



RAPPORTI ISTISAN 18|5

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale

A cura di
R. Pacifici, M. Giuliani e L. La Sala



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Disturbo da gioco d'azzardo:
risultati di un progetto sperimentale**

A cura di
Roberta Pacifici (a), Massimo Giuliani (a) e Liliana La Sala (b)
(a) Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
18/5

Istituto Superiore di Sanità

Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale.

A cura di Roberta Pacifici, Massimo Giuliani e Liliana La Sala

2018, iii, 138 p. Rapporti ISTISAN 18/5

Questa monografia ha l'obiettivo di fornire aggiornamenti scientifici sul disturbo da gioco d'azzardo, utilizzando una selezione dei risultati, dei materiali e dei contributi originali prodotti all'interno del Progetto "Sistema di sorveglianza nazionale sul disturbo da gioco d'azzardo: progetto sperimentale". Il progetto è stato coordinato tra il 2015 e il 2016 dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità. La monografia presenta i risultati di alcune indagini originali volte a raccogliere le evidenze scientifiche sul tema e dati nazionali inerenti: la distribuzione delle strutture cliniche di trattamento; la percezione del fenomeno da parte della popolazione generale e dei pazienti; l'impianto legislativo sul gioco d'azzardo oggi vigente in Italia. Questa raccolta tematica riunisce anche alcuni contributi originali di professionisti italiani, basati sulle esperienze di diagnosi e trattamento di pazienti con disturbo da gioco d'azzardo.

Parole chiave: Disturbo da gioco d'azzardo; Centri clinici; *Focus group*; Legislazione

Istituto Superiore di Sanità

Gambling: data from an Italian Surveillance Project.

Edited by Roberta Pacifici, Massimo Giuliani e Liliana La Sala

2018, iii, 138 p. Rapporti ISTISAN 18/5 (in Italian)

This monograph aims to provide scientific updates on the topic "gambling disorder" using a selection of results, materials and original contributions produced within the Italian Project "National surveillance system on gambling disorder: experimental project" coordinated from 2015 to 2016 by the National Centre on Addiction and Doping of the Istituto Superiore di Sanità (the Italian National Institute of Health). The monograph presents the results from original surveys aimed to collect scientific evidences on the gambling and national data concerning: i) the distribution of public and private clinical facilities for treatment; ii) perceptions of the general population and patients about gambling; iii) legislation and regulatory framework currently available in Italy on gambling. This thematic collection also includes some original contributions from Italian experts, based on different methodologies for the management of patients affected by gambling.

Key words: Gambling; Clinical facilities; Focus group; Legislation

Il documento è stato realizzato nell'ambito delle attività del Progetto "Sistema di sorveglianza nazionale sul disturbo da gioco d'azzardo: progetto sperimentale" realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute CCM: per il Ministero della Salute si ringraziano il dott. Pietro Malara, referente scientifico del Progetto e il dott. Pietro Canuzzi della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Si ringraziano inoltre il dott. Paolo Antonio Falco, il dott. Paolo Jarre e il dott. Claudio Leonardi per il supporto scientifico alle azioni programmate e trasversali del Progetto e Antonella Bacosi, Simonetta Di Carlo, Maria Luisa Di Vincenzo, Laura Martucci e Gianluca Salvicchi per il prezioso lavoro di supporto tecnico fornito durante tutto il suo svolgimento.

Per informazioni su questo documento scrivere a: massimo.giuliani@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

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).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

INDICE

Presentazione	v
---------------------	---

PRIMA PARTE

Dimensione socio-sanitaria

1. Disturbo da gioco d'azzardo: revisione narrativa della letteratura <i>Adele Minutillo, Luisa Mastrobattista, Massimo Giuliani, Pietro Canuzzi, Renata Solimini</i>	3
2. Strutture cliniche per il trattamento del disturbo da gioco di azzardo <i>Adele Minutillo, Claudia Mortali, Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista</i>	35
3. Percezione del fenomeno “gioco d'azzardo” nella popolazione generale <i>Claudia Mortali, Adele Minutillo, Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista</i>	45
4. Il disturbo da gioco d'azzardo visto dal giocatore: indagine condotta tra gli utenti dei centri clinici <i>Luisa Mastrobattista, Claudia Mortali, Roberta Pacifici, Adele Minutillo</i>	57
5. Legislazione sul gioco d'azzardo in Italia <i>Paolo Beretta, Roberta Pacifici, Claudia Mortali</i>	64

SECONDA PARTE

Esperienze sul territorio e strategie di intervento

6. Ambulatorio per il gioco d'Azzardo problematico: l'esperienza del SERD di Castelfranco Veneto <i>Amelia Fiorin, Graziano Bellio</i>	77
7. Trattamento residenziale del giocatore d'azzardo patologico <i>Marina Fiorido, Marzia Lydia Spagnolo, Luciana Monte</i>	83
8. Pluto, una struttura residenziale breve per persone con disturbo da gioco d'azzardo <i>Marina Abrate, Matteo Iori, Umberto Caroni</i>	87
9. Trattamento per la dipendenza da gioco nel centro di riferimento regionale di Foligno <i>Lucia Coco, Sonia Biscontini</i>	92

10. Approccio psicodinamico nel trattamento di persone affette da disturbo da gioco d'azzardo <i>Annalisa Pascucci, Claudia Cervelli, Elena Cortese, Liliana Mattioli, Dina Pero, Adriano Purgato, Valentina Scarpino, Francesco Flavio Castracane, Claudio Leonardi</i>	99
11. IRS L'Aurora: una Comunità Terapeutica per Nuove Dipendenze <i>Alessia Guidi, Antonella Ciccarelli, Maria Daniela Colucci, Novella Pesaresi, Silvia Cavoli</i>	104
12. Opportunità di un trattamento residenziale: l'esperienza del Gruppo Incontro di Pistoia <i>Giuseppe Iraci Sareri, Paola Russo</i>	110
13. Approccio multifamiliare nel trattamento dei disturbi da Gioco d'azzardo: il programma Fuorigioco del Gruppo Logos Onlus di Salerno <i>Aniello Baselice, Gabriella Cavaliere, Stefania Pirazzo</i>	116
14. Gioco d'azzardo patologico: dall'équipe dedicata al servizio sperimentale dipartimentale <i>Margherita Taddeo, Lucia Ponzetta, Lidia Sileno, Antonella Evangelista, Mina Montagna, Angela Cafagna, Vincenza Ariano</i>	121
15. Intervento integrato multidimensionale di matrice sistemica contro il Gioco d'azzardo patologico <i>Alessandro Lipari, Silvana Scardina</i>	127
APPENDICE A Centri clinici.....	135

PRESENTAZIONE

Il presente rapporto riunisce i risultati, i materiali e i contributi originali prodotti nell'ambito del Progetto "Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da gioco d'azzardo: Progetto Sperimentale" finanziato dal Ministero della Salute Centro per il Controllo delle Malattie e condotto nel periodo marzo 2015 marzo 2016.

Obiettivo generale del Progetto è stato quello di sperimentare un sistema di sorveglianza nazionale volto a raccogliere conoscenze, risorse strutturali e competenze specialistiche da destinare alla prevenzione e al controllo del disturbo da gioco d'azzardo in Italia.

Il sistema si è anche rivelato utile per avviare la costituzione di un network tra i servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del privato sociale, che attualmente erogano interventi a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo.

Il network diverrà strumento utile per diffondere informazioni, conoscenze e condotte assistenziali aggiornate tra gli operatori, a favore degli utenti e dei loro familiari.

Il Progetto ha previsto delle azioni programmate e delle azioni trasversali di supporto.

Le azioni programmate sono state incentrate soprattutto su: a) un censimento dei servizi dell'SSN e delle strutture del privato sociale che prevedono attività di prevenzione, diagnosi e trattamento rivolte al disturbo da gioco d'azzardo; b) un'indagine tra i pazienti con disturbo da gioco d'azzardo in trattamento, condotta con la tecnica del *focus group*, in un campione selezionato di servizi/strutture.

Le azioni trasversali hanno invece previsto: 1) una rassegna narrativa della letteratura scientifica più recente sul disturbo da gioco d'azzardo; 2) un'indagine sulla percezione della popolazione generale del fenomeno "gioco d'azzardo"; 3) una sistematizzazione dell'insieme di norme e leggi dedicate alla regolamentazione del fenomeno gioco d'azzardo.

Il rapporto è stato strutturato in due sezioni distinte. Una prima, dedicata agli aspetti socio-sanitari del gioco d'azzardo, riunisce i risultati più rilevanti delle azioni programmate e di quelle trasversali del Progetto. Una seconda raccoglie i contributi originali forniti dai centri clinici (Appendice A) e gruppi d'intervento che hanno ospitato i *focus group* e riporta informazioni circa le caratteristiche di struttura, di processo e di esito, utili alla comprensione delle specificità che l'assistenza al paziente con disturbo da gioco d'azzardo oggi richiede.

Roberta Pacifici

Direttore Centro Nazionale Dipendenze e Doping

PRIMA PARTE
Dimensione socio-sanitaria

1. DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: REVISIONE NARRATIVA DELLA LETTERATURA

Adele Minutillo (a), Luisa Mastrobattista (a), Massimo Giuliani (a), Pietro Canuzzi (b),
Renata Solimini (a)

(a) Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ufficio VII del Ministero della Salute

1.1. Introduzione

Una delle azioni trasversali del Progetto “Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da gioco d’azzardo: Progetto Sperimentale” ha previsto una rassegna della produzione scientifica sul disturbo da gioco d’azzardo al fine di rilevare alcune tra le evidenze scientifiche oggi disponibili su questo tema.

Per la raccolta dei materiali documentali sono state consultate le seguenti basi dati di letteratura biomedica, clinica e accademica:

- a) *PubMed* della *National Library of Medicine*;
- b) *Cochrane Library* per la raccolta di revisioni sistematiche;
- c) *Google Scholar*.

La ricerca è stata mirata ad articoli scientifici e rapporti di ricerca pubblicati tra il 2012 e il 2015, con l’obiettivo di rilevare gli studi e le evidenze scientifiche più aggiornate sul tema. Alcuni articoli, monografie e documenti giudicati di particolare rilevanza sono stati inseriti nella raccolta anche se pubblicati in anni precedenti.

La ricerca bibliografica è stata affiancata anche da una ricerca sitografica allo scopo di identificare documenti e rapporti di ricerca disponibili online di agenzie o enti internazionali quali: *Canadian Centre on Substance Abuse*, *Victorian Responsible Gambling Foundation*, *Arizona Council on Compulsive Gambling*, *American Psychiatric Association*, del gruppo di ricerca *ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)*, o di realtà nazionali italiane.

La ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando le seguenti parole-chiave variamente combinate considerando le aree tematiche di seguito esposte:

- tipo di patologia: *gambling, problem gambling, pathological gambling*;
- diagnosi/efficacia del trattamento: *diagnosis, drug therapy, therapy, pathology, rehabilitation, prevention and control, treatment outcome/effectiveness*;
- servizi/efficienza/valutazione: *services, help services, health services, effectiveness, assessment, evaluation*.

I dati di evidenza scientifica su temi quali la *diagnosi*, le *comorbilità* e il *trattamento* del disturbo da gioco d’azzardo, sono stati rilevati anche a partire dalla selezione di meta-analisi specifiche e di revisioni sistematiche della letteratura. A queste, quando necessario per scarsità di dati omogenei, sono state aggiunte revisioni narrative e qualitative della letteratura e singoli studi. Inoltre per quanto riguarda il tema *valutazione dei servizi e dei programmi d’intervento*, sono state identificate anche risorse documentali e report disponibili da siti e agenzie internazionali.

In ragione dell’intervallo temporale prescelto per la revisione della letteratura, la maggior parte degli studi esaminati si riferiscono al disturbo da gioco d’azzardo definito come gioco d’azzardo patologico, secondo i criteri diagnostici rimasti validi fino alla fine del 2013; per tale ragione la

presentazione degli studi identificati dalla revisione utilizzerà più spesso la definizione *gioco d'azzardo patologico*.

1.2. Il gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo è definito nella enciclopedia online Treccani come:

“attività ludica in cui ricorre il fine di lucro e nella quale la vincita o la perdita è in prevalenza aleatoria, avendovi l'abilità un'importanza trascurabile” (1).

Storicamente il gioco tra gli adulti in varie forme ha permeato e caratterizzato ogni cultura. Tracce di attività o di strumenti di gioco si ritrovano nelle vestigia di quasi tutti i popoli antichi. Gli archeologi hanno rinvenuto dadi primitivi fatti di ossa di ovini (astragali) in caverne datate al 3.500 a.C. Dadi da gioco sono stati ritrovati in tombe egizie e giocatori di dadi si ritrovano ritratti su vasi greci di età ellenistica. Altre testimonianze di attività di gioco di azzardo ricreativo giungono da reperti risalenti al 3.000 a.C. anche in Giappone, Cina, e India. Lo stesso termine “azzardo” sembra risalire alla parola araba *az-zahr*, dal significato di *dado*, uno dei giochi d'azzardo storicamente più antichi (2).

In Grecia era molto diffuso il gioco dei dadi, mentre a Roma era proibito ed era consentito scommettere sulle corse di bighe e quadrighe e sui combattimenti dei gladiatori.

Nel Medioevo nacquero le baratterie, taverne dove venivano praticati il gioco d'azzardo e la prostituzione. Inizialmente clandestine, diventarono, per gli interessi economici dei Comuni, delle bische pubbliche e fu imposta una gabella sul gioco d'azzardo. Grazie a questa regolamentazione i *barattieri* accrebbero i loro guadagni e la loro influenza economica crebbe al punto che poterono organizzarsi in regolari Corporazioni con il loro Gonfalone, sotto la guida di un podestà della baratteria, a cui era affidato l'incarico di regolare i rapporti con il potere pubblico. Nel XV secolo la baratteria aveva assunto le proporzioni di uno scandalo pubblico per cui, nonostante i lauti introiti provenienti dalle gabelle sul gioco d'azzardo, le autorità comunali cominciarono a vietarne la pratica.

Nel Rinascimento si affermarono definitivamente i giochi di carte e fece la sua comparsa la prima *roulette*, inventata dal filosofo e matematico Blaise Pascal nel 1600, nell'ambito dei suoi studi sul moto perpetuo. Nel 1638 venne costruito il Casinò di Venezia, il casinò più antico ancora attivo ai giorni nostri.

Il gioco d'azzardo è considerato oggi una forma di divertimento socialmente accettabile (3), nei suoi aspetti sociali viene praticato con amici, per un tempo limitato e con perdite accettabili (4). Per la maggior parte degli individui è un'attività piacevole e innocua e anche nel gioco professionale i rischi sono limitati e la disciplina è fondamentale (4).

Tuttavia, per una minoranza di individui il gioco d'azzardo può diventare un'attività coinvolgente ma anche problematica con conseguenze negative anche gravi (5).

L'introduzione di lotterie nazionali, la proliferazione di *gaming machines*, l'espansione dei casinò e l'avvento dei nuovi media che consentono di giocare d'azzardo (Internet, smartphone, TV interattiva ecc.), hanno incrementato l'accessibilità e la popolarità del gioco d'azzardo a livello mondiale ed è aumentato, di conseguenza, il numero di persone che ricercano assistenza per problemi correlati al gioco d'azzardo, rendendo il disturbo da gioco d'azzardo un importante problema di salute pubblica (6).

Anche gli operatori sanitari sono stati incoraggiati a studiare l'epidemiologia di questo comportamento per acquisire informazioni sull'incidenza del problema e sull'efficacia delle politiche implementate per mitigare i danni del gioco d'azzardo (6).

1.2.1. Inquadramento nosografico

Il disturbo da gioco d'azzardo è definito, nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*), come un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi (4).

Questa entità clinica compare per la prima volta nel 1980 nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM III) dove viene nominato gioco d'azzardo patologico e classificato come un disturbo del controllo degli impulsi; i criteri di diagnosi erano tutti centrati sui danni causati dall'impossibilità di resistere all'impulso di giocare.

Studi successivi e la prima rivista monografica dedicata al gioco d'azzardo patologico pubblicata nel 1985, evidenziano come molte delle caratteristiche cliniche proprie del gioco d'azzardo patologico siano condivise con i disturbi da uso di sostanze; ciò suggerisce la modifica dei criteri diagnostici che portano, nella successiva edizione del DSM III-R, ad includere preoccupazione, tolleranza, astinenza e sforzi ripetuti per smettere o ridurre il gioco tra le caratteristiche necessarie ai fini della diagnosi.

Nell'evoluzione degli studi su questa dipendenza, il DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition-Text Revision*) fa proprie le indicazioni emerse da numerosi studi e introduce tra i 10 criteri diagnostici per la diagnosi, la presenza di problemi legali e l'uso del gioco come mezzo di regolazione dell'umore e di evasione dalla realtà (7). La presenza contemporanea in un individuo, durante i precedenti 12 mesi dall'osservazione, di almeno cinque di questi criteri ha consentito fino al 2013 di formulare una diagnosi confirmatoria di gioco d'azzardo patologico (Riquadro 1.1).

RIQUADRO 1.1. DSM IV: criteri di definizione di caso di gioco d'azzardo patologico

- A.** Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo, come indicato da 5 (o più) dei seguenti criteri:
1. È eccessivamente assorbito dal gioco (es. è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare)
 2. Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata
 3. Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
 4. È irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
 5. Gioca d'azzardo per sfuggire i problemi o per alleviare un umore disforico (es. sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione)
 6. Dopo aver perso al gioco spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite)
 7. Mente ai membri della propria famiglia, al terapeuta o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo
 8. Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo
 9. Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo
 10. Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.
- B.** Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale.

