

Un'indagine conoscitiva sui vissuti e sui comportamenti dei giocatori in trattamento

Il lockdown e la dipendenza da gioco d'azzardo

Silvia Formentin

Psicologa, Dipartimento
Dipendenze ULSS 6 Euganea,
Padova

Annarita Brizzi

Tirocinante Psicologa, Università
di Padova

Giulia Chinellato

Educatore professionale,
Dipartimento Dipendenze ULSS 6
Euganea, Padova

Rosa Ranieri

Educatore professionale,
Dipartimento Dipendenze ULSS 6
Euganea, Padova

Giancarlo Zecchinato

Direttore UOC Dipartimento
Dipendenze ULSS 6 Euganea,
Padova

Arianna Camporese

Medico psichiatra, Responsabile
del Progetto «Cambio Gioco»,
ULSS 6 Euganea, Padova

Guglielmo Cavallari

Psicologo, Dipartimento
Dipendenze ULSS 6 Euganea,
Padova

L'articolo propone anzitutto un quadro descrittivo dei comportamenti e dei vissuti dei pazienti in trattamento al SerD UOC Padova e Piove di Sacco per dipendenza da gioco d'azzardo, relativi al periodo di lockdown da marzo a maggio 2020. Attraverso un'indagine effettuata mediante un questionario online, lo studio ha permesso di comprendere in che modo un evento potenzialmente stressante e improvviso possa aver inciso sui loro comportamenti, evidenziando come per molti l'indisponibilità delle possibilità di gioco sia stata una risorsa e un'occasione per vivere meglio diversi aspetti della propria vita, tra cui anche le relazioni familiari. Un ulteriore approfondimento dei dati ha consentito di raccogliere tre tipi di atteggiamenti e opinioni relativi al rapporto tra lockdown e gioco d'azzardo, ai quali sono differenzialmente associate caratteristiche relative alla gravità del gioco iniziale e la durata del trattamento, nonché diversi aspetti qualitativi relativi ai criteri DSM-5 (APA, 2013) registrati al momento della presa in carico. Gli autori discutono queste differenze mettendo in luce alcuni aspetti del complesso rapporto tra dipendenza da gioco d'azzardo e ambiente sociale circostante. Gli esiti dell'attuale ricerca hanno una duplice valenza, sul piano clinico e sul piano della prevenzione, rispettivamente in termini di gestione del disturbo e di identificazione di misure di contenimento nella diffusione del disturbo da gioco d'azzardo patologico.

Parole chiave

Gioco d'azzardo – Lockdown – Stress – Atteggiamenti – Craving.

Introduzione

Il lockdown conseguente all'epidemia da Covid-19 è stato un evento che ha avuto un forte impatto sociale su numerosi fronti. Nell'ambito del lavoro con le dipendenze patologiche, molti si stanno chiedendo quali saranno le conseguenze sull'incidenza delle problematiche da uso di sostanze, alcol e gioco d'azzardo nei prossimi tempi e, sul fronte dell'intervento, la comunità scientifica sta sempre più segnalando l'importanza di individuare modelli di trattamento a distanza, soprattutto nel caso in cui si ripresentasse la necessità di nuove chiusure (Columb, Hussain e O'Gara, 2020; De Luca e De Luca, 2020; Håkansson et al., 2020).

Tuttavia, per chi si occupa di persone con dipendenza da gioco d'azzardo il lockdown ha rappresentato anche un'importante occasione per osservare come l'improvvisa indisponibilità (o quasi) delle possibilità di gioco terrestre abbia condizionato vissuti, pensieri, emozioni e traiettorie comportamentali dei pazienti in trattamento per gioco patologico (Galbiati et al., 2020; Jarre, 2020; Turner, 2020).

Questo contributo intende quindi presentare i risultati di un'indagine conoscitiva inserita all'interno di una più ampia ricerca-intervento denominata «giocatori in lockdown» che si è strutturata a partire dai primi giorni di lockdown, a cura degli operatori dell'Ambulatorio per la prevenzione, cura e trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo attivo presso il SerD UOC Padova e Piove di Sacco.

Le premesse dell'indagine

A fronte di un'emergenza sanitaria senza precedenti, la comunità scientifica si è prontamente interessata a segnalare il possibile impatto psicologico della quarantena sulla popolazione in generale (Brooks et al., 2020), anche alla luce delle precedenti esperienze relative a quanto accaduto nei Paesi che hanno dovuto affrontare l'emergenza Sars (Reynolds et al., 2008; Wu et al., 2009).

Dall'esame della letteratura sono emersi quindi tre aspetti della situazione contingente che avevano la potenzialità di generare stress: la percezione del rischio di contrarre il virus Covid-19 e le conseguenze per la propria salute e delle persone prossime; le implicazioni lavorative ed economiche attuali e future; la costrizione di vivere in condizioni di isolamento, con molto tempo libero a disposizione, oppure in convivenze forzate in nuclei familiari dai rapporti difficili o conflittuali.

Secondo alcuni autori, la collusione di questi aspetti di rischio con la specifica vulnerabilità individuale, lavorativa e relazionale dei pazienti con dipendenza da gioco (Goh e Agius, 2010) potrebbe determinare esiti differenti: un'incidenza negativa, mediata da reazioni di stress, sui comportamenti di gioco con un'ipotetica migrazione verso l'offerta online (Gainsbury et al., 2020); il ricorso al consumo di sostanze o a un aumento rispetto al consumo abituale e/o comportamenti di discontrollo auto o etero-aggressivo (Håkansson, 2020); il peggioramento o la rottura di relazioni familiari significative. La tutela o la protezione da questi scenari, inoltre, può venire meno a causa della minore possibilità di accedere fisicamente al servizio curante (Columb, Hussain e O'Gara, 2020).

D'altra parte, soprattutto se pensiamo a chi aveva già avviato un percorso di cambiamento prima della pandemia, esiste un'altra possibilità, posta in termini diametralmente opposti: l'indisponibilità del gioco d'azzardo terrestre potrebbe avere un «effetto liberatorio» in pazienti che già avevano cominciato a lottare contro il desiderio di giocare, con un conseguente beneficio nella percezione di maggiore autoefficacia nell'affrontare la problematica di dipendenza, causa di grande sofferenza fino a poco tempo prima, e quindi una migliore capacità nell'affrontare le nuove condizioni di vita (Jarre, 2020). Partendo dal considerare, quindi, come uno degli obiettivi principali del trattamento rivolto alle problematiche di dipendenza da gioco sia quello di migliorare la capacità nei pazienti di gestione dello stress e degli imprevisti di vita (Daughters et al., 2005) secondo un'ottica *stress-vulnerability* (Goh e Agius, 2010), ci si può aspettare che esistano delle reazioni differenziate a eventi particolarmente stressanti, a seconda della durata del trattamento e della gravità della dipendenza al momento iniziale di presa in carico del paziente.

Obiettivi e ipotesi della ricerca

Prendendo quindi in esame i comportamenti e gli atteggiamenti dei pazienti in trattamento per gioco d'azzardo, l'intento è duplice: da una parte si vuole ottenere un quadro descrittivo dei comportamenti e dei vissuti relativi ai principali fattori di stress contingenti al periodo di lockdown, dall'altra si intende approfondire come la percezione del rapporto tra lockdown e problematica di gioco possa essere diversa a seconda della fase di trattamento e a seconda di alcune caratteristiche iniziali relative al loro problema di gioco.

Sulla base di quanto esposto precedentemente e sulla base delle osservazioni cliniche delle reazioni dei pazienti di fronte a eventi stressanti e imprevisti, i dati raccolti sono stati trattati e discussi con i seguenti obiettivi e ipotesi.

Obiettivo e ipotesi 1. Ottenere un quadro descrittivo dei comportamenti e dei vissuti dei pazienti con problematiche di gioco d'azzardo in carico al servizio durante il periodo di lockdown imposto dall'emergenza sanitaria da Covid-19. In particolare, sono state indagate le diverse reazioni rispetto alla minore disponibilità del gioco d'azzardo, in quale misura quest'ultima è stata un aiuto nella gestione del *craving*¹ oppure un ulteriore fattore di stress che ha determinato la ricerca di altre fonti di gratificazione. L'ipotesi che ha guidato la ricerca risiede nel fatto che l'indisponibilità di gioco possa essere un aiuto a favore del contenimento del *craving* e del comportamento di gioco.

Obiettivo e ipotesi 2. Raccogliere le opinioni dei pazienti in carico all'ambulatorio in merito all'eventuale utilità del lockdown rispetto al problema di gioco, correlando le loro percezioni a determinate caratteristiche, come la durata del trattamento e la

¹ Il termine *craving* indica il desiderio incontrollabile di giocare (o di assumere una sostanza), spesso accompagnato da una ricerca compulsiva o dall'attuazione di determinati comportamenti al fine di ottenere l'oggetto di cui si sente il forte bisogno.

gravità iniziale del problema, traducibili in tempo di presa in carico, numero di criteri del DSM-5 (APA, 2013) rilevati e la frequenza di gioco. La ricerca intende evidenziare come le caratteristiche che ciascun paziente riporta al tempo della presa in carico siano associate a percezioni differenti rispetto all'impossibilità di ricorrere al gioco terrestre durante il periodo di chiusura. Pertanto si ipotizza che i pazienti che hanno intrapreso il percorso trattamentale di recente percepiscano un maggior beneficio delle limitazioni imposte all'accesso al gioco, diversamente dai pazienti che sono in carico al servizio da un tempo maggiore, e che dovrebbero aver acquisito maggiori strategie senza dover contare sull'indisponibilità di gioco per non ricadere. Inoltre, anche l'indice di gravità del comportamento di gioco iniziale può influenzare la percezione dell'efficacia delle restrizioni per quanto attiene al gioco durante il lockdown.

