

STUDIO QUALITATIVO SU GIOCATORI D'AZZARDO IN TRATTAMENTO

Adele Minutillo, Claudia Mortali, Piergiorgio Massaccesi, Graziella Lanzillotta, Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista
Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Gli studi condotti sui fattori di rischio e le comorbidità associate al disturbo da gioco d'azzardo chiamano in causa determinanti biologici, di vulnerabilità individuale e sociale e fattori epigenetici di tipo ambientale. Questi studi sono generalmente condotti su ampie popolazioni e con strumenti di misurazione standardizzati che registrano gli ambiti di funzionamento del giocatore problematico o patologico e ne misurano le variabili d'interesse, definite dal disegno degli studi (1).

Per un approfondimento del fenomeno è importante leggere i risultati delle indagini epidemiologiche anche alla luce di ricerche qualitative che hanno uno scopo principalmente esplorativo ma permettono di raccogliere – grazie a strumenti e tecniche meno strutturate – informazioni soggettive che saranno poi analizzate in maniera interpretativa, anche se esistono strumenti statistici per giungere a risultati il più possibile accurati e attendibili. Nell'ambito dei comportamenti, in particolare, osservare la variabilità individuale porta ad arricchire le conoscenze dei fenomeni studiati con informazioni che non potrebbero essere colte diversamente. Per questo motivo risulta difficile replicare il processo inferenziale che induce alla generalizzazione del dato alla popolazione generale ma, grazie all'utilizzo di un maggiore rigore nell'applicazione delle procedure e dell'elaborazione dei dati, la ricerca qualitativa risulta complementare alla ricerca quantitativa.

La tecnica del *focus group* è tra le tecniche di ricerca qualitativa più utilizzate negli studi di area psicologica e sociale. La caratteristica più importante di questa tecnica è la creazione di un alto grado d'interazione tra i partecipanti, tale da consentire un approfondimento e una definizione dell'argomento difficilmente raggiungibili con altri strumenti d'indagine come l'intervista faccia-a-faccia o il questionario standardizzato.

La tecnica si basa sulla sollecitazione di una discussione intorno a un argomento, in presenza di un moderatore e/o facilitatore e di un osservatore. Il moderatore/facilitatore ha il ruolo di mettere a proprio agio i partecipanti, favorire un buon clima d'interazione di gruppo e agevolare la discussione attraverso domande stimolo, astenendosi dal dare giudizi di valore e opinioni personali riguardo l'argomento di discussione (2, 3). L'osservatore ha il compito di annotare, per quanto possibile, gli elementi salienti delle dinamiche e le informazioni principali che emergono dall'interazione tra i partecipanti, considerando gli aspetti verbali e non verbali della comunicazione; l'osservatore può avvalersi dell'ausilio di strumenti come griglie di osservazione e può contribuire alla codifica e analisi delle informazioni raccolte.

I partecipanti al *focus group* sono selezionati secondo criteri che rendono il gruppo quanto più possibile simile alla popolazione di riferimento dell'indagine dunque in alcuni casi è auspicabile l'eterogeneità dei partecipanti per riunire caratteristiche diverse della popolazione di riferimento (differenze per età, genere, condizione sociale, livello d'istruzione, ecc.), mentre in altri si ricerca l'uniformità della popolazione proprio per omogeneità delle caratteristiche; il numero ottimale di partecipanti per un *focus group* non dovrebbe superare i 12-15 elementi (4).

Sono pochi a oggi gli studi condotti con la tecnica del *focus group* che coinvolgono i pazienti afferenti ai centri per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo (5, 6). Con queste premesse,

il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto nel 2015 uno studio sperimentale, realizzato con un finanziamento del Ministero della Salute (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, CCM), realizzando undici focus group che hanno visto il coinvolgimento di 100 utenti in carico presso strutture per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. Con il progetto "Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione" è stata riproposta la ricerca qualitativa che questa volta ha potuto tener conto sia dei risultati delle due indagini sul gioco d'azzardo in Italia (descritte nei precedenti capitoli Il gioco d'azzardo nella popolazione adulta: studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale e Il gioco d'azzardo nella popolazione scolastica minorenni: studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale) sia della precedente esperienza di indagine qualitativa mediante *focus group* (7).

Sintesi della letteratura

Per individuare le tematiche oggetto di discussione all'interno dei gruppi si è partiti dallo studio del 2015 e dai riscontri positivi o negativi che gli indicatori utilizzati allora nei *focus group* avevano rilevato rispetto alle tematiche proposte (7). Le riflessioni scaturite sono state integrate dallo studio della letteratura di riferimento e dai risultati degli studi epidemiologici.

Sono stati quindi considerati gli studi degli ultimi 5 anni che corrispondessero ai seguenti criteri di parole chiave: *gambling, pathological gambler and/or triggers, family, family role, perception of money, value of money, social gambling and pathological gambling*.

In sintesi, la letteratura di riferimento sottolinea che:

- eventi ambientali stressanti possono condurre verso il gioco problematico;
- fattori individuali, come per esempio strategie di gestione dello stress poco funzionali, contribuiscono all'esordio del disturbo da gioco d'azzardo;
- differenze di genere rispetto all'accesso ai servizi per il trattamento (gli uomini hanno maggior facilità di accesso rispetto alle donne);
- ruolo supportante della famiglia per il successo dell'intervento terapeutico con il giocatore in trattamento;
- percezione non realistica del valore del denaro per i giocatori problematici rispetto agli altri giocatori.

Di seguito, si propone una sintesi non esaustiva della letteratura di riferimento.

Il tema *fattori scatenanti* è attualmente il più studiato nell'ambito della letteratura relativa al disturbo da gioco d'azzardo. I fattori scatenanti di un comportamento di gioco problematico possono essere sia interni (es. ansia) sia esterni (es. conflitti con persone importanti) (8) con il comune denominatore che il giocatore d'azzardo che mostra un comportamento problematico mostra anche delle difficoltà nella gestione dello stress e spesso reagisce in modo affrettato quando si verificano (9). L'insieme dei meccanismi psicologici adattativi che un individuo mette in atto per fronteggiare problemi personali e interpersonali, ridurre o tollerare lo stress e il conflitto viene definito *coping* (10). Alcuni studi (11-14) hanno evidenziato come il coinvolgimento problematico nel gioco d'azzardo e il disturbo da gioco d'azzardo siano più spesso associati a strategie di *coping* inefficaci (come il *coping* orientato dalle emozioni e dall'evitamento). In particolare, una strategia di gestione dello stress focalizzata sulle emozioni e sull'evitamento, piuttosto che sul compito o sulla soluzione del problema, sembrerebbe possa essere mediatore nella relazione tra eventi di vita negativi e un comportamento di gioco d'azzardo problematico (11). Sebbene gli studi non siano numerosi, sono tra loro coerenti nel descrivere l'associazione positiva tra il disturbo da gioco d'azzardo e forme reattive di gestione dello stress (ossia risposte che seguono un agente stressante); d'altro canto strategie di *coping* proattive

(attuato prima che l'evento si verifichi) sembrano essere un fattore protettivo rispetto allo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo.

Un altro tema interessante studiato dalla letteratura è quello delle *differenze di genere*. La letteratura porta diversi esempi che dimostrano come per le donne sia più difficile l'accesso ai servizi per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo; tra gli ostacoli citati più frequentemente ci sono le preoccupazioni pratiche, come i limiti di tempo o la necessità di assistenza all'infanzia, minore autonomia economica e difficoltà negli spostamenti (15-17). Altre barriere, riscontrate soprattutto nelle piccole comunità, riguardano le difficoltà intrapersonali, come lo stigma sociale e la paura del riconoscimento, del giudizio o dell'esposizione.