Nel 2013, il DSM-5 cambia la denominazione *gioco d'azzardo patologico* in *disturbo da gioco d'azzardo* e dalla categoria dei disturbi del controllo degli impulsi del DSM IV viene collocato in quella attuale dei disturbi correlati a sostanze e disturbi di *addiction* come dipendenza comportamentale. Inoltre, vengono identificate nove condizioni nel criterio A (anziché dieci) e diventa quattro il numero minimo di condizioni da soddisfare per porre diagnosi; permane il criterio temporale degli ultimi 12 mesi dall'osservazione e il numero di criteri soddisfatti consente di valutare il grado di severità del disturbo: la nuova classificazione consente di definire il disturbo come lieve quando sono soddisfatti quattro o cinque criteri; come moderato quando sono soddisfatti sei o sette criteri; come grave quando sono soddisfatte otto o nove condizioni (4). La preoccupazione dal gioco d'azzardo e la "rincorsa" delle perdite è spesso correlata ad un disturbo lieve mentre mettere in pericolo le relazioni, confidare sugli altri per ottenere denaro sono tipicamente condizioni che si manifestano tardivamente e molto spesso correlati ad un disturbo da gioco d'azzardo grave (4). Infine, la riformulazione dei criteri ha permesso anche di stabilire se il comportamento è episodico o persistente e se è in remissione precoce o protratta (Riquadro 1.2).

RIQUADRO 1.2. DSM-5: criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo

- A.** Comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:
1. Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata.
 2. È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
 3. Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
 4. È spesso preoccupato/a dal gioco d'azzardo (per es. ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo).
 5. Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per es. indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a).
 6. Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite).
 7. Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
 8. Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo
 9. Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo

B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale.

Specificare se:

Episodico: soddisfa i criteri diagnostici più di una volta, con sintomi di cedimento fra periodi di disturbo da gioco d'azzardo almeno per diversi mesi.

Persistente: fa esperienza di sintomi continui, tali da soddisfare i criteri diagnostici per molteplici anni.

Specificare se:

In remissione precoce: dopo che i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi.

In remissione protratta: dopo che i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più lungo.

Specificare la gravità attuale:

Lieve: soddisfatti 4-5 criteri. **Moderata:** soddisfatti 6-7 criteri. **Grave:** soddisfatti 8-9 criteri.

Ulteriore apporto del DSM-5 è stata la ratificazione formale della dipendenza comportamentale come entità clinica e neurobiologica. Prima del DSM-5, le evidenze scientifiche includevano solo alcune analogie tra disturbi associati al disturbo da gioco d'azzardo e disturbi da uso di sostanze, soprattutto per quanto concerneva i sintomi (es. tolleranza, *craving* e astinenza), l'ereditarietà e alcuni cambiamenti neurofunzionali (evidenziabili con i test neuropsicologici e con esami radiologici). Diverse evidenze indicavano soprattutto l'associazione del disturbo da gioco d'azzardo con diverse condizioni di comorbidità psichiatrica, come i disturbi da sostanze (alcol, ecc.), i disturbi d'ansia, dell'umore e quelli del controllo degli impulsi (8).

La maggior parte degli autori concorda comunque sul fatto che il disturbo da gioco d'azzardo, definito fino al 2013 come gioco d'azzardo patologico, sia un grave problema di salute pubblica, soprattutto alla luce delle conseguenze psicosociali che determina all'individuo coinvolto, ai suoi familiari, anche quale causa di gravi problemi finanziari e di disturbi di natura antisociale (4, 7, 8). Attualmente, il disturbo da gioco d'azzardo è considerato una malattia neuropsicobiologica, con conseguenze sanitarie e sociali gravi, che necessita di diagnosi, cura e riabilitazione (4).

1.2.2. La dimensione del fenomeno

Una revisione sistematica sugli studi empirici condotti in tutto il mondo, tra il 2000 e il 2015, sul gioco d'azzardo e sul gioco d'azzardo problematico pone in evidenza che in molti paesi non sono state ancora condotte indagini sul comportamento del gioco d'azzardo (6). Ciò nonostante, i 69 studi individuati hanno mostrato una diversa ampiezza delle dimensioni del fenomeno tra i continenti, anche se con misure di prevalenza spesso poco confrontabili per la variabilità degli strumenti d'indagine utilizzati (6).

Infatti, i risultati dimostrano che lo 0,1-5,8% degli individui soddisfa i criteri diagnostici per il gioco d'azzardo problematico nei cinque continenti durante l'anno prima dell'indagine, e lo 0,7-6,5% soddisfa i criteri per il gioco d'azzardo problematico durante la loro vita (nonostante differenze nei *cut-off* tra gli strumenti di valutazione). In particolare, nel Nord America i tassi di prevalenza dei giocatori d'azzardo negli ultimi 12 mesi erano compresi tra il 2% e il 5%, in Asia tra lo 0,5% e il 5,8%, in Oceania tra lo 0,4% e lo 0,7% e in Europa tra lo 0,1% e il 3,4% (6).

Negli Stati Uniti tra gli adulti la prevalenza del gioco d'azzardo patologico varierebbe tra lo 0,4% e l'1,1% e quella del gioco problematico tra il 3,5 e il 5% (9).

L'esame dei tassi di prevalenza europei del gioco d'azzardo negli ultimi anni ha mostrato che varia tra lo 0,12% e il 3,4%. Prevalenze minime si registrano in Norvegia (0,15%), in Germania e Regno Unito (0,3%) (6).

In Italia, secondo i risultati dello studio condotto dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Centro Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), sulla base dei dati raccolti attraverso l'*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs* (IPSAD 2013-2014), che valuta tra l'altro il rischio di gioco d'azzardo nella popolazione adulta tra i 15 e i 74 anni, circa 17 milioni di individui hanno giocato somme di denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista e di questi oltre 5,5 milioni sono giovani adulti tra i 15 e i 34 anni. I risultati mostrano che poco meno del 15% dei giocatori presenta un comportamento di gioco definibile *a basso rischio*, il 4% un comportamento *a rischio moderato* e l'1,6% un comportamento di gioco *problematico*. Sono gli uomini a mostrare una prevalenza maggiore di gioco a rischio moderato/problematico rispetto alle donne (6% vs 4%). La proporzione di giocatori con profilo di gioco problematico fa registrare un lieve incremento nell'ultima indagine rispetto alle precedenti. (10).

I risultati dello studio condotto tra i giovanissimi tra i 15 e i 19 anni dall'IFC-CNR, sulla base dei dati raccolti in Italia utilizzando i riferimenti metodologici dello *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD@Italia, 2015), mostrano come il comportamento di

gioco *a rischio* e quello *problematico* sia presente, rispettivamente, nell'11% e in circa l'8% degli intervistati (11).

Una interpretazione delle differenze nelle prevalenze tra i due generi e tra le diverse classi d'età è offerta da uno studio che sostiene che il disturbo da gioco d'azzardo compaia di solito nella tarda adolescenza negli uomini e tra i 20 e i 40 anni nelle donne. Queste differenze per età si riflettono su una maggiore comorbidità per patologie non psichiatriche per le donne, con una maggiore proporzione di pazienti con disturbi del sistema digestivo/metabolico, del sistema muscolo-scheletrico/dei tessuti connettivi e del sistema respiratorio e circolatorio. Le donne inoltre tendono ad avere un maggior numero di diagnosi secondarie rispetto agli uomini. Il 48% mostra almeno 5 diagnosi aggiuntive contro il 39% degli uomini (12).

1.2.3. Comorbidità psichiatriche nel paziente con disturbo da gioco d'azzardo

Fino al 2012, come già accennato, il gioco d'azzardo patologico apparteneva alla classe di disturbi da dipendenza e del controllo degli impulsi e rappresentava esso stesso una comorbidità comune nei soggetti in trattamento per abuso di sostanze. La mancanza di una classificazione chiara per le dipendenze comportamentali ha fatto sì che l'accesso ai servizi spesso sia avvenuto per una diagnosi secondaria e che buona parte dei primi studi di prevalenza delle comorbidità sono stati condotti tra utenti dei servizi per le dipendenze da sostanze stupefacenti. Solo negli ultimi anni sono stati condotti studi tra i pazienti in trattamento e nella popolazione generale.

È necessario sottolineare che gli studi sui giocatori in trattamento si sono rivelati poco utili per indagare la comorbidità psichiatrica, poiché ancora troppo spesso i giocatori d'azzardo patologici non ricercano un trattamento professionale; una indagine recente riporta che solo il 7-12% dei giocatori d'azzardo patologici ha cercato un trattamento (13). Inoltre, i giocatori d'azzardo patologici che ricercano un trattamento possono presentare caratteristiche differenti rispetto alla popolazione generale, tali da non permettere la generalizzazione dei risultati. Ad ogni modo le evidenze suggeriscono che i giocatori d'azzardo che ricercano un trattamento sono principalmente quelli che mostrano i sintomi di gioco più gravi (13) e presentano con maggiore probabilità condizioni di comorbidità. Sembra inoltre, che i giocatori che cercano un trattamento sono più propensi a farlo per i loro disturbi comorbili piuttosto che per i loro problemi di gioco (14).

Alla luce di queste considerazioni, gli studi sui campioni clinici non dovrebbero essere usati per delineare le caratteristiche del fenomeno gioco d'azzardo e della popolazione di giocatori patologici. Al contrario, le indagini sulla popolazione generale, che utilizzano metodi di campionamento casuale, sembrerebbero più appropriate per generalizzare le conclusioni alla popolazione di giocatori patologici (15). Di seguito vengono illustrati sinteticamente alcuni studi condotti sulla popolazione generale, su giocatori d'azzardo in trattamento e i molteplici studi svolti in passato su popolazioni psichiatriche.

1.2.3.1. Studi condotti sulla popolazione generale

Secondo i dati raccolti negli Stati Uniti dal *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), uno tra i più vasti studi di epidemiologia psichiatrica mai condotti, i giocatori patologici avevano un rischio 6 volte maggiore di ottenere una diagnosi per abuso di alcol nel corso della vita e di 4 volte e mezzo di soffrire di disturbi da uso di sostanze rispetto ai non giocatori. Le incidenze di depressione maggiore e di distimia erano entrambe 3 volte più elevate nei giocatori patologici rispetto ai non giocatori, mentre gli episodi maniacali erano fino a 8 volte più frequenti. Lo stesso rapporto ha indicato che anche il disturbo d'ansia

generalizzato, il disturbo di panico e fobie specifiche erano 3 volte più frequenti nei giocatori, come anche di 2 volte superiore era il rischio di fobia sociale (16).

Tassi simili di comorbidità sono stati ottenuti anche nella *National Comorbidity Survey Replication*, vasta indagine statunitense su larga scala, che per la prima volta ha consentito di rilevare come l'insorgenza del gioco patologico segua il disturbo in comorbidità in circa tre quarti dei casi (74,3%) e solo in un quarto lo preceda (23,5%): i disturbi d'ansia e dell'umore precedono l'insorgenza del gioco patologico mentre, più spesso, i disturbi da uso di sostanze seguono l'insorgenza dello stesso (12).

Una vasta revisione sistematica e meta-analisi degli studi sui disturbi in comorbidità condotti su campioni di giocatori con disturbo da gioco d'azzardo ha evidenziato elevati proporzioni di individui con disturbi psichiatrici, tra cui dipendenza da nicotina (60%), disturbi da abuso di alcol e sostanze stupefacenti (58%), disturbi dell'umore (38%) e disturbi d'ansia (37%). Lo stesso studio ha inoltre suggerito che tassi elevati di comorbidità psichiatrica distinguerebbero i giocatori patologici dai giocatori problematici (15).

Studi condotti in Germania hanno mostrato come tra i giocatori patologici non in trattamento, i disturbi d'ansia e da dipendenza o l'abuso di nicotina siano meno comuni che tra i giocatori in trattamento ospedaliero (12) mentre risultano più inclini ai disturbi di personalità (Tabella 1).

Tabella 1.1. Prevalenza *lifetime* di disturbi mentali in pazienti con disturbo da gioco d'azzardo reclutati nella popolazione generale e in campioni clinici.

Disturbi in comorbidità	Giocatori patologici in	
	popolazione generale (n. 15.023)	campioni clinici (n. 101)
Disturbi dell'umore	63,1%	61,4%
Disturbi d'ansia	37,1%	57,4%
Disturbi di personalità	35,2%	27,7%
Disturbi fumo-correlati	78,2%	86,1%
Disturbi alcol-correlati	54,9% (abuso e dipendenza)	23,8% (abuso) 31,7% (dipendenza)
Disturbi da sostanze (escluso alcol e tabacco)	44,3% (solo dipendenza)	60,4% (abuso e dipendenza)

Gli studi suggeriscono inoltre che la presenza di disturbi in comorbidità nei giocatori problematici in trattamento, si associa ad una crescente gravità del comportamento di gioco, delle sue conseguenze, dei sintomi psichiatrici, dell'impulsività e delle altre difficoltà psicosociali (17-21).

La rilevazione dei disturbi psichiatrici concomitanti ha dunque importanti implicazioni per l'inquadramento clinico del singolo caso, la scelta e la pianificazione del trattamento, la definizione degli obiettivi e le valutazioni prognostiche. La comorbidità psichiatrica influenzerebbe anche l'aderenza al trattamento, il successo terapeutico, le probabilità di recidiva e il numero dei cicli terapeutici (19).

Benché queste siano scoperte inequivocabili, c'è evidenza che i giocatori problematici con sintomi di comorbidità psichiatrica hanno scarsi risultati di successo nel trattamento e tassi più alti di *drop-out* per gli interventi psicologici rispetto ai giocatori senza disturbi in co-morbidità.

1.2.3.2. Studi condotti in pazienti in trattamento per gioco d'azzardo patologico

Nei giocatori d'azzardo patologici che ricevono un trattamento, sono le comorbidità più frequenti sono i disturbi mentali e comportamentali (22). Le diagnosi secondarie riguardano

perlopiù ulteriori disturbi mentali (81%). Sono comuni inoltre diagnosi specifiche per abuso di alcol, di sostanze illecite o di farmaci (11%) (12).

Lo studio di Dowling *et al.* del 2015 è la prima revisione sistematica e meta-analisi che ricerca le stime di prevalenza dei disturbi psichiatrici in comorbilità in giocatori problematici e patologici in trattamento (8). I risultati provenienti da 36 studi selezionati indicano che circa tre quarti dei giocatori problematici in trattamento manifestavano anche disturbi dell'Asse I (74,8%) o avevano un'anamnesi remota positiva per questi (75,5%) evidenziando la correlazione tra il gioco d'azzardo patologico e i disturbi affettivi.

La dimensione dei campioni, degli studi inseriti nella meta-analisi, variava tra i 14 e i 592 soggetti con una età tra i 33 e i 65 anni e una proporzione di maschi tra il 42% e il 100%. La maggior parte dei campioni era costituita da giocatori patologici (77,8%) valutati perlopiù con criteri diagnostici standardizzati (69,4%) e nella quasi totalità in trattamento presso i servizi per la dipendenza da gioco d'azzardo (88,9%). I disturbi in comorbilità più comuni, in ordine decrescente di prevalenza, erano: dipendenza da nicotina (56,4%), disturbo depressivo maggiore (29,9%), abuso e dipendenza da alcol (rispettivamente 18,2% e 15,2%), fobia sociale (14,9%), disturbo d'ansia generalizzato (14,4%), disturbo di panico (13,7%), disturbo post-traumatico da stress (12,3%), disturbo da uso di cannabis (11,5%), disturbo da deficit di attenzione/iperattività (9,3%), disturbo d'adattamento (9,2%), disturbo bipolare (8,8%) e il disturbo ossessivo-compulsivo (8,2%); i disturbi più comuni nel corso della vita erano risultati invece il disturbo depressivo maggiore (54,3%) e i disturbi da uso di alcol e sostanze (47%).

Questa rassegna ha rilevato stime più basse per i disturbi da uso di alcol nei giocatori patologici rispetto ai giocatori problematici e prevalenze più elevate negli Stati Uniti rispetto all'Unione Europea (8).

Ulteriori informazioni interessanti provengono da una ricerca condotta negli Stati Uniti che utilizza l'*Addiction Severity Index* e il *South Oaks Gambling Screen* su tre gruppi di partecipanti: assenza di ideazione suicidaria (*no suicidal ideation*; n. 175, 51%), presenza della sola ideazione suicidaria (*suicidal ideation alone*; N = 109, 32%) e tentativi di suicidio (*suicide attempters*; n. 58, 17%); lo studio ha evidenziato che il 32% dei giocatori in trattamento sviluppa ideazione suicidaria e il 17% tenta realmente il suicidio (23).

I disturbi d'ansia, e in particolare gli attacchi di panico, sono per lo più presenti anche prima di sviluppare problemi di gioco patologico e costituiscono essi stessi un fattore di rischio di sviluppo della patologia (12).

Uno studio francese ha rilevato che il 6,5% dei giocatori patologici e il 12% dei giocatori problematici era in trattamento nei centri per dipendenza da alcol e che circa l'80% era tabagista (24).