Obiettivo e ipotesi 3. Evidenziare eventuali associazioni tra i diversi atteggiamenti emersi nel punto precedente con l'esperienza stessa di lockdown e la percezione del rischio di una ricaduta futura. Si ipotizza che le persone che dichiarano uno stress maggiore legato alla situazione presente di emergenza sanitaria siano le stesse a temere eventuali ricadute al termine delle restrizioni.

Metodologia e strumenti della ricerca

Il progetto è stato avviato due settimane dopo il primo DPCM dell'8 marzo 2020, che disponeva la chiusura di tutte le attività nell'intero territorio nazionale, e si è strutturato in due momenti principali: il primo dedicato al sostegno psicologico a distanza attraverso l'utilizzo di una intervista semistrutturata che veniva somministrata telefonicamente; il secondo dedicato all'indagine conoscitiva sui comportamenti e sui vissuti durante il lockdown attraverso la somministrazione di un questionario online.

Questo lavoro si concentra esclusivamente sulla seconda parte del progetto, e intende presentare i dati raccolti con il questionario online che è stato inviato qualche giorno prima della fine del lockdown (il 15 maggio 2020) ai pazienti attualmente in carico e a quelli che avevano terminato il percorso negli ultimi tre anni (solo una parte di questi aveva partecipato al sostegno telefonico prima citato).

Il questionario è stato sviluppato tenendo conto anche di quanto era emerso dall'esperienza narrata dai pazienti durante il sostegno telefonico. Esso ha permesso di indagare non solo la percezione di stress negli ultimi due mesi, ma anche il vissuto relativo alla chiusura del gioco terrestre maturato nel corso del periodo, e all'opinione relativa alle forme di tutela come l'autoesclusione anche dai giochi terrestri.

La somministrazione del questionario è stata effettuata attraverso messaggistica istantanea dal numero verde dell'Ambulatorio gioco, inviando un messaggio di presentazione dell'indagine in cui venivano esplicitati la protezione della privacy e il trattamento dei dati in forma aggregata. A tal fine era proposto l'utilizzo di un codice a ciascun partecipante. Veniva inoltre esplicitato come la somministrazione del questionario fosse del tutto volontaria e svincolata da eventuali proposte di trattamento in corso o concluso.

Di seguito sono elencate le informazioni raccolte con il questionario (riportato in Appendice) che costituiscono i costrutti di interesse per la presente ricerca.

Variabili relative all'obiettivo e ipotesi 1. Il quadro descrittivo delle aree tematiche indagate è stato ottenuto attraverso la raccolta delle informazioni di seguito elencate:

1. Percezione del rischio di salute (domanda 4 del questionario in Appendice)
2. Percezione vissuti lockdown (domanda 5)
3. Situazione lavorativa ed economico-finanziaria attuale (domande 2 e 28)
4. Craving da gioco d'azzardo (domande 6, 7, 8)
5. Percezione e vissuti di stress psicologico durante i due mesi (domanda 34)
6. Comportamenti di gioco (da domanda 9 a domanda 17)
7. Comportamenti di abuso da alcol e sostanze (da domanda 18 a domanda 22)
8. Utilizzo del tempo (domanda 31)
9. Utilizzo di internet (domande 29 e 30)
10. Qualità delle relazioni familiari durante il periodo di lockdown (domande 32 e 33).

Variabili relative all'obiettivo e ipotesi 2. Per indagare la loro percezione del rapporto tra lockdown e gioco sono state prese in considerazione tre aree:

1. Atteggiamento generale rispetto alla correlazione tra la minore disponibilità di gioco e la gestione della dipendenza (domanda 26)
2. Vissuto personale relativo alla percezione di contenimento della voglia conseguente all'impossibilità di giocare (domanda 25)
3. Opinione rispetto all'utilizzo concreto di forme di restrizione come la possibilità di usufruire di temporanea autoesclusione dal gioco mediante iscrizione a un ipotetico «Registro di Autoesclusione dal gioco terrestre» (domanda 27).

Le risposte a tutte e tre queste domande (opinione generale, esperienza personale, e percezione dell'utilità di forme esterne di contenimento), sono state associate mediante statistiche bivariate (*chi quadrato*) alle informazioni relative alle caratteristiche di base dei pazienti al momento della presa in carico (T_0) e che erano state precedentemente raccolte con l'intervista semistrutturata che viene sempre somministrata al secondo incontro di presa in carico al servizio.²

Nello specifico, le variabili raccolte con l'intervista semistrutturata e utilizzate in questo studio sono:

1. Tempo di presa in carico (numero di anni dal primo accesso)
2. Positività ai singoli criteri del DSM-5 (numero e tipologia di criteri positivi; si veda APA, 2013)
3. Spesa media mensile per il gioco
4. Frequenza di gioco
5. Caratteristiche socio-demografiche.

² Per visionare una copia dell'intervista semistrutturata è possibile rivolgersi agli autori, scrivendo all'indirizzo: silvia.formentin@aulss6.veneto.it.

Le informazioni al tempo 0, al momento della presa in carico, sono state quindi associate mediante statistiche bivariate (*chi quadrato*) alle risposte date al questionario alla fine del lockdown.

Variabili obiettivo e ipotesi 3. Il terzo obiettivo è stato perseguito mediante l'analisi descrittiva delle seguenti variabili:

1. Percezione della probabilità di ricadere dopo il lockdown (domande 23 e 24)
2. Intensità media della voglia di giocare durante il lockdown (domanda 8)
3. Percezione dei livelli di stress sperimentati durante il lockdown³ (domanda 34).

Queste variabili sono state associate alle risposte relative alle tipologie di opinioni generali raccolti nell'obiettivo precedente.

I dati raccolti dal questionario sono stati inseriti in un database in formato Excel e per ciascun rispondente (identificato con un codice) sono state associate le risposte raccolte con l'intervista semistrutturata al T₀. Il database è stato poi convertito nel programma statistico SPSS, che ha permesso di condurre le analisi descrittive e le analisi bivariate. Queste ultime hanno consentito di indagare l'associazione tra le variabili, valutata statisticamente con il *test del chi quadrato*.⁴ Le analisi statistiche sono state condotte dal Centro Explora, centro di ricerca di analisi statistica in ambito sanitario e sociale per enti pubblici e privati.⁵

Risultati

Di seguito vengono esposti i risultati delle analisi, che saranno poi commentati nel paragrafo successivo.

1. *Descrittive del campione*

Al questionario online hanno risposto 76 pazienti (su 166 questionari inviati) con età media di 48,6 (range da 20 a 78 anni) e prevalentemente maschi (86% maschi e 14% femmine).

³ Per la rilevazione dello stress è stata usata la scala *Perceived Stress Scale* (PSS; Cohen, 1988), una scala a 8 item che indaga varie aree dello stress con cinque modalità di risposta (da «Per niente» a «Spesso»). Le risposte a questa scala sono state suddivise in tre gruppi (secondo i *cut-off* dei livelli medi): Basso stress, Medio stress, Alto stress.

⁴ Test statistico che permette di verificare se due variabili categoriche o nominali siano correlate, ovvero se le frequenze osservate in due o più variabili siano distribuite casualmente oppure se siano determinate da un'associazione (di tipo correlazionale) tra le due variabili.

⁵ Per le analisi si ringraziano in particolare la dottoressa Alessandra Andreotti e il dottor Bruno Genetti del Centro Explora.

Per quanto riguarda lo stato civile, il 40,9% è sposato, il 39,8% è celibe, l'11,3% è separato o divorziato.

Per quanto riguarda il tempo della presa in carico al servizio, il 67% ha avuto il primo contatto tra il 2018 e il 2020 ed è attualmente ancora in carico; il 33% ha avuto il primo accesso tra il 2011 e il 2017 e non è più in carico al Servizio, ma ha mantenuto rapporti sporadici per un monitoraggio con l'operatore di riferimento. Generalmente, quanto più recente è la presa in carico al Servizio, tanto più frequenti sono i contatti con gli operatori; invece, chi ha cominciato il trattamento oltre gli ultimi due anni ha un accesso più sporadico, legato a colloqui di monitoraggio e/o prevenzione di ricadute.

Relativamente alla condizione lavorativa, il 63,3% dei rispondenti ha dichiarato di aver lavorato in modo continuativo lungo tutto il periodo di lockdown; l'85% non ha usufruito di contributi pubblici di natura economica negli ultimi 12 mesi.

2. Comportamenti e vissuti relativi al periodo di lockdown

Le restrizioni determinate dal lockdown non sono state percepite in modo troppo problematico dai rispondenti (46%), riportando inoltre nella PSS un vissuto di stress sotto la media: il 30% ha infatti dichiarato di non aver avuto una sintomatologia specifica riconducibile a un disturbo da stress post-traumatico.