Alcune ricerche (18) hanno evidenziato come i gruppi di genere misto siano meno efficaci per le donne a causa di una dominanza maschile nei gruppi: nei gruppi misti, infatti, mentre gli uomini parlano dei loro problemi, le donne svolgono un'azione di sostegno non traendo giovamento come gli uomini da questo tipo di trattamento. Uno studio relativo all'alcolismo indica come il trattamento in gruppi misti può non risultare efficace per le donne anche a causa delle loro pregresse relazioni dolorose con gli uomini. I gruppi di sole donne, invece, offrono maggiore libertà di parlare di questioni personali e prettamente femminili come l'intimità, la gravidanza o la violenza e il condividere esperienze simili aiuta meglio le donne a valutare sé stesse, ad aumentare la propria autostima e il senso di potere personale (19). Alcune ricerche qualitative (20) descrivono i gruppi femminili come paradisi di sicurezza e sostegno definendoli centrali per l'efficacia della terapia; questo processo di normalizzazione, condivisione e sostegno reciproco sono fattori terapeutici fondamentali nel cambiamento (21).

Considerando la tematica delle risorse ambientali, diversi studi (11, 22, 23) sottolineano l'esistenza di una relazione tra la qualità e la quantità delle risorse sociali disponibili e il disturbo da gioco d'azzardo. Il ruolo preventivo delle risorse sociali si estrinseca non solo con la possibilità di fruire di attività alternative al gioco d'azzardo ma anche perché favorisce il riconoscimento precoce di un comportamento problematico e la possibilità di dare una risposta immediata già ai primi segni di problematicità. D'altro canto, il disturbo da gioco d'azzardo potrebbe influenzare negativamente le risorse sociali a causa dei conflitti relazionali che ne conseguono.

Se un crescente numero di ricerche suggerisce che la genetica gioca un ruolo significativo nel rischio per lo sviluppo del gioco d'azzardo problematico (24, 25), i fattori psicosociali giocano un ruolo altrettanto significativo nell'iniziazione al gioco d'azzardo. Tra le risorse ambientali più studiate, sicuramente la famiglia riveste un ruolo primario, sia come risorsa sociale positiva sia come causa dello sviluppo di una problematica di gioco d'azzardo. Gli studi sugli stili familiari (26, 27) mostrano nelle persone con disturbo da gioco d'azzardo un funzionamento del sistema familiare squilibrato caratterizzato dalla disorganizzazione nella gestione delle regole, l'insoddisfacente negoziazione dei conflitti e una comunicazione familiare inefficace. In questi casi, sarebbe opportuno e funzionale un trattamento di psicoterapia familiare, soprattutto se incentrato sulla promozione del senso di appartenenza, di una comunicazione efficace e di una gestione funzionale delle regole, delle relazionali e dei ruoli. Altri studi (28) hanno permesso di approfondire la relazione tra il gioco d'azzardo dei genitori e il comportamento di gioco d'azzardo del figlio adolescente, rilevando una maggiore probabilità di essere un adolescente giocatore problematico quando si hanno genitori giocatori. Ulteriori studi (29) hanno evidenziato come nei giocatori anziani l'iniziazione al gioco d'azzardo fosse avvenuta in giovane età da parte di membri della famiglia allargata; in queste famiglie il gioco d'azzardo era un comportamento accettato e non stigmatizzato, a volte persino incoraggiato.

Merita di essere sottolineato che le famiglie, oltre a svolgere un ruolo nell'evoluzione del gioco d'azzardo, sono a loro volta influenzate negativamente dal gioco problematico di uno dei loro membri. Un certo numero di studi ha identificato gli impatti negativi del disturbo da gioco

d'azzardo sulla famiglia che includono problemi relazionali, conflitti, difficoltà finanziarie e violenza del familiare giocatore (30-33).

Infine, tra i temi ricorrenti intorno al fenomeno dell'azzardo, il denaro (34) gioca ovviamente un ruolo importante, inteso sia come scommessa iniziale sia come il desiderio di rincorrere la vincita. Il motivo finanziario è spesso citato anche tra le principali motivazioni del giocatore indipendentemente dalla frequenza della pratica di gioco (35).

La posizione predominante dell'aspetto finanziario nel gioco d'azzardo solleva la questione del ruolo del materialismo nello sviluppo e nel mantenimento delle abitudini di gioco e di eventuali problematiche connesse a questo comportamento. Il materialismo – come sistema di valori – può essere generalmente definito come “l'orientamento al consumo che riflette l'importanza che il singolo attribuisce ai beni terreni. Ai più alti livelli del materialismo, tali possedimenti assumono un posto centrale nella vita di una persona e possono fornire le maggiori fonti di soddisfazione e insoddisfazione” (36). In quest'ottica, le aspettative di standard di vita ideali dei materialisti sono maggiormente influenzate da confronti sociali rispetto alla percezione di ricchezza, reddito e possesso materiale di familiari, amici, vicini, colleghi e così via. Sembra quindi che un alto livello di materialismo possa essere considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di un senso di insoddisfazione e di comportamenti a rischio (37, 38), oltre che un fattore di prognosi infausta nel caso dello sviluppo di un disturbo (37, 39).

Il gioco d'azzardo non è stato sufficientemente studiato nella prospettiva del materialismo, tuttavia si rivela interessante se si considera come questo sistema di valori possa portare a giocare con l'obiettivo di ottenere sempre più beni materiali (rinforzo positivo). Allo stesso tempo, si può anche immaginare che un giocatore più materialista abbia maggiori difficoltà ad accettare le perdite e cerchi di recuperare quanto perduto ad ogni costo (comportamento di inseguimento), atteggiamento che emerge nella pratica di gioco d'azzardo patologico (34).

Solo pochi studi (34, 40) hanno esplorato la relazione tra il disturbo da gioco d'azzardo, le motivazioni al gioco d'azzardo e la propensione al materialismo tra i giocatori e hanno rilevato che i giocatori patologici sono più materialisti dei giocatori sociali. In particolare, i giocatori patologici mostrano un materialismo *esperienziale*, ossia incentrato su ciò che il denaro o i beni possono indurre secondariamente (denaro come mezzo per raggiungere la felicità o il successo), piuttosto che un materialismo *strumentale*, centrato sul possesso dei beni come un fine a sé (centralità). La convinzione che i beni materiali siano essenziali per raggiungere la felicità può incoraggiare il giocatore patologico a giocare, mentre il materialismo strumentale sarebbe addirittura protettivo (a causa della paura di perdere il bene/denaro per l'aleatorietà insita nel gioco d'azzardo). Poiché nei giocatori patologici di questo studio si riscontrava anche un basso livello di autostima, questo ha sollevato la domanda se il possedere beni materiali come riflesso della realizzazione personale – proprio del materialismo esperienziale – non sia un modo per compensare la scarsa autostima.

Queste e altre tematiche sono state approfondite negli interventi di *focus group* condotti con giocatori presi in carico per il disturbo da gioco d'azzardo, coinvolgendo i giocatori stessi in qualità di “esperti” sulle tematiche sopra accennate.

