra resta il desiderio compulsivo di continuare – è difficile mantenere i propri propositi, soprattutto per gli intervistati che hanno scelto di smettere di giocare senza affidarsi a un aiuto professionale.

*“Sono tecniche che comunque, che poi funzionano solo magari uno o due giorni per me...” (18\_M\_51\_E)*

Diversi **fattori** possono ostacolare l'efficacia delle strategie di autoregolazione. Anche in questo caso, il fattore economico emerge dalle narrazioni come centrale. Per chi era abituato a giocare d'azzardo con l'intento di integrare il proprio reddito, il semplice presentarsi delle **spese periodiche** relative a utenze e mutui, suscita la tentazione fortissima di cercare di coprirle con soldi guadagnati facilmente, minando così gli sforzi di autocontrollo.

*“I soldi erano davvero pochi... e appunto, questo meccanismo di mettere 1 e tirare fuori 150 sembrava un guadagno facile, forse è tutto correlato... sai cosa c'è!” (21\_M\_56\_E)*

*“Ho avuto quattro ricadute perché purtroppo il gioco ti porta anche alle ricadute, ho fatto tre mesi, sei mesi e poi sono ricaduto di nuovo e dall'11 settembre 2019 non gioco più, però ci sono delle tentazioni forti, perché ti portano... ti vien voglia di giocare perché ogni volta che vedi le bollette, ti viene spontaneo: come il mutuo della casa, cercare di distinguerlo, ma questo non è possibile perché i soldi facili non esistono.” (18\_M\_51\_E)*

Alcuni giocatori, invece, dopo avere affidato la gestione del denaro a un'altra persona, riportano quale ostacolo alla capacità di mantenere questa strategia il senso di frustrazione derivante dal non poter più disporre di denaro per acquisti di qualunque tipo, che porta, di fatto, a doversi ricordare ogni momento di non essere in grado di autocontrollarsi.

*“Qualcosa era efficace, ma nello stesso tempo per me diventava... com'è che posso dire? Che non potevo avere quello che volevo in mano e quindi diventava una frustrazione. [...] Perché non potevo gestire i soldi come volevo io. Anche per esempio se volevo andarmi a comprare qualcosa che era al di fuori del Gratta e Vinci comunque dovevo chiedere i soldi a mio marito e quindi per me diventava frustante ecco.” (17\_F\_48\_E)*

Diversi intervistati infatti mettono l'accento sui fattori interni che possono ostacolare il processo di recovery<sup>6</sup>, in primis una **scarsa fiducia nelle proprie capacità** di autocontrollo, che rimanda a un'interiorizzazione delle rappresentazioni stigmatizzanti secondo cui i giocatori d'azzardo (e in generale le persone con una qualsiasi forma di dipendenza) sarebbero soggetti deboli, privi di forza di volontà e di autocontrollo.

*“[Ci sono stati ostacoli] un po' interni... non so... io non ho molta forza di volontà, forse questo non mi aiuta.” (30\_F\_42\_E)*

In questo senso anche i **messaggi pubblicitari** presenti nei mass media – oggi vietati<sup>7</sup> – possono compromettere la capacità di autocontrollo, rappresentando un forte richiamo per i giocatori che stanno tentando di “smettere”.

*“Beh... le pubblicità che vedi, che ti appaiono sul telefonino o anche in TV, quelle erano di ostacolo diciamo” (28\_M\_34\_E)*

Il rischio, come hanno sottolineato alcuni intervistati, è che dopo un periodo passato a sforzarsi per cercare di controllare il proprio comportamento, si torni a giocare spendendo anche più di prima, secondo quello che viene definito in letteratura “**effetto rebound**” (Fernandez, et al. 2020).

*“Un'altra cosa che mi dicevo è che è inutile che io vado solo con 20 euro e mi gioco quei 20 euro... poi vabbè 20 euro non sono niente, però poi io venivo a casa, ne prendevo altri 20, ne prendevo 50 e andavo giù. Non bisogna proprio andare. Non bisogna andare!” (3\_F\_67\_U)*

In altri casi l'autoregolazione sul gioco d'azzardo non è risolutiva semplicemente perché vi è uno **spostamento della compulsione** su altri comportamenti quali sesso e consumo di alcolici.

*“Dicevo: ‘No, non devo andare, lo giuro sulla tomba di mio padre’, oppure sfogavo la mia dipendenza, la mia compulsività su altro: sul sesso, sull'alcol... che erano praticamente delle dipendenze, delle compulsività che si andavano ad aggiungere.” (20\_M\_38\_E)*

---

<sup>6</sup> Naturalmente questo non è un termine usato dagli intervistati, che parlano piuttosto di guarigione. Nel report usiamo questo termine a indicare la natura processuale di un processo che include momenti di riflessione sulle conseguenze del proprio comportamento e tentativi di riduzione della frequenza o astinenza dal gioco.

<sup>7</sup> La legge 96/2018 ha vietato la pubblicità dell'azzardo in tutte le sue forme, fatta salva Lotteria Italia. L'intervistato si riferisce chiaramente al passato, ma va precisato che su internet esistono molti siti di “news” sul settore autorizzati a pubblicare di informare sulle probabilità di evento e sulle quote.

Tabella 4 – Principali strategia di autocontrollo

Personalì	Con il supporto di altri
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilire un limite di budget da destinare al gioco</li> <li>• Programmare le spese</li> <li>• Controllare entrate e uscite</li> <li>• Limitare le uscite</li> <li>• Limitare la frequentazione di altri giocatori</li> <li>• Autoesclusione dal gioco online</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affidare il denaro a terzi (familiari o amici)</li> </ul>

#### 4.1.4 Rappresentazioni sociali, auto-rappresentazioni e stigma

La stragrande maggior parte delle persone intervistate riporta di sentirsi o essersi sentita fortemente giudicata per essere coinvolto/a nel gioco d'azzardo, sia dai propri amici e/o familiari che dalla società in generale.

Nelle narrazioni degli intervistati non sono rari gli episodi in cui i protagonisti sono stati oggetto di insulti e svalutazioni. È opinione diffusa tra gli intervistati che le persone non coinvolte nel gioco d'azzardo attribuiscono a chi gioca una debole o dubbia moralità. Secondo loro, i giocatori vengono comunemente rappresentati come “persone senza dignità e volontà”, “inetti”, capaci solo di “sprecare la propria vita”, distruggere e rovinare gli affetti familiari e “scialacquare il denaro” svolgendo attività giudicate inopportune e inadeguate dalla società. Dalle parole usate dagli intervistati si può comprendere come la figura del giocatore sia assimilata a quella del **deviante**, variamente dipinto come “drogato” “tossico” o “pazzo”. Evidentemente la presenza di uno stigma sociale pubblico è forte, e in alcuni casi lo stigma rischia di essere interiorizzato dagli stessi giocatori, anche sotto forma di insulti e svalutazioni personali. Talvolta, infatti, le persone si mostrano d'accordo con le credenze e gli appellativi utilizzati dalla società stessa, finendo per **auto-stigmatizzarsi** (Dabrowska & Wieczorek, 2020).

*“[La società pensa che i giocatori] sono scemi. Sì, sono scemo, perché ho giocato anche io... penso di sì! la parola è scemo!” (8\_M\_58\_U)*

*“[Le persone pensano che] sei un poco di buono e basta. [...] Giusto, perché è vero!” (19\_VB\_M\_50\_E)*

*“La gente del giocatore pensa che è un vizioso [...]. Non è una persona da averci contatti, perché può portare sulla cattiva strada del vizio eccetera, sicuramente non è visto bene tra le altre persone. Giustamente, eh!” (24\_M\_43\_E)*

Come accade anche per le altre dipendenze (Beccaria et al. 2015) il gioco d'azzardo è ancora concepito quindi come un **vizio**, un comportamento oggetto di riprovazione morale. Le citazioni che seguono evidenziano come la strada per una piena affermazione del concetto di gioco problematico quale problema di salute è ancora lunga, e come questo passaggio non sia scontato nemmeno tra gli stessi giocatori, che, come abbiamo detto, hanno introiettato le rappresentazioni sociali dominanti.

*“Capire la differenza tra vizio e malattia è una cosa che... è difficilissima, no ma è difficilissima per il giocatore stesso, non solo per chi sta intorno. Solitamente chi sta intorno no, ma partiamo proprio dai parenti più stretti: madre, padre, moglie, figli ma so' piccoli, però già loro ti giudicano. Ti giudicano perché hai fatto quello, hai fatto quell'altro, sei una persona inaffidabile, sei una persona che non merita niente, tutte ste robe qua no? Giudicano*

*perché sei una persona di scarsa moralità in sostanza. [...] È la persona viziosa, difficilmente uno pensa che sia una persona malata. Una persona... pensa che sia un vizioso perché comunque sperpera il denaro alla fine [...]. Secondo me il giocatore è visto un po' come... una brutta persona in sostanza.” (24\_M\_43\_E)*

Sebbene le rappresentazioni e auto-rappresentazioni del giocatore quale soggetto vizioso e passivo di fronte al potere del gioco di creare dipendenza siano più frequenti tra gli esterni, anche tra gli utenti dei SerD c'è chi reitera questo concetto, che implica anche una scarsa fiducia nelle capacità di autoregolazione dei soggetti e che vede nell'astinenza l'unica strada possibile per un processo di recovery. Questo emerge ad esempio dal ragionamento di un utente a proposito dei meccanismi di autoesclusione dal gioco.

*“Quando ti dicono ti autoescludi per un periodo: chi è dentro questo vortice qua non ne esce più se non smette del tutto. Quindi o lo fai, non lo fai riavvicinare più in modo che lo banni per sempre, perché tanto chi gioca così forte è, come dire, l'ubriacone che smette di bere però poi quando comincia a bere due bicchieri di birra è già lì. E il gioco purtroppo va bene per chi non lo fa come vizio, cioè... uno può giocare... secondo me il gioco non è una malattia.” (15\_M\_41\_U)*

Se riconoscersi o essere riconosciuti come “malati” - persone bisognose di cure “alla pari degli affetti da Parkinson o Alzheimer” (18\_M\_52\_E) - libera almeno in parte i giocatori dalla “colpa” per la loro condizione (e facilita il processo di richiesta di aiuto, come vedremo in seguito), anche l'accezione di malato quale **dipendente incapace di controllare il proprio rapporto con il gioco** può pesare sui giocatori, così come il sentimento di “pena” che suscita questa condizione.

*“Forse il sentimento, il primo sentimento che prova la gente di fronte a delle situazioni del genere è proprio una pena di fronte al fatto che una persona non si sappia controllare e che si sia fatta fregare così facilmente. No? Come quando magari vengono a venderti qualche cosa a casa e poi chiaramente è una fregatura, tu li fai entrare, ti fai tirare, riescono comunque a intortarti” (25\_M\_34\_E).*

Gli intervistati sottolineano l'ignoranza diffusa sul fenomeno e soprattutto la mancata comprensione, da parte dei non giocatori, delle dinamiche e dei problemi connessi. Secondo gli intervistati sono pochi coloro che riescono ad andare oltre una visione stigmatizzante e semplicistica dei giocatori per comprendere a fondo i “drammi” che possono stare dietro un rapporto problematico con il gioco.

*“Ah, allora, sicuramente ci sono diverse persone che hanno dei pensieri differenti, c'è quello che pensa [che è] un delinquente, è un fallito, non vale niente, vuole i soldi facili, e c'è la persona più intelligente che dice chissà, chissà che dramma che magari o situazioni vive in casa questa persona per buttarsi così al gioco”. (15\_M\_41\_U)*

Anche nei casi in cui la critica non venga apertamente espressa al diretto interessato, questo avverte comunque la presenza di un pregiudizio nei suoi confronti, come raccontano alcuni intervistati. Questo può accadere anche dopo aver intrapreso un percorso di recupero, quale i Giocatori Anonimi, come nel caso delle testimonianze qui sotto riportate.

*“Sì, sì, sono stato messo anche in croce, specialmente dai familiari [...]. All'inizio [sono stato] male, poi però me ne sono fatto una ragione, nel senso che se io mi perdo nel pensare che quello ha pensato che... no, io vado avanti, io sto giocando? No! la mia coscienza è pulita? Sì! Vado avanti con il mio recupero, quello che vogliono pensare gli altri lo pensano.” (20\_M\_38\_E)*

*“Forse alle mie spalle parecchie [persone mi hanno giudicato] penso [...] non apertamente, ma dietro sì... più di tanto, però diciamo alla fine poi a un certo punto - anche se, come si dice la gente - non me ne frega niente, alla fine devo fare le cose che devo fare, ho imparato: alcune me le scivolo addosso, perché poi non puoi vivere più, che qualcuno ti segna col dito, no? Diciamo, no, però alla fine uno deve accettare anche quello [...] è una cosa così, può capitare alle mie spalle.” (16\_M\_72\_E)*

Risulta comprensibile, quindi, come tra le emozioni più ricorrenti sull’effetto del giudizio altrui, ci sia la **vergogna**, nonché un’autosvalutazione, la sensazione di essere falliti o dei “buoni a nulla”. Accanto a reazioni più internalizzanti, però, compaiono modalità reattive più “esplosive”, esternalizzanti, quali veri e propri scatti d’ira, come racconta qualche intervistato.

*“Dalla mia famiglia soprattutto partivano degli insulti brutti, delle cose poco carine [...], devo dirti la verità, a volte mi venivano delle crisi di nervoso, magari buttavo pugni al muro o al tavolo, a volte è capitato anche che purtroppo, non volendo, ho anche alzato le mani a mia madre. Ma perché mia madre poi era una che quando partiva con le parole era abbastanza pesante, e quindi io poi non riuscivo a sopportare questa cosa ma, magari alzare le mani intendo spintoni o a volte, magari una volta qualche schiaffo l’ho dato anche, sì, devo dire la verità, però erano talmente gli insulti penetranti che non riuscivo però a trattenere.” (15\_M\_41\_U)*

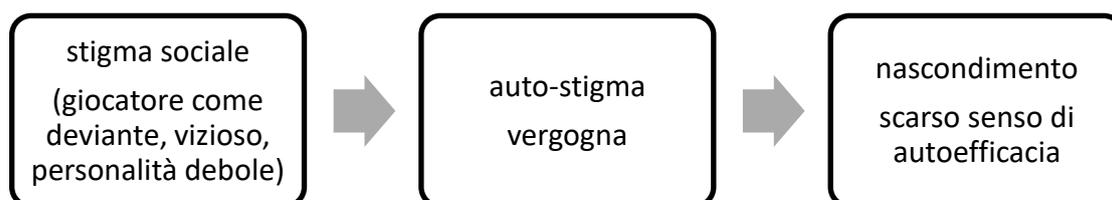
Tuttavia, la strategia più comune per difendersi dalle critiche e dal giudizio è il **nascondimento** della pratica di gioco. Si preferisce mentire, nascondere o non raccontare agli altri le proprie abitudini di gioco; in alcuni casi si sceglie appositamente di andare a giocare fuori dal proprio luogo di residenza proprio per evitare di essere esposti allo sguardo dei conoscenti.