Addentrando nell'area specifica dei comportamenti di gioco e delle variazioni che hanno subito durante il periodo di lockdown, che ha fattivamente determinato la totale indisponibilità o quasi del gioco terrestre, l'80% degli intervistati riferisce di non aver avuto voglia di giocare. Contrariamente, per quanti hanno affermato la presenza di craving, l'intensità dell'irrefrenabile desiderio di ricorrere al gioco, in una scala numerica da 0 a 10, è stata in media 4,20.

L'84% dei pazienti rispondenti ha dichiarato di non aver di fatto giocato, mentre l'8% ha praticato il gioco terrestre, recandosi presso tabaccherie per l'acquisto di Gratta e vinci, dichiarando al contempo una riduzione in ogni caso della frequenza di gioco.

Per quanto concerne il gioco online, il 7% dichiara di averlo praticato, ricorrendo prevalentemente a tre tipologie di giochi: scommesse sportive, videolottery e poker texano. Di questi, solo una persona dichiara di non aver mai giocato online prima di ora.

Relativamente ad altri comportamenti d'abuso e a come questi abbiano subito delle variazioni significative, l'82% dei rispondenti dichiara che non c'è stato nessun aumento nell'abituale consumo di alcolici, mentre il 9% riporta di aver assunto alcol in quantità maggiori rispetto alle quantità ordinarie.

Sul versante delle sostanze illegali, non si evidenziano cambiamenti: il 68% non usa sostanze e il 32% non ne ha assunto in quantità superiori al solito. Differentemente per le sigarette, rispetto alle quali il 41% dei rispondenti afferma che ha continuato a fumare regolarmente, mentre il 31% ne dichiara un incremento nel consumo. Per quanto riguarda l'uso degli psicofarmaci, il 74% non ne fa abitualmente uso e solo il 5% riporta di averne intensificato l'assunzione. Infine, per quanto attiene ai comportamenti di abuso, l'aumento del consumo di cibo riguarda il 51% dei rispondenti al questionario.

L'area di indagine riguardante l'utilizzo di internet prevede una preferenza espressa per i social (43%), siti di notizie e informazioni (39%), svago (23%).

Per quanto concerne l'utilizzo del tempo libero a disposizione, il 44% dei rispondenti ha svolto attività dentro casa, il 35% si è impegnato in attività di cura della casa e il 55% si è dedicato alle relazioni.

L'ultima area relativa alle relazioni familiari evidenzia che il 55% delle persone riferisce un miglioramento e la qualità del clima familiare percepito in una scala da 0-10 è stata in media di 7,50.

3. Rapporto tra lockdown e gioco d'azzardo e caratteristiche al tempo 0 della presa in carico.

Per quanto riguarda l'atteggiamento generale relativo al rapporto tra gioco e lockdown, il 50% dichiara che l'indisponibilità delle possibilità di gioco possa essere stata di aiuto in modo definitivo al problema della dipendenza da gioco (Opzione di risposta 1: «Sì, in via definitiva»); il 17,1% dichiara «No», cioè che tale indisponibilità non sia stata di aiuto in generale alla dipendenza dal gioco d'azzardo (Opzione di risposta 2: «No»); il 32,9% dichiara che solo per il momento l'impossibilità di giocare può essere stata di aiuto in generale (Opzione di risposta 3: «Sì, ma solo per il momento»).

Per quanto riguarda invece la percezione di aiuto al contenimento della voglia di giocare, dato dall'indisponibilità del gioco (esperienza personale), su un totale di 76 rispondenti, il 73,7% risponde in modo affermativo, il 26,3% in modo negativo.

Infine, relativamente alla terza variabile oggetto di indagine dell'obiettivo 2, su un totale di 76 rispondenti, il 75% dichiara che ritiene utile la possibilità di autoesclusione mediante l'iscrizione del «Registro Unico di Autoesclusione», mentre il 25% non la ritiene utile.

Queste tre variabili sono state messe in associazione con le caratteristiche dei pazienti al tempo della prima presa in carico (T_0), con lo scopo di verificare l'ipotesi secondo cui un più lungo periodo di trattamento potrebbe essere associato a una minore percezione di utilità delle restrizioni, mentre la gravità del sintomo al tempo iniziale potrebbe essere associata a una maggiore percezione di utilità.

1. Variabile relativa alla percezione di utilità generale del lockdown nel contenimento del problema del gioco

Per quanto riguarda l'*atteggiamento in generale*, è possibile vedere nei grafici delle figure 1-4 i risultati delle associazioni bivariate.

Anzitutto emerge che ci sono delle differenze statisticamente significative tra l'appartenere a uno dei tre gruppi di atteggiamento e il tempo della presa in carico ($p = 0,019^{***}$).

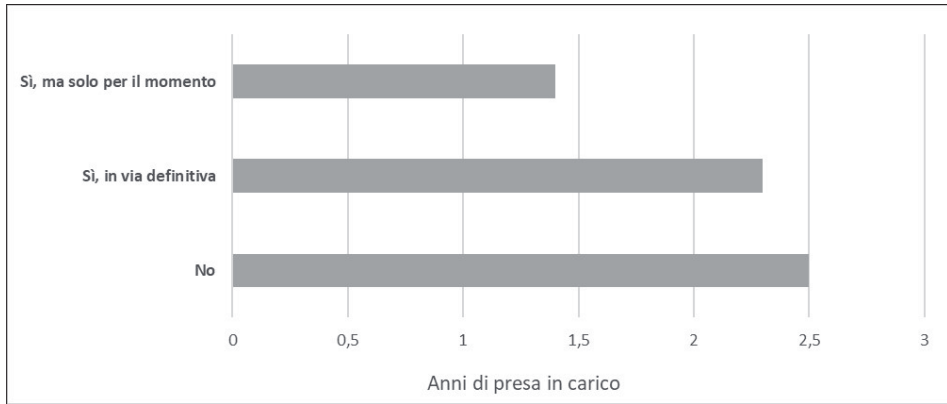


Fig. 1 Numero di anni di presa in carico divisi per tipologie di atteggiamento («Secondo Lei, la minore disponibilità di gioco conseguente la chiusura di bar, tabacchi, sale slot ecc., è stata di aiuto, in generale, nella gestione della dipendenza da gioco?»).

I dati indicano una differenza significativa fra i tre gruppi dei valori medi relativi agli anni in carico al servizio: i pazienti che sostengono che l'indisponibilità di gioco sia utile solo per il momento hanno una media di presa in carico di 1,4 anni e sono quelli che quindi hanno un periodo di trattamento che è iniziato più di recente, e dunque un minore tempo di trattamento. Questa differenza è significativa rispetto a entrambi gli altri due gruppi, che hanno 2,5 anni di media di presa in carico nel caso dei pazienti che rispondono «No» e 2,3 anni di media di presa in carico nel caso dei pazienti che rispondono che il lockdown è in generale una soluzione definitiva al problema. Rispondono «Sì, ma solo per il momento» quelli di più recente presa in carico.

La frequenza di gioco è differente fra i tre gruppi (figura 2): il gruppo del «No» ha una più alta concentrazione di frequenze tra quelli che giocavano almeno 4-7 volte alla settimana al T_0 . I pazienti che invece giocavano meno frequentemente sono principalmente quelli della categoria di risposta «Sì, ma solo per il momento». La differenza è statisticamente significativa tra i valori della modalità «No» con le altre due categorie ($p = 0,024^{***}$).

La spesa media mensile (figura 3) non presenta una differenza statisticamente significativa fra i tre tipi di opinione, anche se questo fatto potrebbe essere legato all'estrema variabilità delle cifre giocate. Ad ogni modo, è possibile vedere delle differenze che possono suggerire una tendenza di significato nella lettura dei dati. Le persone che rispondono «No» spendevano in media di più nel gioco (media 3.111,5 € in un anno), mentre chi ha risposto «Sì, in via definitiva» spendeva mediamente di meno (1.059 € in un anno), poco meno di chi ha risposto «Sì, ma solo per il momento» (media 2.095,7 €). Le differenze non sono significative.

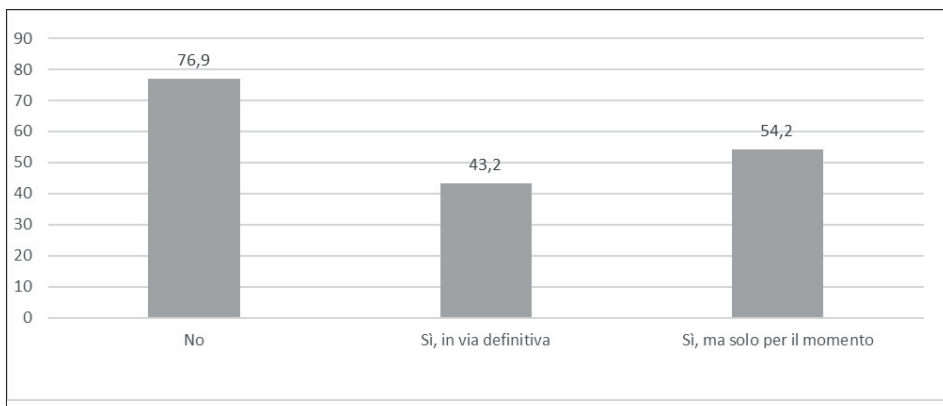


Fig. 2 Percentuale di rispondenti con gioco ad alta frequenza (da 4 a 7 volte alla settimana) al T₀, divisi per categorie di atteggiamento («Secondo Lei, la minore disponibilità di gioco conseguente la chiusura di sale scommesse, ecc., è stata di aiuto, in generale, nella gestione della dipendenza da gioco?»).