Target

Le strutture selezionate per la realizzazione dei *focus group* appartengono al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e al mondo del privato sociale, compresi i gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA); sono dislocate sul territorio nazionale e sono state selezionate all'interno della rete costruita attraverso il censimento e l'aggiornamento delle risorse territoriali per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo realizzati dal CNDD.

I *focus group* hanno coinvolto 12 servizi: 4 al Nord, 1 al Centro e 7 nel Sud-Isole, con l'intento di proseguire la ricerca iniziata nel 2015 (7).

I centri sono stati selezionati anche in base alla loro appartenenza agli ambiti assistenziali: 7 strutture rappresentative dell'SSN e 5 appartenenti al cosiddetto "privato sociale" (Comunità terapeutiche residenziali, Gruppi di AMA, Onlus, Associazioni).

Le strutture coinvolte sono:

- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Servizio per le Dipendenze (Ser.D) di Sarzana, La Spezia;
- Dipartimento Dipendenze Patologiche, Unità mobile (Ser.D), Caserta;
- Ambulatorio Gioco Patologico del Dipartimento per le Dipendenze, Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) 6 Euganea, Padova;
- Centro Trattamento Disturbi Psichiatrici Alcol e Gioco correlati della Azienda Sanitaria Locale (ASL) 8, Cagliari;
- Day Hospital di Psichiatria Clinica e Dipendenze Ambulatorio per il Gioco D'Azzardo Patologico e le Dipendenze Comportamentali, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma;
- Dipartimento delle Dipendenze, struttura complessa Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI), Trieste;
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche, Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), Campobasso;
- Comunità terapeutica Centro Regino di Solidarietà (CeReSo), Reggio Calabria;
- Comunità terapeutica Insieme Onlus - Potenza Città Sociale a Potenza;
- Comunità Emmanuel, Lecce;
- Gruppo dell'Associazione AMA ONLUS di Trento;
- Gruppo "Il Faro" del Club Alcolologico Territoriale (CAT) di Avezzano.

Metodologia

La scelta metodologica dello studio qui presentato fa riferimento al *mixed method research* e vede l'integrazione dei dati qualitativi raccolti durante le discussioni in gruppo – proprie dei *focus group* – con i dati quantitativi, raccolti attraverso un questionario anonimizzato in auto-somministrazione, che riguardano le caratteristiche socio-demografiche, la storia e le caratteristiche della presa in carico, le abitudini pregresse di gioco e alcuni tratti individuali dei soggetti.

Tale metodo consente di raccogliere le opinioni di un target *competente* su diversi aspetti del fenomeno, quali sono i giocatori d'azzardo in trattamento, contribuendo a disegnare l'identikit del giocatore d'azzardo patologico e a raccogliere elementi utili a migliorare l'accessibilità ai servizi e ai trattamenti e più in generale la presa in carico dei giocatori con disturbo da gioco d'azzardo.

Lo studio segue la metodologia classica dei *focus group* che vede la presenza di un moderatore/facilitatore e di un osservatore. Il moderatore lancia un tema di discussione e attende che la risposta sia generata dalla discussione in gruppo grazie alle dinamiche che si instaurano tra i partecipanti e interviene solo per riportare la discussione sugli argomenti di interesse quando il gruppo tende ad allontanarsi dalle tematiche proposte. Nel confronto anche le contraddizioni interne al gruppo sono considerate risorse e la tendenza a conformarsi o l'acquiescenza che possono manifestarsi nei *focus group* sono superate nel momento in cui ad esprimersi sono persone considerate *esperte* della tematica da indagare: i giocatori in trattamento diventano testimoni privilegiati per la propria familiarità con il fenomeno studiato, dal momento che fa parte

della loro quotidianità, lo hanno vissuto o lo stanno vivendo in prima persona (41). Il ruolo dell'osservatore è invece quello di raccogliere e riassumere le testimonianze, rimanendo sempre esterno alla discussione.

Gli obiettivi e le tematiche del *focus group* così come le procedure e le modalità di osservazione sono stati preliminarmente presentati ai partecipanti allo scopo di facilitare la piena accettabilità da parte degli utenti e limitare effetti di disturbo sugli incontri.

Le tematiche presentate sono strettamente connesse con il gioco problematico e quindi anche interconnesse tra loro, nella discussione si passa dall'una all'altra senza soluzione di continuità. La scelta di riferire i contenuti per tematica è dovuta al tentativo di riordinare i concetti per una più chiara lettura e il lettore pertanto deve considerare questa concatenazione e sovrapposizione di concetti all'interno delle storie di vita dei giocatori in trattamento.

Saranno presentati di seguito i punti salienti di quanto emerso per ciascuna tematica:

- riappropriazione del tempo “liberato” dall'abitudine al gioco d'azzardo (tematica trasversale ai gruppi);
- valore del denaro;
- ruolo della famiglia;
- passaggio dal comportamento sociale di gioco al comportamento problematico;
- individuazione dei fattori scatenanti il comportamento problematico di gioco;
- offerta di gioco e ruolo della pubblicità;
- polidipendenza.

I *focus group* sono stati realizzati tra il 2018 e il 2019 e hanno coinvolto sia gruppi creati *ad hoc* sia gruppi già esistenti in trattamento.

Con l'obiettivo di aggiungere al lavoro una raccolta di dati oggettivi e di sperimentare uno strumento di rilevazione a completamento della ricerca qualitativa, a ciascun partecipante è stato chiesto di rispondere a un questionario anonimizzato composto da 68 *item*. Lo strumento ha permesso di raccogliere informazioni relativamente alle variabili socio-anagrafiche del soggetto, alla sua presa in carico e alle abitudini attuali e pregresse di gioco. Sono inoltre stati selezionati gli *item* più significativi degli strumenti di valutazione più frequentemente utilizzati per misurare eventi correlati allo sviluppo di una problematica di gioco d'azzardo (42), l'impulsività (43), le concezioni sul gioco d'azzardo (44), la propensione al rischio (45), il tono dell'umore (46) e la soddisfazione della qualità di vita (47).

Si rammenta al lettore che i contenuti presentati sono relativi a utenti già in trattamento e che hanno iniziato, quindi, un percorso di consapevolezza sulle problematiche legate al gioco d'azzardo; pertanto, alcuni risultati possono apparire non coerenti con quanto rilevato dagli studi epidemiologici e dalla letteratura di riferimento.

Risultati

Sono stati osservati 115 utenti (28 donne e 87 uomini), 74 nei servizi dell'SSN, 12 nelle strutture del privato sociale, 29 nei gruppi di auto-mutuo-aiuto. In media ogni gruppo è costituito da 9 persone.

I gruppi osservati presso i Servizi dell'SSN sono per lo più gruppi terapeutici, spesso aperti (l'utente può entrare o uscire dal gruppo in tempi diversi dagli altri componenti) e di durata variabile (gruppi permanenti o circoscritti nel tempo). L'utente arriva al gruppo grazie alla presa in carico da parte del Servizio. Diversa è la situazione dei gruppi afferenti al Privato Sociale, in cui gli utenti possono frequentare i gruppi auto-mutuo aiuto oppure essere inseriti in un percorso residenziale o semiresidenziale.

I gruppi AMA per giocatori sono per lo più tenuti in regime di volontariato su iniziativa delle Onlus; si tratta di gruppi rivolti ai giocatori ma anche alle loro famiglie, in cui spesso gli ex-giocatori diventano i facilitatori all'interno del gruppo e in alcuni casi affiancano gli operatori nella conduzione del gruppo stesso. Il gruppo osservato in Abruzzo è un gruppo C.A.T. che segue l'approccio ecologico-sociale ispirato al metodo Hudolin*.