*“Se stavo in paese sicuramente ci sarebbe stato un giudizio perché il paese è piccolo e la gente mormora. Ci sarebbe stato un giudizio da parte degli abitanti, dei miei vicini... però io non ho mai dato adito a nessuno per... per questa cosa qua.” (11\_M\_58\_U)*

Qualcuno ipotizza che le critiche possano avere anche un effetto costruttivo, portando la persona a ridurre il gioco affidandosi a coloro da cui provengono i giudizi (prevalentemente familiari e amici stretti), ma questa è un’opinione rara tra gli intervistati.

*“[I giudizi pesanti della famiglia di origine] probabilmente mi hanno portato, probabilmente al... non al giocare più [...]. Per quanto riguarda adesso, diciamo, con mia moglie, mio figlio mi hanno portato forse piano piano, c’è voluto del tempo, però alla... totale, alla presa di coscienza.” (10\_M\_53\_U)*

Fig. 1 Stigma sociale e conseguenze



## 4.2 L'accesso ai servizi

### 4.2.1 La percezione del problema

Tra i prerequisiti più importanti per l'accesso al trattamento c'è senza dubbio la **percezione di avere un problema** con il gioco. La presa di coscienza non è però un passaggio scontato nella carriera di un giocatore e non necessariamente porta la persona a intraprendere un percorso di cura. Infatti, anche se consapevole di vivere una situazione particolarmente critica, non è detto che il giocatore scelga di chiedere aiuto: possono subentrare ostacoli di diversa natura che limitano l'accesso al trattamento (cfr paragrafo successivo). L'atteggiamento di negazione del problema, nel nostro campione, è diffuso soprattutto nel sottogruppo degli intervistati "esterni" ai servizi. Come riportato nella citazione seguente, talvolta sono le false credenze legate alle possibilità di vincere che portano le persone a ritenere di non avere un problema.

*"Il fatto è che, a mio parere - ne sono convinto o meglio ne ero convinto molto tempo fa - c'è un modo di vincere, e questo è quello che mi ha fatto escludere il fatto che io possa avere un problema di qualsiasi tipo, perché in qualche modo, una parte di me lo è ancora convinta, che c'è un modo di vincere. E questa cosa qui non mi permette di, eh... insomma, ritenermi magari del tutto fuori [dal gioco]." (25\_M\_34\_E)*

In altri casi, dalle voci degli intervistati è emerso che la rappresentazione del gioco d'azzardo quale **vizio** piuttosto che malattia rende più lento e faticoso il processo di consapevolezza del proprio problema e dunque l'avvio alla richiesta d'aiuto.

*"Per me era soltanto un vizio e basta, cioè non lo davo come problema, per me non era un problema mentale, non lo consideravo una malattia, lo consideravo un vizio e quindi diciamo sì, alla fine quando dico basta è basta, devo solo essere io ad avere più forza di volontà di dire 'non gioco'. E però poi negli ultimi dieci anni, quando ho cominciato [...] a cercare degli aiuti psicologici, ho cominciato a pensare che c'era forse un problema di cui io da solo non ne potevo venire fuori." (15\_M\_41\_U)*

La percezione di avere un problema non viene "da un giorno all'altro", ma matura in un lento e continuo **processo riflessivo**, che si dispiega anche per diversi mesi (nelle storie raccolte in media 6 o 7), in cui il giocatore gradualmente riconosce dei **segnali** che lo aiutano a mettere a fuoco il proprio disagio e i comportamenti a esso associati. I primi "campanelli d'allarme" sono l'enorme **quantitativo di soldi spesi** e sottratti dal conto, i **sensi di colpa** che subentrano a ogni partita persa, i **sintomi da stress e ansia** quali attacchi di panico o angoscia generalizzata:

*"Negli anni addietro me ne rendevo conto però andavo avanti, poi piano piano c'è stata una presa di coscienza, difatti [...] avevo ad esempio degli attacchi di tachicardia, mi venivano soprattutto - ed erano puntuali - nei momenti peggiori in cui magari avevo speso di più. Per cui mi veniva proprio... sapevo che stavo facendo una cosa sbagliata, la facevo, e in quell'attimo avevo questi attacchi di tachicardia." (10\_M\_53\_U)*

Altri fattori che progressivamente emergono nella coscienza del giocatore come campanelli d'allarme riportati dagli intervistati risultano l'**isolamento sociale**, cioè l'abbandono progressivo delle frequentazioni e delle interazioni con i propri familiari e amici, le **alterazioni nel ritmo sonno-veglia** o **nella cura di sé** (ad es. l'alimentazione che diventa sregolata) o anche l'**ideazione suicidaria**.

*"Sentivo che avevo bisogno di aiuto [...] mi sentivo proprio a terra completamente, mi sentivo come se mi mancasse la voglia di vivere, di pensare cose brutte, di pensare anche... al suicidio [l'intervistata piange]" (14\_F\_61\_U).*

La chiave di volta coincide spesso con la presa di coscienza che il gioco anziché rappresentare un'integrazione al reddito porta a una drastica **riduzione delle proprie risorse economiche** e in alcuni casi alla bancarotta.

*“E quindi ci vuole un attimo, una presa di coscienza e dire: ok, allora preferisco mettermi in tasca dal mio lavoro le millecinquecento euro al mese e basta? O ogni mese provo ad arrivare ai tremila sputtanandomene mille, avendone solo più cinquecento nel portafoglio? Non so. Fai degli esami di coscienza così, no?” (1\_M\_36\_E)*

In altri casi la spinta per il cambiamento è riferita dagli intervistati con l'“avere toccato il fondo”, secondo il quale la motivazione a smettere più efficace è quella che deriva dall'aver raggiunto un livello massimo di problematicità nel rapporto con il gioco d'azzardo e provare disprezzo per sé stessi e per il gioco d'azzardo, auto-stigmatizzandosi. Si tratta di un concetto noto nelle dipendenze e un tempo ritenuto un passaggio necessario, nelle comunità terapeutiche, per poter intraprendere un percorso di recovery (Coletti e Grosso, 2011). Concetto che stride però con le evidenze che sottolineano come un certo livello di autostima e di agency siano fondamentali nel processo di recovery (Reith e Dobbie, 2012).

*“E poi devi avere una motivazione, ti devi schifare della cosa, devi guardare il fondo da sotto e dopo che hai guardato da sotto allora poi (puoi fare qualche cosa) [...] Quando vai un po' giù o smetti o ... c'è un bivio: o diventi uno straccio o... [...]. (Devi provare) schifo e anche ribrezzo! [...] è un primo passo, se non ti fai schifo, non puoi smettere.” (22\_M\_45\_E)*

Tutti questi segnali comportano una revisione delle priorità, passaggio che, il più delle volte, anticipa la decisione di intraprendere un percorso di cura. Quali sono dunque le priorità che emergono in questa fase del processo riflessivo? Sicuramente il desiderio di non perdere, deludere o allontanare la propria **famiglia o amici**, pensando al loro benessere e alle loro esigenze.

*“Stavo male perché [...] vedevo il figlio, la moglie che si stavano... allontanando: eravamo arrivati solo al 'ciao' al mattino e alla 'buonanotte' alla sera, non c'era più niente, non c'era più dialogo. Sì, stavo lì, sei mesi sul divano ho dormito, quindi... No, no, ci rimani male [...]. Quando ho capito che stavo per perdere tutto, ho detto: 'Calma calmati un attimo perché qui...', sono entrato in comunità.” (7\_M\_64\_U)*

*“Comunque subentrano tante cose, tanti pensieri per la famiglia prima di tutto, perché è così, cioè uno fa dei cambiamenti perché non vuole perdere qualcosa. No? Inizi con la famiglia poi inizi a pensare a te stesso.” (9\_M\_38\_U)*

*“Forse è legato al fatto della paura della famiglia, di non rovinare la famiglia...” (11\_M\_58\_U)*

Allo stesso tempo subentra il desiderio di autoconservazione, di **non farsi più del male** e di tutelare la propria **posizione economica lavorativa** sempre più a rischio per le perdite connesse al gioco.

Se nella maggior parte degli intervistati la presa di coscienza del problema avviene per un processo riflessivo interno, è anche vero che le altre figure che ruotano intorno al soggetto non sono ininfluenti. Può capitare, infatti, che la persona sia spinta a riflettere dallo **“sguardo” dei familiari, degli amici o dei professionisti** che incontrerà una volta avviato il trattamento<sup>8</sup>. In questi casi è come se l'Altro

---

<sup>8</sup> Proprio perché la presa di consapevolezza è un processo lungo, diversi intervistati riferiscono che può continuare anche nei primi colloqui con il professionista.

fungesse da specchio attraverso cui riconoscere sempre di più i segnali di un malessere faticoso da accettare.

*“Non ho capito direttamente io... ma tramite mio fratello che mi ha detto: ‘Guarda che tu sei un problema.... Mi ha detto il papà che tu stai giocando: ma tu non ti rendi conto quello che stai facendo?!’ Me lo hanno detto loro: mi hanno chiamato a casa sua casa sua, cosa che vado veramente e mi fa: ‘Ma tu hai un problema?’” (18\_M\_51\_E)*

Tra gli intervistati, non è raro che sia proprio la famiglia a costringere la persona a fare i conti con la propria dipendenza con la “minaccia” di separazioni, divorzi o allontanamenti, imposti come ultimatum.

*“Il grosso lo ha fatto anche la mia compagna, mi ha dato un ultimatum: tu inutile che vai qua, vai là, poi alla fine il problema ce l'hai. O la smetti oppure perdi me e io non ti aiuto più. Un giorno mi ha proprio detto: io non sono più sicura di stare con te e ho avuto paura.” (15\_M\_41\_U)*

*“Mi ricordo una volta, avevo la carta di credito e ho giocato dei soldi che non dovevo giocare. Vincere dei soldi, pensavo di vincere dei soldi e poi per recuperare andavo a continuare a giocare e a farmeli dare da mia moglie e li ho persi tutti. Da lì mia moglie fa: adesso basta!” (23\_M\_55\_E)*

*“Cioè sto messaggio forte l'ho avuto da mio padre che è il punto di riferimento [...] nel senso che... lui mi ha messo paura: o la smetti o altrimenti ti tolgo tutto quello che ti posso dare.” (18\_M\_51\_E)*

Fig. 2 Fasi del processo riflessivo della presa di coscienza



#### 4.2.2 Gli ostacoli alla richiesta di aiuto

Sollecitati a riflettere sulle ragioni per cui alcuni giocatori seppure in difficoltà non decidono di rivolgersi ai servizi, gli intervistati evidenziano diversi fattori tra loro collegati. I più importanti, dal loro punto di vista, sono tre: in primo luogo la **mancata percezione del gioco come problema patologico** che richiede, e per il quale esistono, delle possibilità di trattamento. Più comunemente si riconosce un disagio o una difficoltà, ma non vi è la consapevolezza che si tratti di una malattia.

*“Ma, intanto adesso non so, non mi sembra un problema così grave da dovermi rivolgere al servizio.” (30\_F\_42\_E)*

*“Io sento anche quelli che vengono a giocare con me che per loro non è un problema. Allora c’è un signore (altro giocatore) che a volte mi telefona (e mi chiede se) se ho venti euro. [...] E mi dice: ‘no, adesso ho smesso, non vado.’ Scusa: se [...] prende una pensione molto più alta della mia, e non ce ne hai più, dove li hai messi? Hai giocato è ovvio! Però tanti dicono che eehe no (non ho nessun problema)!” (4\_F\_71\_U)*

Può capitare invece che, nonostante la persona sia più che consapevole di avere un problema, scelga di non rivolgersi ai servizi principalmente per la **vergogna** connessa al potenziale giudizio degli altri: chiedere aiuto, infatti, significa ammettere pubblicamente di avere un problema con l’azzardo nell’ambito di un contesto sociale in cui dominano le rappresentazioni negative sul gioco che gli stessi giocatori hanno fatto proprie (vedi par. 4.1.4 **Errore. L’origine riferimento non è stata trovata.**). Ciò può essere particolarmente difficile nei casi in cui la persona ricopre incarichi professionali in ambiti connessi al tema della salute e della cura, come gli ospedali:

*“Non è neanche un problema di entrare al SerD, perché a suo tempo andavo a prendere il metadone per i pazienti ricoverati a \*\*\* [ospedale privato] facevo la coda io al Sert e quindi non mi creava nessun problema. [Ora] non so dirle questa resistenza, lì probabilmente la vergogna di dire...” (21\_M\_56\_E)*

La vergogna si accompagna alla **paura dello stigma** per l’inizio di un percorso di trattamento in seguito al quale si rischierebbe di essere etichettati dalla società come “matti” (10\_CN\_M\_53\_U). Un terzo elemento che ostacola il processo di avvicinamento ai servizi coincide con la sensazione di **“potercela fare da soli”**: anche quando la persona riconosce di avere un problema, può essere fermamente convinta che questo sia connesso a un momento transitorio che può essere superato con la forza di volontà. Il supporto di un esperto, infatti, non è considerato un fattore decisivo nell’abbandonare le proprie abitudini di gioco quanto la propria determinazione:

*“Perché uno pensa sempre di poterci uscire da solo [dal gioco] ha questo pensiero che in futuro, rimanda sempre al futuro... dicendo: ‘Sì, poi smetterò, è solo un momento ce la farò a uscire da solo, è inutile che lo dica agli altri.’” (29\_M\_30\_E)*

Accanto a questi, vengono riportati altri fattori ostacolanti l’accesso ai servizi di ordine secondario. I dati raccolti evidenziano che la **mancata conoscenza del SerD** è ancora piuttosto diffusa tra i giocatori: gli stessi utenti intervistati, ripercorrendo la propria storia, dichiarano di essere mai venuti a conoscenza dell’esistenza di un servizio pubblico dedicato ai giocatori d’azzardo fino al momento della loro presa in carico. Si tratta di un aspetto significativo legato anche a un’**immagine stigmatizzata** del SerD piuttosto ricorrente tra gli intervistati, che conferma i risultati della precedente ricerca (Rolando et al., 2019). Secondo gli intervistati spesso le persone non si rivolgono al SerD perché pensano che sia solo per coloro che hanno forti dipendenze da sostanza, che sia il “posto del metadone [...], degli impestati (11\_VB\_M\_58\_U)” e dunque un luogo da evitare, pena la

certezza di essere etichettati come persone devianti o poco raccomandabili. Coerentemente, viene esplicitata la necessità di lavorare al fine di rinnovare l'immagine del servizio:

*“Forse anche un po’ per la pubblicità che si fa a questo tipo di aziende. Nel senso che se senti che uno è finito lì, è una cosa che... ‘Ah! l’hanno preso con quello ed è finito al SerD’, cioè è una roba un po’ forse... socialmente non accettata. Probabilmente all’ufficio, gli cambiassero nome e facessero la pubblicità in televisione [...] dove dicessero che puoi chiamare questo numero o puoi venire in questo nuovo ufficio, probabilmente qualcuno lo farebbe.” (1\_M\_36\_E)*

Un ulteriore fattore di ostacolo coincide con la percezione del SerD come “**lontano**” dai luoghi di frequentazione dei giocatori; al contrario, secondo qualcuno, sarebbe auspicabile che i servizi non aspettassero di ricevere le persone nelle proprie strutture una volta che il disagio è ormai conclamato, ma piuttosto agissero in un’ottica di *outreach* agganciando i giocatori nei luoghi che frequentano, facendosi più prossimi a loro:

*“Vorrei che persone che magari non hanno il mio carattere, ma che hanno bisogno veramente di una mano per uscire dalla cosa, abbiano un aiuto da parte vostra (si riferisce alle persone che lavorano con il SerD), ma non aspettare che arrivano lì, perché nessuno arriverà! No!? È vero che andare a puntare il dito a uno ‘Tu hai problemi, vieni con me ti aiuto’, non è facile. Ma un numero di telefono davanti a una slot machine non serve a niente.” (9\_M\_38\_U)*

Anche il **costo del trattamento** può rappresentare un ostacolo alla richiesta di aiuto ed è bene sottolineare che non tutti sanno che esiste un servizio pubblico gratuito.