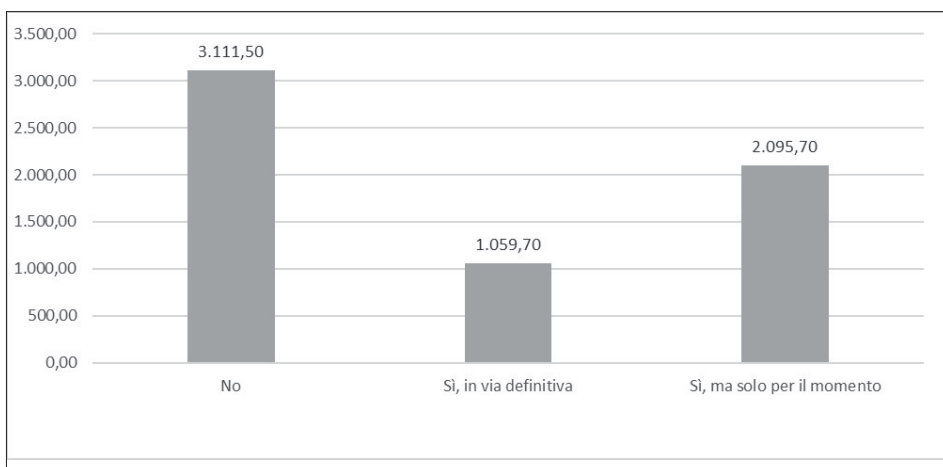


Fig. 3 Spesa media mensile per il gioco dichiarata al T₀, suddivisa per gruppo di atteggiamento («Secondo Lei, la minore disponibilità di gioco conseguente alla chiusura di sale scommesse, ecc., è stata di aiuto, in generale, nella gestione della dipendenza da gioco?»).

Infine, rispetto ai criteri DSM-5 rilevati al tempo di presa in carico (figura 4), emerge che il gruppo di chi risponde «Sì, ma solo per il momento» tende ad avere meno di frequente la positività al criterio 7 («Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo»; APA, 2013), e tende ad essere più spesso positivo al criterio 5 («Spesso gioca quando si sente più in difficoltà rispetto ad assenza di speranza, in colpa, o depresso»; APA, 2013).

Chi sostiene invece che la soluzione sarebbe definitiva selezionando l'opzione «Sì, in modo definitivo» tende a concentrarsi con più probabilità rispetto agli altri due gruppi sulla positività al criterio 2 («È irritabile quando tenta di ridurre il gioco»; APA, 2013) e leggermente al criterio 4 («È spesso preoccupato per il gioco d'azzardo, per esempio, ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere denaro con cui giocare»; APA, 2013).

Rispetto al gruppo del «No», le frequenze più alte in confronto agli altri due gruppi si trovano al criterio 6 definito nel DSM-5 (APA, 2013) («Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno – perdite “inseguite”») e al criterio 9 («Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo»).

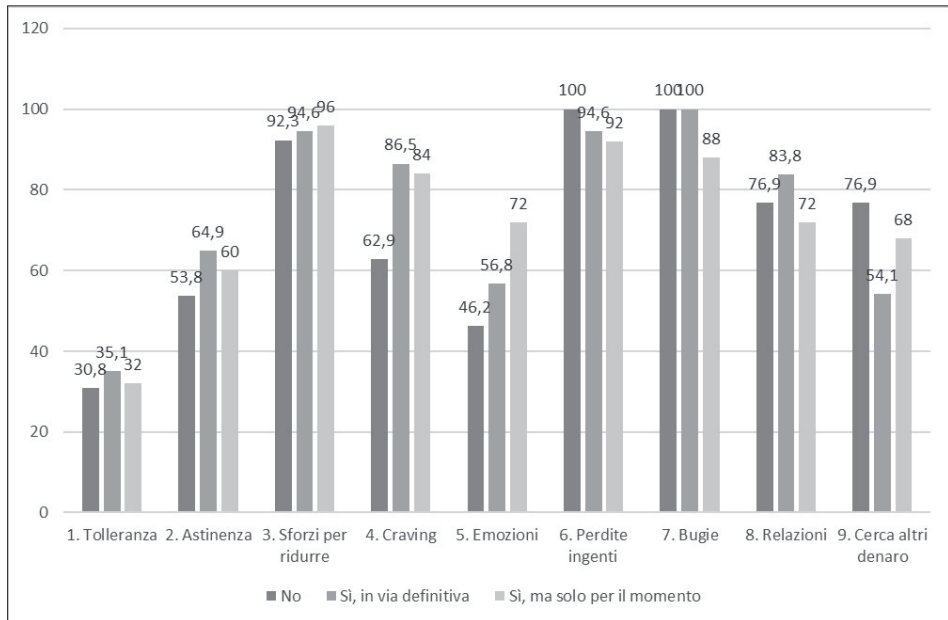


Fig. 4 Frequenze dei criteri positivi al DSM-5 suddivise per categorie.

2. Variabile relativa alla percezione di utilità del lockdown nei confronti della voglia di giocare

I risultati che invece correlano le caratteristiche al tempo 0 con la percezione della voglia di giocare sono riassunti nella tabella 1.

In questo caso emerge che chi ritiene che il lockdown sia stato di aiuto nel contenere la voglia di giocare è anche più probabilmente quello che al T_0 aveva la positività

al criterio 4 del DSM-5, legato all'intensa preoccupazione relativa ai pensieri legati al gioco e al giocare. Le altre associazioni, inoltre, pur non essendo significative dal punto di vista statistico, rivelano una tendenza a confermare i dati precedenti, ovvero si evince come questi pazienti fossero stati quelli che giocavano un po' meno spesso, spendevano di meno e sono in carico da meno tempo. Resta fermo però il fatto che la percezione di contenimento della voglia è associata soprattutto a chi aveva il criterio 4 positivo al momento della presa in carico.

TABELLA 1
Correlazioni tra percezione di aiuto al contenimento della voglia e caratteristiche al T₀

	Si	No	Significatività statistica (differenze tra i valori di chi ha risposto Si e No)
Criteri DSM-5	89,1% di quelli che hanno risposto Si ha il criterio 4 positivo	65% di quelli che hanno risposto No ha il criterio 4 positivo	$p = 0,02$
Tempo di presa in carico	2 anni	2,2 anni	$p = 0,5$
Frequenza di gioco da 4-7 volte a settimana	48,1% di quelli che dicono Si ha un'alta frequenza di gioco	65% di quelli che dicono No ha una alta frequenza di gioco	$p = 0,478$
Spesa media mensile	1.501 euro	2.414 euro	$p = 0,960$

Domanda: «Secondo Lei, la minore disponibilità di gioco conseguente alla chiusura di locali, bar, sale scommesse ecc., Le è stata di aiuto nel contenere il disagio legato alla voglia di giocare?» (N = 76).

3. Variabile relativa alla percezione di utilità alla registrazione in appositi registri di autoesclusione

Per quanto riguarda la percezione dell'utilità di strumenti come l'autoesclusione mediante la registrazione in appositi ipotetici registri (tabella 2), non emergono associazioni statisticamente significative, anche se le tendenze sono coerenti con quanto emerso rispetto alle precedenti variabili.

Anzitutto sembra che, anche in questo caso, rispondano positivamente all'utilità di un limite esterno alle possibilità di gioco quei pazienti che al momento della presa in carico si concentravano di più al criterio 4 positivo rispetto a chi diceva che l'autoesclusione non è utile. Allo stesso tempo, questi pazienti sono anche quelli che al tempo 0 tendono a giocare di meno in termini sia di frequenza che di quantità. Anche in questo caso, ad associarsi alla percezione di utilità dell'autoesclusione sembra non essere tanto la gravità degli indici di gioco al tempo 0, ma piuttosto l'esperienza o forse il ricordo di una forte e intensa voglia al momento della richiesta di aiuto.

Tuttavia, c'è da sottolineare che questa variabile non incontra valori statisticamente significativi, ma solo una tendenza. Questo potrebbe significare che la soluzione dell'autoesclusione temporanea mediante iscrizione a un registro incontra il parere positivo di tutti, indipendentemente dalle loro condizioni di base.

TABELLA 2

Correlazioni tra percezione di utilità di ulteriori restrizioni e caratteristiche di base al T₀

	Sì	No	Significatività statistica (differenze tra i valori di chi ha risposto Sì e No)
Criteri DSM-5	85,7% di quelli che hanno risposto Sì ha il criterio 4 positivo	73,5% di quelli che hanno risposto No ha il criterio 4 positivo	$p = 0,294$
Tempo di presa in carico	2 anni	2,2 anni	$p = 0,541$
Frequenza di gioco da 4-7 volte a settimana	47,3 di quelli che dicono Sì ha un'alta frequenza di gioco	68,4 di quelli che dicono No ha un'alta frequenza di gioco	$p = 0,064$
Spesa media mensile	1.599,3 euro	2.184,2 euro	$p = 0,058$

Domanda: «Nel Suo caso, riterrebbe utile avere la possibilità di sospendersi temporaneamente o di autoescludersi per sempre dal gioco, ad esempio iscrivendosi al Registro Unico di Autoesclusione?» (N = 76).