Di seguito sono esposti i principali risultati derivanti dall'analisi del materiale raccolto e codificato nei 12 *focus group*.

Analisi del testo

Il materiale raccolto dall'osservatore durante i *focus group* è presentato con un resoconto ordinato tematicamente, supportato dalle verbalizzazioni dei partecipanti ai gruppi di discussione (48).

Tempo libero

Il tempo dedicato al gioco è un elemento studiato nella letteratura di riferimento come predittore dei comportamenti problematici di gioco. Sulla base di questa considerazione e alla luce di quanto è emerso dagli studi epidemiologici trasversali di tipo osservazionale dell'ISS, si è deciso di proporre come tema iniziale in tutti i gruppi una breve discussione sul tempo reso libero dal gioco d'azzardo, chiedendo agli utenti di condividere alcune riflessioni sul proprio tempo libero, individuando se possibile delle differenze rispetto a quando erano giocatori d'azzardo.

Tutti i partecipanti hanno raccontato che prima di iniziare il loro percorso dedicavano ogni momento del loro tempo libero al gioco d'azzardo, sottraendolo ad altre attività:

... non avevo tempo libero, non appena finivo di lavorare allungavo il tragitto per tornare a casa e mi fermavo a giocare... spesso perdendo la cognizione del tempo

L'astensione dal gioco d'azzardo e il contemporaneo recupero dei loro hobbies li ha aiutati a recuperare anche gli affetti migliorando quindi la sfera relazionale in generale:

Ora che non gioco più sono tornato a occuparmi dell'orto, torno a casa non appena ho finito di lavorare e gioco con mio figlio... Con mia moglie stiamo organizzando un piccolo viaggio ed era tanto tempo che non facevamo più cose insieme.

Sono un pensionato e quindi di tempo libero ne ho... solo che quando iniziavo a giocare non mi rendevo conto delle ore che passavano e quando mio figlio si arrabbiava io non capivo... Adesso ho iniziato a fare molte cose, adesso il mio tempo ha valore.

* Approccio sviluppato dallo psichiatra V. Hudolin. Questo approccio di cura delle problematiche legate all'alcol è prevalentemente centrato sull'azione dei Club degli alcolisti in trattamento con una forte enfasi sulle potenzialità di mutuo sostegno fra le famiglie con problemi alcol-correlati. Il passaggio da una cura centrata sull'ospedalizzazione e sulle competenze professionali ad un intervento focalizzato sulle capacità di cura reciproca tra persone che condividono una comune esperienza, viene giustificato concettualmente da Hudolin con l'affermazione che l'alcolismo non può essere considerato come una vera e propria malattia ma va, piuttosto, visto come un particolare modello comportamentale, uno stile di vita che riguarda non solo il cosiddetto 'alcolista', ma anche la sua famiglia e la comunità locale di appartenenza.

In particolare, i giocatori di apparecchi da intrattenimento hanno riportato l'uscita dallo stato di isolamento a cui erano gradualmente arrivati e concordano con gli altri di aver ritrovato la dimensione del "piacere" e del "divertimento", nonostante alcuni di loro ammettano di essere persone introversive.

Valore del denaro

Rispetto a questa tematica, i giocatori in trattamento si distribuiscono su diverse posizioni riassumibili in: "non ho mai attribuito valore al denaro"; "ero un risparmiatore fino a quando non ho iniziato a giocare"; "il denaro è funzionale per vivere nel benessere, per realizzare i miei sogni".

Dalle parole di alcuni utenti:

Mai dato importanza, mai risparmiato, anzi ho richiesto mutui e prestiti per tutta la vita, ma era sempre gestibile. Con il gioco si perde l'equilibrio. Ora che non gioco più controllo le offerte e il risparmio nella spesa e lo faccio con piacere. Ora gestisce tutto mio figlio.

Quando ho iniziato a giocare, il denaro speso era solo per grande divertimento ma non per giocare, poi a un certo punto ho iniziato a giocare pesante.

Un'altra riflessione interessante riguarda la percezione del giocatore sul denaro speso dagli altri. Alcuni hanno riportato che nonostante non avessero la percezione di quanto loro spendevano per giocare, erano molto attenti alle spese sostenute dagli altri membri della famiglia soprattutto se ritenute poco necessarie o comunque evitabili:

Una sera mia moglie era appena tornata dal parrucchiere... ebbi il coraggio di dirle che aveva speso troppo e iniziammo a litigare! Il parrucchiere era costato 25 € e io avevo appena perso 1.000 €

Peculiari le testimonianze di utenti che esercitano una professione che li porta a un rapporto professionale e quotidiano con il denaro. Dai loro racconti è emerso che nonostante avessero ben chiaro il valore del denaro e i meccanismi più raffinati di gestione dello stesso, la loro consapevolezza era venuta meno durante il periodo in cui il gioco era diventato un comportamento problematico:

Sono un imprenditore, dal mio lavoro dipende anche lo stipendio di altre persone e so che valore ha il denaro, so perfettamente come "girano" i soldi, ma quando mi sedevo al tavolo da gioco diventavo irragionevole e non mi interessava di vincere o perdere, volevo solo giocare...

Lavoro con i soldi da tanti anni e ho visto passare davanti a me tanta gente con situazioni diverse. A loro negli anni ho dato suggerimenti e consigli per migliorare la loro situazione economica... Ma quando uscivo dall'ufficio il mio unico pensiero era andare a giocare e dimenticavo in un attimo tutti i suggerimenti che avevo dato la mattina ai miei clienti

La quasi totalità degli utenti, una volta entrati nel percorso di trattamento, si è affidata ai familiari per l'amministrazione economico-finanziaria, come momento propedeutico al recupero della capacità di gestire il denaro autonomamente. Tra le strategie più frequentemente riportate, oltre l'affidamento della gestione del denaro ai propri familiari, alcuni giocatori hanno riportato il "diario delle spese".

La maggior parte di loro racconta anche del vissuto di umiliazione nel lasciar gestire il denaro agli altri mentre alcuni lo ritengono "terapeutico", perché così non chiedono più soldi di quanto

viene loro consentito di spendere settimanalmente. Tutti si sono trovati d'accordo nel sostenere che nella loro condizione attuale:

... il denaro ora ha il giusto valore perché me lo sto guadagnando per saldare i debiti e sto molto attento a come lo spendo, anche per fare la spesa per esempio adesso guardo tutte le offerte...

Ruolo della famiglia

Per la quasi totalità dei partecipanti ai *focus group*, la famiglia è emersa come supportante rispetto al problema. Mogli e/o mariti e figli si accorgono del problema e spingono il familiare a cercare un aiuto specialistico. Spesso i familiari diventano gli amministratori del denaro dell'utente in trattamento, accompagnano i propri cari presso i servizi e a volte intraprendono anche loro un percorso terapeutico.

Diversi utenti riportano anche che nella disgrazia dell'essere caduti in questo problema hanno ritrovato dei rapporti affettivi che avevano perso:

... per molto tempo non ho parlato con mio figlio, quando poi si è accorto che avevo questo problema e ha iniziato a gestire il denaro, ci siamo anche riavvicinati...

e ancora:

... da giocatore non esiste famiglia, ti rendi conto di avere una famiglia quando hai combinato i guai e loro ti spingono a farti aiutare. La mia famiglia mi supporta compresi i miei genitori ...