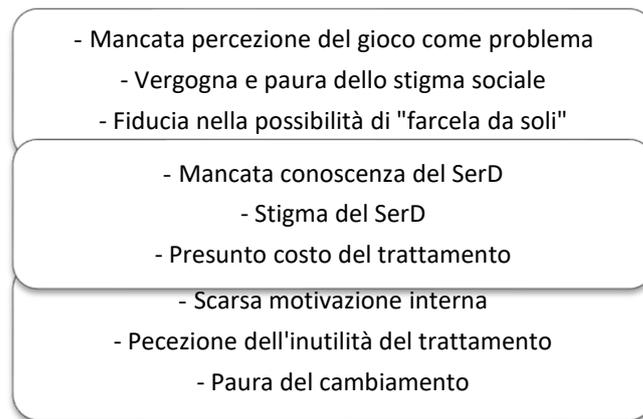
*“[C’è] anche una questione di costo perché poi alla fine immagino che costi anche. Quindi diciamo che potrebbe essere un ostacolo per molte persone.” (29\_M\_30\_E)*

In ultima battuta, dalle narrazioni emergono quali elementi ostacolanti la richiesta di aiuto la **mancanza di motivazione interna** e la **paura del cambiamento**. Quest’ultimo elemento si riferisce anche al timore di iniziare un percorso psicologico che potrebbe mettere la persona davanti ad aspetti dolorosi della propria storia di vita, portandola a confrontarsi con i propri familiari rispetto alle origini e al senso del proprio disagio:

*“Paura del cambiamento, perché non è facile. Sembra facile, però la paura del cambiamento c’è, e ce l’ho avuta pure io. Ora mo’ che faccio? Ora che il gioco fa parte della mia vita nel primo posto? Che faccio? Col gioco riesco a esprimere tutti i miei sentimenti.... Come un bambino che si perde e non riesce a camminare... che fa? La paura del ‘camminamento’... quello fa tanto!” (20\_M\_38\_E)*

Riportiamo qui sotto lo schema relativo ai motivi che, secondo gli intervistati, sottostanno alla mancata richiesta di aiuto. Nella parte alta dello schema sono riportate le ragioni più ricorrenti nelle interviste realizzate, mentre nella parte bassa quelle meno frequenti.

Fig. 3 - Motivi della mancata richiesta di aiuto



#### 4.2.3 Emersione della richiesta di aiuto

In generale si è visto come l'emersione della richiesta di aiuto non sia un esito scontato della presa di coscienza di avere un problema con il gioco d'azzardo: le persone che scelgono di accedere a un servizio sono spinte a chiedere aiuto da diverse ragioni che si aggiungono alla consapevolezza. Alcune di queste motivazioni rimandano alla sfera decisionale individuale, altre ai suggerimenti o richieste pressanti che provengono dai familiari o dagli amici. In entrambi i casi la spinta nasce spesso da **eventi critici** che palesano il problema facendolo precipitare.

Per quanto concerne il primo di tipo di motivazione, i giocatori riferiscono che spesso è l'urgenza del **problema economico** a mettere il giocatore di fronte alla necessità di aiuto, che si palesa quando, a seguito di grosse perdite di denaro, si ritrova con un conto corrente in rosso.

*Beh, quando il conto in banca ha iniziato a scendere e quindi... Cioè, quei pochi risparmi che avevo, non li avevo più. E di materiale non avevo niente. Quindi ho... quello mi ha fatto pensare che basta!" (28\_M\_34\_E)*

Un paio di giocatori riferiscono di aver cominciato un percorso con il SerD dopo aver commesso **truffe** per acquisire denaro da spendere nel gioco o essere stati sorpresi a rubare di persone conosciute tradendo la loro fiducia. È importante notare come, in questi casi, un atteggiamento comprensivo nei confronti del giocatore in difficoltà lo possa aiutare a chiedere aiuto.

*"Mi vergogno a dirlo. Andavo a lavorare in una famiglia e... [lunga pausa] ho cominciato a... prenderli, qualche soldo [piangendo]. E mi hanno scoperta e mi sono anche loro stati vicini e aiutato. Questa è una cosa che... [...] io ero anni che ero in quella famiglia lì e lavoravo. E poi... non lo so, cosa è scattato in me, avevo bisogno di soldi e non ne avevo." (14\_F\_61\_U)*

Altri intervistati riportano di avere sentito a un certo punto la necessità di smettere di nascondere il proprio problema per **parlarne con qualcuno**. Questo semplice fatto può portare un grande sollievo e innescare il cambiamento.

*"Mi sono confidata (con la mia amica) perché appunto mi rendo conto che non va bene (il gioco). [...] Mi sono sentita più ... soprattutto parlandone con questa mia amica mi sono sentita più... che potevo parlarne con qualcuno, quindi ero più tranquilla... sto andando da*

*un naturopata che usa i fiori di Bach, insomma, rimedi naturali e quindi ho parlato con queste due persone. [...] Appunto il fatto di sapere di poterne parlare con qualcuno già mi ha aiutato.” (30\_F\_42\_E).*

Come riporta la citazione seguente, la scelta di rivolgersi a un servizio – soprattutto quello pubblico - può essere spinta anche dal desiderio di liberarsi dal peso di continuare a fingere e nascondersi.

*“Ho contattato il SerD perché ho pensato: andare da un privato magari ti nascondevo un po’ la cosa; nascondere agli altri, nascondere a te stessa, è un po’ come nascondere il problema. Il SerD ti vedevano tutti, mi vedevano... infatti anche il bigliettino è lì in bacheca con l’appuntamento dell’11. Non mi nascondo dietro a un dito, se ho un problema, voglio risolverlo: non devo nascondermi.” (12\_F\_50\_U)*

Altri intervistati hanno raccontato di avere chiesto aiuto dopo la comparsa di **disturbi dell’umore**, quali ad esempio depressione e crisi di ansia o di panico.

*“E allora anche l’insieme che mi vedevo che non ero più lo stesso, perché uno cambia veramente umore, cambia i modi, il comportamento, i lineamenti: anche della faccia!” (2\_M\_67\_U)*

*“Ho avuto una crisi, tipica dei giocatori, una crisi d’ansia pesante perché la vita del giocatore ti porta alla depressione, ti porta all’autoesclusione sociale, ti porta all’isolamento.” (20\_M\_38\_E)*

Per qualcuno l’input principale per inserirsi in un percorso è stata la comparsa di episodi di **ideazione suicidaria**.

*“Allora, quel periodo volevo proprio smettere perché cominciavo a pensare al suicidio, incominciavo a pensare di... vuol dire che stavo proprio male. Stavo male. [...] E sono andata in comunità.” (4\_F\_71\_U)*

*“Ho avuto ‘sta crisi e mi sono lasciato con la mia tipa che era a Milano e da lì... praticamente la mia vita stava crollando. Avevo sia un’ingovernabilità interiore che esteriore. Cioè, stavo... io vivevo malissimo e infatti ho pensato di farla finita, ma era più un attirare l’attenzione.” (20\_M\_38\_E)*

Sono molte le persone si rivolgono al SerD a causa delle forti **pressioni da parte dei parenti** (partner, figli/e, sorelle, fratelli...): è facile, infatti, che questi ultimi possano imporre un “out-out” ai propri cari per spronarli o perché esausti e sfiduciati nella capacità del giocatore di risolvere il problema da solo a fronte di precedenti tentativi fallimentari:

*“E poi sono ricascato di nuovo sul gioco, perché pensavo che da solo potevo farcela ma non è così. Non è assolutamente, e poi in un secondo momento son andato [al SerD] mettiamola [così], forzata da lei [la compagna] un po’ perché, è la verità, ma anche perché se uno ha questo problema lo sapeva già da prima, purtroppo succede questo, che i familiari ti portano a... diciamo, come se fosse l’ultima spiaggia, cioè: o fai così o altrimenti te ne vai.” (9\_M\_38\_U)*

Le narrazioni degli intervistati rimandano a periodi di vita molto difficili dal punto di vista delle relazioni familiari, in cui i parenti hanno esaurito la loro capacità di comprendere e giustificare il comportamento del giocatore: **litigi** particolarmente significativi possono incentivare la persona a prendere la decisione di iniziare un trattamento. Diversamente può capitare che il parente, dopo aver

scoperto la dipendenza da gioco del proprio caro, passa accompagnarlo e sostenerlo nella presa di coscienza del proprio problema e orientarlo verso i servizi senza arrivare a un punto tale di esasperazione e conflittualità.

In sintesi, le ragioni che portano una persona a chiedere aiuto sono diverse e possono essere l'esito di un processo riflessivo individuale, ma più spesso la spinta decisiva finale è data da eventi eclatanti (essere sopresi a rubare, comparsa di sintomi di malattia mentale...) e dalle forti "pressioni" esterne concomitanti provenienti da amici o parenti. Qualora la motivazione sia fortemente orientata dall'esterno e la persona entre in trattamento per compiacere la famiglia, senza avere raggiunto un adeguato livello di consapevolezza e di motivazione al cambiamento, facilmente l'esito sarà fallimentare, come racconta un intervistato a proposito della sua prima esperienza di trattamento nei Giocatori Anonimi.

*"[Andavo] perché... mia moglie era contenta che io andassi, perché lei pensava che andavo lì per... invece andando lì e seguendo tutti... quelle storie, sì ci resti male quando senti tutte queste cose qui, però quando, quando esci di lì...che hai ascoltato questi 5 o 6 che hanno raccontato le storie sue, dopo a volte andavo a casa subito, invece a volte quando [...] avevo qualche soldo in tasca (...) uscivo e andavo lì nella sala giochi a\*\*\*, un minuto perché non è che con 5 euro fai tanto però, solo andare dentro e sentire quella musica lì... Mia moglie mi aspettava, non mi vedeva arrivare sai...e [dicevo] 'Ma abbiamo finito tardi.' Sempre bugie [...] finché non se ne rende conto continua, un giocatore vive di bugie." (7\_M\_64\_U)*

#### 4.2.4 Canali di accesso ai servizi e fattori facilitanti

I casi in cui in cui il giocatore si rivolge autonomamente a un servizio, senza la mediazione di qualche figura, sono rari. Dalle narrazioni degli intervistati, come abbiamo detto, si può evincere che l'accesso al trattamento, di qualunque tipo, avviene di solito sotto la spinta di familiari o amici e sulla base delle loro risorse informative. Gli intervistati hanno raccontato di essersi rivolti a un servizio/un professionista suggerito da una fonte ritenuta autorevole, mentre non abbiamo trovato casi in cui siano state prese in esame diverse opzioni di trattamento.

In certi casi gli intervistati raccontano di essersi rivolti a **professionisti socio-sanitari** quali il proprio medico di base o psicologi privati e di essere stati indirizzati da questi ai SerD. La citazione seguente evidenzia come sia difficile per un medico di medicina generale individuare nei propri pazienti i segni di un problema con il gioco d'azzardo e come gli psicologi siano consapevoli che trattamento di questo specifico disturbo necessita di competenze specialistiche:

*"Non potevo contare né sui miei, né su nessuno, perché non mi osavo più chiedere soldi a nessuno. A questo punto ho deciso di andare dalla mia dottoressa, ne ho parlato con lei e lei mi ha detto... s'è stupita tantissimo perché... non pensava mai più che io andassi a giocare eh... è lei che mi ha consigliato di andare al SerD. Allora sono andata e di lì è iniziato 'sto percorso e... ho trovato della gente meravigliosa là dentro, che mi ha aiutato proprio tanto" (3\_F\_67\_U)*

*"Io ero andava già anni fa da una psicologa ma per attacchi di panico e quindi ne ho parlato con lei e mi ha detto che non avrebbe potuto aiutarmi perché su questa particolare cosa non era esperta. E quindi chiedendo un po' in giro mi hanno nominato il dottor \*\*\* e sono andata da lui..." (17\_F\_48\_E)*

Nelle esperienze raccolte, le persone che riferiscono di essersi rivolte a professionisti privati, lo fanno soprattutto per motivi legati a depressione, attacchi di panico o ansia generalizzata. Talvolta i giocatori cercano un percorso di supporto psicologico presso gli sportelli di ascolto delle associazioni o cooperative del territorio.