4. Risultati del terzo obiettivo

Il terzo obiettivo si proponeva di comprendere se un diverso atteggiamento nei confronti del lockdown come opportunità di affrontare meglio la propria dipendenza fosse associato al livello di malessere con cui i pazienti sperimentano la situazione stressante del presente.

Dai valori espressi in tabella 3 è possibile vedere come i pazienti che rientrano nella categoria di risposta «Sì, ma solo per il momento» siano effettivamente quelli che hanno una maggiore paura di ricadere alla fine del lockdown, hanno avuto durante il lockdown una maggiore intensità di voglia di giocare (anche se i livelli medi in scala 0-10 sono relativamente bassi) e hanno percepito un livello di stress più alto.

TABELLA 3

Correlazioni tra atteggiamenti relativi al rapporto tra lockdown e gioco e vissuti di stress e paura di ricadere

	No	Sì, in via definitiva	Sì, ma solo per il momento	Significatività statistica (differenze tra i valori delle tre modalità di atteggiamento)
Percezione media probabilità di ricadere (0 = nessuna; 10 = massima)	1,1	1,7	3,1	$p = 0,001^{***}$
Intensità media voglia di giocare (0 = nessuna; 10 = massima)	0,2	0,9	2,4	$p = 0,019^{***}$
Percentuale stress medio-alto	38,5	36,5	60	$p = 0,46$

Domanda: «Secondo Lei, la minore disponibilità di gioco conseguente alla chiusura di locali, bar, sale scommesse ecc., è stata di aiuto, in generale, nella gestione della dipendenza da gioco?» (N = 76).

Discussione dei risultati. Come hanno vissuto il lockdown i pazienti in trattamento per gioco d'azzardo?

A questo punto è possibile fare un discorso più ampio a partire dai dati appena descritti. Abbiamo proceduto lungo tre livelli: le statistiche descrittive generali del campione di pazienti in trattamento (concluso e/o in corso) per gioco d'azzardo; l'associazione tra atteggiamento generale, percezione personale e opinione sull'utilità di utilizzare misure di contenimento e le caratteristiche di base al momento della presa in carico; l'associazione tra i diversi tipi di atteggiamento emersi e la percezione di stress e paura della ricaduta dopo il lockdown.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, sembra emergere un quadro descrittivo che vede i pazienti in trattamento vivere un'esperienza abbastanza tranquilla. Non si rilevano indici significativi di ricadute (dato confermato anche dall'assenza delle segnalazioni dei familiari dei pazienti in trattamento), non c'è stata una significativa migrazione al gioco online, non ci sono state situazioni di abuso di alcol o droghe, ma soprattutto il clima familiare sembra essere stato una delle variabili più positive. Questi dati possono sembrare un po' in contrasto con quanto rilevato sui comportamenti della popolazione generale rispetto al comportamento di gioco durante il lockdown (Istituto Superiore di Sanità, 2020), ma, secondo la nostra osservazione clinica, potrebbero essere coerenti con quanto può accadere in un campione di pazienti in trattamento, che in qualche modo hanno già fatto la scelta di smettere di giocare, incontrando nel lockdown un'importante occasione per consolidare la percezione di benessere legata all'astensione del gioco. Benessere che coinvolge non solo il paziente, ma anche i familiari, che probabilmente erano più tranquilli e meno controllanti rispetto ai comportamenti del giocatore. Questo si è evidenziato anche dal fatto che i familiari non hanno più cercato gli operatori del servizio per richieste di aiuto in situazioni critiche contingenti e, anzi, in alcune occasioni hanno riportato agli operatori con cui avevano mantenuto un contatto una maggiore soddisfazione e serenità per il fatto che il coniuge o familiare trascorrevà maggior tempo con loro rendendosi anche utile in casa. Quest'ultimo fatto potrebbe aver rinforzato quel «circolo virtuoso», che spesso si osserva nella clinica dei pazienti che cominciano a smettere di giocare, nel quale la tranquillità ritrovata dei familiari che vedono dei miglioramenti nei comportamenti del giocatore diviene a sua volta un rinforzo positivo alla motivazione del paziente a continuare l'astensione dal gioco. Ciò vale soprattutto per le famiglie dove il comportamento di gioco era la causa primaria di conflittualità nella coppia e nei rapporti con i figli. Rispetto dunque all'ipotesi formulata nel primo obiettivo, si può confermare come per i pazienti in trattamento la situazione contingente stressante non abbia generato un peggioramento delle condotte di gioco. Questo dato sembra contrapporsi ad altre ricerche relative alla popolazione in generale oppure a giocatori non in trattamento (Benedetti, Cerrai e Molinaro, 2020).

Per quanto riguarda la percezione che i pazienti stessi dichiarano del rapporto tra lockdown e gioco, anzitutto sembra che la maggior parte dei giocatori in trattamento abbia fatto un'esperienza positiva della condizione dell'impossibilità di giocare, e quindi la presenza del limite concreto possa essere non solo di aiuto ma anche auspicabile

mediante l'individuazione di alcune forme di limitazione delle possibilità di giocare. D'altra parte, le ricerche sull'incidenza del gioco d'azzardo rilevano come la maggiore facilità di accesso al gioco sia stata una dei fattori principali di diffusione del fenomeno sulla popolazione generale (Croce, 2007). È lecito quindi sostenere che minori possibilità di accesso al gioco d'azzardo possano essere percepite di aiuto, e questo acquista sicuramente più valore se sono i giocatori stessi a dirlo. Questi giocatori, una volta affrontata la scelta di intraprendere un percorso di trattamento, accettano di lottare contro il craving che, come documentato anche dagli studi di neuroimaging (Best, Williams e Coccaro, 2002, New et al., 2002, Potenza et al., 2003), viene nella maggior parte dei casi elicitato dallo stimolo visivo che evoca il gioco d'azzardo o la possibilità di esso, come lo sono i dispositivi di gioco diffusi nei luoghi della quotidianità di tutti. Eliminare la possibilità di contatto con tali stimoli visivi può essere un aiuto? Secondo l'esperienza che i pazienti in trattamento hanno fatto del lockdown, pare proprio che questa sia un'evidenza importante.

Tuttavia, per rendere giustizia alla complessità delle variabili in gioco, è stato utile approfondire i dati a nostra disposizione considerando quali siano le variabili relative alle caratteristiche dei giocatori in trattamento che sono maggiormente associate a tale percezione.

Dalle prime analisi bivariate (si veda il paragrafo precedente sui risultati) emerge un'associazione significativa tra gli atteggiamenti con cui viene percepito il legame tra indisponibilità di gioco dovuta al lockdown e le caratteristiche di base dei pazienti. Nello specifico, sembra che chi tende a vedere nel lockdown una soluzione solo momentanea sia tra quei pazienti che hanno una più recente presa in carico al servizio e che al T_0 tendono ad avere più basse frequenze di gioco e minori quantità medie di denaro speso mensilmente per il gioco rispetto agli altri due gruppi. Questi inoltre sembrano associarsi (anche se è solo una tendenza) di più al criterio del DSM-5 che rileva una maggiore tendenza al gioco sulla base di una attivazione emotiva come l'ansia, la depressione, o il senso di colpa. D'altra parte, questo gruppo di pazienti è anche quello che, seguendo quanto ci si è posti nel terzo obiettivo, in modo significativo ha una maggiore paura di ricadere dopo il lockdown, un'intensità media di voglia di giocare più alta (anche se il livello è generalmente basso, ovvero inferiore al 4, come esposto nei risultati) e una percezione di maggiore stress durante il lockdown.

Un secondo gruppo, per certi versi opposto al precedente, sembra configurarsi nei pazienti che alla domanda sulla percezione che il lockdown possa incidere sul problema di gioco in generale scelgono l'opzione del secco «No». Questi pazienti sono quelli che sono in carico da più tempo, che hanno fatto quindi più strada nella loro lotta contro la dipendenza, che giocavano di più, sia nella frequenza settimanale di giocate che nella quantità di denaro speso, connotandosi quindi come quei pazienti con indicatori di gravità più alti al T_0 . Inoltre, una lettura più qualitativamente attenta al dato che vede in loro una maggiore possibilità di positività al criterio 6 del DSM-5 («Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno – perdite "inseguite"») e al criterio 9 («Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo») sembrerebbe indicare anche

una loro propensione (sempre relativa al passato) a fare debiti, dato che è coerente con gli indicatori di gravità precedenti. Questo gruppo sembra essere il gruppo dei giocatori più esperti, sia nel senso che forse hanno dovuto lottare di più, sia nel senso che in fondo in fondo esprimono l'idea che non basta l'indisponibilità di gioco per risolvere il problema, ma ci vuole ben altro. Questi pazienti sono anche quelli che meno di tutti hanno paura di ricadere dopo il lockdown, e hanno dichiarato un livello praticamente quasi assente di voglia di giocare. Probabilmente hanno raggiunto una maggiore motivazione intrinseca a stare astinenti dal gioco.