Alcuni utenti invece raccontano come all'inizio si sono sentiti abbandonati al loro problema, raccontano storie in cui la famiglia invece di sostenerli li ha lasciati al proprio destino e di come sia stato difficile ricominciare una nuova vita, mentendo e nascondendo l'abitudine al gioco d'azzardo:

... La famiglia diventa una preoccupazione da gestire e da sostenere...

E a volte, proprio questa preoccupazione di natura anche economica verso la famiglia riporta il giocatore a giocare d'azzardo. Diversi giocatori hanno anche raccontato come alcuni eventi familiari "importanti" li hanno portati nuovamente a giocare d'azzardo (nascita di un figlio, morte di un genitore, ecc.).

Tutti gli utenti si sono trovati d'accordo nel ritenere fondamentale un percorso terapeutico anche per i familiari per far comprendere loro che il comportamento di gioco è un "disturbo" e di conseguenza trovare in loro un sostegno, in quanto:

... La famiglia si porterà sempre dentro i segni del giocatore anche se questo fa di tutto per recuperare la situazione...

L'importanza del coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico è dovuta anche alla necessità di ristabilire ruoli e confini che determinano le interazioni e gli interscambi comunicativi, quindi nell'ottica della famiglia come un sistema o un insieme di sistemi (coppia, famiglia, genitori) dove prima c'era rabbia e dolore i giocatori possono trovare sostegno, anche se non mancano episodi di rimprovero verso il comportamento passato:

... a volte litigo ancora con mia moglie che mi rinfaccia i guai che ho combinato e che per colpa mia ci troviamo in difficoltà economiche... È vero che all'inizio di questo percorso andava pure peggio perché c'erano giornate che non ci sopportavamo proprio e io avevo la sensazione che lei non capisse come mi sentivo io per aver combinato quel casino...

Molti utenti sottolineano il ruolo della fiducia e di come sia importante per il processo di cambiamento trovare un accordo con i familiari basato sulla fiducia. La maggior parte riferisce che:

... i familiari rimangono sempre sul chi va là e a volte ti rinfacciano le cose anche per prendersi piccole rivincite...

In generale, lo schema tipico sembra il seguente: (i) il giocatore viene scoperto; (ii) rabbia dei familiari; (iii) i familiari cercano un sostegno specialistico per il loro congiunto; (iv) inizia il percorso terapeutico per l'utente e a volte per i familiari, utile a quest'ultimi per elaborare i sentimenti di rabbia, sfiducia e soprattutto per comprendere che non si tratta di un "vizio" ma di una malattia. Un altro aspetto è la familiarità al gioco d'azzardo, che riguarda l'influenza della famiglia sull'insorgenza del comportamento problematico e poi patologico; su questo tema, gli utenti non hanno trovato un accordo. Alcuni di loro hanno raccontato che i loro genitori e addirittura i loro nonni erano giocatori d'azzardo ma che:

... l'abitudine al gioco non è ereditaria, ciò che ti induce a giocare è la carenza/mancanza per cui si gioca. Il gioco di per sé, la 'schedina' o il 'gratta e vinci' non sono pericolosi né rischiosi...

Altri hanno specificato che a loro è mancata l'educazione alla pericolosità del gioco e quella al valore del denaro, hanno sempre visto giocare in casa e questo sembrava loro un comportamento assolutamente non pericoloso; successivamente durante il loro percorso terapeutico hanno analizzato la dimensione *familiarità* e hanno compreso che c'era stata una forte interazione tra una loro vulnerabilità personale e un comportamento accettato in famiglia.

I gruppi di discussione sul tema famiglia e sull'aspetto familiarità hanno portato alla luce anche le opinioni sulle differenze di genere e sulle motivazioni per cui si gioca; nelle parole degli utenti ritroviamo:

La donna gioca sempre per una causa (sospetto tradimento, lutto, crisi, malattia, depressione, ecc.), per sopperire ad una crisi economica per portare avanti la famiglia.

La donna gioca dove si può nascondere, la donna vuole sostegno all'interno della famiglia; l'origine è comune solo che la donna ha una maggiore capacità di contenersi per l'impegno in famiglia (accudimento).

La donna ha bisogno di parlare del suo disturbo per sfogarsi, l'uomo no!

L'uomo gioca per avere più soldi. L'uomo gioca importi più alti che creano la rottura dei rapporti familiari, le donne riescono almeno a contenere il danno economico.

L'uomo ha bisogno di isolarsi e non vuole un luogo generico ma sala dedicata.

L'uomo diventa irascibile/intrattabile, la donna maschera meglio anche alla famiglia.

In alcuni gruppi è stato possibile anche intercettare i familiari e il loro punto di vista è riassumibile nei sensi di colpa per non essersi accorti prima del problema, nel dispiacere dei genitori di non aver seguito al meglio i figli e soprattutto nella rabbia. La rabbia è stata declinata in rabbia contro sé stessi – per non essersi accorti del problema – e contro il familiare che ha causato comunque un dissesto economico. Riflettendo su questi stati emotivi iniziali i familiari sostengono che:

... bisogna aspettare, occorre tempo ma è necessario offrire fiducia e oltrepassare la rabbia e i sensi di colpa ...

Passaggio da giocatore sociale a giocatore problematico

Questa tematica ha diversi punti in comune con la successiva riguardante i fattori scatenanti, nel momento in cui si è iniziato a giocare in una dimensione sociale per poi ritrovarsi giocatore patologico.

La maggior parte degli utenti si sono trovati d'accordo nel ritenere non facilmente accessibile alla memoria il momento di passaggio dalla dimensione di piacevolezza e divertimento a quella di problematicità, altri invece hanno identificato chiaramente il momento di perdita di controllo del comportamento, spesso legato a un evento stressante.

Si capisce che si passa da gioco sociale a gioco problematico quando si abbandona il gioco da cui si gioca sempre (tipo lotto) verso altri giochi, perché vuol dire che è subentrata una curiosità "altra".

Altri ripensando a questo momento di transizione lo associano al cambiamento delle condizioni economiche, ad una vincita, alla perdita del lavoro, alla noia

... Ho intensificato il gioco quando ho avuto la disponibilità di una carta di credito dal mio coniuge.

Ho iniziato a vincere con i Gratta&Vinci e a un certo punto non ci si ferma più!

... Gioco perché mi piace e ho cominciato a perdere il controllo perché avevo maggiore disponibilità economica rispetto al passato...

I giocatori che hanno dichiarato di giocare per puro piacere riferiscono spesso un passaggio dal gioco sociale al gioco problematico come un percorso graduale, in assenza di un vero e proprio evento critico

... Gioco perché mi piace e ho cominciato a perdere il controllo perché avevo maggiore disponibilità economica rispetto al passato...

... Non so come è iniziata ma ti accorgi di avere un problema con il gioco quando ti rendi conto che è il primo pensiero del mattino...

... A essere giocatore ci si allena, è un percorso graduale e crescente, non succede con una sola volta... non basta una giocata per diventare giocatore problematico...

Fattori scatenanti

Il tema fattori scatenanti è sicuramente quello che ha più coinvolto gli utenti che hanno trovato il momento per ricordare il loro percorso di vita.

Il fattore emerso più chiaramente è la prima vincita, a seguire un evento personale stressante e ancora la possibilità di recuperare le perdite precedenti. Non mancano i giocatori che hanno dichiarato di aver iniziato a giocare perdendo il controllo semplicemente perché a loro piace giocare.