Alla luce delle evidenze che i giocatori in trattamento riportano tassi più elevati di comorbilità psichiatrica, la letteratura raccomanda, specialmente negli individui in trattamento per problemi di gioco, *screening* sistematici dei disturbi psichiatrici concomitanti, allo scopo di ottimizzare gli approcci terapeutici verso tali disturbi (8).

1.2.3.3. Studi di prevalenza in popolazioni psichiatriche

Una rassegna sistematica australiana (25) ha riportato dati sulla prevalenza dei disturbi da gioco d'azzardo in soggetti in trattamento per uso di sostanze e un'analisi dei dati provenienti dall'indagine epidemiologica nazionale statunitense su alcol e condizioni correlate. Sono stati identificati 26 studi eleggibili, svolti per lo più in territorio statunitense, in contesti che includevano strutture di ricovero o residenziali per la terapia di mantenimento con metadone, e strutture per il trattamento ambulatoriale dell'abuso d'alcol e sostanze illecite. I risultati di 25 studi, per un totale di 11.470 pazienti, hanno rilevato che circa il 14% di questi erano affetti da gioco d'azzardo patologico in comorbilità. Inoltre, altri 18 studi per un totale di 8.089 pazienti hanno riportato che circa il 23% di questi era affetto da vari disturbi associati al comportamento

di gioco problematico. La stessa rassegna riporta i risultati computati da un'analisi di dati raccolti su 272 soggetti che riferivano di essere stati in trattamento per problemi di uso di sostanze durante l'anno precedente. Sono stati indagati anche i legami tra sintomi di gioco patologico e vari esiti tra cui salute fisica e mentale, uso di sostanze e difficoltà psicologiche. I risultati non hanno però evidenziato le associazioni attese tra gioco patologico e l'uso di sostanze né correlazione con l'utilizzo dei servizi socio-sanitari, tantomeno hanno spiegato lo stato complessivo di salute mentale e fisica; piuttosto hanno suggerito specifiche associazioni con alcuni disturbi di Asse I, e di Asse II nel corso della vita, connesse a difficoltà finanziarie e interpersonali. Alcuni sintomi di gioco patologico sono stati associati prospetticamente a diagnosi successive di depressione maggiore. Nel complesso, questi risultati hanno indicato che il gioco d'azzardo patologico era frequentemente diffuso in comorbilità tra i pazienti in trattamento per uso di sostanze e che poteva essere considerato esso stesso un indicatore di rischio per altri disturbi psichiatrici nel corso della vita. Anche per queste ragioni gli stessi risultati suggerivano che i programmi per il trattamento dell'uso di sostanze potevano beneficiare di strategie volte a identificare e gestire nei pazienti, anche concomitanti problemi associati al gioco d'azzardo.

Uno studio statunitense, (26) condotto su pazienti in trattamento con metadone ha rilevato tassi di prevalenza del 17,7% per gioco patologico e dell'11,3% comportamento di gioco problematico. Tra i pazienti cocainomani o eroinomani in trattamento, quelli con concomitante gioco d'azzardo patologico mostravano, rispetto ai non giocatori, tassi più elevati di fallimento terapeutico con ricadute all'uso di cocaina o eroina, sia durante la terapia che dopo il suo completamento.

Un altro studio su pazienti con disturbi da dipendenza ha mostrato la più alta prevalenza annuale di giocatori patologici del 24% per chi abusa di cannabis, seguita dal 11,5% per chi abusa di cocaina. L'abuso di alcol e oppiacei era meno importante e rispettivamente il 4,0% e il 4,8% (27).

Altri studi riportano alti tassi di comorbilità con i disturbi della personalità (28), con prevalenze quasi equivalenti a quelle riscontrate nei pazienti psichiatrici in generale (29).

Nei giocatori patologici che non sono sottoposti a trattamento, i disturbi borderline di personalità sono stati osservati particolarmente spesso (28). Anche i giocatori d'azzardo in trattamento hanno alti tassi di disturbi borderline di personalità e disturbi di personalità istrionici e narcisistici (29).

Altri disturbi in comorbilità comprendono disturbi da deficit dell'attenzione, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività e i disturbi ipercinetici. In anni recenti, si riscontrano evidenze circa il fatto che alcuni trattamenti con gli agonisti della dopamina nei pazienti con morbo di Parkinson possano aumentare il rischio di disturbo da gioco d'azzardo e del controllo degli impulsi (30).

1.2.4. Modelli interpretativi

Numerose ricerche scientifiche hanno cercato di individuare le dinamiche neurobiologiche, psicologiche e demografiche che possono condurre l'individuo a sviluppare e mantenere una dipendenza da gioco; di volta in volta, è stato posto l'accento sulle caratteristiche fisiologiche dell'individuo, sui tratti caratteriali e/o temperamentali, sull'influenza dell'ambiente e di altre determinanti. L'approccio neurobiologico, per esempio, tenta di illustrare le alterazioni neurali che sarebbero alla base delle dipendenze mentre l'approccio neurocognitivo cerca di spiegare il funzionamento del cervello indirettamente attraverso la prestazione a test che misurano le funzioni cognitive. I modelli integrati forniscono chiavi di lettura sull'interazione individuo/ambiente per interpretare il disturbo da gioco d'azzardo. Di seguito si propone una sintesi dei principali contributi, come cornice di riferimento per i modelli interpretativi del disturbo da gioco d'azzardo.

1.2.4.1. Neurobiologia del disturbo da gioco d'azzardo

Da un punto di vista strettamente neuro-fisio-patologico, le alterazioni comportamentali che si osservano nella dipendenza sono interpretabili sulla base del modello della *brain-reward* (ricompensa cerebrale); le droghe e/o le condotte d'abuso producono effetti gratificanti e ritenuti fortemente euforizzanti dal soggetto dipendente, e *reinforcing*, ovvero ripetitivi in quanto rinforzanti una serie di comportamenti associati (31-33).

Da un punto di vista neuro-anatomico, il sistema dopaminergico mesolimbico-corticale, posto tra l'area ventrale segmentale (*Ventral Tegmental Area*, VTA), l'*insula*, il *nucleus accumbens* (NAc) e le principali aree della corteccia frontale, rappresentano il percorso neuronale che attiva le fasi iniziali del processo di apprendimento e di stabilizzazione dei comportamenti di *addiction*. Inoltre, è stato ampiamente dimostrato come gli stessi circuiti neuronali, sovrintesi dall'attivazione del sistema dopaminergico mesolimbico-corticale, sono egualmente impegnati in tutte le patologie comportamentali d'abuso come i disturbi della sfera alimentare, il gioco d'azzardo patologico, la *sex-addiction*, le reazioni comportamentali legate all'attaccamento materno e i deficit motivazionali della depressione (34).

I sistemi neurotrasmettitoriali implicati nel gioco d'azzardo patologico sono il sistema degli endocannabinoidi, degli oppioidi endogeni e dell'acido GammaAminobutirrico (GABA) che risultano essere particolarmente importanti nella risposta allo stress e nella regolazione dell'ansia, della depressione, dell'euforia e della aggressività (35).

Questo gruppo di sistemi regola anche l'effetto determinato dalla ricompensa immediata e l'effetto della memoria delle vincite ottenute nel breve periodo. Il loro coinvolgimento è quindi fondamentale nella regolazione delle risposte gratificanti indotte dal gioco d'azzardo e sono la manifestazione del fenomeno della gratificazione dopaminergica e della tensione emotiva determinati dalla contemporanea attivazione del sistema noradrenergico.

Negli individui affetti da disturbo da gioco d'azzardo si manifesta una anomala sensibilità alla ricompensa determinata dalla vincita o, parimenti, dalla perdita di denaro, come da una anomala combinazione delle due precedenti condizioni. In questi soggetti, infatti, non è infrequente determinare una anomala concentrazione intracerebrale dei livelli di dopamina e serotonina. Inoltre, vi è in loro una mancata attivazione della corteccia prefrontale ventro-laterale destra, sia in condizioni di guadagno monetario, sia di perdita. Questo comporta un deficit del controllo comportamentale e la continuazione nell'azione del gioco indipendentemente dall'andamento dello stesso (33).

Inoltre tutto ciò ci permette di comprendere anche perché nel DSM-5, il gioco d'azzardo patologico è classificato non più come un disturbo del controllo degli impulsi ma come un vero e proprio disturbo da dipendenza, parimenti alle dipendenze da alcol e droghe. Le persone affette da gioco d'azzardo patologico, infatti, presentano comportamenti e atteggiamenti tipici. Sono molto catturati da pensieri riguardanti il gioco d'azzardo, ripensano spesso all'esperienza di gioco e di scommesse passate indipendentemente dall'esito delle stesse, programmano ineluttabilmente nuove partite e cercano in tutti i modi di trovare il modo di procurarsi denaro per andare a giocare, hanno bisogno di aumentare sempre più la posta delle loro giocate per eccitarsi e coinvolgersi emotivamente, cercano inutilmente e prendendosi in giro di controllare l'attitudine al gioco d'azzardo, incrementando il loro stato di irritabilità e di tensione, dissimulano regolarmente alla propria famiglia, al sanitario di turno e a tutti gli altri il loro livello di coinvolgimento nel gioco d'azzardo compromettendo le loro relazioni, il loro lavoro, le loro performances scolastiche o le loro opportunità di carriera. La mancanza di tutto questo scatena in loro una vera e propria sindrome di astinenza fisica e psicologica rappresentata da insonnia, tachicardia, sudorazione, facile irritabilità determinati da una iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, ovvero della via che produce il cortisolo che regola la nostra resistenza agli stimoli stressanti, che

determina l'iper-rilascio di catecolamine con conseguente iperattività del sistema nervoso ortosimpatico (36).

Uno studio recente ha mostrato che la dopamina nel corpo striato viene rilasciata durante il gioco indipendentemente dai suoi risultati, suggerendo che la mera aspettativa/predizione di ricompensa sia sufficiente ad indurre cambiamenti dopaminergici (37). Uno studio condotto con l'ausilio della risonanza magnetica funzionale (*functional Magnetic Resonance Imaging*, fMRI) ha mostrato come nei giocatori patologici la quasi vincita (*near miss*) alle *slot machine* produce una attivazione dell'*insula* pressoché identica a quella provocata dalla vincita (32). Altri studi neurobiologici hanno invece dimostrato come sia possibile distinguere i giocatori patologici dai giocatori occasionali in termini di diversa attivazione cerebrale (38), volume di materia grigia o di determinate strutture cerebrali (39), o d'incidenza di pregressi danni cerebrali e di anomalie alla valutazione elettroencefalografica (40).

1.2.4.2. Modello neurocognitivo

Nel disturbo da gioco d'azzardo sembrerebbe compromesso il funzionamento esecutivo, che si esprimerebbe attraverso la difficoltà di inibizione della risposta, di pianificazione, di flessibilità e prendere decisioni (41, 42).

Uno studio ha messo in luce che le persone affette da gioco d'azzardo patologico hanno una minor flessibilità mentale (in particolare nella riformulazione e nell'uso di nuove strategie cognitive) e una minore capacità di formazione di concetti (es. alessitimia) e, in ultima analisi, un ridotto grado di apprendimento su come operare scelte vantaggiose (43).

Studi basati su valutazioni neuropsicologiche di giocatori patologici hanno inoltre suggerito deficit, rispetto ai non patologici, nella velocità di risposta e nella plasticità cognitiva (44), nella pianificazione dei compiti e capacità decisionali (45), nella capacità di stima del tempo e nei test esecutivi (46) e nel determinare scelte alternative nel risolvere problemi o nell'imparare dagli errori (47). La flessibilità cognitiva è stata indagata con l'uso del *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST), risultando significativamente compromessa (47), così come la capacità di prendere decisioni risulterebbe fortemente deficitaria: i soggetti con disturbo da gioco d'azzardo sono risultati più inclini a preferire scelte rischiose a causa della compromissione della corteccia ventromediale prefrontale (48, 49).

Rimane ancora poco chiaro se le distorsioni cognitive collegate al gioco patologico (es. i giudizi di probabilità errati) mediano negativamente la capacità decisionale esacerbando l'assunzione del rischio, come evidenziato dai test neuropsicologici. In altre parole, il dubbio che rimane è se il danno neuropsicologico relativo al *prendere decisioni* predisponga al disturbo da gioco d'azzardo oppure ne sia la conseguenza (50).

1.2.4.3. Modello biopsicosociale di Sharpe

Il modello biopsicosociale elaborato da Sharpe (51) tiene conto della complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e ambientali.

Il modello prende le mosse da una prospettiva di diatesi dello stress, suggerendo che verosimilmente alcune circostanze di vita possano intervenire e innescare in alcune persone la perdita del controllo e la natura delle circostanze di vita rilevanti può variare a seconda del tipo di gioco. In momenti di stress, la persona usa il gioco d'azzardo come una via di fuga e gli alti livelli di eccitazione (stress) possono essere reinterpretati durante la pratica del gioco d'azzardo (es. eccitazione). L'interpretazione più positiva dell'eccitazione nella situazione del gioco d'azzardo si rinforza attraverso un paradigma di rinforzo negativo (51) (Figura 1.1).

Una volta che il giocatore associa al gioco d'azzardo funzioni specifiche, il comportamento si rafforza e gli schemi, che sono già sviluppati, diventano più radicati.

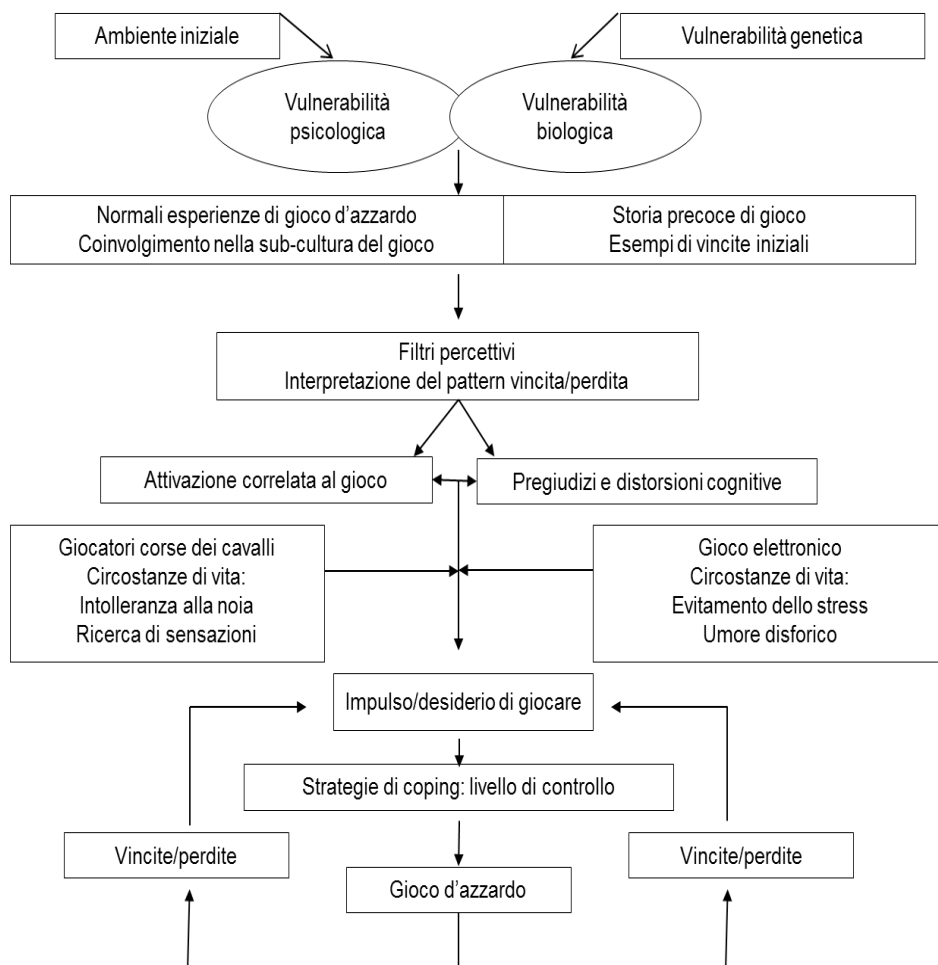


Figura 1.1. Modello biopsicosociale del gioco d'azzardo patologico

Gli stati interni (come la noia o lo stress) o i trigger esterni (come i segnali di gioco) agiscono per suscitare schemi di eccitazione associati al gioco d'azzardo. Una volta attivate le cognizioni relative al gioco d'azzardo, queste formano uno stato fisiologico associato al comportamento del gioco d'azzardo (impulsi). Il fatto che gli individui agiscono su questi impulsi dipende in gran parte dalle loro strategie di *coping* disponibili.

Le strategie di *coping* inadeguate possono far parte di una vulnerabilità (es. impulsività), possono essere il risultato di non apprendere le abilità della vita (es. rilassamento, *problem solving*) o possono essere mediate esternamente (es. alcol dipendente, dipendente dall'umore). Quelli con strategie di *coping* povere non riescono a resistere alla tentazione e sono suscettibili di impegnarsi in comportamenti di gioco.

Vincere o perdere, i pensieri e i modelli di eccitazione associati al gioco d'azzardo probabilmente permetteranno il proseguimento del gioco d'azzardo. Una volta che i modelli descritti sopra sono stati avviati, i giocatori continueranno a giocare, vincere o perdere. Questo è probabile che sia mediato dalle convinzioni sulla probabilità di vincere, i livelli di eccitazione (negativi e positivi) e le strategie di *coping* disponibili della persona. Quindi, quelli con alti livelli di eccitazione, forti aspettative positive legate al gioco d'azzardo e scarse strategie di *coping* sono quelli che probabilmente continueranno a giocare in una sessione.