Un terzo gruppo, infine, è quello dei pazienti che dichiara che il lockdown possa essere una soluzione definitiva al problema del gioco. Questi sembrano essere più propensi degli altri due gruppi ad avere positivi i criteri 2 e 4, che sono entrambi relativi ad aspetti di gestione del craving, l'astinenza e i pensieri orientati costantemente al gioco. Potrebbe essere che il fatto di aver avuto a che fare più da vicino con le tematiche relative alla gestione del craving al tempo della prima presa in carico sia stato un precursore di una maggiore difesa psichica di fronte al nuovo evento stressante, tanto da sostenere (probabilmente in modo difensivo), tra le varie opzioni, che l'indisponibilità totale del gioco possa essere una soluzione definitiva al problema del gioco. Questa difesa psichica potrebbe essere correlata a una maggiore propensione al pensiero magico⁶ del giocatore che, come sostenuto dalla letteratura, risulta essere associato a maggiori livelli di craving (Daughters et al., 2005; Sinha, 2008). D'altra parte, questo specifico aspetto del T_0 spicca rispetto agli altri indicatori di gravità del gioco, come la frequenza e l'ammontare di denaro speso, che in questo gruppo hanno livelli medi. Rispetto alla paura di ricadere e all'intensità media di voglia di giocare durante il lockdown, i pazienti di questo gruppo sembrano essere quelli che hanno percepito livelli più vicini al gruppo dei cosiddetti «esperti», quelli che hanno risposto «No». Per quanto riguarda invece la percezione di stress durante il lockdown, questo gruppo sembra aver percepito minori livelli di stress di tutti, anche rispetto a quelli del gruppo del «No». Quest'ultimo dato potrebbe suggerire quindi la tendenza a percepire di meno le emozioni collegate allo stress, forse perché utilizzano maggiori strategie psichiche di negazione, coerentemente con quanto asserito prima sulla necessità di questo gruppo di utilizzare strategie mentali che garantiscano loro di percepire una maggior controllo sulla realtà esterna.

Da questi risultati sembrerebbe che il lockdown, e quindi l'indisponibilità di gioco, sia stato vissuto dai giocatori in trattamento, sia quelli che l'hanno concluso, sia quelli che l'hanno ancora in corso, come un'opportunità più che come un rischio. Ma questa percezione di opportunità sembra riguardare soprattutto il gruppo di pazienti che non solo hanno una presa in carico più recente, ma hanno una tendenza ad essere più emotivi e a utilizzare il gioco come regolatore emozionale. Questo gruppo, che ha deciso di cominciare il trattamento da meno tempo rispetto agli altri due, potrebbe

⁶ Con la formula «pensiero magico» si fa riferimento al processo psicologico che sostiene la difesa della negazione relativa alle reali difficoltà a cui far fronte. Questa difesa si può basare, ad esempio, sull'idea che sia sufficiente una soluzione rapida e semplice per far fronte a un problema complesso.

essere quello che non ha ancora rinforzato sufficientemente delle strategie di gestione emotiva e, quindi, di fronte al verificarsi di un evento potenzialmente stressante, manifesta maggiore perplessità e paura rispetto alle proprie possibilità di farcela, in particolare dopo l'apertura.

È importante sottolineare, inoltre, che questo gruppo di pazienti, che si dichiarano più vulnerabili pensando al futuro prossimo rispetto all'andamento del loro problema di dipendenza, non comprende i giocatori con indici di gravità oggettivi più alti al T_0 (frequenza di gioco e spesa media). Da questo dato si potrebbe ipotizzare che ad associarsi a una maggiore vulnerabilità allo stress di fronte a eventi potenzialmente stressanti non sia tanto la gravità iniziale in termini di quantità e frequenza delle condotte di gioco, ma più probabilmente le motivazioni più personali al gioco e che si riscontrano in determinati criteri del DSM-5, in particolare quelli riferiti al gioco come gestione emotiva. Potrebbe quindi essere che questi siano i giocatori che Jarre (2020) definisce come «condizionati dall'offerta», ovvero quei giocatori meno gravi, quelli che giocavano perché al bar del caffè c'era una slot accesa, trovando in essa una via accessibile al raggiungimento di un effetto anestetico momentaneo. Questa considerazione si arricchisce ancor di più se consideriamo l'associazione significativa tra la percezione che il lockdown sia di aiuto nel contenere il disagio collegato alla voglia di giocare (vissuto personale) e la positività al criterio del DSM-5 che si riferisce al craving (criterio 4 relativo all'intensità dei pensieri legati al giocare). Il lockdown sembra quindi essere stato di aiuto anche nel contenimento del disagio legato alla voglia di giocare, soprattutto per chi aveva a che fare con una maggiore attivazione di pensieri e preoccupazioni legati al gioco al T_0 .

Quest'ultimo dato sembra inoltre confermare che una caratteristica legata al ricordo del craving al tempo della prima richiesta di aiuto sia associata alla percezione che in qualche modo l'indisponibilità del gioco sia protettiva (in senso preventivo) all'insorgere del craving stesso, coerentemente con i bassi livelli di craving dichiarati dai pazienti, anche quando ci si riferisce ai pazienti che sono più in difficoltà (quelli del gruppo «Sì, ma solo per il momento»). Il modo con cui i pazienti in trattamento sono stati attivati dall'evento eccezionale che ha costretto tutti noi a modificare profondamente le nostre abitudini e che ci ha messo in una situazione di incertezza sociale generalizzata non riguarda tanto il vissuto di craving da gioco attuale, ma la paura di non avere le risorse emotive per affrontare questo cambiamento, ed eventualmente di dover fronteggiare ancora il craving nel momento in cui la disponibilità del gioco ritorna in essere. Questa paura sembra aver coinvolto maggiormente le persone che conservano un ricordo più traumatico del malessere legato al problema del gioco nel momento in cui hanno deciso di chiedere aiuto.

Queste considerazioni sembrano essere in linea con la letteratura che considera la dipendenza da gioco d'azzardo come l'esito di un reiterato tentativo di fronteggiamento dello stress che aumenta di probabilità di fronte a eventi stressanti (Wong e Lam, 2013), e che secondo altre concettualizzazioni coerenti con queste premesse si pone come una strategia di regolazione e di contenimento emotivo (Canale et al., 2013). Nell'ottica di queste teorie, il giocatore d'azzardo sarebbe fortemente vulnerabile all'impatto di fattori stressanti provenienti dall'ambiente di vita e tenderebbe ad

attivare il meccanismo del gioco non solo come ricerca di un rinforzo positivo legato alla vincita, ma anche come strumento di isolamento dall'ambiente fonte di stress, e di distrazione da vissuti emotivi difficili. In integrazione a queste evidenze scientifiche, il nostro studio sembra suggerire come, in assenza della possibilità di ricorrere effettivamente al gioco, i pazienti che mostrano una maggiore paura di ricadere in futuro siano quelli che hanno delle caratteristiche di base al T_0 che rimandano maggiormente alla vulnerabilità emotiva o alla difficoltà di gestione dei pensieri e delle preoccupazioni, piuttosto che quelli che avevano giocato più frequentemente in passato. Di fronte all'evento stressante, quindi, mostrano più vulnerabilità emotiva quelli che temono di ricadere più facilmente al momento dell'apertura.

Certamente questa considerazione potrebbe ottenere maggiori evidenze se si prevedesse una ulteriore rilevazione futura su quelli che sono stati in effetti i comportamenti di gioco dopo l'apertura.

Considerazioni conclusive e prospettive future

Quanto è stato descritto e discusso rimanda alla possibilità di orientare l'intervento anzitutto verso i pazienti che mostrano una maggiore vulnerabilità emotiva al momento della prima richiesta di aiuto e ai pazienti che hanno una presa in carico più recente (al massimo entro il primo anno).

Tuttavia, sorprendentemente e contrariamente alle attese, la sottrazione generalizzata del gioco durante il lockdown, che ha determinato di fatto l'impossibilità di giocare, ha portato soltanto benefici ai giocatori che erano in trattamento, non solo economici, ma anche nei termini di una migliore qualità di vita, permettendo loro di rivivere una condizione di benessere protratto, con una ripresa graduale e generalizzata di stili di vita più sani. Ha permesso di reinvestire nelle relazioni personali sia intrafamiliari che sociali. Inoltre, anche il sistema familiare e sociale di riferimento, essendo venuti a cessare i motivi di conflitto che ne alimentavano la schismogenesi, ha potuto rivivere e ritrovare una condizione di benessere ormai dimenticata. Questo ha generato la caduta della domanda di interventi specialistici anche da parte dei familiari.

Una seconda considerazione derivante da questi dati riguarda la tipologia di intervento, che sembra richiamare più l'attenzione sulle strategie di fronteggiamento dello stress dato da situazioni improvvise o potenzialmente stressanti, oltre che sul sostegno relativo alla gestione del craving, che però sembra essere più legato all'effettiva disponibilità di gioco. Cioè, mentre per la gestione del craving risulterebbero utilissime le misure di contenimento delle possibilità effettive di gioco, per la gestione degli elementi emotivi legati alle situazioni stressanti potrebbe essere più utile un intervento sulle strategie che rinforzino il senso di autoefficacia e che permettano di sviluppare una maggiore fiducia nelle proprie possibilità di far fronte all'attivazione del craving nel momento in cui la possibilità di gioco torni ad essere disponibile.

Il lockdown rilancia la questione di quanto sia importante avere la possibilità di sospendersi dal gioco pubblico durante il percorso di recupero; ciò permetterebbe di spostare il focus dal craving alla persona e alle sue relazioni.