Compiendo un approfondimento sugli eventi personali critici, gli utenti hanno riportato più frequentemente parole come vuoto, perdita, isolamento come se perdere il controllo nella pratica del gioco d'azzardo andasse a colmare una insostenibile sensazione di vuoto legata per esempio a una perdita. Quando l'evento critico è il pensionamento, gli utenti riportano che il gioco d'azzardo diventa un momento di vivacità che li scuote dalla noia quotidiana. La noia è stata riportata come elemento scatenante anche da chi si è sentito a un certo punto della propria vita schiavo dell'abitudine quotidiana, della gestione quotidiana dell'economia familiare:

... ero stufo di dover gestire l'economia della famiglia e così ho iniziato a giocare senza controllo anche perché mio marito non rinunciava a nulla...

... ho iniziato a giocare pesante per provare emozioni che non provavo più in famiglia...

... quando lavoravo ero iperattivo poi con la pensione è subentrata la noia e questa condizione non mi piaceva e ho iniziato a giocare.

A volte il “vuoto” è stato descritto dagli utenti come il risultato di una dura separazione matrimoniale che li ha estromessi dalla relazione con i figli, oppure di una separazione dovuta anche all'abuso di sostanze. In questi casi, il gioco d'azzardo è diventato l'unico contenitore dove scaricare la rabbia.

L'emulazione degli amici, la rincorsa della perdita o i sintomi riconducibili a difficoltà psichiatriche (compulsione, depressione ecc.) sono stati descritti, da alcuni, come il motore scatenante del comportamento problematico.

Gli utenti hanno anche riconosciuto una certa propensione al rischio come fattore scatenante. Alcuni di loro, soprattutto uomini hanno raccontato di come il gioco d'azzardo dia:

un brivido irrinunciabile ... e ancora adesso che non gioco più quel brivido mi manca

In rarissimi casi gli utenti hanno raccontato lo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo come conseguenza dell'assunzione di farmaci anti Parkinson.

Offerta di gioco e ruolo della pubblicità

In merito all'offerta di gioco, le opinioni sono discordanti: in alcuni casi gli utenti dichiarano di scegliere comunque luoghi lontani da casa per stare da soli o per non farsi vedere dalla famiglia, anche se comunque ci si lega ad un luogo preferito. Altri al contrario preferiscono giocare in luoghi di fiducia (tabaccai) vicino casa.

In tutti i gruppi, i giocatori di *slot machine* e di *videolottery* (VLT) hanno raccontato che non è l'ampliamento dell'offerta di gioco ad aver influito sulle loro abitudini quanto le luci, i suoni delle macchine, lo stato di isolamento mentale che quel tipo di ambiente contribuisce a creare.

I giocatori suggeriscono come si debba fare attenzione particolare all'aumento dell'offerta di gioco in orario notturno così come al 'credito' che alcuni gestori fanno al cliente, dichiarando come questo possa essere considerato un esempio particolare di offerta di gioco.

Questa tematica, inoltre, assume aspetti interessanti nei territori di confine, limitrofi ai casinò oltre confine. In questi territori il gioco da casinò coinvolge per la quasi totalità i giocatori partecipanti al *focus group*, che ritengono l'altra offerta di gioco sul territorio italiano di minore interesse.

Ho smesso presto di andare nei bar, perché le macchine da bar pagano fino a un certo limite, invece il casino non ha grossi limiti ... Puoi puntare di più e vincere di più.

Quel che fa la differenza non è avere più offerta nel territorio ma più offerta all'interno del casino.

Si sceglie il casino per le sue caratteristiche, perché c'è gente diversa... quando entri ti offrono da bere e da mangiare, puoi fumare senza che nessuno ti disturbi

... A pochi minuti da casa hai un'oasi!

Intorno al tema della pubblicità, le posizioni sono molto diverse. Alcuni giocatori, raccontando la loro esperienza, hanno affermato con convinzione l'opinione che né l'aumento dell'offerta di gioco né l'incremento della pubblicità sul gioco d'azzardo hanno contribuito alla problematicità del loro comportamento. Tutti i giocatori però si sono trovati d'accordo sull'utilità di limitare la pubblicità soprattutto per proteggere i giovani.

Polidipendenza

La maggior parte degli utenti è un fumatore e alcuni di loro hanno dichiarato di aver avuto problemi con l'alcol. È interessante come descrivono queste loro abitudini rispetto al comportamento di gioco d'azzardo; per esempio, soprattutto i giocatori di VLT e *slot machine* hanno riportato come i luoghi dove praticavano queste attività consentivano loro di fumare e bere alcolici creando una spirale di potenziamento della dipendenza.

Tematiche emerse

Durante i *focus group*, l'osservatore ha tenuto traccia anche dei temi emersi nelle discussioni e che non è stato possibile elaborare. In qualità di esperti degli aspetti problematici del gioco d'azzardo, gli utenti hanno concordato che sarebbe importante nel momento di crisi individuare tempestivamente il luogo di cura; sarebbe necessario favorire l'accesso delle donne ai servizi; creare percorsi di cura e sostegno dedicati alle donne e ai giovani; sarebbe importante trovare un aiuto per il fronteggiamento del debito per arginare la rovina economica della famiglia; promuovere interventi di promozione e sensibilizzazione sul territorio; consentire anche alle famiglie del paziente di partecipare alla cura; dedicare al paziente con disturbo da gioco d'azzardo spazi adeguati e non in condivisione con pazienti con altre dipendenze.

Analisi del questionario

Il questionario anonimizzato e autosomministrato è stato compilato da tutti i 115 utenti partecipanti ai *focus group*, 28 (24%) donne e 87 (76%) uomini. L'età media dei partecipanti era di 52 anni.

Il 52,2% riferiva un livello culturale medio-superiore e il 40% aveva un diploma universitario. Il 65,2% circa era coniugato e il 15,7% circa era divorziato o separato. Nel 44,3% dei casi la famiglia è composta da moglie, marito e figli, nel 24,3% circa da coppie senza figli, nel 13,9% circa dei casi sono figli che vivono con i genitori, più raramente vivono da soli (8,7%) oppure sono genitori che vivono con i figli (4,3%).

Il 53% dei partecipanti svolge un'attività lavorativa, il 19% sono pensionati e il 24% riferiva di non produrre reddito (es. disoccupati, studenti e casalinghe). La maggior parte di coloro che non hanno un'occupazione al momento riceve un sussidio dalla famiglia (8 su 20), a seguire un sussidio di disoccupazione o un sussidio sociale (entrambi 2 su 20).

In tutti i gruppi osservati, la regola per partecipare era *astensione dal gioco*, spesso accompagnata dall'assenza totale di denaro.

Tra i trattamenti intrapresi, quelli più indicati sono il gruppo psico-educativo (61%), la psicoterapia (individuale e di gruppo) (25%) e l'intervento riabilitativo-educativo (12%); più raramente i partecipanti hanno indicato la terapia farmacologica (5%), la consulenza economica (2%) e quella legale (2%). Poco meno della metà è in trattamento da almeno 1 anno (47,8%), circa il 14% è in trattamento da un periodo che va dai 3 ai 6 mesi, il 13% è in trattamento in un periodo che va dai 6 ai 9 mesi e un altro 13% dai 9 ai 12 mesi, poco meno dell'8% è in trattamento da 1 a 3 mesi e circa il 4% da meno di 1 mese.

La ragione della presa in carico per la quasi totalità dei partecipanti (98%) era stata la dipendenza da disturbo da gioco d'azzardo. Solo in pochi casi la presa in carico era dovuta a poli-dipendenza (es. tabagismo, alcol, sostanze stupefacenti, farmaci dopanti, tecnologie digitali, *sex addiction*).