Anche se ex-utenti delle strutture o amici possono condividere informazioni e suggerire ai giocatori di andare in comunità per cercare di risolvere il problema, il SerD è il principale canale d'accesso per le **comunità terapeutiche residenziali**, cui invia i propri pazienti che, in base alla diagnosi, necessitano di questa forma di trattamento:

*“Anche lui (il professionista del SerD) visto che il problema, era un problema da piccola età, ha detto, per forza di cose ti ci vuole una comunità dove tu apprendi delle nozioni teoriche e fai, ti applichi anche come prova per vedere se caratterialmente riesci a capire dove sono stati i tuoi sbagli, dove... sono loro che mi hanno proposto la comunità.” (26\_M\_41\_U)*

I SerD possono indirizzare i propri pazienti anche ai gruppi di **Giocatori Anonimi**, per integrare il trattamento psicoterapico con la partecipazione a gruppi di auto-mutuo-aiuto. In altri casi sono le persone che direttamente chiamano i G.A., raccogliendo le informazioni in maniera autonoma o grazie ai suggerimenti ricevuti da familiari o amici e i riferimenti presenti sul web:

*“Dove lavora mia moglie, [...] c'era una signora e gli ha detto: ‘Guarda, sto così così...’ e gli ha dato il numero di Giocatori Anonimi, questa signora dove lavorava; allora mia moglie è tornata a casa e ha detto ‘Guarda, ho trovato questo numero, di Giocatori Anonimi’, va bene...” (16\_M\_72\_E)*

*“Poi ho detto [che giocavo] a mia sorella, gliel'ho confidato in ginocchio piangendo [...] sono crollato... tutto quel mondo di bugie, ma è stata anche una liberazione! Mia sorella ha detto: ‘Guarda su internet c'è questo gruppo’ [...] Mia sorella li aveva trovati [i GA] [...] e quindi mi ha mandato a \*\*\*[nome della città].” (20\_M\_38\_E)*

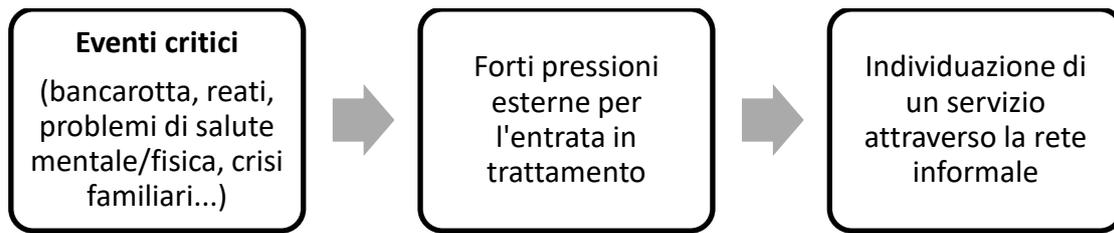
L'importanza del **supporto emotivo, materiale e informativo da parte dei familiari e degli amici** in questa fase di ricerca di aiuto emerge ripetutamente nelle narrazioni degli intervistati:

*“Io ringrazio che sono stata... che i miei figli mi hanno seguito, che sono successe tante cose, e che questo mi ha aiutato insieme, mi sono stati vicini tanto, tutti per controllare questa cosa.” (14\_F\_61\_U)*

*“La confidenza con un amico è stata importante, sì. [...] Poi l'ho detto a mia moglie che avevo piacere di fare un percorso da una psicologa per me, per migliorare alcune cose di me e quindi mi ha detto se avevo un miglioramento ‘Perché no? ci mancherebbe!’ Quindi... anche mia moglie, [...] mi ha appoggiato.” (28\_M\_34\_E)*

Secondo gli intervistati, dunque, i familiari/amici possono aiutare il giocatore a orientarsi nell'accesso ai servizi, a mantenersi focalizzato sull'obiettivo e incoraggiarlo nella possibilità di trovare una soluzione per il loro problema.

Fig. 4 – Emersione del problema e accesso ai servizi



### 4.3 Esperienze di trattamento

#### 4.3.1 Tipo di trattamento

In linea con il disegno della ricerca, nelle esperienze di vita degli intervistati sono presenti diversi tipi di percorsi trattamentali avviati con servizi differenti. Metà di loro, al momento dell'intervista, erano in trattamento presso un SerD (n=15). L'altra metà dei partecipanti allo studio era composta da persone non in trattamento (n=8) o in cura presso un servizio diverso: gruppo Giocatori Anonimi (n=5), psicologo/psicoterapeuta privato (n=1), naturopata (n=1).

Gli intervistati in cura presso un SerD hanno riferito di essere inseriti in percorso di *sostegno psicologico individuale* settimanale o bisettimanale<sup>9</sup>, talvolta affiancato da *incontri educativi* condotti da altre figure professionali che non sempre gli intervistati sono stati in grado di identificare<sup>10</sup>. In qualche caso è stata riportata anche la partecipazione a *incontri di gruppo* con altri giocatori mediati da uno psicologo. Sono in pochi, infine, gli intervistati utenti del SerD che al momento dell'intervista erano anche in trattamento farmacologico, abbinato al percorso psico-educativo e finalizzato in particolare alla riduzione della depressione e/o dell'ansia con effetti tranquillanti.

*“Praticamente da quello che mi detto \*\*\*, ti addormenta un po' diciamo, però non mi fa pensare... Fluvomixina... praticamente non ti fa pensare al gioco. A me fa quell'effetto lì. Però all'inizio era difficoltoso anche prendere le pastiglie. All'inizio era difficile, perché avevo la nausea, però, mi son detto, meglio un po' di nausea e quanto meno non giocare.”*  
(2\_M\_67\_U)

Gli intervistati aderenti ai gruppi di Giocatori Anonimi hanno riportato una frequenza almeno settimanale, solitamente nella fascia serale, per seguire il Programma spirituale dei 12 Passi. L'adesione ai gruppi di G.A. comporta anche il coinvolgimento attivo all'organizzazione dei gruppi, oltre che diventare punto riferimento e sostegno per un'altra persona.

*“Io sono responsabile del... come se fosse un call center, ho un cellulare: chiamo, mando avvisi, così su disposizione ben precise [...]. Io ogni giovedì, venerdì, come anche oggi, devo dare l'annuncio che è sospesa l'attività.”* (18\_M\_51\_E)

In riferimento alle comunità terapeutiche, dove la persona rimane per tempi più prolungati sperimentando incontri trattamentali psico-educativi (individuali o di gruppo) e farmacologici,

<sup>9</sup> Ci sembra opportuno sottolineare come gli intervistati facciano sempre riferimento a incontri psicologici e non psicoterapeutici, dato che potrebbe indicare una scarsa consapevolezza della diversità degli approcci.

<sup>10</sup> Non viene chiarito dagli intervistati se fossero psicologi o educatori.

qualche intervistato riporta come questo sia un percorso complesso e impegnativo tanto che, all'inizio, può suscitare timori e resistente.

*“Ma all'inizio è stato...difficile. Sei sempre un po'... un po' restio, perché... sa, l'unica cosa che mi spaventava erano i 6 mesi, non è tanto il percorso ma il dover star via 6 mesi. Poi lontano da casa...” (7\_M\_64\_U)*

Una volta terminato il percorso residenziale, il percorso di trattamento può proseguire presso l'ambulatorio del SerD.

*“Adesso ho provato la comunità, ho provato quello, ho provato a farmi aiutare dallo psicologo [...]. [Ora] continuo [con il SerD][...]. Mi aiuta, mi fa star bene per quel giorno!” (4\_F\_71\_U)*

Il quarto tipo di trattamento esperito dagli intervistati è un percorso psicologico/psicoterapeutico presso professionisti che operano in regime privato.

*“I: Che tipo di trattamento hai intrapreso con lei? [...]  
R: Sì, delle sedute, appuntamenti di un'ora circa, cinquanta minuti forse, dove si chiacchierava.” (28\_M\_34\_E)*

In conclusione riportiamo il caso di un giocatore che, oltre ad accedere ai servizi del SerD, ha dichiarato di aver utilizzato il programma online “Gioco Responsabile”<sup>11</sup>, messo a disposizione da Sisal e finalizzato, secondo quanto scritto sul sito, a “garantire la tutela dei clienti, in particolare delle fasce più vulnerabili, attraverso iniziative di informazione, prevenzione dei fenomeni di gioco problematico, educazione a comportamenti di gioco responsabile e assistenza per le criticità legate al gioco”. In particolare, l'intervistato riferisce di essersi iscritto al programma gratuito (della durata di 6 mesi) tramite la piattaforma che indicava un numero da contattare. Riportiamo qui sotto le parole dell'intervistato che meglio approfondiscono il funzionamento del servizio.

*“C'erano queste telefonate settimanali, c'erano proprio dei test che io dovevo compilare ogni settimana che, loro li chiamavano obiettivi. E quindi ogni giorno e ogni settimana, oltre... dopo la telefonata c'era - sulla piattaforma- c'era questo... il riassunto della conversazione telefonica, con i prossimi test da fare per raggiungere l'obiettivo e poi confrontare il test e parlarne poi la settimana dopo. Sono andato avanti circa sei mesi questo corso qui.” (15\_M\_41\_U)*

#### 4.3.2 Aspettative e primo impatto con i servizi

Secondo quanto emerso dalle interviste, i giocatori che decidono di chiedere aiuto si aspettano *in primis* di ricevere un supporto nell'acquisizione di **strumenti e strategie** (anche concrete) per essere in grado di autoregolare la propria compulsività legata al gioco, così come di comprendere meglio le **ragioni** profonde del rapporto problematico con il gioco, esplorando anche la storia.

*“Io devo riuscire a capire il perché io iniziai a [giocare]... che non ho ancora mai capito. Io lo so che mio papà è sempre stato un giocatore quindi è una cosa che ho sempre sentito fare [...]. Quindi magari [con] loro (i professionisti), una parola, un qualcosa, dobbiamo arrivare a capire il perché io iniziai [...]. La mia cosa è [avere] strumenti concreti per non ricadere*

---

<sup>11</sup> <https://www.sisal.com/sostenibilita/gioco-sostenibile/gioco-responsabile-> consultato il 10/03/2021.

*più, vorrei avere nelle mie mani in modo da poter essere autonoma nella gestione della mia dipendenza.” (5\_F\_49\_U)*

Non tutti, tra gli intervistati, si sono approcciati al trattamento con attese specifiche, se non quella di poter dare una svolta significativa alla loro carriera di gioco:

*“Mi aspettavo una qualsiasi sorta di aiuto alla fine, perché ero veramente arrivato a toccare il fondo, e quindi qualsiasi comunque genere di aiuto mi fosse stato dato sarebbe stato ben accetto, comunque.” (6\_M\_26\_U)*

In qualche caso emergono attese connotate dallo **scetticismo**, in particolare verso il SerD e legate a una scarsa fiducia verso l'efficienza e l'efficacia dei servizi pubblici in generale:

*“Ma io sinceramente pensavo di trovare la classica cosa statale che non vale niente. No? La classica cosa che comunque ti buttano di qua e di là, ma su ogni cosa, no? Che devi fare fatica sulle cose statali per arrivare a una conclusione, no?” (9\_M\_38\_U)*

*“Poi non ero tanto sicuro che la cosa del SerD funzionasse.” (26\_M\_41\_U)*

Per quanto riguarda gli studi privati, invece, gli intervistati si aspettano di incontrare il classico setting da psicanalista rappresentato nei film:

*“Io avevo sempre visto nei film il classico lettino e guardi il soffitto e la psicologa lì dietro che scrive. Invece no. Invece era un faccia a faccia, io su una specie di divanetto e lei su una sedia. Quindi molto familiare anche come incontro, amichevole diciamo. Non proprio come nei film, come mi immaginavo.” (28\_M\_34\_E)*

A fronte delle aspettative nutrite prima dell'accesso ai servizi, una volta incontrati, la maggior parte degli intervistati ricorda positivamente il primo impatto.

Nel caso dei **SerD**, per molti si è trattata di una scoperta che ha messo in discussione le proprie precedenti convinzioni che lo associavano al servizio per i “tossici” (cfr paragrafo 4.2.2) o a servizi inefficienti:

*“Diciamo che il SerD [...] lo sentivo nominare per quanto riguarda le tossicodipendenze, quindi per me è sempre stato un servizio che: ‘io non mi drogo!’ [...]. Poi ho scoperto che invece non faceva solamente quello, ma anche questi trattamenti sul gioco e devo dire che sono stato molto positivo.” (13\_M\_24\_U)*

Le procedure di accoglienza e di orientamento iniziali sono particolarmente apprezzate perché danno l'impressione di essere accolti, di potersi aprire e di potersi avvalere di un **servizio ben organizzato con personale preparato e competente** rispetto alle dipendenze.

*“Quel giorno mi sono incontrata con \*\*\* e lei è stata gentilissima. Lei mi ha spiegato come funziona il cervello, tutto questo. E io sono uscita di lì che ero proprio serena.” (3\_F\_67\_U)*

*“Una grande professionalità ma anche umanità, ok? Quindi persone preparate [...]. Mi sono trovato molto bene, ho avuto un rapporto bello, mi sono aperto subito, quindi ho sparato subito a zero.” (19\_50\_E)*

Tuttavia, tra gli intervistati c'è anche chi ricorda di essersi sentito impaurito e spaesato durante il primo incontro, e dubbioso rispetto alla reale necessità di dover intraprendere il percorso e restio a mettersi in gioco.

*“Mi sono sentito un po’ agitato, un po’ strano... ho detto: ma io sono qui? Devo ricorrere al SerD per smettere di giocare? Cioè... è proprio necessario?” (13\_M\_24\_U)*

*“[Mi sentivo] male. Spaesato. Impaurito... non sapevo cosa fare, come comportarmi... mi sembrava tutto totalmente assurdo... non avrei mai pensato di avere a che fare... con una persona che... parlandone, ti tira fuori quello che hai dentro.” (8\_M\_58\_U)*

Si tratta di sensazioni non connesse a particolari aspetti del servizio, quanto piuttosto all’aver realizzato di essere arrivati finalmente “al dunque”, al momento in cui è necessario smettere di nascondersi e aprirsi. Un intervistato ha ben riassunto a parole la fatica di “raccontarsi”, di esprimere le proprie emozioni durante i primi colloqui.

*“Ma diciamo che comunque è stata difficile. No? Difatti uno inizia a piangere perché comunque tira fuori delle emozioni che teneva dentro da tanto. No? Il fatto di pensare nella propria mente che non è giusto. Il fatto di tirarlo fuori, e comunque tiri fuori un’emozione forte, una cosa che magari per degli anni l’hai tenuta dentro e inizi a tirare fuori qualche cosa, vuol dire tanto.” (9\_M\_38\_U)*

In questi casi si tratta tuttavia di un passaggio iniziale che tende a scemare una volta avviato il percorso terapeutico e creatosi un **rapporto di fiducia** con il terapeuta, ma per questo ci vuole naturalmente del tempo.

*“Mah... diciamo che il primo incontro... comunque io ero un po’ restio a parlare di questi problemi [...] però man mano che andavo, la fiducia comunque verso quelle persone aumentava e comunque vedevo che mi lasciavo andare sempre di più.” (6\_M\_26\_U)*

*“Primo impatto ero ancora molto confusa, molto... non sapevo neanche io, ero molto... dicevo: ‘speriamo che ce la faccia’ [...] E poi piano piano, frequentando, mi sentivo piano piano [meglio]... c’è voluto del tempo.” (14\_F\_61\_U)*

Nelle narrazioni che riguardano i primi incontri con i **Giocatori Anonimi** emergono vissuti di imbarazzo e vergogna per il timore di essere giudicati dagli altri componenti del gruppo.

*“Eh... al gruppo ero molto imbarazzato... chiaramente: avevo paura di un giudizio, ma in realtà invece [no].” (19\_M\_50\_E)*

*“Beh diciamo che la prima volta che sono entrata un po’ di vergogna [l’ho provata], però poi visto che comunque eravamo tutti nella stessa situazione... niente... raccontavo le mie storie e tutto quanto.” (17\_F\_48\_E)*

Inizialmente i nuovi membri di un gruppo possono rimanere spiazzati di fronte alle ritualità di apertura e alla natura del percorso, che non prevede un termine.