Fino ad ora la possibilità di autosospendersi dal gioco è possibile solo per i giocatori online, attraverso l'iscrizione volontaria al RUA (Registro Unico di Autoesclusione), opzione però non ancora resa disponibile per i consumatori del gioco terrestre.

Infine e non da ultimo, quanto è stato descritto e discusso precedentemente rimanda alla possibilità di orientare l'intervento anzitutto verso i pazienti che mostrano una maggiore vulnerabilità emotiva al momento della prima richiesta di aiuto, e ai pazienti che hanno una presa in carico più recente. Il che rimanda all'importanza di condurre un assessment multidimensionale e accurato per tipizzare, ovvero differenziare il profilo personologico dei giocatori e del loro contesto familiare e relazionale.

Abstract

The article first of all offers a descriptive picture of the behaviors and experiences of patients being treated at the Public Addiction Department of Padua and Piove di Sacco for gambling addiction, relating to the lockdown period from March to May. Through a survey carried out using an online questionnaire, the study made it possible to obtain a descriptive framework that allows us to understand how a potentially stressful and sudden event may have affected their behavior, highlighting how for many the unavailability of the possibilities of play was a resource and an opportunity to better live different aspects of one's life, including family relationships. Further in-depth analysis of the data also made it possible to collect three types of attitudes and opinions relating to the relationship between lockdown and gambling to which characteristics relating to the severity of the initial game and the duration of the treatment are differently associated, as well as various qualitative aspects. Related to the DSM-5 (APA, 2013) criteria registered at the time of taking charge. The authors will discuss these differences by highlighting some aspects of the complex relationship between gambling addiction and the surrounding social environment. The results of the current research have a dual significance, on a clinical and prevention level, respectively, in terms of managing the disorder and identifying containment measures in the spread of pathological gambling disorder.

Keywords

Gambling – Lockdown – Stress – Attitudes – Craving.

Bibliografia

APA (2013), *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing. Trad. it., *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore. Traduzione italiana della Quinta edizione di Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Maria Inganni, Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini.

- Benedetti E., Cerrai S. e Molinaro S. (2020), *Gioco d'azzardo e lockdown: i risultati dello studio GAPS*, «Medicina delle Dipendenze», vol. 10, pp. 56-57.
- Best M., Williams J.M. e Coccaro E. F. (2002), *Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder*, «Proceedings of the National Academy of Science USA», vol. 99, pp. 8448-8453.
- Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. e Rubin G.J. (2020), *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence*, «The Lancet», vol. 395, pp. 912-920.
- Canale N., Verzeletti C., Cavallari G., Pastore M. e Santinello M. (2013), *Il gioco d'azzardo problematico: il ruolo dei fattori cognitivi e affettivi in un campione di studenti universitari*, «Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale», vol. 19, n. 3, pp. 289-308.
- Cohen S. (1988), *Perceived stress in a probability sample of the United States*. In S. Spacapan e S. Oskamp (a cura di), *The Claremont Symposium on Applied Social Psychology. The social psychology of health*, Newbury Park, CA, Sage, pp. 31-67.
- Columb D., Hussain R. e O'Gara C. (2020), *Addiction Psychiatry and COVID-19: Impact on patients and service provision*, «Irish Journal of Psychological Medicine», vol. 37, pp. 1-15.
- Croce M. (2007), *Il cambiamento dell'offerta d'azzardo in Italia e sue conseguenze*. In *Usura e gioco d'azzardo*, Atti del convegno, Torino 20 ottobre 2007, Consiglio Regionale del Piemonte – Osservatorio Regionale sul Fenomeno Usura, Documenti, pp. 45-61.
- Daughters S.B., Lejuez C.W., Strong D.R., Brown R.A., Breen R.B. e Lesieur H.R. (2005), *The relationship among negative affect, distress tolerance, and length of gambling abstinence attempt*, «Journal of Gambling Studies», vol. 21, n. 4, pp. 363-378.
- De Luca R. e De Luca B. (2020), *I dieci gruppi di terapia per ex giocatori d'azzardo, e loro famigliari di Campoformido: Come garantire la continuità terapeutica attraverso nuove forme di comunicazione*, «ALEA Buletin», vol. 1, pp. 9-10.
- Gainsbury S., Blaszczynski A., Swanton T. e Burgess M. (2021), *The impact of the COVID-19 shutdown on gambling in Australia*, «Journal of Addiction Medicine», vol. 15, n. 6, pp. 468-476.
- Galbiati C., Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Prever F. e Percudani M. (2020), *Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) nel tempo del Covid-19*, «ALEA Buletin», vol. 2, pp. 23-29.
- Goh C. e Agius M. (2010), *The stress-vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences?*, «Psychiatria Danubina», vol. 22, n. 2, pp. 198-202.
- Håkansson A. (2020), *Changes in gambling behavior during the COVID-19 pandemic: A web survey study in Sweden*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», vol. 17, n. 11, doi: 10.3390/ijerph17114013.
- Håkansson A., Fernández-Aranda F., Menchón J.M., Potenza M.N. e Jiménez-Murcia S. (2020), *Gambling during the COVID-19 crisis: A cause for concern?*, «Journal of Addiction Medicine», vol. 14, n. 4, pp. 10-12.
- Istituto Superiore di Sanità (2020), *Coronavirus: lockdown aumenta richieste aiuto ludopatici*, https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&id=4601 (consultato il 20 dicembre 2021).
- Jarre P. (2020), *Gli effetti del lockdown sui consumi dell'azzardo e sull'accesso ai servizi per DGA: «Smart Gambling» o tramonto dell'abbuffata?*, «Dal Fare al Dire», vol. 2.
- New A.S., Hazlett E.A., Buchsbaum M.S., Goodman M., Reynolds D., Mitropoulou V., Sprung L., Shaw R.B. Jr, Koenigsberg H., Platholi J., Silverman J. e Siever L.J. (2002), *Blunted prefrontal cortical 18fluorodeoxyglucose positron emission tomography response to meta-chlorophenylpiperazine in impulsive aggression*, «Archives of General Psychiatry», vol. 59, n. 7, pp. 621-629.

- Potenza M.N., Leung H-C, Blumberg H.P. et al. (2003), *An event-related fMRI Stroop study of pathological gamblers*, «Biological Psychiatry», vol. 53, 54s.
- Reynolds D.L., Garay J.R., Deamond S.L., Moran M.K., Gold W. e Styra R. (2008), *Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience*, «Epidemiology & Infection», vol. 136, n. 7, pp. 997-1007.
- Sinha R. (2008), *Chronic stress, drug use and vulnerability to addiction*, «Annual New York Academy of Sciences», n. 1141, pp. 105-130.
- Turner N.E. (2020), *COVID-19 and gambling in Ontario*, «Journal of Gambling Issues», vol. 44, Spring, doi: 10.4309/jgi.2020.44.1.
- Wong I.L.K. e Lam P.S. (2013), *Work stress and problem gambling among Chinese casino employees in Macau*, «Asian Journal of Gambling Issues and Public Health», vol. 3, doi: 10.1186/2195-3007-3-7.
- Wu P., Fang Y., Guan Z., Fan B., Kong J., Yao Z., Liu X., Fuller C.J., Susser E., Lu J. e Hoven C.W. (2009), *The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk*, «The Canadian Journal of Psychiatry», vol. 54, n. 5, pp. 302-311.

Formentin S., Brizzi A., Chinellato G., Ranieri R., Zecchinato G., Camporese A. e Cavallari G. (2021), *Il lockdown e la dipendenza da gioco d'azzardo. Un'indagine conoscitiva sui vissuti e sui comportamenti dei giocatori in trattamento*, «Lavoro Sociale», vol. 21, suppl. al n. 6, pp. 7-34, doi: 10.14605/LS96

APPENDICE

Questionario «Giocatori in lockdown» inviato con Google Moduli

Disclaimer e Privacy – Informativa ai sensi del Regolamento UE N. 2016/679

Di seguito alcune informazioni che è necessario portare alla Sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge ma per trasparenza e correttezza, affinché Lei possa rispondere con tranquillità al questionario.

Proseguendo nella compilazione autorizza al trattamento dei dati, secondo quanto di seguito descritto. I dati che ci vorrà fornire attraverso la compilazione sono soggetti al segreto professionale e saranno trattati e utilizzati in forma anonima.

Il Titolare del trattamento dati è il Dipartimento per le dipendenze di Padova ULSS6.

Presentazione

L'emergenza Covid-19 ci costringe a modificare molte delle nostre abitudini.

Dal 9 marzo sono entrate in vigore restrizioni alla vita personale, tra cui anche alla possibilità di gioco in denaro.

Questo studio mira a capire come sono cambiati i comportamenti delle persone che abbiamo conosciuto nel nostro Ambulatorio per il Trattamento del disturbo del Gioco d'Azzardo del Servizio Dipendenze di Padova. Le risposte al questionario non incideranno in alcun modo nel programma terapeutico da Lei intrapreso e/o terminato.

Inserire codice

Inserisca qui il codice personale che Le è stato inviato nel messaggio di invito alla compilazione del questionario.

Età

... Inserisca l'età in anni.

Domanda 1

Nel periodo tra il 9 marzo e il 18 maggio (periodo del lockdown) ha lavorato?

- Sì
- No

Domanda 2

Se sì, quanti giorni ha lavorato nel periodo tra il 9 marzo e il 18 maggio?