Per un utente su due (50,4%) l'arrivo alla struttura di presa in carico è stato conseguente a un suggerimento dei familiari e per oltre un terzo (29,6%) l'accesso è stato del tutto volontario, percentuali inferiori sono state riscontrate per l'invio da parte del medico (7%), degli amici (7%) o altri servizi (1,7%) e altri Ser.D (0,9%).

Per quanto riguarda i canali di gioco d'azzardo, l'87% dei partecipanti giocava in luogo fisico, solo 1,7% giocava online e l'11,3% praticava entrambe le attività. I luoghi fisici più citati sono stati bar (56,5%), tabaccaio (46,1%), sala VLT (31,3%), a seguire sala scommesse (26,1%), altra ricevitoria (10,4%), casinò (7%), sala bingo (8,7%) e club privati (5,2%).

Il 63,5% dei rispondenti ha dichiarato di aver avuto una preferenza di gioco soprattutto rivolta alle *slot machine*, il 33,9% alle lotterie istantanee o in tempo reale, il 20,9% al lotto e lotterie a esito differito, il 19,1% alle VLT, l'11,3% alle scommesse sportive, percentuali minori riguardano i giochi di abilità a distanza e i giochi numerici a totalizzatore (entrambi 7%), altri giochi di casinò online (2,6%), le scommesse virtuali e gli altri giochi a base sportiva (entrambi 0,9%).

L'ultima sezione del questionario riguardava le caratteristiche individuali. Si ricorda al lettore che questa sezione del questionario è stata puramente sperimentale, sono presentati, quindi, i principali risultati elaborati sulle risposte, senza applicare tecniche di ponderazione dei dati.

Per quanto riguarda gli *item* afferenti agli eventi stressanti, i grandi cambiamenti nella condizione di vita (25,2%) o della situazione finanziaria (21,7%) insieme a eventi luttuosi (22,6%) sono stati considerati dai partecipanti dei *focus group* come gli eventi più collegati allo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo. In generale, gli uomini sono maggiormente influenzati dagli eventi stressanti rispetto alle donne.

Per quanto riguarda le misure dei fattori intra-individuali, ossia impulsività, credenze dei giocatori, propensione al rischio, tono dell'umore e soddisfazione della qualità di vita tutti gli utenti si sono collocati nei punteggi medi del target osservato.

Non sono emerse differenze di genere statisticamente significative ad eccezione della propensione al rischio: gli uomini hanno ottenuto punteggi medi più elevati (rispettivamente 16,03 vs 10,55; $F = 12,613$, sign. 0,001).

Conclusioni

Questo studio ha consentito di raccogliere alcune informazioni originali sulle caratteristiche dei giocatori in carico ai servizi territoriali: l'identikit che emerge descrive un utente maschio, ultracinquantenne, con un livello di scolarità medio-superiore, sposato e con un lavoro a tempo pieno. La totalità dei casi intervistati è in trattamento con interventi psico-educativi di gruppo eccezionalmente affiancati da interventi di psicoterapia. In oltre metà degli utenti, il trattamento dura da più di un anno e il ricorso alle cure è stato conseguente a un suggerimento dei familiari.

Le discussioni durante i *focus group* hanno mostrato l'intreccio tra i temi e l'interrelazione degli stessi con la storia di vita degli utenti. Tra le riflessioni che ne scaturiscono, l'idea di analizzare quanto emerso utilizzando la time-line della storia di vita individuale, rileggendo i temi trattati e gli indicatori emersi (Tabella 1) più frequentemente alla luce dei principali cambiamenti nella storia (capitoli della vita), degli eventi critici, delle abitudini quotidiane (giorno tipico) e delle concezioni personali, con l'ipotesi che l'interpretazione del comportamento problematico di gioco possa essere compiuta tenendo conto dell'interazione dei fattori individuali e ambientali. In particolare, i capitoli della vita si riferiscono ai titoli dei capitoli principali della storia individuale con il gioco d'azzardo; gli eventi critici riguardano la prima esperienza, l'esperienza più memorabile, l'esperienza peggiore, i punti di svolta, e altri elementi significativi; il giorno tipico concerne i giochi praticati, i canali utilizzati, le piattaforme di gioco, lo spazio, il tempo dedicato, il denaro, la motivazione, l'ambiente, le circostanze, ecc.; le concezioni personali sottendono l'idea del gioco, il ruolo del denaro, la concezione del tempo, la concezione dello spazio, le interazioni sociali, ecc. Dall'analisi del materiale raccolto dall'osservatore emerge chiaramente l'intreccio tra questi quattro elementi.

Tabella 1. Indicatori di contenuto identificati per tematica e utilizzati nelle sedute di *Focus group*

Tematica	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4
Tempo liberato	Riappropriazione della dimensione tempo	Riappropriazione della dimensione piacere	Riappropriazione della dimensione divertimento	Miglioramento delle relazioni
Fattori scatenanti	Evento critico intraindividuale	Evento critico affettivo	Evento critico professionale	
Valore del denaro	Assenza di valore	Valore eccessivo	Denaro come veicolo di benessere	
Ruolo della famiglia	Famiglia supportiva	Famiglia oppositiva	Familiarità	
Offerta di gioco e pubblicità	Aumento offerta di gioco = aumento del consumo di gioco = aumento numero di giocatori	Aumento offerta di gioco = compromissione del processo di astensione	Pubblicità = incentivazione e/o normalizzazione della pratica del gioco	Ampliamento della curiosità verso i giochi
Polidipendenza	Alcolismo	Abuso di sostanze stupefacenti	Tabagismo	Altre dipendenze comportamentali
Giocatore sociale vs giocatore problematico	Possibilità di discriminare il momento	Continuum giocatore sociale vs problematico		

Sono emersi, inoltre, nuovi temi trasversali alle tematiche proposte di particolare rilevanza per gli utenti:

- accesso tempestivo alle cure;
- aiuto per il fronteggiamento del debito;
- accesso ai servizi per le donne;
- percorsi di cura e sostegno dedicati alle donne e ai giovani;
- interventi di prevenzione e sensibilizzazione sul territorio;
- consentire anche alle famiglie del paziente di partecipare alla cura;
- dedicare al paziente con disturbo da gioco d'azzardo spazi adeguati e non in condivisione con pazienti con altre dipendenze.

I contributi degli utenti confermano i temi principali legati al comportamento di gioco problematico, in primis il ruolo della famiglia che – come si riscontra anche dalle telefonate al Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al gioco d'azzardo – è primario nel favorire l'accesso al trattamento del giocatore e gioca un ruolo importante nel percorso di cambiamento.

Le risorse ambientali come risposta all'incapacità di gestire il tempo libero come tempo di vita e la possibilità di coltivare i talenti individuali sono elementi che dovrebbero trovare un posto nei programmi di prevenzione e trattamento.

A completamento dei dati oggettivi sui giocatori patologici in trattamento, i *focus group* rappresentano la possibilità di avere un osservatorio privilegiato sugli aspetti qualitativi, spesso non misurati, della storia dei giocatori d'azzardo.

Questo studio sottolinea, inoltre, l'importanza della collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità e la rete di servizi sul territorio, nata qualche anno fa per gettare le basi di un sistema di sorveglianza. La relazione di fiducia che si instaura tra le istituzioni a diversi livelli rappresenta un'alleanza fondamentale per un processo di *empowerment* che favorisca nei cittadini la scelta di usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate importanti decisioni di salute.