*“L’impatto è stato uno dei più forti, dei migliori, nel senso che io sono arrivato con la convinzione che vai lì, fai un corso un anno, due, ciao, arrivederci e grazie. E invece no! Perché io quando sono arrivato ho visto una persona che era 15 anni che non giocava ed era ancora lì... una che era lì da 13 anni. E ho detto: ‘Minchia, qui ce devo sta’ tutta la vita!’” (24\_TO\_M\_43\_E)*

*“All’inizio la vedevo un po’ come una setta... perché sai ci sono questi riti, no? [...] la ritualità ti può un po’ spaventare [...] Sì, questa ritualità all’inizio, non so se posso dirlo... ma tanto non è che... c’è una cosa che metti l’euro: si chiama “la settima”. Quell’euro che dai serve*

*per... per comprare, per pagare la sala dove vai o il telefonino o quelle cose lì. All'inizio faccio per mettere: 'No, devi metterli la prossima'. All'inizio dicevo: 'ma perché si mettono i soldi che in realtà non si devono...' Dopo te lo spiegano. Forse queste ritualità all'inizio ti possono un attimino... far turbare questo sì." (19\_M\_50\_E)*

La durata del trattamento nei Giocatori Anonimi rimanda alla concezione del problema e all'obiettivo del percorso, che è l'astinenza: come da tradizione, i gruppi di auto-mutuo-aiuto anonimi affermano la necessità di un monitoraggio continuo in quanto ritengono impossibile "guarire" del tutto da una dipendenza senza un continuo supporto e autocontrollo. Si tratta di un approccio differente da quello dei servizi pubblici o degli studi privati che, al contrario, non puntano necessariamente all'astinenza, ma all'autoregolazione e all'analisi delle cause del rapporto problematico con il gioco.

In riferimento ai percorsi psicologici presso un terapeuta privato, infine, è stata riportata la **resistenza** iniziale connessa al dover aprirsi e raccontare la propria storia personale, che può creare disagio e sofferenza.

*"Era una cosa nuova e quindi ero un po'... non preoccupato però sulle mie, diciamo. Ma poi lei è stata veramente brava e se non la prima seduta, ma già dalla seconda ero molto più aperto e disponibile al trattamento. [...] Il fatto di aprirmi proprio del tutto mi umiliava un po'. Quindi quel momento non mi piaceva però sapevo che era a fin di bene e quindi continuavo ad aprirmi sempre di più." (28\_M\_34\_E)*

#### 4.3.3 Elementi di efficacia

Quali sono gli aspetti che gli intervistati che hanno intrapreso un percorso di trattamento ritengono essere stati utili nella riduzione dei sintomi della dipendenza e nella comprensione dei motivi che portano una persona a giocare? Dalle analisi delle interviste emergono diversi aspetti, alcuni trasversali ai diversi tipi di trattamento intrapresi dagli intervistati (SerD; Giocatori Anonimi; Comunità), altri specifici.

Per quanto concerne i primi, gli aspetti percepiti dagli intervistati come efficaci rimandano alla relazione terapeutica di **fiducia**, ovvero a fattori cosiddetti aspecifici. A tal proposito, in primo luogo, c'è il clima di accoglienza, la sensazione di essere protetti, il sollievo liberatorio di poter parlare del problema, di essere ascoltati, in **assenza del giudizio**, della vergogna e della conseguente necessità di mentire che spesso caratterizzano i momenti di confronto sul tema – o di vero e proprio scontro - che avvengono con i familiari. La possibilità di aprirsi e lo "svelamento del sé", ovvero il processo attraverso cui nella relazione di cura la persona rivela informazioni di sé intime al terapeuta, sono sicuramente elementi apprezzati del percorso di recovery.

*"Mi ha tirato fuori delle cose che non ho mai raccontato a nessuno. Vabbè. [...] (si commuove). Devo dire la verità...mi ha...mi ha non reso felice, di più. È bello... il bello di dire qualche cosa ed essere ascoltato" (11\_M\_58\_U)*

È ritenuto particolarmente efficace, oltre che apprezzato, il lavoro introspettivo di analisi delle **ragioni profonde** che spingono la persona a giocare, delle **dinamiche familiari** che incentivano o influenzano il mantenimento della dipendenza e l'analisi delle **emozioni** provate più frequentemente, non solo durante le sessioni di gioco, ma anche nei momenti di astinenza:

*"L'obiettivo [...] è puntare a trovare quella cosa che ha fatto scattare il tutto, il malessere che c'è dentro di noi che fa scaturire il rifugio nel gioco, perché poi alla fine il gioco è una sorta di rifugio (dai) problemi." (15\_M\_41\_U)*

*“Il percorso con la psicologa comunque, eh... più che altro è servito al fatto del rendermi conto veramente delle emozioni che provavo, del capirle fino in fondo.” (6\_M\_26\_U)*

Il percorso di trattamento è utile secondo gli intervistati anche a **rielaborare il senso di colpa e di vergogna** grazie alla rielaborazione del rapporto problematico con il gioco d'azzardo in termini di problema di salute, e non di responsabilità individuale. Questo è fondamentale per iniziare un processo di decostruzione dei processi di auto-stigmatizzazione.

*“Mi sentivo a mio agio perché mi facevano capire che non era una vergogna, era solo un problema. Non una vergogna. E allora questo mi dava la forza per continuare.” (14\_F\_61\_U)*

Un altro aspetto fattore percepito dagli intervistati come efficace riguarda la **disponibilità** dei professionisti, che si esplica in un elevato livello di **flessibilità** e reperibilità, riferiti ad esempio alla possibilità di spostare gli appuntamenti. Durante il periodo di lockdown dovuto al Covid-19, laddove attuata, gli intervistati hanno apprezzato in particolare la possibilità di proseguire il percorso di trattamento in modalità online, che ha permesso di sentirsi non abbandonati.

Nel caso dei Giocatori Anonimi il bisogno di **non sentirsi soli** di fronte alle difficoltà che l'astinenza dal gioco d'azzardo comporta, trova risposta nella certezza di poter contare su qualcuno del gruppo, di avere sempre una persona amica con cui parlare, soprattutto nei momenti critici.

*“Non solo le riunioni, poi si scambiano i numeri di telefono e quando qualcuno ha difficoltà, o semplicemente per parlare, o hai voglia di giocare, tu chiami e dall'altra parte c'è una persona che... un amico che è pronto ad aiutarti.” (20\_M\_38\_E)*

La dimensione di gruppo è un fattore particolarmente efficace dal punto di vista degli intervistati, in quanto facilita la costruzione di legami positivi e l'apprendimento di nuove conoscenze in un clima informale e di comprensione reciproca.

È evidente che si tratta di una dimensione particolarmente presente tra i Giocatori Anonimi, ma anche presso i SerD e le comunità terapeutiche il percorso terapeutico individuale è spesso integrato da incontri di gruppo psico-educativi e di rielaborazione della propria esperienza di gioco. Le esperienze residenziali sono particolarmente apprezzate.

*“[Parlando dei gruppi terapeutici] Perché anche quando si parlava nel gruppo, non sei giudicata e quindi puoi esprimere in pieno le tue problematiche e poi anche quando sono andata due volte ad \*\*\*, dove ci sono questi weekend, così, che si sta tutti insieme, è bellissimo.” (3\_F\_67\_U)*

*“[Parlando dell'esperienza della comunità] Ti portano in piscina, poi fanno, fanno i vari gruppi... adesso non mi vengono in mente, ci sono 3 o 4 gruppi... e ogni operatrice ha il suo, c'è quello educativo, quello comportamentale e si fanno 2 o 3 volte alla settimana.” (7\_M\_64\_U)*

*“Poi invece a \*\*\* hanno fatto la Sidecar, la Sidecar che siamo andati una settimana o dieci giorni siamo andati in Val d'Aosta. [...] Eravamo una quindicina anche di più... di persone che giocano, ci hanno portato e ci facevano stare in albergo e ci illustravano [...] le percentuali (di vincita). Sidecar voleva dire quello... che uno che ti traina... c'erano degli operatori che ci spiegavano, degli psicologi, delle persone che ci spiegavano [i meccanismi del gioco].” (4\_F\_71\_U)*

L'ultimo fattore trasversale di estrema rilevanza per gli intervistati ai fini del successo di un percorso sono la presenza e il **supporto** costante offerto dalla **famiglia e/o dagli amici**. In molti casi, infatti, la percezione di avere qualcuno su cui contare, che sprona la persona a rimanere in trattamento favorisce il raggiungimento degli obiettivi terapeutici:

*“Quindi il fatto che mio marito mi sia venuto incontro e che sta affrontando con me la situazione è un supporto. Se già il supporto non c'è, parti male perché comunque devi avere, devi avere una persona che ti supporta.” (17\_F\_48\_E)*

Passando ad analizzare i fattori emersi dalle interviste quali elementi di efficacia attribuiti specificatamente a un tipo di servizio, per quanto concerne il **SerD**, viene riportata la professionalità degli operatori. Gli intervistati riconoscono loro le **competenze specifiche sulla dipendenza e sul gioco d'azzardo**: con loro infatti gli utenti hanno modo non solo di approfondire le cause profonde sottese al gioco problematico, ma anche i meccanismi specifici del gioco d'azzardo (in particolare le distorsioni cognitive, la compulsione, le pratiche che espongono la persona a perpetuare l'azzardo...). La consapevolezza che vi siano dei meccanismi intrinseci dei giochi atte a creare dipendenza è un fattore predittivo del successo del trattamento (Grimard and Ladouceur, 2004) e aiuta a spostare in parte il problema dall'individuo al prodotto:

*“Con il SerD sono riuscito a fare un discreto percorso curativo e migliorativo. Per gli altri [professionisti presso studi privati] era una questione praticamente di rilassamento [...] non avevano la coscienza del cos'è il gioco, per cui rivolgevano tutti ad altro tranne che a quello che era la problematica del gioco, come dire, per capire il 'perché' di questo motivo. Mentre con il SerD sono riuscito ad arrivare a capire questo” (10\_CN\_M\_53\_U)*

Integrare queste informazioni con l'apprendimento di **tecniche di rilassamento** per contrastare l'insorgere di ansia e stress, aumenta notevolmente la possibilità di controllare il desiderio compulsivo di giocare d'azzardo nei momenti critici.

*“Abbiamo anche continuato delle sedute, diciamo, delle sedute di... come si dice, di rilassamento, che mi sono servite molto [...] cioè, più che altro a me serviva un rilassamento in quei momenti in cui mi sentivo più nervoso [...]. Queste tecniche di rilassamento mi hanno aiutato molto.” (10\_CN\_M\_53\_U)*

Del percorso dei **Giocatori Anonimi** viene apprezzata prima di tutto la possibilità di avere un **confronto diretto con i propri pari**, da cui ci si sente maggiormente compresi proprio perché si stabilisce una condivisione possibile solo con chi ha vissuto in prima persona il problema.

*“Sono due cose differenti, nel senso che nel gruppo parliamo la stessa lingua, ok? Un professionista, anche molto umano, non può capire, ma è normale che sia così! Mentre non può capire a fondo ecco... può comprendere ma non può capire esattamente certe porcate...ok? Invece fra di noi, diciamo, ci si capisce... come tu vedi il giocatore che sta giocando ti capisci, parli la stessa lingua” (19\_VB\_M\_50\_E)*

Gli **helper** – o sponsor, cioè la persona che è stata designata per sostenere un altro membro, anche al di fuori degli incontri di gruppo - diventano importanti punti di riferimento, esempi da seguire e che possono sostenere un giocatore nel processo di recupero e cura proprio perché lo comprendono meglio di chiunque altro, anche di un professionista.

*“Una persona, noi lo chiamiamo 'sponsor di riferimento', io sto facendo da riferimento ad altre persone, lui sta facendo da riferimento a me e ci si sente e la cosa strana è che, se mi telefona a me un giocatore, quando io gli chiedo: 'Ciao, come va?' io solo dalla risposta*

*capisco già dove è il suo problema. Se ha un problema, se ha una voglia, se è... una telefonata così. E la stessa cosa succede con me, cosa che con una persona tra virgolette normale non succede, perché non ha vissuto le cose che ho vissuto io.” (24\_TO\_M\_43\_E)*

In linea con ciò anche la possibilità di **ascoltare testimonianze** di altre persone e avere quindi una storia in cui potersi “rispecchiare” funge da motivazione per la tenuta nel percorso. Allo stesso tempo poter vivere **momenti di celebrazione collettiva** in seguito al raggiungimento di traguardi di astinenza raggiunti agisce da gratificazione e rinforzo della motivazione.

*“Non c’è medicina migliore che avere un grazie dagli ospiti. Non c’è medicina migliore di dire: grazie non gioco. Grazie! E c’è l’applauso... sono stato anche premiato, ogni anno ti danno una medaglietta. Il giocatore è stato premiato... perché dopo un anno che non giochi [ti danno la medaglia]... e quando senti che uno è da 16 anni, 17 anni che non gioca... [ti] sembra un altro, un altro mondo! Però è sempre stata una festa!” (18\_VB\_M\_51\_E)*

Anche avere **piccole o grandi responsabilità** all’interno del gruppo di sostegno è identificato come fattore di efficacia dei G.A.: da una parte questo riabilita la persona facendola sentire “capace”, “degnata di fiducia”, dall’altra offre compiti concreti verso cui direzionare e organizzare pensieri, sforzi e azioni.

*“In ogni gruppo ognuno ha un ruolo...il presidente, il tesoriere, chi ritira la cassa chi è il segretario. [...] se non c’è organizzazione si lavora male! Cosa che non succedeva nel... nel gioco l’organizzazione non c’era, perché era tutto sfasato.” (18\_VB\_M\_51\_E)*

Gli elementi di efficacia che gli intervistati hanno attribuito ai percorsi trattamentali delle **comunità residenziali** sono principalmente due. In primo luogo, anche in questo caso, viene riconosciuta la **competenza tecnica** dei professionisti che vi lavorano sul gioco d’azzardo e in particolare sulle distorsioni cognitive associate.

*“E poi loro ti fanno fare proprio dei gruppi e ti insegnano che si chiamano distorsioni cognitive che sono tutte legate a dei pensieri che chi è dipendente ha [...]. A fine percorso [...] ho capito che quello che dicono non sono solo chiacchiere e che appunto gli studi (che) gli operatori del settore hanno fatto sono studi appunto sufficientemente ottimi secondo me per chi vuole, sanno fare il loro lavoro, sono persone comunque competenti [...] io parlo di comunità” (26\_TO\_M\_41\_U)*

In più la comunità garantisce un **accompagnamento nella quotidianità**. È proprio nella conduzione della vita di tutti i giorni che le persone possono imparare a gestire i momenti di noia che prima del trattamento portavano inevitabilmente alla ricerca del gioco, anche grazie alla scoperta di altre forme di piacere.