Le conseguenze che si verificano a seguito del gioco d'azzardo (es. aumentando i debiti, mentendo al partner, rimanendo coinvolti in comportamenti criminali) sono anche suscettibili di contribuire al problema del gioco d'azzardo.

I problemi legati al gioco d'azzardo disturbano ulteriormente l'umore e lasciano ai giocatori d'azzardo livelli più elevati di *arousal* autonomo, da cui scommettono per evadere. I problemi legati al gioco d'azzardo possono rendere l'importanza ponderata della vincita sembrare così enorme che perdere ulteriormente sembra irrilevante, contribuendo ai pregiudizi cognitivi che perpetuano il gioco d'azzardo. Inoltre, la gestione di stress aggiuntivi potrebbe indebolire ulteriormente le strategie di *coping* disponibili, creando un circolo vizioso. Una volta che questi schemi si sono sufficientemente radicati, possono essere difficili da rompere e diventare auto-perpetuanti, portando alla presentazione di un gioco d'azzardo patologico caratterizzato da uno stile di vita caotico, in cui il gioco d'azzardo diventa la caratteristica centrale a spese di altre attività della vita.

1.2.4.4. Modello sindromico di Shaffer

Il Modello sindromico della dipendenza elaborato da Shaffer *et al.* (52) suggerisce che l'evidenza di antecedenti, manifestazioni e conseguenti biopsicosociali multipli e interagenti, all'interno e tra i modelli di eccessi comportamentali e correlati alla sostanza, rifletta una sindrome da dipendenza di base (Figura 2).

In particolare, gli autori suggeriscono che la dipendenza debba essere intesa come una sindrome con molteplici espressioni opportunistiche (es. disturbi dell'uso di sostanze e gioco d'azzardo patologico).

Gli antecedenti della sindrome da dipendenza includono singoli livelli di vulnerabilità, l'esposizione dell'oggetto e l'interazione con l'oggetto. Più specificamente, durante il corso dello sviluppo, le persone incontrano e accumulano specifiche combinazioni di elementi neurobiologici e psicosociali che possono influenzare il loro comportamento. Alcuni elementi aumentano la probabilità di dipendenza, mentre altri fattori sono protettivi e riducono la possibilità di dipendenza (es. reti di sostegno sociale). Analogamente, durante la loro vita, gli individui sono esposti e hanno accesso a diversi oggetti di dipendenza. L'esposizione e l'accesso a uno di questi aumentano la probabilità di un individuo di interagire con l'oggetto stesso. Questa interazione può esporre l'individuo al rischio di conseguenze neurobiologiche che sono comuni a tutti gli oggetti della dipendenza (es. attivazione di circuiti di ricompensa) e specifici a oggetti specifici di dipendenza (es. psicoattività).

Quando gli individui si impegnano in interazioni ripetute con un oggetto specifico o oggetti di dipendenza, e le conseguenze neurobiologiche o sociali di queste interazioni producono un cambiamento soggettivo desiderabile (cioè ricercato) che è affidabile e robusto, lì emerge la fase premorbose della sindrome da dipendenza.

Questo ricercato cambiamento nello stato soggettivo è necessario per lo sviluppo della sindrome da dipendenza. Durante questa fase della sindrome, le persone barcollano su un delicato equilibrio che può spostarle verso comportamenti più o meno salutari.

Sebbene gli antecedenti distali della dipendenza (Figura 1.2) siano ben documentati, gli antecedenti prossimali che influenzano l'ulteriore sviluppo della sindrome rimangono scarsamente identificati sebbene questi siano probabilmente fattori biopsicosociali simili a quelli associati alle influenze distali. La sindrome da dipendenza può manifestarsi in molti modi diversi; le sue caratteristiche premorbose e alcune conseguenze dipendono dall'oggetto con cui le persone interagiscono. Per esempio, se si interagisce con le sigarette (es. fumando ripetutamente), o se si interagisce con una *slot machine* (es. giocando d'azzardo ripetutamente) potrebbe emergere la sindrome da dipendenza; la sua manifestazione e le sue conseguenze avranno alcune caratteristiche che riflettono in modo univoco ciascuno di questi oggetti. Inoltre, le espressioni assortite della sindrome da dipendenza (es. disturbi da uso di sostanze e gioco d'azzardo patologico) condivideranno manifestazioni e complicazioni comuni (es. depressione).

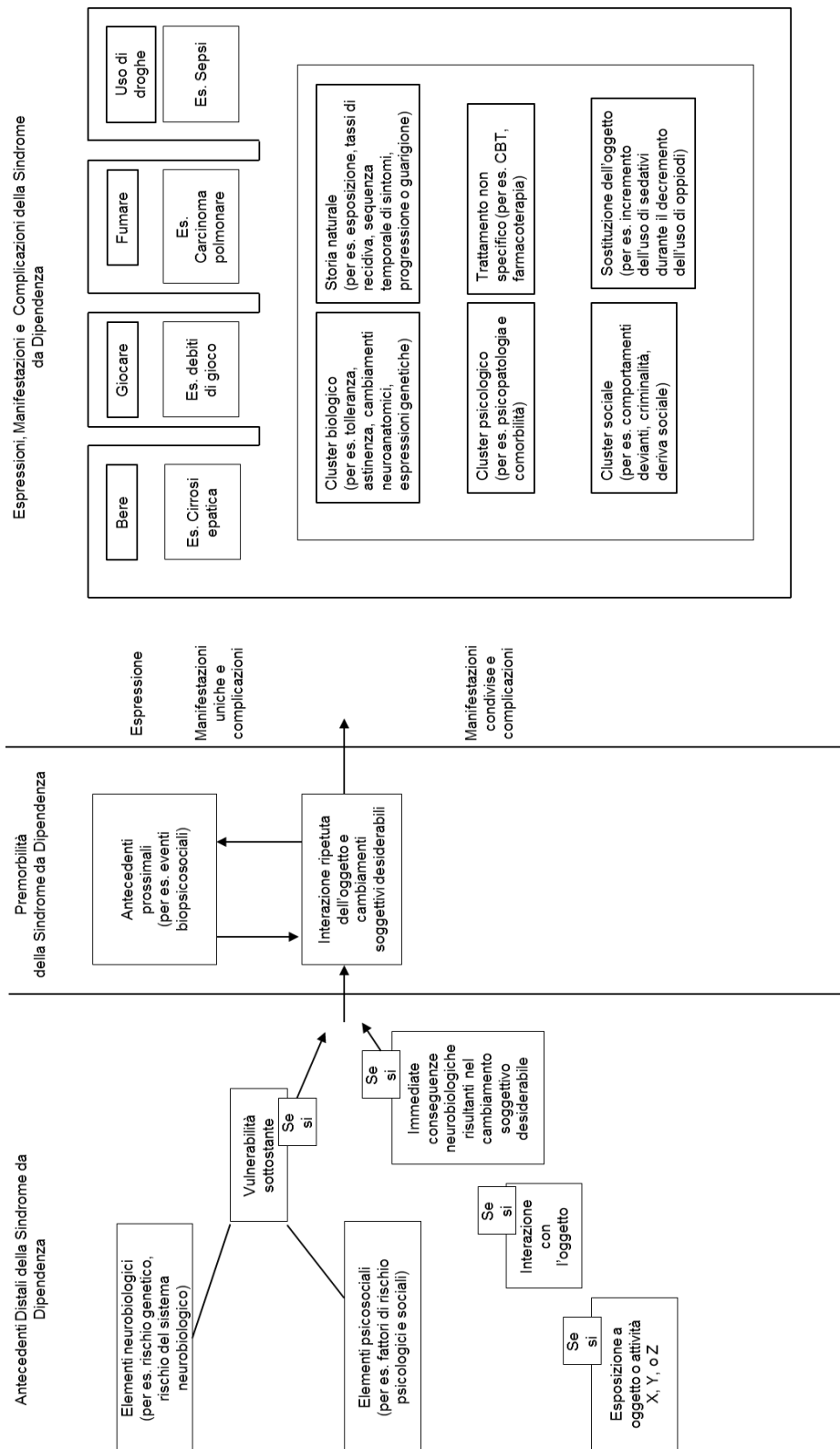


Figura 1.2. Modello sindromico della dipendenza

Ricercatori e clinici possono identificare la presenza della sindrome da dipendenza quando almeno una delle manifestazioni e complicazioni condivise accompagnano le caratteristiche premorbuse (vedi Figura 1.2). A meno che questo requisito non sia soddisfatto, i ricercatori e i clinici non dovrebbero fare una diagnosi di sindrome da dipendenza, perché la presenza di queste caratteristiche centrali agisce come un “cancello” diagnostico per identificare la presenza di un disturbo. La sindrome da dipendenza può essere ricorsiva, e le sue sequele possono generare un profilo di vulnerabilità completamente nuovo (es. provocare un malfunzionamento del sistema di ricompensa in un sistema precedentemente normale). Lo sviluppo della sindrome da dipendenza pone quindi le persone affette dalla sindrome ad un aumentato rischio di continuare a indurre dipendenza e di sviluppare nuovi comportamenti di dipendenza. Questa catena di eventi è evidente in molti modi, ma più specificamente nelle storie naturali parallele di diverse manifestazioni di dipendenza, inclusi schemi di ricaduta, lassismo della dipendenza, non specificità del trattamento e comorbidità nella dipendenza.

1.2.4.5. Modelli interpretativi basati sulla vulnerabilità individuale

Se alcuni ricercatori hanno studiato l'interazione tra fattori individuali e ambientali per comprendere meglio gli aspetti problematici del gioco d'azzardo, altri hanno focalizzato l'attenzione sulle caratteristiche caratteriali e temperamentali e hanno dimostrato per esempio che i giocatori patologici mostrano specifiche dimensioni di carattere e di temperamento, quali la ricerca di novità e di attività rischiose (*novelty/sensation seeking*) e l'auto-trascendenza (*self-transcendence*), con una crescente dipendenza dal gioco espressa da un aumento della frequenza e del tempo dedicato all'attività di gioco, un incremento della spesa di denaro nel tentativo di riprendersi dalle perdite finanziarie e una trascuratezza degli impegni assunti nella vita (53).

Lesieur (54) ha condotto una ricerca sui giocatori patologici in trattamento per testare un modello di tipi di giocatori patologici derivante da precedenti teorizzazioni in letteratura. È stata condotta un'analisi discriminante a due e tre cluster. La soluzione a due cluster divideva i giocatori d'azzardo in “normali giocatori d'azzardo problematici” e “giocatori d'azzardo con problemi seri”. La soluzione a tre cluster divideva i giocatori d'azzardo in “normali giocatori d'azzardo problematici”, “giocatori in azione” (*moderately impulsive action seekers*) e “giocatori in fuga” (*impulsive escape seekers*).

Nella soluzione a tre cluster, i “giocatori in azione” sono prevalentemente maschi, con un'età più giovane di esordio dei problemi di gioco, livelli più alti di ricerca di eccitazione, carriera di gioco più lunga e maggiore gravità; esprimono maggiore preferenza per i giochi competitivi e tradizionali (casinò e scommesse sportive). Il cluster descritto come “giocatori in fuga” è composto prevalentemente da donne, che presentano difficoltà relazionali e una sintomatologia legata all'ansia e alla depressione. L'età d'esordio è più avanzata, preferiscono giochi solitari nella ricerca di uno stato di “quiete” che permetta loro di evitare il disagio affettivo.

Sulla base dell'esperienza di ricerca clinica e di una revisione dei dati sul campo, Dannon *et al.* (55) propongono 3 sottotipi di giocatori patologici: il sottotipo *obsessive-compulsive* (ossessivo-compulsivo), il sottotipo *impulsive* (impulsivo) e il sottotipo *addictive*. Secondo gli autori, il sottotipo *impulsive* comprende principalmente giovani uomini adulti che hanno alti livelli di comportamento a rischio e che hanno scarse capacità di pianificare in anticipo. Questi individui tendono ad avere un aumento della gravità dei sintomi rispetto ad altri sottotipi e tendono a perdere ingenti somme di denaro in un'unica sessione di gioco. Nel sottotipo *obsessive-compulsive* sembra che ricadano una preponderanza di donne che tendono ad avere l'insorgenza dei sintomi ad età avanzata. Queste pazienti possono sviluppare comportamenti patologici di gioco in risposta a un trauma psicologico legato alla separazione e/o perdita (divorzio, o la “sindrome del nido vuoto”), tendono a preferire *slot machine*, lotterie e gratta e vinci (55). Il sottotipo *addictive* rappresenta il sottogruppo più numeroso di giocatori patologici ed è associato

a una moderata gravità del gioco d'azzardo patologico. Come il sottotipo *obsessive-compulsive*, questo gruppo tende a scommettere piccole somme di denaro alla volta in modo ripetitivo e compulsivo. Il sottotipo *addictive* si distingue dal sottotipo *obsessive-compulsive* da un più ampio rapporto tra pazienti maschi e tassi più elevati di abuso e dipendenza da alcol (55).

McCown e Howatt propongono i seguenti sottotipi: *behaviorally-conditioned*, *emotionally conditioned*, *antisocial e impulsive* (56)

L'elaborazione del modello biopsicosociale porta Cloninger a riconoscere come tratti distintivi dell'individuo con disturbo da gioco d'azzardo la *novelty seeking* e la *sensation seeking* (57, 58).

Altri studiosi hanno evidenziato il disturbo da gioco d'azzardo come strettamente associato a processi di condizionamento e di apprendimento disfunzionale basati su diversi livelli di vulnerabilità individuale, piuttosto che a caratteristici quadri di personalità premorbosa. Blaszczynski e Nower hanno elaborato un modello che tenta di integrare fattori biologici, cognitivi, di personalità, dello sviluppo, elementi della teoria dell'apprendimento e fattori ambientali già descritti in letteratura in un'unica cornice teorica (53). Il modello postula tre *pathway* principali che condurrebbero un individuo al gioco d'azzardo patologico; ogni *pathway* sarebbe associato a specifici fattori di vulnerabilità, a determinate caratteristiche individuali e differenti processi eziologici. Tutti e tre i *pathway* contengono alcuni processi e caratteristiche sintomatiche in comune, ma sono distinguibili da fattori addizionali empiricamente verificabili (Figura 1.3).

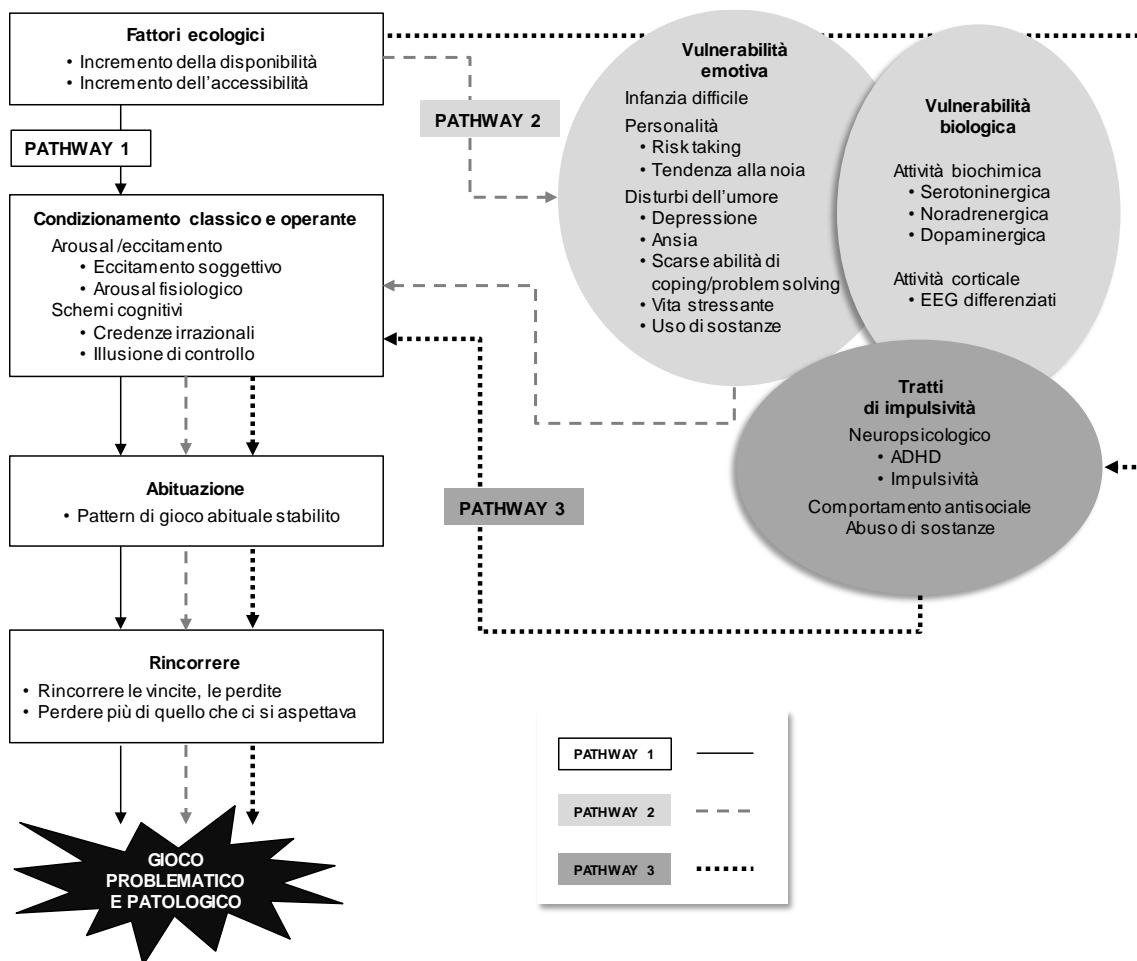


Figura 1.3. Modello integrato del gioco problematico secondo Blaszczynski e Nower

Il modello propone che tutti i giocatori sperimentino un certo grado di condizionamento comportamentale, che avverrebbe attraverso una combinazione tra fattori ecologici (facilità di accesso e disponibilità dei giochi) e di condizionamento (classico e operante), con sviluppo di distorsioni cognitive (es. sopravvalutare le capacità di controllo degli eventi casuali) e sforzi decisionali (cercando di recuperare soldi persi). Il condizionamento operante agirebbe sotto l'effetto dell'applicazione di un rinforzo, in questo caso intermittente, da parte del funzionamento delle *slot machine* o delle altre modalità di gioco d'azzardo (*pathway 1*).