- Fino a una settimana
- Quindici giorni
- Solo un mese
- Tutti i giorni compresi nell'intervallo

Domanda 3

Ha contratto l'infezione da Coronavirus?

- Sì
- No

Domanda 4

In questo momento, quanto ritiene probabile da 0 a 100 il rischio di essere infettato dal Covid-19?

0 = Per nulla _____ 100 = Moltissimo

Domanda 5

Ripensando in generale al periodo di lockdown (marzo, aprile, inizio maggio), quanto Le è pesato doversi attenere alle restrizioni?

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto

Domanda 6

In questo periodo di lockdown (marzo, aprile e inizio maggio) ha avuto voglia di giocare d'azzardo?

- Sì
- No

Domanda 7

Se sì, pensa che questa voglia sia aumentata rispetto alla voglia che aveva di solito, prima delle restrizioni (ovvero prima di marzo)?

- Sì
- No

Domanda 8

Mi può dire, in media, il livello di intensità della Sua voglia di giocare che ha avuto durante questi due mesi?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

Domanda 9

Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, ha fatto giochi in cui si perdono/vincono soldi? (Gratta e vinci, Lotterie, Slot, VLT, Scommesse, ecc.)

- Sì, ho giocato online
- Sì, ho giocato presso (indichi quali tra i seguenti):
- bar,
- tabaccherie,
- sale gioco,
- sale scommesse
- No, non ho giocato

Domanda 10

Sempre relativamente a questo periodo di lockdown, se ha giocato online, tabacchi, sale gioco, sale scommesse, ecc., a cosa ha giocato? (Scelga tutte le risposte appropriate)

- Gratta e vinci
- Lotto
- Superenalotto
- 10 e lotto / Win for Life
- Totocalcio / Totogol
- Bingo
- Slot machines
- Videolottery
- Scommesse sportive (calcio, ippica, tennis, big race)
- Scommesse su altri eventi
- Poker texano (Texas hold'em)
- Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, ecc.)
- Altri giochi (roulette, dadi, ecc.)
- Scommesse virtuali

Domanda 11

Se ha giocato online, come sono cambiate le Sue abitudini dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19?

- Ho iniziato a giocare
- Ho aumentato le occasioni di gioco
- Ho diminuito le occasioni di gioco
- Ho smesso di giocare
- Non sono cambiate

Domanda 12

Se ha giocato online, dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, quanto spesso è uscito di casa per giocare a giochi dove si vincono/perdono soldi?

- Una o più volte al giorno
- Più di una volta a settimana ma non ogni giorno
- Una volta a settimana
- Da una a tre volte al mese

Domanda 13

Se ha giocato online, dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, quanto ha speso per giocare d'azzardo?

- 0 €
- 1-10 €
- 11-50 €
- 51-90 €
- 91-200 €
- 201-500 €
- 501-1.000 €
- Più di 1.000 €

Domanda 14

Sempre relativamente a questo periodo di lockdown, se ha giocato in bar, tabacchi, sale gioco, sale scommesse, ecc., a cosa ha giocato? (Scelga tutte le risposte appropriate)

- Gratta e vinci
- Lotto
- Superenalotto
- 10 e lotto / Win for Life
- Totocalcio / Totogol
- Bingo
- Slot machines
- Videolottery
- Scommesse sportive (calcio, ippica, tennis, big race)
- Scommesse su altri eventi
- Poker texano (Texas hold'em)
- Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, ecc.)
- Altri giochi (roulette, dadi, ecc.)
- Scommesse virtuali

Domanda 15

Se ha giocato in bar, tabacchi, sale gioco, sale scommesse ecc., come sono cambiate le Sue abitudini dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19?

- Ho iniziato a giocare
- Ho aumentato le occasioni di gioco
- Ho diminuito le occasioni di gioco
- Ho smesso di giocare
- Non sono cambiate

Domanda 16

Se ha giocato in bar, tabacchi, sale gioco, sale scommesse ecc., dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, quanto spesso è uscito di casa per giocare a giochi dove si vincono/perdono soldi?

- Una o più volte al giorno
- Più di una volta a settimana ma non ogni giorno
- Una volta a settimana
- Da una a tre volte al mese

Domanda 17

Se ha giocato in bar, tabacchi, sale gioco, sale scommesse, ecc., dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, quanto ha speso per giocare d'azzardo?

- 0 €
- 1-10 €
- 11-50 €
- 51-90 €
- 91-200 €
- 201-500 €
- 501-1.000 €
- Più di 1.000 €

Domanda 18

Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, ha consumato alcolici più del Suo uso abituale?

- Sì
- No
- Non bevo alcolici

Domanda 19

Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, ha consumato cannabis più del Suo uso abituale o altre droghe?

- Sì
- No
- Non fumo cannabis

Domanda 20

Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, ha fumato sigarette più del Suo uso abituale?

- Sì
- No
- Non fumo sigarette

Domanda 21

Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, ha consumato psicofarmaci più del Suo uso abituale?

- Sì
- No
- Non uso psicofarmaci

Domanda 22

Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria Covid-19, ha consumato cibo più del Suo consumo abituale?

- Sì
- No

Domanda 23

Quando avranno termine le restrizioni attuali, su una scala da 1 a 10 (dove 1 vuol dire per niente e 10 del tutto), quanto ritiene probabile che giocherà d'azzardo?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

Domanda 24

Eventualmente, quali giochi probabilmente cercherà?

Domanda 25

Secondo Lei, la minore disponibilità di gioco conseguente alla chiusura di locali, bar, sale scommesse ecc., Le è stata di aiuto nel contenere il disagio legato alla voglia di giocare?

- Sì
- No

Domanda 26

Secondo Lei, la minore disponibilità di gioco conseguente alla chiusura di locali, bar, sale scommesse ecc., Le è stata di aiuto per risolvere il Suo problema di dipendenza da gioco? (Scelga una delle opzioni elencate)

- Sì, in via definitiva
- Sì, ma solo per il momento
- No

Domanda 27

Nel Suo caso, riterrebbe utile avere la possibilità di sospendersi temporaneamente o di autoescludersi per sempre dal gioco ad esempio iscrivendosi al Registro Unico di Autoesclusione? (I giocatori che giocano o scommettono online già ora hanno la possibilità di farlo facilmente)

- Sì
- No

Domanda 28

Negli ultimi 12 mesi, Lei o un Suo familiare convivente avete usufruito di contributi economici pubblici (statali, comunali) per integrare il Vostro reddito familiare considerato troppo basso?

- No
- Sì, mi è capitato una volta
- Sì, spesso

Domanda 29

Durante questi mesi, in quali modalità ha utilizzato internet? (Metta tutte le risposte che ritiene appropriate)

- Siti di notizie
- Siti di informazioni sulla salute
- Siti di cultura
- Siti di giochi di intrattenimento (non a soldi)
- Siti di pornografia
- Siti di shopping
- Film (Netflix, Infinity, ecc.)
- Siti di hobbies
- WhatsApp
- Facebook
- Instagram
- Zoom, Skype, ecc., per collegamenti con altre persone

Domanda 30

Tra quelli che ha scelto nella domanda precedente, quali ha utilizzato più di frequente? Faccia una classifica di tre a partire da quello visitato più di frequente.

1. _____
2. _____
3. _____

Domanda 31

Faccia un elenco delle attività che più Le ha fatto piacere fare in questo periodo di lockdown.

1. _____
2. _____
3. _____

Domanda 32

Mi può dire la qualità del clima familiare che ha percepito durante il periodo di lockdown (dove 0 = Pessimo e 10 = Molto buono)?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

Domanda 33

Secondo la Sua percezione, il clima familiare è cambiato rispetto a prima del periodo di lockdown?

- Sì, è migliorato
- Sì, è peggiorato
- No, non è cambiato niente

Domanda 34

(Scala sullo stress) Adesso Le faremo alcune domande sulla percezione dello stress nell'ultimo mese, durante la fase di lockdown.

Scala dello stress

0 = Mai; 1 = Quasi mai; 2 = A volte; 3 = Abbastanza spesso; 4 = Molto spesso

	0	1	2	3	4
1. Negli ultimi due mesi, con che frequenza si è sentito fuori di sé poiché è avvenuto qualcosa di inaspettato?					
2. Negli ultimi due mesi, con che frequenza ha avuto la sensazione di non essere in grado di avere controllo sulle cose importanti della Sua vita?					
3. Negli ultimi due mesi, con che frequenza si è sentito nervoso o «stressato»?					
4. Negli ultimi due mesi, con che frequenza si è sentito fiducioso sulla Sua capacità di gestire i Suoi problemi personali?					
5. Negli ultimi due mesi, con che frequenza ha avuto la sensazione che le cose andassero come diceva Lei?					
6. Negli ultimi due mesi, con che frequenza ha avuto la sensazione di non riuscire a star dietro a tutte le cose che doveva fare?					
7. Negli ultimi due mesi, con che frequenza ha avvertito di essere in grado di controllare ciò che La irrita nella Sua vita?					
8. Negli ultimi due mesi, con che frequenza ha sentito di padroneggiare la situazione?					
9. Negli ultimi due mesi, con che frequenza è stato arrabbiato per cose che erano fuori dal Suo controllo?					
10. Negli ultimi due mesi, con che frequenza ha avuto la sensazione che le difficoltà si stavano accumulando a un punto tale per cui non poteva superarle?					

Grazie per la Sua collaborazione.