Bibliografia

1. Dowling NA, Cowlishaw S, Jackson AC, Merkouris SS, Francis KL, Christensen DR. Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49(6):519-39.
2. Morgan D. *Focus group as qualitative research*. London: Sage Publications; 1988.
3. Kitinger J. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 1995;311-29:299-302.
4. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Alcan; 1967.
5. Kim HS, Wohl MJ, Gupta R, Derevensky J. From the mouths of social media users: A *focus group* study exploring the social casino gaming-online gambling link. *J Behav Addict* 2016;5(1):115-21.
6. Langham E, Thorne H, Browne M, Donaldson P, Rose J, Rockloff M. Understanding gambling related harm: a proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health*. 2016;27:16:80.
7. Pacifici R, Giuliani M, La Sala L (Ed.). *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/5).
8. McCormick RA. The importance of *coping* skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. *Journal of Gambling Studies* 1994;10(1):77-86.
9. Slecicka P, Braun B, Grüne B, Bühringer G, Kraus L. Proactive *coping* and gambling disorder among young men. *Journal of Behavioral Addictions* 2016;5(4):639-48.
10. Snyder CR. *Coping: the psychology of what works*. New York: Oxford University Press, 1999.

11. Bergevin T, Gupta R, Derevensky JL, Kaufman F. Adolescent gambling: understanding the role of stress and coping. *Journal of Gambling Studies* 2006;22(2):195-208.
12. Dickson L, Derevensky JL, Gupta R. *Youth gambling problems: The identification of risk and protective factors. Report of the Ontario Problem Gambling Research Centre*. Montreal, Quebec: R & J Child Development Consultants, Inc., 2004.
13. Lightsey OR, Hulseley CD. Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students. *Journal of Counseling Psychology* 2002;49(2), 202-11.
14. Nower L, Derevensky J, Gupta R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004;18(1):49-55. -
15. Boughton R, Brewster J. *Voices of women who gamble in Ontario: A survey of women's gambling, barriers to treatment and treatment service needs*. Toronto, Ontario: Ministry of Health and Long Term Care; 2002.
16. Gainsbury S, Hing N, Suhonen N. Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies* 2014;30:503-19.
17. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins D, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies* 2009;25:407-24.
18. Mark M, Lesieur H. A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction* 1992;87:549-65.
19. Wilke, D. Women and alcoholism: how a male-as-norm bias affects research, assessment and treatment. *Health & Social Work* 1994;19(1):29-35.
20. Piquette-Tomei N, Dwyer SC, Norman E, McCaslin E, Burnet J. Women problem gamblers want more. *Saskatchewan Notes* 2007;6:1-4.
21. Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy* (Third ed.). New York: Basic Books Inc.; 1985.
22. Hardoon KK, Gupta R, Derevensky JL. Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004;18(2):170-9.
23. Lussier ID, Derevensky J, Gupta R, Vitaro, F. Risk, compensatory, protective, and vulnerability factors related to youth gambling problems. *Psychology of Addiction Behaviors* 2014;28(2):404-13.
24. Grant JE, Leppink EW, Redden SA, Odlaug BL, Chamberlain SR. COMT genotype, gambling activity, and cognition. *Journal of Psychiatric Research* 2015;68:371-6.
25. Lang M, Leménager T, Streit F, Fauth-Bühler M, Frank J, Juraeva D, Witt SH, Degenhardt F, Hofmann A, Heilmann-Heimbach S, Kiefer F, Brors B, Grabe HJ, John U, Bischof A, Bischof G, Völker U, Homuth G, Beutel M, Lind PA, Medland SE, Slutske WS, Martin NG, Völzke H, Nöthen MM, Meyer C, Rumpf HJ, Wurst FM, Rietschel M, Mann KF. Genome-wide association study of pathological gambling. *European Psychiatry* 2016;36:38-46.
26. Paolini D, Leonardi C, Visani E, Rodofili G. The gambling disorder: family styles and cognitive dimensions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2018;22:1066-70.
27. Subramaniam M, Chong SA, Satghare P, Browning CJ, Thomas S. Gambling and family: A two-way relationship. *J Behav Addict* 2017;6(4):689-98.
28. Magoon ME, Ingersoll GM. Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies* 2006;22(1):1-22.
29. Ohtsuka K, Chan CC. Senior gambling in Hong Kong: through the lenses of Chinese senior gamblers – An exploratory study. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health* 2014;4(1):4.
30. Dowling N, Smith D, Thomas T. The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2009;7(1):29-44.

31. Hodgins DC, Shead W, Makarchuk K. Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006;195(1):65-71.
32. Kalischuk RG, Nowatzki N, Cardwell K, Klein K, Solowoniuk J. Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies* 2006;6(1):31-60.
33. Suomi A, Jackson AC, Dowling NA, Lavis T, Patford J, Thomas SA, Harvey P, Abbott M, Bellringer ME, Koziol-McLain J, Cockman S. Problem gambling and family violence: Family member reports of prevalence, family impacts and family coping. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health* 2013;3(1):13.
34. Eyzop E, Vanier A, Leboucher J, Morvan H, Poulette M, Grall-Bronnec M, Challet-Bouju G. Materialism, financial motives and gambling: examination of an unexplored relationship. *Journal of Gambling Behavior* 2019;35:861-73.
35. Dechant, K. Show me the money: Incorporating financial motives into the gambling motives questionnaire. *Journal of Gambling Studies* 2014;30(4):949-65.
36. Belk RW. Three scales to measure constructs related to materialism: Reliability, validity, and relationships to measures of happiness. *Advances in Consumer Research* 1984;11:291-7.
37. Auerbach RP, McWhinnie CM, Goldfinger M, Abela JR, Zhu X, Yao S. The cost of materialism in a collectivistic culture: predicting risky behavior engagement in Chinese adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2010;39(1):117-27.
38. Sirgy MJ. Materialism and quality of life. *Social Indicators Research* 1998;43(3):227-60.
39. Richins ML. The material values scale: measurement properties and development of a short form. *Journal of Consumer Research* 2004;31(1):209-19.
40. Otero-Lopez JM, Villardefrancos Pol E, Castro Bolaño C, Santiago Mariño MJ. Materialism, life-satisfaction and addictive buying: Examining the causal relationships. *Personality and Individual Differences* 2011;50(6):772-6.
41. Stewart DW, Shamdasani PN. *Focus group. Theory and practice*. London: Sage; 1990.
42. Public Health Agency of Sweden. *Gambling and gambling problems in Sweden 2008–2010. Swedish Longitudinal Gambling Study, Swelogs Findings from wave one and wave two*. Östersund: Swedish Institute of Public Health; 2016.
43. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1995;51(6):768-74.
44. Steenbergh TA, Meyers AW, May RK, Whelan JP. Development and validation of gambler' beliefs questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002;16(2):143-9.
45. Barbaranelli C, Ghezzi V, Fida R, Vecchione M. Psychometric Characteristics of a new scale for measuring self-efficacy in the regulation of gambling behavior. *Front Psychol* 2017;8:1025.
46. Bech P, Rasmussen N-A, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001;66:159-64.
47. Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Steca P, Caprara MG, Yamaguchi S, Fukuzawa A, Abela J. The positivity scale. *Psychological Assessment*, 2012;24(3):701-71.
48. Ricolfi L. *La ricerca qualitativa*. Roma: Ed. Carocci; 1997.