Secondo il modello, quando all'azione dei fattori ecologici e di condizionamento si associano nell'individuo anche diversi gradi di vulnerabilità emotiva e biologica, l'azione del condizionamento e l'espressione del gioco problematico e patologico vengono rinforzate ed aggravate. Le vulnerabilità in questo caso, includono disturbi dell'umore e d'ansia, storia di traumi, scarse abilità di coping e fattori biologici legati a particolari attività corticali e neurotrasmettitoriali (*pathway 2*).

Infine quando ai fattori di vulnerabilità del *pathway 2* vengono a sommarsi elementi di impulsività individuale su base neuropsicologica e/o psichiatrica, il quadro di espressione del gioco problematico e patologico risulterebbe ulteriormente rafforzato ed aggravato, secondo una dinamica additiva (*pathway 3*) (53).

Sulla base degli studi disponibili sui fattori di vulnerabilità e dei tre *pathway* proposti, Blaszczynski e Nower concludono che è possibile identificare tre diversi tipi di giocatori:

- *Giocatori problematici con comportamento condizionato*
Questo gruppo mostra livelli minimi di psicopatologia. Questi giocatori sono per lo più motivati a iniziare un trattamento. Spesso, gli interventi brevi e il counselling sono sufficienti a limitare il comportamento di gioco (53).
- *Giocatori problematici emotivamente vulnerabili*
Questo gruppo include individui vulnerabili all'ansia e alla depressione, con scarse capacità di *coping* e *problem solving*. Pertanto, il cambiamento è più difficile da raggiungere. La vulnerabilità sottostante deve essere affrontata e trattata nel contesto della terapia (53).
- *Giocatori problematici con impulsività antisociale*
Questo gruppo ha una maggiore prevalenza di disturbi antisociali di personalità, disturbi da deficit di attenzione e un alto grado di impulsività. È difficile motivare tali giocatori a iniziare un trattamento; mostrano bassa *compliance* e alti tassi di abbandono. Inoltre, mostrano una scarsa risposta a qualsiasi forma d'intervento (53).

Le intuizioni e i profili individuati dagli autori sono stati confermati da molti studi successivi, i cui risultati sono sistematizzati anche in una recente metanalisi (59).

1.3. Strumenti di diagnosi e di valutazione prognostica

1.3.1. Screening e valutazione diagnostica

Nell'ambito della valutazione diagnostica del disturbo da gioco d'azzardo, alcuni strumenti diagnostici sembrano ormai entrati correntemente a far parte del bagaglio dei clinici.

Gli strumenti diagnostici più ricorrenti nella letteratura scientifica esaminata sono stati:

- *Canadian Problem Gambling Index (CPGI)*
Il CPGI si compone di 31 *item* e fornisce una valutazione dello spettro più ampio del gioco problematico con incluse misurazioni dell'attività di gioco (tipologia, frequenza ed entità

di spesa). Il CPGI è stato introdotto nel 2001 e da allora è riconosciuto in campo internazionale come uno strumento di misura molto affidabile del comportamento di gioco (60). Ne esiste una versione validata in italiano (61).

– *Problem Gambling Severity Index (PGSI)*

Dal CPGI deriva una forma ridotta a nove *item* denominata PGSI, auto-somministrabile (60). Le risposte agli *item* sono assegnate secondo una scala di frequenza a quattro livelli (mai=0; qualche volta=1; la maggior parte delle volte=2; quasi sempre=3). I punteggi ottenuti per ogni *item* vanno sommati e interpretati. Un punteggio totale uguale a 0 indica nessun problema con il gioco; un punteggio tra 1 e 2 un livello basso di rischio con poche o non identificate conseguenze; tra 3 e 7 un livello moderato di rischio. La persona che ottiene un punteggio in questo range potrebbe aver già avuto esperienza di alcuni problemi correlati al gioco; un punteggio >8 indica alto rischio. Un individuo che ottiene un punteggio in questo range potrebbe essere un giocatore dipendente e potrebbe sperimentare un sostanziale livello di problemi legati al gioco d'azzardo. Il PGSI è stato ampiamente utilizzato in tutto il Canada e in Australia, Gran Bretagna, Islanda e Norvegia per misurare la prevalenza di gioco d'azzardo problematico in studi sulla popolazione generale. Ne esiste una versione validata in italiano (Riquadro 1.3) (62).

RIQUADRO 1.3. Problem Gambling Severity Index (PGSI), versione italiana

Negli ultimi 12 mesi, quanto spesso:

1. Ha scommesso più di quanto potesse permettersi di perdere?
2. Ha avuto la necessità di giocare quantità di denaro più grandi per provare una sensazione di eccitazione?
3. Ha avuto la necessità di tornare a giocare un altro giorno per vincere il denaro che aveva perso?
4. Ha preso in prestito del denaro o venduto qualcosa per ottenere il denaro con cui giocare?
5. Ha avuto la sensazione che il gioco potesse rappresentare un problema per lei?
6. Il gioco le ha causato problemi di salute, tra cui stress o ansia?
7. Altre persone la hanno criticata per il suo gioco, o le hanno detto che il gioco per lei era un problema, indipendentemente dal fatto che lei pensasse che fosse vero?
8. Si è sentito/a in colpa per il modo in cui gioca, o per quello che succede quando lei gioca?
9. Il gioco ha causato problemi finanziari a lei o alla sua famiglia?

– *National Opinion Research for Gambling Problems (NODS)*

Il NODS (63) è composto da 21 *item* totali, i cui primi quattro fungono da elementi di screening. I 17 *item* seguenti, e a cui vengono sottoposti gli individui positivi allo screening, sono progettati per esplorare e valutare i comportamenti di gioco problematici. Questi *item* valutano i 10 criteri diagnostici del DSM-IV per il gioco d'azzardo patologico e richiedono risposte del tipo sì-no. Il totale dei punteggi al test può variare da 0 a 10, con punteggi più alti che indicano maggiore problematicità nel gioco d'azzardo. Un punteggio inferiore a 3 indica un rischio per gioco d'azzardo. Un punteggio tra 3 e 4 suggerisce la presenza di problemi legati al gioco d'azzardo. Gli individui con punteggi maggiori di 4 sono identificabili come giocatori d'azzardo patologici.

- *NODS-CliP*
Il NODS-CliP (64), versione breve del NODS per uso screening, è uno strumento breve, composto da 3 *item* e ha dimostrato ottime proprietà psicometriche in campioni clinici. Questi *item* di screening stimano problemi di perdita di controllo, menzogne e preoccupazioni (*control, lying, preoccupation; CLiP*). Risposte positive agli *item* suggeriscono un problema di gioco patologico e la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici.
- *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*
Il SOGS è uno degli strumenti più utilizzati per valutare se un individuo ha un rapporto problematico con il gioco d'azzardo. È un test autosomministrato, è basato su 20 *item* e consente di avere dati più completi rispetto ad altri test di screening (65). È basato sui criteri diagnostici del DSM III con indicazione di un *cut-off* per probabile gioco patologico (≥ 5). Contiene domande che investigano anche l'attività di gioco. Ne esiste una versione validata in italiano (66). Del *South Oaks Gambling Screen* è stata approntata una versione per la popolazione adolescenziale: il *SOGS-RA* (67). Questo strumento garantisce una valutazione maggiormente appropriata all'età e al contesto di vita degli individui più giovani. In base al punteggio ottenuto al questionario è possibile individuare coloro che non giocano (punteggio da 0 a 1), i giocatori "a rischio" (punteggio di 2 o 3) e i giocatori d'azzardo "problematici" (punteggio maggiore di 3). Del *SOGS-RA* esiste anche una versione italiana validata (68).
- *Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS)*
Il BBGS è un breve strumento di *screening* autosomministrabile che si basa su 3 *item*, a risposta sì/no (69). Una sola risposta sì a uno qualsiasi dei tre *item* indica un problema di comportamento col gioco e indica la necessità di un approfondimento diagnostico in ambiente specialistico. È stato sviluppato dalla *Division on Addictions* della *Cambridge Health Alliance*, nel 2011, per aiutare le persone a decidere da sole se chiedere una valutazione clinica del loro comportamento di gioco d'azzardo. Il BBGS si basa sui criteri di diagnosi per il gioco d'azzardo patologico del DSM-IV. È stato concepito per essere più breve possibile e per avere sensibilità e specificità elevate. Per questo è in grado di identificare correttamente i giocatori d'azzardo patologici riducendo grandemente il numero di eventuali falsi positivi (69). È possibile compilarlo online in lingua italiana (<http://divisiononaddiction.org/wp-content/plugins/bbgs-e-screener/index.php?lang=IT>).
- *Lie-Bet Questionnaire*
Altri strumenti di valutazione utilizzati nella pratica clinica sono il *Lie-Bet Questionnaire* (70), un breve questionario composto da due domande, facilmente utilizzabile per orientare una scelta diagnostica od operativa, basato su due criteri: aumentare la quantità di denaro giocata e la tendenza a mentire riguardo al gioco. L'intervista diagnostica sul GAP (Gioco d'Azzardo Patologico) di Ladouceur (71), un'intervista semi-strutturata composta da 26 domande, comprendente sia i dieci criteri diagnostici del DSM-IV sia alcune domande supplementari che facilitano la valutazione e che permettono di precisare ulteriormente la portata delle risposte date dal giocatore. Il Questionario sull'auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur (72), una scheda che il giocatore compila giornalmente con funzione contemporaneamente diagnostica e terapeutica.
- *Gambling Attitudes and Belief Survey (GABS)*
Il GABS è un questionario che indaga le distorsioni cognitive e le credenze irrazionali presenti nel giocatore composto da 35 *item* che fornisce informazioni utili per la successiva terapia cognitivo-comportamentale (73).

1.3.2. Strumenti di valutazione degli interventi

Gli strumenti che valutano l'efficacia individuale degli interventi più citati nella letteratura scientifica esaminata sono stati:

- *Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS)*
Il GAMTOMS è una batteria di valutazione multidimensionale che si compone di 3 strumenti principali autocompilati: il *Gambling Treatment Admission Questionnaire (GTAQ)*, il *Gambling Treatment Discharge Questionnaire (GTDQ)* e il *Gambling Treatment Follow-up Questionnaire (GTFQ)*. La batteria valuta le condizioni del paziente in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo al ricovero e alla dimissione, e in più misura gli esiti del trattamento a sei mesi e 20 mesi dalla dimissione. Il GTAQ, somministrabile al ricovero si compone di 90 *item* che valutano: dati demografici, clinici, la storia dei trattamenti, i comportamenti di gioco recenti, la severità del gioco d'azzardo problematico e i suoi criteri diagnostici, uso/abuso di alcool e droghe, disponibilità al cambiamento, problemi finanziari, legali e professionali legati al di gioco. Include anche una valutazione di eventuali sintomi psichiatrici (sia pregressi che negli ultimi 30 giorni). Il GTAQ somministrabile alla dimissione è composto di 51 *item* che hanno valutato: il gioco d'azzardo recente, stato di cambiamento, gli sforzi di recupero, i sintomi psichiatrici, il sostegno al trattamento e la disponibilità dei componenti familiari, e la soddisfazione del cliente con il trattamento. Il GTFQ si compone di 81 *item* e valuta le caratteristiche e gli esiti del trattamento a cui è stato sottoposto il paziente con disturbo da gioco d'azzardo. Viene solitamente spedito all'indirizzo del paziente dallo staff clinico responsabile del trattamento, con richiesta di compilazione e re-invio in busta pre-affrancata. Lo strumento valuta in particolare: i comportamenti di gioco, lo stato di cambiamento comportamentale, la gravità post-trattamento, l'uso di alcool/droghe, l'utilizzo di servizi sanitari, i problemi finanziari legati al gioco, le attività illegali/arresti, i problemi occupazionali, i sintomi psichiatrici e la soddisfazione del paziente (74).
- *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale adapted for Pathological Gambling (PG-YBOCS)*
La PG-YBOCS è uno strumento sviluppato per misurare la severità e i cambiamenti durante il trattamento, dei sintomi associati al gioco d'azzardo patologico. Si compone di 10 *item* e viene somministrata solitamente da un clinico per misurare l'entità e l'eventuale variazione dei sintomi manifestati dal paziente durante i precedenti 7-15 giorni (75).
- *Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS)*
La G-SAS è uno strumento autocompilabile composto di dodici *item*, e concepito per valutare la gravità dei sintomi di gioco e i cambiamenti intervenuti durante il trattamento. Ognuno dei dodici *item* ha un punteggio che va da 0 a 4 e valuta il grado di presenza dei sintomi nei sette giorni antecedenti alla somministrazione. Gli *item* esplorano tutte le aree di comportamento legate al gioco: il livello di urgenza, la gravità dei sintomi, la frequenza, la durata, il controllo dei pensieri associati, il tempo speso nel gioco, il livello di tensione emozionale associata a un atto di gioco imminente, alla vittoria e a quanto associato alle perdite finanziarie (76).

1.4. Trattamento del disturbo da gioco d'azzardo

1.4.1. Terapie psicologiche del disturbo da gioco d'azzardo

Una recente revisione sistematica che riporta dati da numerosi trial randomizzati contiene informazioni provenienti da alcuni studi di valutazione delle diverse terapie psicologiche per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo (77). L'obiettivo della revisione sistematica

esaminata, pubblicata sulla *Cochrane Library* nel 2012 è stata quella di sintetizzare l'evidenza scientifica, fornita da studi che valutavano soprattutto gli esiti da: i) Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC); ii) terapia del Colloquio Motivazionale (CM); iii) terapia integrativa e altre terapie psicologiche.

Oltre all'efficacia, lo scopo della revisione è stato quello di produrre stime realistiche sulla durata degli effetti della terapia, in stretta relazione al controllo delle condizioni dei pazienti trattati. La maggior parte degli studi inclusi erano trial clinici che utilizzavano, per la valutazione della specifica terapia, l'assegnazione randomizzata ai gruppi e consideravano come "casi", sia giocatori d'azzardo problematici che giocatori patologici. I gruppi di controllo includevano individui non in trattamento, che frequentavano perlopiù i gruppi dei Giocatori Anonimi (GA) e individui in trattamento.

Gli esiti primari erano costituiti da: i) gravità dei sintomi; ii) entità delle perdite finanziarie e iii) frequenza di gioco. Gli esiti secondari erano costituiti da diagnosi per gioco patologico e da sintomi di ansia e depressione. Generalmente, gli effetti a breve termine del trattamento erano misurati in visite effettuate post-trattamento e condotte entro 3 mesi dalla fine del trattamento stesso. Gli effetti a medio termine in misurazioni effettuate durante visite di follow-up da 9 a 12 mesi dopo la fine del trattamento. La revisione ha incluso quattordici studi, che soddisfacevano i criteri di inclusione per un totale di 1.245 pazienti. Undici studi hanno messo a confronto la TCC con il gruppo di controllo mediante confronti da 0 a 3 mesi dopo il trattamento. Gli studi hanno evidenziato effetti positivi significativi della terapia da medi a molto elevati. Solo uno studio (147 pazienti) ha previsto valutazioni a nove e dodici mesi di follow-up, con risultati di minore effetto e non statisticamente significativi. Quattro studi sono stati selezionati per la valutazione della terapia del colloquio motivazionale e che consideravano principalmente campioni d'individui con una patologia da gioco meno grave. In questi studi i dati hanno suggerito esiti positivi a breve termine (entro tre mesi dalla fine del trattamento) solo sulla diminuzione delle perdite finanziarie nei trattati rispetto ai controlli. Diversamente, le valutazioni a medio termine hanno indicato un effetto significativo della terapia del colloquio motivazionale sulla frequenza del gioco. Due altri studi sulle terapie integrative hanno considerato campioni di soggetti che mostravano complessivamente una lieve gravità patologica del gioco, ma senza dimostrare effetti significativi a breve termine. Valutazioni effettuate a medio termine hanno invece suggerito un effetto medio della terapia integrativa sulla gravità dei sintomi di gioco. Un solo studio ha valutato interventi di mutuo auto-aiuto (*Twelve-Step Facilitated Group Therapy*) indicandone effetti positivi sulla maggior parte degli esiti entro 3 mesi dalla fine del trattamento.