*“Quello che ti insegnano loro è che devi stare molto nella noia, devi proprio quando hai tempo libero devi proprio pensare, ad esempio i libri... io non ne ho mai letto uno ma da quando sono lì ne ho già letti 3 o 4. [...] Quindi il sabato e la domenica mi dicevano di stare nella noia [...]. Lo so che è duro per uno come me [...] però un po’ alla volta ho imparato” (7\_VB\_M\_64\_U)*

Nella tabella seguente riportiamo in sintesi i principali elementi di efficacia dei percorsi di trattamento dal punto di vista degli intervistati.

Tabella 5 - Fattori di efficacia dei diversi trattamenti

Servizio	Elementi di efficacia
Tutti (elementi trasversali)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non giudizio</li> <li>- Accoglienza, ascolto</li> <li>- Possibilità di aprirsi</li> <li>- Esplorazione profonda dei propri vissuti emotivi, relazioni familiari</li> <li>- Disponibilità, flessibilità degli operatori/helper</li> <li>- Sentirsi accompagnati</li> <li>- Supporto della famiglia e/o amici</li> <li>- Confronto tra pari e legami di gruppo</li> </ul>
SerD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tecniche di rilassamento</li> <li>- Competenza professionale sulle dipendenze</li> <li>- Comprensione dei meccanismi di distorsione cognitiva</li> </ul>
G.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacità di comprensione per esperienza</li> <li>- Confronto e sostegno tra pari</li> <li>- Helper come figura di riferimento</li> <li>- Avere compiti e responsabilità nel gruppo</li> <li>- Momenti di celebrazione collettiva su obiettivi raggiunti</li> </ul>
Comunità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnamento nella quotidianità</li> <li>- Competenza specifica sulle dipendenze</li> <li>- Comprensione dei meccanismi di distorsione cognitiva</li> </ul>

#### 4.3.4 Elementi di criticità

Passiamo ora ad analizzare i fattori percepiti quali potenziali criticità dei percorsi di trattamento, tenendo a mente che questi non sono l'esito di una valutazione oggettiva, ma dipendono dalle storie e dalle caratteristiche individuali dei giocatori, oltre che da quelle che differenziano i singoli servizi, anche quelli dello stesso tipo.

Per quanto concerne i **SerD**, in alcuni casi, anche a causa della carenza del personale nel servizio pubblico e alle difficoltà legate al periodo specifico in cui si sono svolte le interviste, gli intervistati hanno lamentato degli intervalli di tempo troppo lunghi (tre settimane) tra un colloquio e l'altro. Secondo gli intervistati si tratta di una **frequenza insufficiente** per riuscire a mantenere gli obiettivi di cambiamento del proprio comportamento. Gli intervistati auspicerebbero colloqui a cadenza settimanale e, nei periodi iniziali di presa in carico (quelli più complicati), perfino due o tre incontri a settimana.

*“Io penso che si potrebbe migliorare in questo senso: perché gli incontri ci sono ogni tre settimane e ogni tre settimane per me sono tante, stare da soli... Se si potesse magari, o tutte le settimane, o ravvicinare un po' gli incontri. Perché sono tante tre settimane, in tre settimane tu puoi fare tante cose, ricadere.” (3\_CN\_F\_67\_U)*

Nonostante la disponibilità e la flessibilità emerse come fattori positivi per il SerD, qualche intervistato ha riportato insoddisfazioni rispetto alla discontinuità del trattamento legata alla rotazione dei terapeuti, alla perdita di contatto durante il lockdown e alla scarsa puntualità di alcuni professionisti.

*“In realtà l’unica cosa che mi è dispiaciuta è che ho dovuto comunque interrompere il percorso con la psicologa perché nella sezione del SerD dove vado non era sempre lì la psicologa, perché lei arrivava da \*\*\* e quindi comunque durante il lockdown non l’ho potuta sentire telefonicamente e anche dopo comunque aveva deciso di non venire più a \*\*\*. E quindi diciamo che l’unica cosa da migliorare sarebbe comunque l’aver uno psicologo, una psicologa per sede.” (6\_CN\_M\_26\_U)*

*“Ti faccio un esempio; è capitato diverse volte che magari la dottoressa tizia non poteva essere presente all’appuntamento e poi magari capitava che... dovevo essere io, cioè [...] dovevo essere io a richiamare e a volte capitava che arrivavo, magari iniziava col colloquio un quarto d’ora dopo l’appuntamento, comunque finiva cinque minuti prima ... non c’erano mai domande mirate sul gioco.” (15\_TO\_M\_41\_U)*

In riferimento alla modalità di incontro, se durante il periodo del lockdown l’**utilizzo delle piattaforme online** per i colloqui ha rappresentato per qualcuno un modo funzionale per mantenere la relazione di fiducia, per altri si è trattato di un ripiego non altrettanto efficace:

*“Anche in questo periodo di pandemia, diciamo, ci siamo sentiti telefonicamente e sinceramente a me fa più... infatti speravo di vederla di nuovo perché telefonicamente abbiamo fatto dei colloqui, però per me non erano colloqui, perché secondo me bisogna farlo, quando si parla di queste cose bisogna essere faccia a faccia con l’interlocutore.” (10\_CN\_M\_53\_U)*

Secondo un intervistato che ha seguito anche il programma online Gioca Responsabile, un monitoraggio periodico attraverso l’utilizzo di **test di autovalutazione** potrebbe essere un aspetto utile da inserire nei trattamenti per tenere i pazienti focalizzati sugli obiettivi del trattamento e fornire un rimando sui progressi fatti.

*“Sì, ci sono delle cose che secondo me dovrebbero fare in più. In primis secondo me è molto importante i test, perché è importante che la persona che ha il problema riconosca attraverso delle domande più mirate [...]. Vado a casa, faccio questo test e glielo riporto e poi lo studi con la psicologa, secondo me aiuta tanto. [...] Nel momento in cui tu hai voglia di sfogarti e non c’è lo psicologo, hai il test. [...] Perché facendo il SerD magari avevi un appuntamento settimanale, con test avevi qualche cosa in più da fare in modo che potevi riportarvi l’obiettivo di non giocare.” (15\_M\_41\_U)*

Alcuni giocatori, paragonando i gruppi di supporto del SerD con quelli dei G.A., sottolineano come i primi potrebbero essere migliorati attingendo qualche spunto dai secondi. In particolare secondo qualcuno andrebbero incentivate le occasioni di **incontro di gruppo** tra giocatori in trattamento al SerD e incoraggiati i contatti tra gli stessi al di fuori del servizio, al contrario di quanto sembra accadere per ragioni che all’intervistato non sono chiare.

*“A loro non andava bene neanche che ci andavamo a prendere il caffè prima, e questo ancora adesso sinceramente non l’ho mai capito e non lo capirò mai, perché siccome invece tra giocatori se riesci a trovare l’alchimia giusta c’è un aiuto incredibile [...] io quello che consiglieri al SerD, per quanto riguarda i gruppi serali è di non essere così rigidi sul fatto che ci si possa incontrare fuori, prima cosa, magari li inviterei a “rubare” qualche spunto dal gruppo che frequento” (24\_M\_43\_E).*

In riferimento ai percorsi nelle **comunità residenziali** viene riferito quale elemento critico la difficoltà di gestire il **tempo libero** non strutturato, quando non sono presenti attività socio-educative:

*“Il tempo libero... Sei molto seguito però sei molto lasciato andare sul tuo. Ultimamente hai molta libertà, si fanno meno gruppi e questa è un’esperienza negativa perché non ti passa più il tempo” (7\_M\_64\_U)*

Anche l’**uscita dalla comunità** può rappresentare un momento critico: qualcuno ha lamentato un atteggiamento di eccessivo controllo nei mesi precedenti l’uscita dalla comunità, fatto che rischia di essere vissuto come mancanza di fiducia:

*“Adesso che io sono alla fine... sì, mi martellano... e mi chiedono: cosa fai? Cosa non fai? Che emozioni provi quando esci? E io dico: non ne provo, è inutile che mi dite: il craving. Non ce l’ho! .... Ma te... ma è possibile che non c’hai un desiderio? Ma sì, ho il desiderio di andare a casa, quelle cose che hanno tutti.” (7\_M\_64\_U)*

Infine è stata sottolineata la **carezza di comunità residenziali** esclusivamente dedicate al gioco d’azzardo. Un’intervistata, consapevole della natura comune di tutte le dipendenze, ha sottolineato che il problema delle comunità miste non è trovarsi insieme a persone “diverse”, ma piuttosto la percezione che i professionisti siano meno preparati sul problema specifico del gioco d’azzardo:

*“A me non interessa stare in mezzo agli “altri”, perché io sono stato bene, tanto tutti quanti avevamo... eravamo dipendenti di qualcosa, perciò non è che mi spaventava il fatto... però avrei voluto persone più preparate per il mio caso” (4\_F\_71\_U)*

La stessa criticità è stata riportata anche nei confronti dei **professionisti privati** (psicologi e psicoterapeuti). Come abbiamo detto parlando dei SerD, qualcuno sottolinea come, affinché il trattamento sia efficace, al di là di possedere le competenze su come gestire le emozioni, il terapeuta dovrebbe possedere anche competenze specifiche sui meccanismi del gioco d’azzardo che inducono la distorsione cognitiva.

*“Ho provato di tutto, siamo andati anche con mia moglie, poi però mi sembrava più uno psicologo sessuale che uno psicologo per il gioco, perché poi arriva alla fine, ce l’ha girata tutta sulla coppia [...]. Era una questione praticamente di, solamente di rilassamento... ma che andassero a focalizzare sul gioco... non sono mai riuscito a trovarne uno proprio... (adatto).” (10\_M\_53\_U)*

In continuità con quanto riportato nel paragrafo precedente anche, il **costo** delle sedute può rappresentare un elemento critico non indifferente. Nel racconto di un utente del Serd di Verbania, rivoltosi a uno studio privato, il pagamento al termine della seduta non viene associato al corrispettivo di un intervento professionale, quanto piuttosto a un interesse personalistico incompatibile con un genuino interesse nei confronti del paziente:

*“A Milano non sarebbe stato possibile trovare una persona così...anche perché lei, chiuso lo studio... cosa gliene fotte a lei di me? Lei se ne fotte dei 150 euro che gli pago la fattura.” (11\_M\_58\_U)*

Infine, alcuni degli elementi descritti dagli intervistati come facilitanti l’adesione e il raggiungimento degli obiettivi di trattamento, sono emersi nelle narrazioni anche come potenzialmente critici. Per quanto concerne i **Giocatori Anonimi**, se da una parte il “sapere per esperienza” è un aspetto chiave nella possibilità per i giocatori che cercano aiuto di sentirsi compresi e sostenuti, dall’altra può divenire un’arma a doppio taglio. L’**assenza di una competenza professionale** rischia di far fare interventi “maldestri” ai partecipanti:

*“La cosa positivissima è che parliamo la stessa lingua, quella è proprio che ti capisce, si viaggia al volo. Mah, la negativa forse... che parli la stessa lingua, quindi talvolta puoi essere un danno [...] a volte essendo comunque patologici... hai anche degli atteggiamenti un po' brutti, anche da parte mia eh! Cioè, hai delle uscite un po', un po' sbagliate... però questo fa un po' parte...” (19\_M\_50\_E)*

Tabella 6. Criticità segnalate dagli intervistati

Interventi	Criticità
SerD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frequenza insufficiente degli incontri</li> <li>- Assenza di sufficienti professionisti nelle sedi</li> <li>- Mancanza di forme di monitoraggio frequenti</li> <li>- Colloqui a distanza</li> <li>- Insufficiente valorizzazione dei gruppi e delle relazioni informali tra giocatori</li> </ul>
G.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assenza di competenze professionali</li> </ul>
Comunità terapeutiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestione del tempo libero</li> <li>- Carenza di comunità specifiche per giocatori problematici</li> </ul>
Terapeuti Privati	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza competenze specifiche sulle dipendenze</li> <li>- Costo delle sedute</li> </ul>

#### 4.3.5 Effetti percepiti del trattamento

Gli intervistati hanno messo in evidenza diversi effetti positivi del trattamento, indipendentemente dal tipo di percorso intrapreso. Questi dipendono ovviamente dagli obiettivi della persona, che a sua volta sono condizionati dal tipo di trattamento scelto: per i SerD questi non coincidono necessariamente con smettere del tutto di giocare, ma aumentare la capacità di autocontrollarsi, di eliminare la componente compulsiva del comportamento di gioco. Ad esempio, come racconta un intervistato, essere capaci di mettersi in tasca i soldi di una vincita ai Gratta e Vinci senza rigiocarli.

*“Già mentre arrivo dico: ma io perché lo sto facendo? Cioè già il dubbio nel gioco mi viene, perché mi devo rovinare così? Cioè se li perdo poi non ho più un soldo. E però dico, ormai li ho presi... finiamo di grattare. Quello che vinco, se vinco me lo terrò. [...] Allora quel punto quando vedo che, oh cazzo ho giocato 20 che già non volevo giocare, perché ho giocato 5 ma ho perso e ho giocato 10 ancora, ho vinto 20, sono arrivato qua con €20... sto uscendo via con 24 perché ho preso il caffè... boh va beh andiamocene e infatti succede. [...] c'è sempre quella con la controparte che mi tira indietro, no? Che mi fa ragionare, la parte più giusta nella mia testa che mi dice ma perché stai facendo?” (13\_M\_24\_U)*

Allo stesso tempo vengono più volte sottolineati i miglioramenti nella **regolazione delle emozioni**: si abbassano i livelli di depressione, rabbia, ansia e stress anche grazie alla pratica di tecniche di rilassamento apprese in terapia e alla maggiore comprensione e gestione delle dinamiche familiari che influenzano la spinta a giocare. Da un lato, secondo alcuni, si impara a gestire lo stress senza ricorrere al gioco, dall'altra ci si rende conto che il gioco stesso era la fonte di gran parte dello stress.