La revisione Cochrane sostiene l'efficacia della TCC nella diminuzione del comportamento di gioco e altri sintomi di gioco problematico e patologico subito dopo la terapia. La revisione tuttavia sottolinea come la durata dell'effetto terapeutico sia ancora sconosciuta. Vi sarebbe inoltre evidenza preliminare di alcuni benefici dalla terapia del colloquio motivazionale in termini di diminuzione della frequenza di gioco, sebbene il vantaggio non emerga per gli altri sintomi di gioco problematico e patologico. Ma questi risultati sul colloquio motivazionale si basano su pochi studi e sono necessari ulteriori valutazioni per trarre conclusioni più robuste.

Vi sarebbe inoltre qualche evidenza sui benefici delle terapie integrative e altre terapie psicologiche per il gioco patologico e problematico. Tuttavia, anche per questi risultati gli studi sono ancora scarsi e le evidenze non sufficientemente robuste.

La maggior parte degli studi in questa revisione variavano per rischi di *bias* e gran parte dell'evidenza viene da studi con limiti molteplici. La revisione conclude che alla luce delle evidenze raccolte dagli undici studi i dati potrebbero tendere a sovrastimare l'efficacia dei trattamenti in esame (77).

Un'altra revisione sistematica di Cowlshaw includeva 26 studi e forniva una sintesi completa delle prove e delle stime della media pesata dei tassi di gioco d'azzardo patologico e problematico nelle persone sottoposte a trattamento per l'uso di sostanze (25). I risultati degli studi indicano

che il 14% dei pazienti è affetto da gioco d'azzardo patologico in comorbilità, e circa il 23% è affetto da un ampio spettro di disturbi legati al gioco problematico. Queste percentuali sono simili a quelle di altri disturbi più comunemente riconosciuti in questo contesto e indicano che il gioco problematico e patologico possono essere una classe di patologie prevalenti, ma nascoste dai soggetti sotto trattamento per uso di sostanze. Infatti, i pazienti non mostrano segni evidenti di dipendenza da gioco e sono forse abituati a nascondere il loro comportamento davanti agli altri, compresi i medici che somministrano i trattamenti per problemi da uso di sostanze.

Gli studi mostrano un'associazione sinergica tra uso di sostanze e problemi da gioco d'azzardo, nel senso che un disturbo sembra aumentare il rischio di esordio dell'altro. Da un lato, è possibile che le sostanze che creano dipendenza, compromettano le capacità di giudizio e promuovano comportamenti a rischio che possano far entrare in contatto l'individuo con il gioco d'azzardo; dall'altro lato sembra probabile che i problemi di gioco possano promuovere l'abuso di sostanze di gravità tale, da richiedere un trattamento mirato. Le stesse perdite finanziarie da gioco, per esempio, potrebbero funzionare come efficaci fattori di stress psicosociale da fungere da acceleratori d'uso o di ricaduta all'uso di sostanze. I problemi da abuso di sostanze possono essere anche successivi al gioco d'azzardo, sebbene complessivamente sia più probabile che siano a questo preesistenti. Per queste ragioni vi sono robuste evidenze circa l'opportunità di gestire il disturbo da gioco d'azzardo nell'ambito del trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Le strategie per l'identificazione del disturbo da gioco d'azzardo potrebbero basarsi sull'uso degli strumenti brevi, di screening, da somministrare a tutti i pazienti durante il trattamento per abuso di sostanze. L'uso di questi strumenti consentirebbe di identificare i pazienti con disturbi da disturbo da gioco d'azzardo associato e di includerli in interventi mirati supplementari a quelli per l'abuso di sostanze. A riguardo, gli studi hanno mostrato che terapie psicologiche moderate e intensive (4 o più sessioni di terapia), basate sui modelli cognitivo-comportamentali, sono efficaci a breve termine nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo in tossicodipendenti (25).

Vari modelli di trattamento sono stati adattati per il disturbo da gioco d'azzardo. In una meta-analisi, sono stati identificati ventidue studi randomizzati, pubblicati tra il 1968 e il 2004. In generale, i trattamenti psicologici erano più efficaci di nessun trattamento, sia dopo il trattamento che dopo un follow-up di 17 mesi. Le terapie erano comportamentali, cognitive e cognitivo-comportamentali (78). Un'altra meta-analisi si focalizzava esclusivamente sulla letteratura scientifica dedicata ai trattamenti cognitivo-comportamentali e includeva 25 studi. In generale, gli effetti post-trattamento erano positivi per diversi tipi di terapia (comportamentale e cognitiva) e metodi di terapia (individuale, di gruppo, auto-diretta) (79).

I modelli di trattamento cognitivo-comportamentale mirano specificatamente a modificare le distorsioni cognitive associate al gioco, quali i) la sovrastima delle probabilità di vincita; ii) le illusioni di controllo dell'esito del gioco; iii) la convinzione che una vincita viene dopo una serie di perdite; iv) le distorsioni della memoria in favore dei soli ricordi di vincita (75).

Alcuni trial hanno valutato l'efficacia di un approccio puramente cognitivo ma la maggior parte degli studi più rigorosi si rivolgeva al modello di terapia combinata cognitivo-comportamentale. Un trial svedese ha rilevato che la terapia cognitivo-comportamentale e l'intervista motivazionale avevano esiti equivalenti ed entrambe erano superiori al gruppo di controllo (80). Due trial più piccoli hanno dimostrato l'efficacia dell'utilizzo aggiuntivo del colloquio motivazionale alla TCC, migliorando gli esiti e riducendo l'abbandono del trattamento (81, 82).

1.4.1.1. Trattamenti brevi

In alternativa alla terapia psicologica intensiva, alcuni studi preliminari hanno dimostrato benefici a breve termine, degli interventi minimi o brevi. I trattamenti brevi si basano perlopiù sui principi del *colloquio motivazionale* e possono essere coadiuvati da supporti conoscitivi come libri di auto-aiuto o supporti erogabili via Internet o via telefono.

Il trattamento breve non sempre è percepito come trattamento da chi ne fruisce e questo è un fattore importante in un ambito come quello del gioco di azzardo in cui solo una piccola proporzione di pazienti con disturbo da gioco d'azzardo (<10%) entra in trattamento. Un colloquio motivazionale al telefono, combinato con un manuale di auto-terapia cognitivo-comportamentale inviato per posta, ha mostrato buoni risultati in follow-up da 12 a 24 mesi (83). In Svezia hanno adottato gli stessi strumenti adattandoli al web: un terapeuta fornisce sostegno telefonico a individui che utilizzano materiali online (84).

Uno studio randomizzato controllato statunitense, dimostra che una sessione di cinque minuti di consigli comportamentali e quattro sessioni di potenziamento motivazionale terapia cognitivo-comportamentale, erano comunque efficaci per la riduzione del disturbo da gioco d'azzardo in individui che non cercavano il trattamento e inoltre erano più efficaci di una sola sessione di colloquio motivazionale rispetto al gruppo di controllo senza trattamento (85).

Uno studio canadese che ha confrontato interviste motivazionali, terapia comportamentale e terapia cognitiva ha mostrato che un intervento di minimo 90 minuti (*feedback* sulla valutazione e strategie pratiche) produce riduzioni dei sintomi comparabili a quelle raggiungibili con interventi a lungo termine (86).

Le tecniche basate sul CM migliorano la probabilità di cambiamento dei comportamenti di dipendenza associati al gioco d'azzardo. L'ascolto riflessivo può aiutare, per esempio, i pazienti a fissare i propri obiettivi, che possono essere focalizzati utilizzando strumenti come il righello denominato *Readiness Ruler*. Il righello, mediante una scala visuale da 0 a 10, consente di aiutare le persone ad esprimere l'importanza dei cambiamenti personali che desiderano e a valutare la loro fiducia e disponibilità nell'effettuare tali cambiamenti. Il metodo si basa sulle evidenze che indicano che le persone che esprimono un cambiamento mediante il dialogo sono più propensi in seguito a cambiare (87).

Tuttavia molte persone con esperienza di disturbo da gioco d'azzardo hanno scarsa fiducia nella capacità di resistere al gioco (88). In questi casi sembra utile rafforzare la loro fiducia mediante la normalizzazione del coinvolgimento nel gioco e delle ricadute, identificando con loro i vantaggi di saper riconoscere i fattori scatenanti il disturbo (lo stress, i sentimenti negativi, quali fattori interni o la busta paga e gli incentivi economici, quali fattori esterni) e le cognizioni errate associate (il ricordo selettivo di precedenti vincite).

Nonostante alcune persone subiscano disagi a causa del gioco d'azzardo non sono pronte a cambiare il loro atteggiamento; per molte di queste sarebbe utile parlarne con qualcuno e creare un'opportunità per indirizzarli verso un servizio specialistico per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. Per altre potrebbe essere utile conoscere le misure per minimizzare il danno associato, come il ridurre l'accesso al denaro contante, proteggere le proprie risorse economiche o ridurre l'uso di alcol durante il gioco (89).

Tra le strategie che consentono di raggiungere il maggior numero di giocatori con interventi brevi vanno ricordate l'attivazione di *help-line* telefoniche e siti web dedicati alla problematica, iniziative molto comuni da qualche tempo in molti paesi occidentali, e i servizi di supporto e di riferimento per il trattamento, attivi negli stessi luoghi di gioco (75).

1.4.1.2. Gruppi di auto-mutuo-aiuto

Non sono ancora disponibili dati di efficacia dei gruppi di mutuo-aiuto sul disturbo da gioco d'azzardo. Dati di correlazione hanno indicato che individui con disturbo da gioco d'azzardo affiliati a gruppi di mutuo-aiuto hanno migliori esiti sulla compulsione al gioco rispetto a chi non è affiliato (75).

I primi gruppi di auto-aiuto di GA sono stati realizzati nel 1957 a Los Angeles, e oggi contano attività in 55 nazioni nel mondo. Gli individui utilizzano un programma sviluppato in 12 passi e 12 tradizioni, in buona parte mutate dai programmi degli Alcolisti Anonimi, e incentrato sul

riconoscimento dell'incapacità di controllo sul gioco d'azzardo compulsivo e sui comportamenti di allontanamento e liberazione dal gioco. I gruppi perseguono un obiettivo comune, il rinforzo comportamentale per ogni giorno consecutivo di astensione dal gioco. Come con Alcolisti Anonimi, i periodi di successo sono valorizzati da riconoscimenti e celebrazioni. Tuttavia gli studi sull'esito dei trattamenti, che hanno messo a confronto l'efficacia dei GA rispetto al trattamento cognitivo-comportamentale, hanno indicato una scarsa partecipazione e più scarsi risultati per i GA.

1.4.1.3. Terapia familiare

I progressi negli interventi di terapia familiare per il trattamento dei problemi di abuso di sostanze sono stati adattati per il disturbo da gioco d'azzardo. Per esempio, due studi controllati randomizzati hanno valutato il modello denominato *Community Reinforcement and Family Therapy*. In questo modello, i membri familiari erano addestrati a usare principi comportamentali per rinforzare il comportamento di non gioco in individui che non affrontavano il loro problema con il gioco d'azzardo. Sebbene in entrambi i trial siano stati rilevati effetti positivi per i familiari dei giocatori, i principi comportamentali erano troppo complessi da realizzare per i membri della famiglia senza il supporto di uno specialista e i familiari giocatori non sono entrati in trattamento in seguito all'intervento che invece era uno degli obiettivi principali del sopracitato modello.

In generale, il ruolo dei modelli di terapia familiare nel trattamento dei disturbi da gioco d'azzardo rimane ancora da studiare, ma si mostra promettente in base a un numero seppur ancora scarso di ricerche (25).

1.4.1.4. Trattamento psicologico in co-morbilità

Quando vengono identificati problemi di gioco in pazienti in trattamento per altri disturbi di dipendenza, può essere importante considerare variazioni o aggiunte ai programmi standard di trattamento di base. Date le associazioni tra problemi di gioco d'azzardo e altre forme di psicopatologia (es. storie di uso di sostanze, disturbi affettivi e di personalità), può essere utile considerare, nei centri per le dipendenze, programmi di trattamento che abbiano effetti sia sull'uso di sostanze sia sulle comorbilità e i fattori eziologici sottostanti. Sebbene attualmente non vi siano esempi di tali interventi incentrati sulle comorbilità del gioco d'azzardo, vi sono tuttavia terapie per l'uso di sostanze e concomitanti psicopatologie della personalità, che possono fornire spunti utili per il trattamento, come la *terapia dello schema a obiettivo doppio (Dual Focus Schema Therapy)*.

Questa tecnica consente di affrontare simultaneamente sia i problemi da uso di sostanze sia i disturbi di personalità, mirando anche agli schemi metacognitivi sottostanti e al miglioramento delle strategie di *coping*, spesso deficitarie nei disturbi da gioco d'azzardo (25).

Le stesse terapie psicologiche moderate e intense che hanno dimostrato un'efficacia a breve termine nel trattamento del gioco patologico e problematico potrebbero essere usate come interventi aggiuntivi nel trattamento dei disturbi da abuso di sostanze.

Inoltre, visto che numerosi studi hanno evidenziato che solo il 10% circa dei giocatori patologici e problematici richiede un trattamento per le proprie difficoltà, un trattamento associato a quello per i disturbi da uso di sostanze potrebbe produrre vantaggi ad una popolazione che altrimenti sarebbe stata difficile da raggiungere. Stesso discorso potrebbe essere fatto utilizzando interventi minimi o brevi per intercettare e ridurre il comportamento del gioco d'azzardo.

Tutti questi interventi potrebbero essere utilmente aggiunti nei trattamenti dei disturbi da uso di sostanze, assumendo che: a) l'obiettivo dell'intervento è la riduzione a breve del comportamento del gioco d'azzardo; b) siano forniti altri supporti professionali nel corso del trattamento primario (es., concentrandosi sul benessere emotivo e la sicurezza dei pazienti, e sui i fattori eziologici sottostanti che spiegano sia l'uso di sostanze sia i problemi di gioco d'azzardo) (25).

1.4.2. Trattamenti farmacologici

Le terapie farmacologiche, mirate al trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, sono generalmente rivolte al controllo delle dimensioni cliniche del disturbo quali: l'impulsività, la compulsività e l'anedonia. In altri casi il bersaglio della terapia psicofarmacologica è rappresentato dai disturbi psichiatrici associati e individuabili dopo l'approfondimento diagnostico del paziente giocatore.

In anni recenti, sono stati condotti diversi studi clinici su una varietà di classi di farmaci, stabilendo una base scientifica fondata sulle prove di efficacia per la patologia. Tuttavia, nonostante il DSM-5 includa il disturbo da gioco d'azzardo nei disturbi da dipendenza, a oggi non vi sono linee guida approvate dalla *Food and Drug Administration* (FDA) per il trattamento farmacologico di questo disturbo.

Una revisione qualitativa della letteratura scientifica sull'argomento ha offerto un'ampia visione d'insieme sulle diverse molecole oggi utilizzate per il trattamento dei problemi disturbo da gioco d'azzardo-associati (90).

L'analisi è stata condotta su una selezione finale di 75 articoli scientifici e dimostra che oggi, nella pratica clinica, è utilizzata un'ampia varietà di classi farmaceutiche, con differenti risultati.

I dati pubblicati, sebbene limitati dalla breve durata degli studi e da ancora uno scarso campione totale di pazienti, mostrano risultati incerti sull'efficacia di antidepressivi serotoninergici, antagonisti degli oppioidi e stabilizzatori dell'umore. Altri composti presi in esame, quali agenti glutammatergici e psicostimolanti, hanno mostrato dati discordanti e richiedono ulteriori studi.

In generale, la ricerca farmacologica appare promettente per antidepressivi, antagonisti degli oppioidi e stabilizzatori dell'umore ma ulteriori ricerche andrebbero indirizzate per rilevare le differenze negli esiti di efficacia tra specifici sottogruppi di pazienti con disturbo da gioco d'azzardo. Sono ancora poco conosciuti i meccanismi d'azione dei trattamenti farmacologici per il disturbo da gioco d'azzardo o come terapie specifiche potrebbero funzionare meglio a seconda del grado di severità del disturbo.

Nella pratica clinica, i medici sono abituati a utilizzare combinazioni differenti di farmaci, in particolare per affrontare le condizioni di comorbidità, con la depressione maggiore, il disturbo bipolare e i disturbi da uso di sostanze (90).

Diversi studi auspicano la possibilità di valutare in futuro strategie terapeutiche di combinazione, con l'obiettivo di fornire algoritmi terapeutici validati, da applicare alle varie tipologie di pazienti. La revisione di Hodgins *et al.* (75) raccoglie 18 studi in doppio cieco randomizzati che hanno testato farmaci per il disturbo da gioco d'azzardo quali antagonisti degli oppioidi, agenti glutammatergici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore.

Una meta-analisi su 16 studi dal 2000 al 2006 ha rilevato che i trattamenti farmacologici erano più efficaci del trattamento placebo. Gli antagonisti degli oppioidi, *naltrexone* e *nalmefene*, si sono rivelati efficaci a ridurre l'intensità del bisogno impellente di giocare, i pensieri sul gioco e il comportamento di gioco.

Analisi aggregate su individui che rispondevano agli antagonisti degli oppioidi hanno evidenziato una riduzione significativa dell'impulso a giocare, specialmente in soggetti con una storia familiare di dipendenza da alcol. Anche l'*N-acetilcisteina*, un aminoacido e modulatore di glutammato, è stato studiato nel trattamento del gioco patologico e ha avuto effetti positivi sull'impulso a giocare e sul comportamento di gioco. Invece, non sono stati efficaci rispetto al placebo, l'*olanzapina*, un antipsicotico atipico, e il *bupropione*.