*“Prima ad esempio andavo al tabaccaio, stavo male se non compravo un Gratta e Vinci. Adesso non me ne frega niente perché mi fa, mi fa anche rabbia comprarlo perché so quanto*

*male ho fatto. E poi devo dire la verità non è solo quello, è grazie anche al SerD perché loro hanno capito e mi hanno insegnato a gestire determinate situazioni, cioè io praticamente non dovevo prendermela con il gioco. [...] le dico una frase molto molto molto significativa per me, la dottoressa mi disse: 'tu non devi nasconderti dietro il gioco, nel senso, non è che tutte le volte che poi ho un problema con la tua compagna o con tuo papà o col lavoro o col tuo amico devi andare a trovare la scusa che è perché tu stai così allora vai a giocare perché quello non c'entra niente, tu stai giocando perché lo vuoi tu. Perché se tu sei incavolato con la tua compagna te ne vai a fare una passeggiata o torni e ti vai a dare due calci al pallone ma non vai a giocare. Quindi non trovare la scusa del gioco perché quello è un alibi che ti stai creando tu.' Queste parole così forti mi hanno aiutato" (15\_M\_41\_U)*

*"Più che altro l'ho notato sul posto di lavoro che appunto prima ero ... nervoso, appena mi si diceva qualcosa reagivo molto male, mentre comunque sia durante il trattamento che e alla fine adesso sono molto, molto molto più sereno. E ho capito che in realtà la maggior parte del fattore di stress non era legato tanto alle situazioni della vita ma era legato alla fine al gioco" (6\_M\_26\_U)*

Uno degli esiti del trattamento è quindi anche l'aumento dei livelli di **autostima e di fiducia in sé**, così come la percezione di una maggiore **autoefficacia** nella capacità di controllare il proprio rapporto con il gioco.

*"Da prima a dopo [il trattamento] è cambiato il fatto che non sono più ansiosa, perché prima io non potevo stare sola che partivo ad andare a giocare. Adesso invece sono tranquilla, me ne sto tranquillamente a casa, e mi sento più forte, mi sento più protetta, insomma, in qualche modo con gli amici del SerD [...] [la frequenza al gioco] è diminuita tanto, tantissimo. Io adesso non sono più andata. Ho avuto una ricaduta dal primo lockdown, però sono andata subito al SerD e... Ne abbiamo parlato e poi non son più andata" (3\_F\_67\_U)*

L'obiettivo del programma dei 12 passi proposto dai G.A. è invece l'astinenza. La fiducia in sé stessi è associata alla capacità di tenersi lontani dalla tentazione di giocare, affidandosi al sostegno del gruppo, nella convinzione che basti poco per ricadere nella dipendenza.

*I: "E tu sei riuscito a smettere?"*

*R: "Sì, io per ora sì. Ma sono sei anni, sei anni e quasi due mesi. Nemmeno un centesimo più, non sfido il gioco, non voglio sfidarlo e non voglio andare a mettere in quei casini in cui potrei ricadere." (20\_M\_38\_E)*

*"Adesso ho trovato un gruppo che mi aiuta, ho trovato fiducia in me stesso." (18\_M\_51\_E)*

Per quanto concerne i percorsi specialistici, in particolare presso il SerD e le comunità residenziali, gli intervistati sottolineano l'importanza di aver acquisito una maggiore **conoscenza** e **consapevolezza** delle distorsioni cognitive e false credenze che favoriscono il comportamento compulsivo verso il gioco.

*"Ho acquisito varie nozioni a livello teorico, del tipo come funziona proprio il meccanismo del gioco, che ci sono nella testa di uno che ha dipendenza al gioco. Abbiamo delle distorsioni cognitive, che sarebbero appunto tutti dei pensieri attribuiti al gioco, il pensiero della vincita, la cosa che io se lascio la macchina arriva l'altro che magari la scarica, quando vedi qualcuno che gli ha messo tanti soldi magari andarci subito a giocare perché dici è carica, mi paga. Ho imparato, ho acquisito queste cose qua che sono tutti pensieri che abbiamo, ma che in realtà sono dei pensieri anomali" (26\_M\_41\_U)*

Gli intervistati hanno riferito, inoltre, di avere imparato delle strategie di autoregolazione. Una ad esempio consiste nell'**organizzare** efficacemente il proprio **tempo libero**, prima utilizzato per recarsi nelle tabaccherie o nelle sale slot/VTL: qualcuno ha intrapreso o ripreso un'attività sportiva, di volontariato e un hobby, altri hanno riportato un maggiore investimento nei **rapporti familiari** interrotti o trascurati a causa del gioco.

*“[La relazione con mia moglie] è migliorata perché adesso la sera non le passo tutte sul divano a giocare, a giocare fino alle tre, quattro del mattino, ma magari alle dieci e mezza vado su nel letto insieme a lei e la bambina - anche prima, nove e mezza, dieci a volte e ci addormentiamo assieme. [...] [Riferito alla figlia] La sento che mi chiama 'papà, papà' e prima ignoravo del tutto, invece adesso sento una vocina così, e mi fa venir voglia di andar su e di stare anche con lei e di addormentarsi. Dei bei momenti che a volte purtroppo ci andiamo a perdere...” (28\_M\_34\_E)*

Il **cambiamento della rete sociale amicale** è un'altra strategia adottata dopo avere intrapreso un percorso di trattamento: stringere (nuovi) legami con persone significative lontane dal circuito del gioco rappresenta per gli intervistati un fattore di protezione importante per evitare di ricadere nella tentazione del gioco d'azzardo.

*“Ecco, adesso devi farti gli amici sani, perché quelli malsani non li voglio frequentare più. Però adesso, devo... dobbiamo farci una compagnia sana, gente sana gente che abbia altre cose da fare... anche fare una scampagnata, andare in bicicletta, anche fare volontariato... adesso penso di chiedere qui in Croce Rossa o in canile o c'è il mio amico sindaco che mi chiede di andare a fare l'AIB. Io ho sempre detto di no, ma adesso che c'ho il tempo... adesso devo trovare qualcosa da fare, per passare il tempo libero. L'unica cosa è trovare qualcosa da fare nel tempo libero ma che sia una cosa sana.” (7\_M\_64\_U)*

Come si può facilmente intuire, il trattamento non ha effetti solamente sulle persone che lo intraprendono, ma anche sui loro familiari: in questo senso viene riportato dagli intervistati come il cambiamento associato al percorso terapeutico, anche se ben accolto, richiede dei tempi di adattamento anche per i familiari, che a volte possono faticare a riacquisire fiducia nel giocatore.

*“Me lo dice sempre: dammi il tempo perché devo cambiare anch'io. Abituata a fare una certa vita... risposte male, le bugie... sai i soldi... nascondi il borsellino, sai mancano 5 euro nel borsellino... e zacchete: chi li ha presi? No, io no. Sa, di bugie ne ho già dette tante... quindi adesso non c'ho più voglia di dirle. Devo, devo riprendermi la mia vita... non quella che facevo” (7\_M\_64\_U)*

Riportiamo, infine, la riflessione di un intervistato su un effetto inatteso che non è strettamente connesso agli obiettivi terapeutici, esito indiretto del processo di cambiamento personale e meta riflessione sulla propria esperienza di dipendenza. Questo riguarda una maggiore capacità di comprensione dei meccanismi di dipendenza, di qualunque natura essa sia, che porta a un maggiore rispetto e alla sospensione di giudizio nei confronti delle persone che si trovano in questa situazione.

*“Ecco una cosa che mi ha fatto... una qualità che mi è uscita - posso dire una qualità? - è non giudicare. Questa cosa qua mi ha fatto molto pensare: ma come, tu giudicavi il tossico, quello e quell'altro? e te sei uguale! Poi magari avevi anche bisogno di una mano eh... questa cosa, tra tutte le cose terrificanti e i retroscena e tutte le cose che sono rimaste, in questo un po' sono migliorato. Aspetta a giudicare: guardati te un attimino e magari guarda anche all'altro, che magari gli puoi anche dare una mano, no? [...] Come dicevano gli indiani: camminare per 7 lune nei casini degli altri...” (9\_M\_50\_E)*

## 5. Conclusioni

La ricerca è partita dalla premessa che solo una minima parte delle persone che presentano un profilo di gioco problematico si rivolge a un servizio di trattamento, dato rilevato dalle ricerche internazionali (Ladouceur et al., 2001) e confermato anche in Piemonte (Diecidue et al., 2020). È noto che l'accesso ai servizi si configura come un processo complesso, caratterizzato dalla presenza di numerosi fattori intervenienti, ostacolanti o facilitanti la richiesta di aiuto (Suurvali et al., 2009). La letteratura suggerisce che le motivazioni che impediscono l'emersione della domanda di aiuto sono sentimenti quali vergogna e umiliazione (Pulford et al. 2009), oltre al mancato riconoscimento del problema e la convinzione di potersela cavare da soli (Rockloff e Schofield, 2004, Splevins et al. 2010). Il risultato, che trova conferma anche nei racconti dei nostri intervistati, è che i giocatori si rivolgono ai servizi solo quando la loro carriera di gioco è arrivata a punto critico (Evans and Delfabbro 2005).

Attraverso la realizzazione di trenta interviste in profondità nelle aree di competenze di tre ASL piemontesi, abbiamo indagato quali siano queste barriere dal punto di vista di giocatori in trattamento presso il SerD o altri servizi (terapeuti privati, comunità terapeutiche, G.A.) e di giocatori non in trattamento. I dati analizzati sembrano indicare che i processi di stigmatizzazione che riguardano sia i giocatori problematici che i servizi pubblici dedicati costituiscono la barriera principale.

Se infatti diversi studi ritengono la consapevolezza del problema uno dei più importanti fattori predittivi dell'emersione della richiesta di aiuto e di successo del trattamento (Gainsbury, Hing, & Suhonen, 2014; Shah et al., 2020), i nostri intervistati riconoscono come l'assunzione di consapevolezza del problema abbia svolto un ruolo decisivo per intraprendere un percorso di recovery, anche se la ritengono una condizione necessaria ma non sufficiente a determinare l'accesso ai servizi. Perché questa opzione sia presa in considerazione bisognerebbe innanzitutto affrontare le ragioni che spingono a tenere nascosto il problema, e che attingono appunto allo stigma.

Risulta evidente che il gioco d'azzardo è ancora concepito da molti come un "vizio" e dunque attribuito alla responsabilità dell'individuo, mentre **fatica ad affermarsi pienamente il concetto di gioco quale problema di salute**. Per giunta il giudizio morale è introiettato dai giocatori stessi, che finiscono per **auto-stigmatizzarsi** (Dabrowska & Wieczorek, 2020) attribuendosi colpe e caratteristiche intrinseche di debolezza, che portano al nascondimento e vanno a minare il senso di autoefficacia necessario il buon esito di un trattamento (Toffanin, 2004; Vasiliadis e Thomas, 2016). A questo proposito vale la pena sottolineare che neanche il concetto di malattia cronica recidivante - ancora presente nei servizi seppure da tempo messo in discussione dalle evidenze scientifiche (Beccaria, 2018) - non favorisce il senso di agency e rischia di mettere in secondo piano il ruolo dei fattori legati al contesto familiare e sociale, cruciali nello sviluppo del problema e anche nel processo di recovery. Per favorire l'emersione della richiesta di aiuto sarebbe quindi necessario tentare di modificare le rappresentazioni sociali stigmatizzanti del problema e dei giocatori d'azzardo, investendo maggiormente su azioni di informazione e sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza, così come auspicato dallo stesso piano GAP.

Per quanto riguarda la **stigmatizzazione dei servizi**, in Italia riguarda in particolare i Servizi per le Dipendenze: si tratta di un problema di vecchia data, già rilevato più di dieci anni fa a proposito della dipendenza da alcol e dei servizi di alcologia piemontesi (Rolando e Beccaria, 2008) e che risale agli anni '90, quando i SerD furono potenziati per fare fronte all'epidemia di AIDS tra le persone che usavano eroina per via iniettiva (Beccaria e Rolando, 2013) ma accusati dai detrattori del trattamento sostitutivo con metadone (in particolare le comunità terapeutiche) di esse "spacciatori di stato". Ancora oggi, nonostante i servizi si siano evoluti in parallelo alle mutate esigenze di un'utenza sempre più diversificata, come ben mostrano le testimonianze sulla elevata professionalità degli operatori, vengono identificati da molti quali luoghi deputati esclusivamente al trattamento di dipendenza da droghe e associati a un'immagine stereotipata e stigmatizzante del "tossico" (Rolando et al. 2019). In

questo senso risulterebbe particolarmente importante sviluppare uno degli obiettivi del piano GAP (DCR 251/17), ovvero l'allestimento di presidi di aiuto non connotati sanitarmente, che faciliterebbero l'avvicinamento dei potenziali utenti limitando la paura e il rischio dello stigma sociale. Si tratta di un aspetto emerso più volte nelle narrazioni degli intervistati, che non andrebbe sottovalutato, così come andrebbe preso in considerazione il suggerimento di alcuni intervistati di mettere in campo azioni di *social outreach* attraverso cui i professionisti possano intercettare coloro che potrebbero avere bisogno di aiuto incontrandoli anche negli ambienti di gioco.

Come suggerito da un precedente studio regionale sulle carriere di gioco (Rolando, Scavarda, & Beccaria, 2019) la presente ricerca conferma inoltre una **scarsa conoscenza dei servizi** e delle modalità di trattamento dedicate al gioco d'azzardo da parte di molti giocatori problematici. Considerato che l'accesso ai servizi avviene spesso tramite l'indicazione di parenti e amici, ma anche grazie alle indicazioni fornite da medici di medicina generale o professionisti privati, occorre investire maggiormente in un lavoro di rete e di sistema in modo da rafforzare la collaborazione tra il SerD e gli altri servizi del territorio che potrebbero funzionare quali canali di aggancio. Sarebbe importante fare sapere ai giocatori che i SerD offrono un trattamento gratuito e che non richiede necessariamente di abbandonare totalmente il gioco, fattore che al contrario può rappresentare una barriera al trattamento (Blaszczynski, 1998). In merito all'obiettivo del trattamento, dalla ricerca è emerso come la scelta di entrare in una qualche forma di trattamento spesso non si basa sul confronto tra le opzioni disponibili, ma segue semplicemente il suggerimento di una qualche voce autorevole che fa parte della rete del giocatore. Questo comporta il rischio che le persone non scelgano consapevolmente l'obiettivo del proprio percorso (astinenza o autoregolazione), fattore chiave per l'aderenza al trattamento (Dowling et al., 2009). Su questo punto sarebbe importante anche riflettere sulla compatibilità tra percorsi che sembrerebbero partire da presupposti molto diversi: nel caso del trattamento psicologico/psicoterapico, la capacità dei soggetti di regolare il proprio comportamento, nel caso dei G.A. l'impossibilità di sottrarsi alla dipendenza, se non attraverso l'astinenza totale.

Risulta infine cruciale, non solo nel percorso di presa di consapevolezza e di accesso ai servizi, ma anche durante tutto il trattamento, la presenza dei familiari capaci di offrire un supporto emotivo, informativo e materiale. Per questo motivo sarebbe importante rafforzare azioni dedicate che vadano a sostenere i familiari dei giocatori, che, come è stato argomentato, necessitano di supporto almeno quanto i giocatori stessi (Velleman, Cousins, Orford, 2015) anche durante il percorso di recovery, nel quale il sostegno al giocatore aumenta le probabilità di successo (Melville et al. 2007). Dai risultati di questa ricerca non sono emersi riferimenti a iniziative dedicate ai familiari, che, al contrario, sembrerebbero piuttosto soli nell'affrontare la fatica di indirizzare e orientare il proprio caro presso i servizi.

Sulla base di queste considerazioni, la ricerca suggerisce che i tipi di intervento prioritari per l'emersione della richiesta di aiuto siano quelli orientati a ridurre lo stigma. Oltre agli interventi informativi ed educativi, un tipo di intervento promettente è quello di *advocacy* (Brown e Russell, 2020) che punta in primo luogo a combattere le disuguaglianze e a veicolare una riformulazione del problema, spostando l'asse dal piano individuale a quello collettivo. È noto infatti che è nell'interesse dell'industria dipingere la questione azzardo come un problema di natura individuale legato alle caratteristiche di (pochi) individui fragili (Rolando et al., 2020). Il messaggio "gioca responsabilmente", come è stato notato (Hing et al., 2016; Miller e Thomas, 2017) rinforza questa idea, tralasciando il fatto che i giochi e i luoghi di gioco sono progettati appositamente per attrarre le persone e mantenerle agganciate al gioco il più possibile suscitando distorsioni cognitive e desiderio compulsivo. Gli interventi di *advocacy* dovrebbero dunque mirare a svelare le tattiche dell'industria del gioco d'azzardo e sulle proprietà "additive" dei giochi – fattore chiave anche nel trattamento, come hanno sottolineato più volte gli intervistati - spostando così la responsabilità dai giocatori all'industria e dei governi, chiamati a proteggere la popolazione dai danni dell'azzardo (Thomas et

al., 2016; Yücel et al., 2018; Miller e Thomas, 2017). Su questo fronte le policy italiane e anche interne ai servizi sembrano ancora deboli, se si pensa che proprio “gioca responsabile” è, non a caso, il nome del portale cui si accede a un percorso di trattamento online frutto di una collaborazione tra FederSerD e Sisal (Rolando e Scavarda, 2018).

## 6. Bibliografia

- Baxter, A., Salmon, C., Dufresne, K., Carasco-Lee, A., & Matheson, F. I. (2016). Gender differences in felt stigma and barriers to help-seeking for problem gambling. *Addictive behaviors reports*, 3, 1-8.
- Beccaria, F., & Rolando, S. (2013). Stakeholders' role in contemporary "substitute drug" prescribing policies in Italy. *Substance use & misuse*, 48(11), 943-953.
- 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.
- Beccaria, F., & Rolando, S. (2019). The role of critical moments in young offenders' drug-using trajectories. *Drugs and Alcohol Today*.
- Blaszczynski, A. (1998). *Overcoming compulsive gambling: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. London: Robinson Publishing.
- Brown, K. L., & Russell, A. M. (2020). What can be done to reduce the public stigma of gambling disorder? Lessons from other stigmatised conditions. *Journal of gambling studies*, 36(1), 23-38.
- Dąbrowska, K., & Wieczorek, Ł. (2020). Perceived social stigmatisation of gambling disorders and coping with stigma. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(3), 279-297.
- Diecidue R. et al. (2020). *Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti, Bollettino 2019* <https://www.oed.piemonte.it/pubblicazioni/Bollettini/Bollettino2019.pdf>
- Cerrai S. et al. (2018). *Consumi d'azzardo 2017- Rapporto di Ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD® Italia*.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Báez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 379–383. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003113>.
- Evans, L., & Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 133–155.
- Fernandez, D. P., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2020). Short-term abstinence effects across potential behavioral addictions: A systematic review. *Clinical psychology review*, 76, 101828.
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 503-519.
- Graydon, Candice, et al., (2019). Gambling despite financial loss – the role of losses disguised as win in mukti-line slots. *Addiction*, 114 (1), 119-124.
- Hing, N., Nuske, E., Gainsbury, S. M., Russell, A. M. T., & Breen, H. (2016b). How does the stigma of problem gambling influence help-seeking, treatment and recovery? A view from the

counselling sector. *International Gambling Studies*. <https://doi.org/10.1080/14459795.2016.1171888>.

- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., & Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: A 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, *18*, 293–296. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.3.293>.
- Istituto di Fisiologia Clinica – Consiglio Nazionale delle Ricerche, (2019). Note Economiche ed Epidemiologiche sul Gioco d’Azzardo in Piemonte: i risultati dello studio GAPS Piemonte, a cura di Benedetti, E., Resce, G., Molinaro, S.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., Laberge, M., & Blaszczynski, A. (2001). Dropouts in clinical research: Do results reported in the field of addiction reflect clinical reality? *The Behavior Therapist*, *24*, 44–46.
- Leblond, J., Ladouceur, R., & Blaszczynski, A. (2003). Which pathological gamblers will complete treatment? *British Journal of Clinical Psychology*, *42*(2), 205–209. <https://doi.org/10.1348/01446650321903607>.
- Maniaci, G., La Cascia, C., Picone, F., Lipari, A., Cannizzaro, C., & La Barbera, D. (2017). Predictors of early dropout in treatment for gambling disorder: The role of personality disorders and clinical syndromes. *Psychiatry Research*, *257*, 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.003>.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, *27*, 944–958.
- Miller, H. E., & Thomas, S. L. (2017). The problem with “responsible gambling”: Impact of government and industry discourses on feelings of felt and enacted stigma in people who experience problems with gambling. *Addiction Research & Theory*, *26*(2), 85–94.
- Milton, S., Crino, R., Hunt, C., & Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, *18*(2), 207–229. <https://doi.org/10.1023/A:1015580800028>.
- Pfund, R. A., Whelan, J. P., Peter, S. C., & Meyers, A. W. (2020). Can a motivational letter increase attendance to psychological treatment for gambling disorder? *Psychological Services*, *17*(1), 102–109. <https://doi.org/10.1037/ser0000291>.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., & Williams, J. (2009). Barriers to help-seeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of gambling studies*, *25*(1), 33–48.
- Reith, G., & Dobbie, F. (2012). Lost in the game: Narratives of addiction and identity in recovery from problem gambling. *Addiction Research & Theory*, *20*(6), 511–521.
- Reith, G., & Dobbie, F. (2013). Gambling careers: A longitudinal, qualitative study of gambling behaviour. *Addiction Research & Theory*, *21*(5), 376–390.
- Robson, E., Edwards, J., Smith, G., & Colman, I. (2002). Gambling decisions: An early intervention program for problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, *18*, 235–255.

- Rockloff, M. J., & Schofield, G. (2004). Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *Journal of gambling studies*, 20(2), 121-126.
- Rolando S., Beccaria F. (2018). “Got to Gamble, but I’ve Got No Money.” A Qualitative Analysis of Gambling Careers in South Italy’. *International Gambling Studies*, September, 1–19. <https://doi.org/10.1080/14459795.2018.1517816>.
- Rolando S., Beccaria F. (2008). “Sistema di risposta ai problemi alcol-correlati in Piemonte”. Report di ricerca.
- Rolando, S., Scavarda, A., Beccaria, F. (2019). “Tra un po’ anche nei cessi c’erano le macchinette”. *Una ricerca qualitativa sulle carriere del gioco d’azzardo e sull’impatto della regolamentazione in Piemonte*. Rapporto di ricerca. <https://eclctica.it/category/pubblicazioni/page/2/>
- Rolando, S., Scavarda, A., Devietti Goggia, F., Spagnolo, M., Beccaria, F. (2021) Italian gamblers’ perspectives on the impact of slot machine restrictions on their behaviors, *International Gambling Studies*, 1-14
- Rolando, S., Scavarda, A. (2018). *Italian gambling regulation: justifications and counter-arguments*. In *Gambling policies in European welfare states* (pp. 37-57). Palgrave Macmillan, Cham.
- Scull, S., & Woolcock, G. (2005). Problem gambling in non-English speaking background communities in Queensland, Australia: A qualitative exploration. *International Gambling Studies*, 5, 29–44.
- Syvertsen, A., Erevik, E. K., Mentzoni, R. A., & Pallesen, S. (2020). Gambling Addiction Norway—experiences among members of a Norwegian self-help group for problem gambling. *International Gambling Studies*, 20(2), 246-261.
- Shah, P., Quilty, L., Kim, J., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2020). Impaired Awareness of Problem and Pathological Gambling: A Review. *Journal of gambling studies*, 36(1), 39-50.
- Suurvali, H., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Cunningham, J. A. (2008). Treatment-seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services*, 59(11), 1347–1350.
- Suurvali, H., Hodgins, D. C., Toneatto, T., & Cunningham, J. A. (2012). Motivators for seeking gambling-related treatment among Ontario problem gamblers. *Journal of gambling studies*, 28(2), 273-296.
- Thomas, S., Bestman, A., Pitt, H., David, J., & Thomas, S. (2016). *Lessons for the development of initiatives to tackle the stigma associated with problem gambling*. Melbourne: Victorian Responsible Gambling Foundation.
- Toffanin, D. (a cura di) (2004). Autoefficacia, resilienza ed empowerment nella cura delle dipendenze. *DiPAV – QUADERNI*, n. 10/04, Milano, Franco Angeli, pp. 1000-1028.
- Vasiliadis, S., & Thomas, A. C. (2016). *Journeys through gambling: Pathways to informal recovery*. Melbourne: Victorian Responsible Gambling Foundation.
- Velleman, R., Cousins, J., & Orford, J. (2015). Effects of gambling on the family. A clinician’s guide to working with problem gamblers, 90-103.

- Victorian competition & efficiency commission (2012), *Counting the Cost: Inquiry into the Costs of Problem Gambling*, Victorian Competition and Efficiency Commission, State of Victoria.
- Vinai, M. (2020). *I giocatori: Etnografia nelle sale slot della provincia italiana*. Mimesis.
- Yücel, M., Carter, A., Harrigan, K., van Holst, R. J., & Livingstone, C. (2018). Hooked on gambling: A problem of human or machine design? *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 20–21

## 7. Allegato 1: Traccia intervista

Intervista numero: \_\_\_\_\_ Intervistatore \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Luogo di reclutamento \_\_\_\_\_

Presentazione dell'intervistatore. Questa ricerca è finanziata dall'ASL TO3 di Collegno e Pinerolo e realizzata da Eclectica. L'intervista sarà registrata e trascritta, ma la sua identità resterà anonima e i dati saranno raccolti e analizzati nel rispetto della normativa sulla privacy (D.Lgs. 196/2003). Una volta trascritta l'intervista, il file audio verrà eliminato così come i riferimenti telefonici/mail raccolti per l'avvio dell'intervista su piattaforma online: nessun dato sensibile sarà trattenuto. Al link <https://eclectica.it/informativa/> può trovare l'informativa completa sul consenso informato liberamente consultabile.

### *Domanda filtro per esterni*

Lei ha mai pensato che il gioco le stesse causando dei problemi e provato a risolverli?

1. Mi può descrivere le sue abitudini di gioco, facendo una distinzione tra prima e dopo il trattamento se sono cambiate? (*giochi d'elezione, luoghi deputati, frequenza...*)
2. Mi può descrivere meglio quali sono stati i momenti di cambiamento nella sua storia di giocatore (cioè momenti in cui il gioco è aumentato o diminuito) e a quali fattori sono legati?
  - *Disponibilità del gioco (norma regionale, apertura sale, lockdown...)*
  - *Disponibilità economica*
  - *Eventi di vita spiazzanti*
  - *Entrata in trattamento*
  - ...
3. È mai stato giudicato/criticato per le sue abitudini di gioco? (*Chi l'ha giudicato? Come si è sentito? Il giudizio ha influenzato il suo comportamento?*)
4. Quand'è che ha pensato per la prima volta che il gioco le stesse causando dei problemi?
5. Questa consapevolezza l'ha portata a decidere di ridurre il gioco?

**5.1** Se sì, in che modo?

- ➔ *A) pratiche di autoregolazione: cosa/chi è stato utile vs cosa non ha funzionato*
- ➔ *B) entrata in trattamento: cosa/chi è stato utile vs cosa non ha funzionato*

*NB le opzioni A e B non si escludono, in certi casi andranno indagate entrambe le esperienze*

**5.1bis** Se no, perché?

*(sfiducia nelle proprie capacità, mancanza di strategie efficaci, difficoltà a resistere agli stimoli, necessità di denaro...)*

## A) PER CHI HA MESSO IN ATTO STRATEGIE DI AUTO-REGOLAZIONE

6. Cosa ha fatto concretamente? (*Descrizione delle pratiche di autoregolazione*)
7. L'autoregolazione è stata efficace nel ridurre effettivamente il gioco?
8. Cosa e chi l'ha aiutata? (*fattori interni/esterni*)
9. Cosa/chi ha rappresentato un ostacolo/sfida (*fattori interni/esterni*)
10. **PER CHI GIOCA ONLINE:** in Italia è prevista la possibilità per la persona di autoescludersi dal gioco a distanza per un periodo di tempo:
  - Era a conoscenza di questa possibilità? Cosa ne pensa?
  - In caso di esperienza: Come mai ha attuato l'autoesclusione? Che esperienza ha avuto? È stata utile?

## B) PER CHI E' ENTRATO IN TRATTAMENTO

*Porre le stesse domande per tutte le esperienze di trattamento intraprese, se ve ne sono più di una*

6. Quand'è che ha deciso precisamente di rivolgersi al servizio/professionista/altro?  
(*indagare i fattori che hanno portato a questa scelta: consapevolezza/immagine di sé, partner, familiari, amici, colleghi/capi, gestori, media...*)
7. Come è stato il primo impatto con il servizio/professionista/altro?  
(*cosa c'era di uguale e diverso da come se lo aspettava? Come si è sentito/a? Cosa le è piaciuto e cosa no?*)
8. Che tipo di trattamento ha intrapreso? Le è stato utile?
  - 8.1 Se sì, in che cosa?  
(*a limitare il gioco, attuare delle strategie di autocontrollo, migliorare le relazioni con i familiari...*)
  - 8.1 bis Se no, perché non lo è stato?
9. Quali sono secondo lei i punti di forza e le criticità/aspetti che andrebbero migliorati?

## DOMANDE PER TUTTI

10. Perché secondo lei molti giocatori, che pure sperimentano delle conseguenze negative del gioco sulle loro vite, non chiedono aiuto? In particolare, perché non si rivolgono al SerD?
11. Secondo lei come sono visti i giocatori dalle persone che non giocano e più in generale dalla società?

*Dati anagrafici (da raccogliere al termine dell'intervista)*

12. Quale è il suo stato civile?

- 1  Celibe/nubile
- 2  Sposato/a
- 3  Separato/a
- 4  Divorziato/a
- 5  Vedovo/a

13. Ha figli?

- 1  Sì
- 2  No

19. Qual è la sua posizione attuale?

- 1  Studente
- 2  Disoccupato
- 3  Occupato precario/saltuario
- 4  Occupato in maniera stabile

20. Se è occupato, qual è la sua occupazione?

---

21. In quale città risiede?

---