Infine, è stato esaminato l'effetto su giocatori patologici, classificati secondo l'impulsività, del *modafinil*, uno stimolante atipico. Persone con elevata impulsività avevano diminuito la

motivazione per il gioco d'azzardo e prendevano decisioni meno rischiose, mentre soggetti con impulsività più moderata avevano maggiori risposte al farmaco.

I dati di questo studio indicano una direzione potenziale per la ricerca farmacologica nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo esaminando l'efficacia di differenti classi di farmaci in individui con disturbi in co-morbilità (es. disturbi dell'umore e bipolari, ansietà, deficit di attenzione/ipertattività e abuso di sostanze) (75). In generale gli studi condotti su diverse molecole psicoattive come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*, SSRI) hanno mostrato risultati non sempre convincenti (Tabella 1.2) (90).

Tabella 1.2. Esiti di studi sull'efficacia di alcuni antidepressivi della classe degli SSRI utilizzati con pazienti con disturbo da gioco d'azzardo per principio attivo

Protocollo/durata	Dimensioni del campione	Dosaggio mg/die	Dose media mg/die	Risultato
Fluvoxamina				
Doppio-cieco <i>cross-over</i> vs placebo/16 settimane	15 arruolati, 10 completanti	100-250	195 (±50)	Fluvoxamina superiore a placebo alla fine delle 16 settimane.
Fluvoxamina				
Doppio-cieco vs placebo/26 settimane	32 arruolati, 13 completanti (3 <i>fluvoxamina</i> e 10 placebo)	200	200	Fluvoxamina superiore a placebo solo in maschi e giovani.
Paroxetina				
Doppio-cieco vs placebo/8 settimane	53 arruolati, 41 completanti (20 <i>paroxetina</i> e 21 placebo)	20-60	51,7 (±13,1)	Gruppo paroxetina migliorato rispetto al gruppo con placebo.
Paroxetina				
Doppio-cieco vs placebo/16 settimane	76 arruolati, 45 completanti (21 <i>paroxetina</i> e 24 placebo)	10-60	50 (±8,3)	Gruppo paroxetina e gruppo placebo con miglioramenti comparabili.
Sertralina				
Doppio cieco con controllo placebo/26 settimane	60 pazienti	50-150	100	Gruppo sertralina non superiore a placebo.
Escitalopram				
Aperto/12 settimane Doppio-cieco vs placebo/8 settimane	39 pazienti seguiti per 12 settimane	25	25	Gruppo escitalopram superiore a placebo

La *fluvoxamina* non sembra avere effetti positivi se non dopo qualche mese e solo nei maschi giovani. La *paroxetina* ha mostrato risultati contrastanti in due studi. Solo l'*escitalopram* sembra associarsi ad una remissione a breve del comportamento di gioco, mentre la *sertralina* non ha offerto vantaggi rispetto al placebo (90).

Studi di efficacia degli antagonisti degli oppioidi e di altri principi attivi a confronto con il placebo, sembrano mostrare dati promettenti circa la loro applicazione nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo (Tabella 1.3) (75).

Tabella 1.3. Caratteristiche ed esiti da studi di efficacia in doppio cieco vs placebo di antagonisti degli oppioidi, di un antidepressivo e di un antipsicotico atipico, nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo

Principio attivo	Dose mg/die	Numerosità campione	Tasso risposta	Risposta placebo
Naltrexone	50-150	122	61,8%	34,2%
Nalmefene	20-100	414	51,8%	46%
Bupropione	73-375	39	35,7%	47,1%
Olanzepina	2,5-15	63	66,7%	71,4%

I dati sono tratti da studi in doppio cieco. La tabella non include gli studi basati su metodologia *open-label* in seguito a interruzione. Gli studi utilizzano varie misure di valutazione della risposta.

Finora sono stati scarsi gli studi che hanno esaminato l'efficacia combinata di trattamenti farmacologici e psicologici. Dati da un trial, hanno mostrato che pazienti in trattamento per disturbi di alcol e di gioco d'azzardo avevano ricevuto effetti positivi misurabili se sottoposti a *naltrexone*/placebo più TCC (91).

1.5. Conclusioni

L'analisi della letteratura scientifica degli ultimi anni sul disturbo da gioco d'azzardo, ha messo in luce e tracciato un fenomeno sanitario complesso, frutto di un ampio spettro di determinanti e di vulnerabilità individuali che affondano le loro basi nella biologia, nella psicologia e nelle caratteristiche culturali e socio-ambientali. I dati descrivono un disturbo che determina, nel giocatore patologico, diversi gradi di compromissione della salute mentale e fisica, ed elevati livelli di disfunzionalità nelle relazioni familiari e sociali, importanti problemi finanziari e legali e frequenti difficoltà sul lavoro. Diverse evidenze confermano inoltre, l'associazione del disturbo da gioco d'azzardo con diversi altri disturbi psichiatrici, come i disturbi alcol-correlati e da altre sostanze, d'ansia, dell'umore e quelli del controllo degli impulsi.

L'analisi ha tuttavia evidenziato il notevole impianto di metodologie e di strumenti che oggi i clinici e gli operatori sociali sono in grado di mettere in campo per contrastare il disturbo stesso, sia nel momento dello screening e della diagnosi sia in quello del trattamento e del follow-up dei pazienti.

I dati raccolti dagli studi hanno anche evidenziato un aumento negli ultimi anni delle dimensioni del fenomeno e una percentuale ancora troppo contenuta d'individui che ricorrono alle cure specialistiche.

In Italia queste evidenze, responsabilizzano i clinici, gli esperti di salute pubblica e soprattutto i legislatori, a migliorare l'offerta di prevenzione e di cura rivolta al disturbo da gioco d'azzardo e ad aumentare la consapevolezza della popolazione generale sui rischi sulla salute del comportamento di gioco.

È necessario inoltre continuare ad abbattere tutte le barriere che limitano l'accesso alle cure delle persone già affette da disturbo da gioco d'azzardo, prime tra tutte, il pregiudizio sociale e lo stigma, che ancor oggi gravano sul disturbo e che rappresentano importanti fattori di impedimento e ritardo dei trattamenti.

Ringraziamenti

Si ringrazia il dott. Claudio Leonardi per i materiali forniti per la stesura dei paragrafi 1.2.4.1. Neurobiologia del disturbo da gioco d'azzardo e 1.2.4.2. Modello neurocognitivo.

Bibliografia

1. Vocabolario Treccani. Gioco d'azzardo. In: *Enciclopedie online*. Torino: Treccani. Disponibile all'indirizzo <http://www.treccani.it/enciclopedia/gioco-d-azzardo>; ultima consultazione 18/12/2017.
2. Cicerone P. L'evoluzione del gioco nella storia: dalla divinazione alle ludopatie. In: Lucchini A, Pistuddi (Ed.). *Il gioco d'azzardo tra normativa e cura*. Milano: Edizioni CE.R.CO.; 2013. p. 5-11.
3. Stucki S, Rihs-Middel M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: an update. *J Gambl Stud* 2007;23(3):245-57.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Arlington, VA: APA; 2013.
5. Griffiths MD, Hayer T, Meyer G. Problem gambling: A European perspective. In: Meyer G, Hayer T, Griffiths MD (Ed.). *Problem gaming in Europe: challenges, prevention, and interventions*. New York: Springer. 2009. p. xix-xxix.
6. Calado F, Griffiths M. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *J Behav Addict.* 2016;5(4):592-613.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. 4th Edition. Washington, DC: APA; 2000.
8. Dowling NA, Cowlshaw 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.
9. Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Tidwell M-CO. Comparisons of gambling and alcohol use among college students and noncollege young people in the United States. *J Am Coll Health* 2010;58(5):443-52.
10. Benedetti E, Molinaro S, Potente R, Scalese M, Siciliano V, Luppi C, Bastiani L I dati sul gioco d'azzardo in Italia. In: Coordinamento Nazionale Comunità Accoglienza (CNCA). *Year book 2016*. Roma: Comunità Edizioni; 2016. p. 26-44.
11. ESPAD Group. *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other drugs*. 2016. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>; ultima consultazione 03/09/2017.
12. Erbas B, Buchner UG. Pathological Gambling. prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109(10):173-9.
13. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 2006;163:297-302.
14. Winters KC, Kushner MG. Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *J Gambl Stud* 2003;19:261-77.
15. Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman R, Donato A, Stanton M. Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry* 2004;12:367-74.
16. Crockford DN, el-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatry* 1998;43(1):43-50.

17. Grall-Bronnec M, Wainstein L, Augy J, *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment: A hidden disorder. *European Addiction Research* 2011;17:231-40.
18. Grant JE, Kim SW. Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;108:203-7.
19. Ibanez A, Blanco C, Donahue E, *et al.* () Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1733-5.
20. Ledgerwood DM, Petry NM. Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Traumatic Stress* 2006;19:411-6.
21. Ibanez A, Blanco C, Donahue E, *et al.* Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1733-5.
22. Sonderauswertung F63.0 der Deutschen Rentenversicherung Bund für die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen; 2011.
23. Petry NM, Kiluk, BA. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Treatment-Seeking Pathological Gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(7): 462-9.
24. Nalpas B, Yguel J, Fleury B, Martin S, Jarraus D, Craplet M: Pathological gambling in treatment-seeking alcoholics: a national survey in France. *Alcohol Alcohol* 2011;46:156-60.
25. Cowlishaw S. *Comorbid problem gambling in substance users seeking treatment*. Victoria, Australia: Victorian Responsible Gambling Foundation; 2014.
26. Ledgerwood DM, Downey KK. Relationship between problem gambling and substance use in methadone maintenance population. *Addict Behav* 2002;27:483-91.
27. Toneatto T, Brennan J. Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addict Behav* 2002;27:465-9.
28. Bagby R M, Vachon D D, Bulmash E L, Toneatto T, Quilty LC. Personality disorders and pathological gambling: a review and re-examination of prevalence rates. *J Pers Disord* 2008;22:191-207.
29. Blaszczynski A, Steel Z. Personality disorders among pathological gamblers. *J Gambl Stud* 1998;14:51-71
30. Weintraub D, Koester J, Potenza MN, Siderowf AD, Stacy M, Voon V, Whetteckey J, Wunderlich GR, Lang AE. Impulse control disorders in Parkinson disease. A cross-sectional study of 3.090 patients. *Arch Neurol* 2010;67:589-95.
31. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug *addiction* and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002;159:1642-52.
32. Camara E, Rodriguez-Fomells A, Munte TF. Functional connectivity of reward processing in the brain. *Front Hum Neurosci* 2009; 16;2:19.
33. Petry NM, Casarella T. Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Drug Alcohol Depend* 1999;56(1):25-32.
34. Zack M, Poulos CX. Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant *addiction*. *Curr Drug Abuse Rev* 2009;2:11-25.
35. Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs* 2000;32 Suppl:i-iv,1-112. Review.
36. De Ruiter MB, Veltman DJ, Goudriaan AE, Oosterlaan J, Sjoerds Z, van den Brink W. Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology* 2009;34(4):1027-38.
37. Joutsa J, Saunavaara J, Parkkola R, Niemelä S, Kaasinen V. Extensive abnormality of brain white matter integrity in pathological gambling. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2011;194:340-6.

38. Miel SF, Fehr T, Meyer G, Herrmann M. Neurobiological correlates of problem gambling in a quasi-realistic blackjack scenario as revealed by fMRI. *Psychiatry Res* 2010;181:165-73.
39. Fuentes D, Rzezak P, Pereira FR, et al. Mapping brain volumetric abnormalities in never-treated pathological gamblers. *Psychiatry Res* 2015;232:208-13.
40. Regard M, Knoch D, Gulting E, Landis T. Brain damage and addictive behavior: a neuropsychological and electroencefalogram investigation with pathologic gamblers. *Cogn Behav Neurol* 2003;16(1):47-53.
41. Roca M, Torralva T, Lopez P, Cetkovich M, Clark L, Manes F. Executive functions in pathologic gamblers selected in an ecologic setting. *Cogn Behav Neurol* 2008; 21:1-4.
42. Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ, Clark L. Impulsivity and response inhibition in alcohol dependence and problem gambling. *Psychopharmacology (Berl)*. 2009;207(1):163-72.
43. Cavedini P, Bassi T, Zorzi C, Bellodi L. The advantages of choosing antiobsessive therapy according to decision making functioning. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2002;24:628-31.
44. Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW, Schreiber LR, Grant JE. A neurocognitive comparison of cognitive flexibility and response inhibition in gamblers with varying degree of clinical severity. *Psychol Med* 2011;41:2111-9.
45. Ledgerwood DM, Orr ES, Kaploun KA, et al. Executive function in pathological gamblers and healthy controls. *J Gambl Stud* 2012;28:89-103.
46. Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van den Brink W. Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal control. *Addiction* 2006;101:534-47.
47. Marazziti D, dell'Osso MC, Conversano C, et al. Executive function abnormalities in pathological gamblers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:7.
48. Conversano C, Marazziti D, Carmassi C, Baldini S, Barnabei G, Dell'Osso L. Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings. *Harv Rev Psychiatry* 2012;20:130-48.
49. Adolphs R, Bekara A, Kaufman O, Kawasaky H, Bakken H, Damasio H. Single unit responses in human orbitofrontal cortex: decision making on a gambling task. *J Cogn Neurosci* 2000;53(suppl):57B.
50. Coriale G, Ceccanti M, De Filippis S, Falletta Caravasso C, De Persis S. Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento. Gambling disorder: epidemiology, diagnosis, interpretative models and intervention. *Riv Psichiatr* 2015; 50(5): 216-27.
51. Sharpe L. A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: a biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review* 2002;22(1):1-25.
52. Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman RC, Donato AN, Stanton MV. Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12:367-74.
53. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97:487-99.
54. Lesieur HR. Cluster analysis of types of inpatient pathological gamblers. *Dissertation Abstracts International*. 2001;62(4-B):2065. (UMI No. 3011834)
55. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M. Pathological gambling: a review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. Prim care companion. *J Clin Psychiatry* 2006;8(6):334-9.
56. McCown WG, Howatt WA. *Treating gambling problems*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2007.
57. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986;3:167-26.
58. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-90.

59. Milosevic A, Ledgerwood DM. The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:988-98.
60. Ferris J, Wynne H. *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2001. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ccgr.ca/en/projects/canadian-problem-gambling-index.aspx>; ultima consultazione 18/12/2017.
61. Colasante E, Gori M, Bastiani L, Siciliano V, Giordani P, Grassi M, Molinaro S. An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. *Journal of Gambling Studies* 2013;29(4):65-74.
62. Barbaranelli C, Vecchione M, Fida R, Podio-Guidugli S. Estimating the prevalence of adult problem gambling in Italy with SOGS and PGSI. *Journal of Gambling Issues* 2013;28:1-24.
63. Gerstein D, Hoffman J, Larison C, et al. *Gambling impact and behavior study. Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago, IL: National Opinion Research Center, University of Chicago; 1999.
64. Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA. The NODS-CLiP: A Rapid Screen for Adult Pathological and Problem Gambling. *J Gambl Stud*. 2009;25(4): 541-55.
65. Lesieur HR, Blume SB, The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal Psychiatry* 1987;144:1184-8.
66. Guerreschi C, Gander S. Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R. Lesieur e S.B. Blume. In: Guerreschi C. *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*. Milano; San Paolo; 2000. p. 137-42.
67. Winters KC, Stinchfield R, Fulkerson J. Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies* 1993;9:371-86.
68. Couyoumdjian A, Baiocco R, Del Miglio C. *Adolescenti e nuove dipendenze. Le basi teoriche, i fattori di rischio, la prevenzione*. Roma-Bari: Laterza; 2006.
69. Gebauer L, LaBrie RA, Shaffer HJ. Optimizing DSM IV classification accuracy: a brief bio-social screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010;55(2):82-90.
70. Johnson EE, Hammer R, Nora RM, Tan B, Eistenstein N, Englehart C. The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports* 1988;80:83-8.
71. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C. *Understanding and treating pathological gamblers*. London: Wiley; 2002.
72. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research & Therapy* 2003;41:587-96.
73. Breen RB, Zuckerman M. 'Chasing' in gambling behavior: Personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences* 1999;27:1097-111.
74. Stinchfield R, Winters KC, Botzet A, Jerstad S, Breyer J. Development and psychometric evaluation of the gambling treatment outcome monitoring system (GAMTOMS). *Psychology of Addictive Behaviors* 2007;21(2):174-84.
75. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet* 2011;378:1874-84.
76. Kim SW, Grant JE, Potenza MN, Blanco C, Hollander E. The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): a reliability and validity study. *Psychiatry Res* 2009;166(1):76-84.
77. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;11:CD008937.
78. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen B-H, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction* 2005;100:1412-22.
79. Gooding P, TARRIER N. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? *Behav Res Ther* 2009;47:592-607.

80. Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L. Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2010;39:92-103.
81. Diskin KM, Hodgins DC. A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behav Res Ther* 2009;47:382-88.
82. Wulfert E, Blanchard EB, Freidenberg B, Martell R. Retaining pathological gamblers in cognitive-behavioral therapy through motivational enhancement. *Behav Modif* 2006;30:315-40.
83. Hodgins DC, Currie SR, Currie G, Fick GH. A randomized clinical trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: more is not necessarily better. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:950-60.
84. Carlbring P, Smit F. Randomized trial of Internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:1090-4.
85. Petry NM, Weinstock J, Ledgerwood DM, Morasco B. A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:318-28.
86. Toneatto T, Gunaratne M. Does the treatment of cognitive distortions improve clinical outcomes for problem gambling? *J Contemp Psychother* 2009;39:221-9.
87. Moyers TB, Martin JK, Houck JM, Christopher PJ, Tonigan JS. From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(6):1113-24.
88. Smith D, Battersby M, Pols R, Harvey PW, Oakes JE, Baigent MF. Predictors of relapse in problem gambling: A prospective cohort study. *J Gambl Stud* 2015;31(1):299-313.
89. Rodda S, Lubman DI, Latage K. Problem gambling: aetiology, identification and management. *Aust Fam Physician* 2012;41(9):725-9.
90. Lupi M, Martinotti G, Acciavatti T, Pettorruso M, Brunetti M, Santacroce R, Cinosi E, Di Iorio G, Di Nicola M, Di Giannantonio M. Pharmacological treatments in gambling disorder: a qualitative review. *Biomed Res Int* 2014;2014:537306.
91. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2001;49:914-21.

2. STRUTTURE CLINICHE PER IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO DI AZZARDO

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

2.1. Introduzione

Un'azione di primaria importanza per sviluppare un sistema di sorveglianza nazionale sul disturbo da gioco d'azzardo è stata realizzare un censimento di tutti i servizi e le strutture impegnate, a diverso titolo, nel contrasto del disturbo da gioco d'azzardo.

La raccolta di informazioni e dati relativi alle risorse territoriali è indispensabile per supportare la costituzione di un network tra tutti i centri dell'Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del privato sociale che erogano interventi a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo.

In Italia molti professionisti dei servizi socio-sanitari sono da tempo impegnati nella presa in carico e trattamento degli utenti affetti da disturbo da gioco d'azzardo; tuttavia l'offerta assistenziale origina spesso dall'esperienza accumulata da singoli clinici o gruppi di operatori e non è frutto di condivisione tra i diversi attori coinvolti in tali interventi, tantomeno tra le diverse aree geografiche del Paese.

Una raccolta standardizzata di informazioni è un passaggio fondamentale per organizzare i dati relativi ai servizi e alle strutture e renderli fruibili per gli operatori ma soprattutto per gli utenti e i loro familiari.

I dati raccolti presso i centri identificati hanno riguardato:

- gli indicatori di attività;
- i criteri di diagnosi utilizzati e analisi delle comorbilità;
- la composizione delle équipe assistenziali dedicate;
- la tipologia degli strumenti di intervento e di valutazione utilizzati;
- l'analisi dell'offerta assistenziale;
- le attività di valutazione degli esiti;
- il lavoro di rete con altre strutture.

2.2. Metodologia

2.2.1. Start up

È stata effettuata una revisione dei database disponibili nel web ed è stato creato un archivio elettronico per raggruppare tutte le strutture pubbliche e del privato sociale individuate.

L'attività di ricostruzione si è concentrata sul "profile research" effettuata prevalentemente online attraverso l'esplorazione delle banche dati e la conseguente predisposizione di un updated data. Laddove i contenuti sono risultati incompleti e/o errati perché obsoleti è stata effettuata un'azione di "recall telefonico" (verso il centro di riferimento) indispensabile per ottenere un profilo aggiornato. Il processo di aggiornamento è stato progettato e sviluppato seguendo i principi di Lessler e Kalsbeek nel 1992 (1) (Riquadro 2.1).

RIQUADRO 2.1. Principi di completamento dell'accuratezza delle interviste e delle banche dati secondo Lessler e Kalsbeek (1992)

1. Identificazione dello scopo del database;
2. Individuazione e organizzare delle informazioni necessarie;
3. Suddivisione delle informazioni in tabelle;
4. Trasformazione degli elementi di informazioni in colonne;
5. Dettaglio delle chiavi primarie;
6. Impostazione delle relazioni tra le tabelle;
7. Perfezionamento della progettazione;
8. Applicazione delle regole di normalizzazione.

2.2.2. Costruzione della scheda di rilevazione

La prima tappa operativa dell'indagine è stata quella di costruire una scheda di censimento che consentisse di raccogliere dati in tutti gli ambiti di indagine previsti ma che allo stesso tempo si rivelasse accettabile dagli operatori e di facile compilazione. Una prima versione della scheda è stata articolata in quattro sezioni finalizzate a raccogliere informazioni sulle caratteristiche anagrafiche dei centri (es. posizione geografica, indirizzo, recapiti e tipologia dei contatti); sulla descrizione del servizio (caratteristiche di struttura e di processo, descrizioni delle attività); sulla tipologia dell'intervento assistenziale (definizione di caso, strumenti diagnostici specifici e delle comorbilità, tipologia delle terapie); sulle attività di valutazione degli esiti (tipologia degli strumenti, criteri di scelta degli esiti, indicatori di qualità del servizio).

Questa prima versione della scheda è stata inviata agli esperti partecipanti al Progetto ed è stata sottoposta a una prima revisione che ha consentito di riconsiderare i vari ambiti di indagine, eliminare alcuni *item* e di modificarne o aggiungerne altri.

Una seconda versione della scheda è stata in seguito sottoposta a una prova di somministrazione/compilazione ad un campione di 11 centri clinici del territorio nazionale, allo scopo di verificarne comprensibilità, grado di accettabilità, completezza e tempi di compilazione. Solo dopo i risultati di questa prima fase di validazione è stata redatta una stesura finale dello strumento, come frutto dell'integrazione tra: i) gli strumenti utilizzati per indagini simili; ii) gli *indicatori* emersi dalla letteratura scientifica; iii) le indicazioni degli esperti e iv) i suggerimenti degli operatori del settore. La versione definitiva della scheda prevedeva le seguenti aree d'indagine: Anagrafica e accessibilità utenti; Organizzazione del servizio; Offerta assistenziale e valutazione esiti; Tipologia dell'utenza assistita.

Allo scopo di raccogliere dati non solo nell'ambito delle strutture pubbliche, la scheda di rilevazione è stata redatta in due versioni: una versione per i Servizi operanti nell'ambito dell'SSN, l'altra per le Strutture afferenti al Privato Sociale.

Le schede definitive d'indagine sono state collocate su una piattaforma ad accesso gratuito in Internet (SurveyMonkey®). Utilizzando l'archivio precedentemente approntato è stato inviato via posta elettronica il link per la compilazione della scheda di rilevazione; gli invii sono stati effettuati a partire dal 6 ottobre 2015 a 612 Servizi dell'SSN (sia i Servizi per le Tossicodipendenze, SerT, che i Servizi per le Dipendenze, SerD) e a 796 strutture del privato sociale. Dopo il primo invio sono state eseguite, in cinque diversi momenti, delle re-call per sollecitare i servizi e le strutture da cui non era pervenuta alcuna risposta.

Nei casi in cui gli indirizzi di posta elettronica disponibili non sono risultati attivi, sono state effettuate ulteriori re-call telefoniche per acquisire quelli corretti. Le maggiori criticità incontrate in questa fase si sono dimostrate: la scarsa dimestichezza degli operatori dei centri contattati con indagini basate su sistemi informatizzati via web e la mancata standardizzazione

degli indirizzi di posta elettronica dei servizi pubblici sotto un dominio predefinito (es. regionale o della ASL di appartenenza).

2.3. Risultati

Dei 615 Servizi dell'SSN cui è stato inviato il link per l'indagine online, 343 (56,0%) hanno fornito una qualche forma di risposta mediante un messaggio di posta elettronica, un *feedback* telefonico o la diretta compilazione della scheda di indagine. Allo stesso modo, dei 769 centri del privato sociale, 137 (17,2%) hanno inviato una qualche forma di risposta. Tra i centri rispondenti 184 Servizi dell'SSN (SerT/SerD) e 95 strutture del privato sociale hanno dichiarato di prevedere attività cliniche specifiche per il gioco di azzardo.

2.3.1. Distribuzione centri per area geografica e regione

Dei centri che hanno fornito informazioni sulla regione di appartenenza, 81 Servizi dell'SSN sono risultati ubicati nel Nord Italia, 44 nel Centro Italia e 59 nel Sud e Isole; la distribuzione delle strutture afferenti al privato sociale è risultata disomogenea, con regioni non rappresentate. Nella Figura 2.1 è mostrata la distribuzione per regione dei soli servizi dell'SSN.



Figura 2.1. Distribuzione geografica di 184 SerT/SerD censiti con attività d'assistenza rivolta a pazienti con disturbi associati al gioco d'azzardo (Italia-ISS 2014)

2.3.2. Disponibilità di attività cliniche dedicate

Dei 184 Servizi dell'SSN che hanno dichiarato di aver implementato delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo, 113 (61,4%) servizi hanno dichiarato di prevedere delle attività dedicate, 57 (31,0%) di prevedere un servizio specifico e 14 (7,6%) che hanno attivato un servizio secondo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) regionali. La quasi totalità dei Servizi (92,0%) ha anche dichiarato che il personale è stato appositamente formato per operare nell'ambito del disturbo da gioco d'azzardo.

Delle 95 strutture del privato sociali rispondenti, 72 (75,8%) prevedono delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo mentre 23 (24,2%) hanno dichiarato di non aver intrapreso ancora alcuna azione specifica a causa della mancanza di fondi, di spazi o di personale ma oltre il 50% di queste stava studiando la fattibilità di azioni future. Queste strutture hanno dichiarato tuttavia di inviare gli utenti presso i SerT/SerD di competenza territoriale.

Rispetto all'anno di attivazione di attività dedicate a pazienti con disturbi associati al gioco d'azzardo hanno fornito il dato 153 Servizi dell'SSN e 39 strutture del privato sociale. La Figura 2.2 mostra la distribuzione cumulativa dei centri per anno di inizio attività e per tipologia. L'aumento progressivo del numero dei SerT/SerD interessati al disturbo da gioco d'azzardo si è registrato dal 2001 in poi con un andamento costante mentre nel privato sociale, l'incremento si è registrato soprattutto a partire dal 2011.

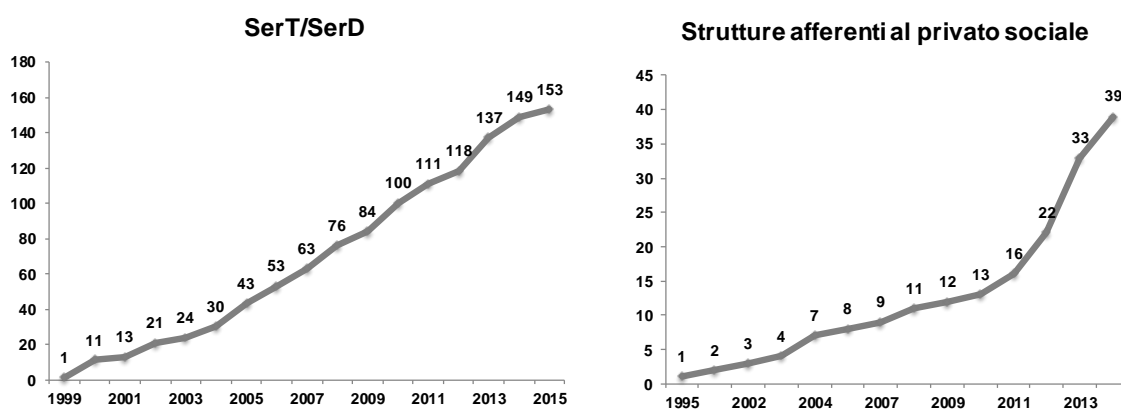


Figura 2.2. Distribuzione cumulativa di Centri per il disturbo da gioco d'azzardo per anno di attivazione e tipologia (Italia, 2015)

2.3.3. Diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo

Presso i centri rispondenti la diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo viene definita in base ai criteri del DSM-5 nella quasi totalità dei SerT/SerD (182/184, 98,9%) e in oltre tre quarti delle strutture del privato sociale (73/95, 76,8%). La diagnosi è effettuata utilizzando strumenti psicodiagnostici standardizzati nell'83,7% (154/184) dei SerT/SerD e in circa il 76% (66/95) delle strutture afferenti al privato sociale. Il 94% dei SerT/SerD offre una valutazione sociale degli utenti e l'82% degli stessi anche una valutazione medica; delle strutture afferenti al privato sociale il 93% offre una valutazione sociale e nel 29% dei casi anche una valutazione medica. Nello specifico, gli indicatori più frequentemente usati dai SerT/SerD per la valutazione sociale sono: le relazioni familiari (92%), la situazione occupazionale e dello stato patrimoniale (74%), la presenza di debiti

con organizzazioni autorizzate come banche o finanziarie (70,0%), l'aver commesso reati successivi all'inizio del gioco d'azzardo come l'appropriazione indebita e l'emissione di assegni a vuoto (61,0%); anche per le strutture afferenti al privato sociale l'indicatore più rilevante per la valutazione sociale è dato dalle relazioni familiari (73%) mentre gli altri indicatori si presentano secondo l'ordine presenza di debiti con banche o finanziarie (64%), presenza di reati successivi all'inizio del gioco d'azzardo (61%), situazione occupazionale e dello stato patrimoniale (56%) e l'aver contratto debiti con organizzazioni non autorizzate (52%).

La valutazione medica degli utenti dei SerT/SerD è effettuata prevalentemente considerando la comorbidità, come altre dipendenze o disturbi psichiatrici (86%). La valutazione deriva da un'anamnesi completa del paziente nell'83% dei casi e in oltre la metà (56%) anche da colloquio con i familiari e/o persone significative per il paziente. Gli operatori dei SerT/SerD hanno dichiarato che in presenza di comorbidità psichiatrica nel 61% dei casi la scelta della terapia farmacologica viene stabilita in collaborazione con il Centro di Salute Mentale di competenza territoriale.

La valutazione medica degli utenti delle strutture del privato sociale viene condotta prevalentemente attraverso un'anamnesi completa del paziente (25%) e/o un colloquio con i familiari o persone significative (25%) e in un terzo dei casi su eventuali comorbidità (30%). Solo dodici (12,6%) delle 95 strutture hanno dichiarato di non effettuare alcuna valutazione medica.

Relativamente alla valutazione psicodiagnostica si evince nei SerT/SerD non è condiviso uno vero e proprio "standard" psicodiagnostico: il 56% ha indicato di utilizzare l'intervista strutturata e/o semi-strutturata, il 31% test e scale di valutazione della *addiction* e il 15% utilizza altri strumenti tra cui il colloquio clinico. Diversamente, le strutture del privato sociale per la valutazione psicodiagnostica hanno dichiarato l'utilizzo dell'intervista strutturata e/o semi-strutturata nella metà dei casi (50%), di test di personalità (es. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI) (57%), di test e scale di valutazione della *addiction* (27%).

Nei centri dell'SSN dove vengono utilizzati strumenti di screening per il disturbo da gioco d'azzardo, quello più utilizzato è risultato il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) per adulti (93%) e in un terzo dei casi (34%) insieme ad altri strumenti come il *Clinical Outcome for Routine Evaluation Outcome Measure* (CORE-OM), il *Clinical Gait and Balance Scale* (GABS), il *Symptom Checklist-90* (SCL-90).

Anche le 26 strutture del privato sociale che hanno dichiarato di utilizzare strumenti diagnostici specifici per il disturbo da gioco d'azzardo, utilizzano più frequentemente il SOGS per adulti (81%) ma anche, in un terzo dei casi (31%), l'*Addiction Severity Index Pathological Gamblers* (ASI-PG) e il *Gambling Severity Index* (GSI); il 19% delle strutture utilizza anche il *Canadian Problem Gambling Index* e il 38%, nella sezione "altro" ha indicato la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID II) e la GABS.

2.3.4. Analisi delle caratteristiche di struttura, processo ed esito

Nei SerT/SerD, l'erogazione delle prestazioni è nella quasi totalità a completo carico dell'SSN. Solo il 2% delle strutture ha dichiarato di erogare prestazioni sottoposte a contribuzione (ticket) e un 1% ha risposto di offrire prestazioni fuori dai LEA. Diversamente, solo 22 (23,2%) delle 95 strutture del privato sociale hanno erogato prestazioni gratuite e 16 (16,8%) prevedono una qualche forma di pagamento.

Il tempo di attesa per accedere ai servizi e alle strutture del privato sociale è risultato relativamente breve: il 61% circa dei SerT/SerD e l'81% circa delle strutture del privato sociale hanno dichiarato tempi di attesa inferiori ai 7 giorni.

Gli interventi più frequentemente attuati presso i SerT/SerD (Figura 2.3) sono risultati il counselling individuale (91%) e la psicoterapia individuale (87%). Inoltre, oltre la metà dei servizi attua terapie familiari (55%) e quasi la metà terapie di coppia (49%). Gli interventi più

frequentemente attuati nelle strutture del privato sociale sono la psicoterapia individuale in circa tre quarti dei centri (74%), l'intervento riabilitativo/educativo in circa due terzi (63%), il gruppo psico-educativo e il counselling in circa il 60% (Figura 2.4). Il 13% dei SerT/SerD offre una consulenza legale all'interno del servizio mentre il 23% ha collegamenti con consulenti esterni; le strutture del privato sociale prevedono per il 16% e una consulenza legale nella struttura mentre circa il 40% ha collegamenti con consulenti esterni.

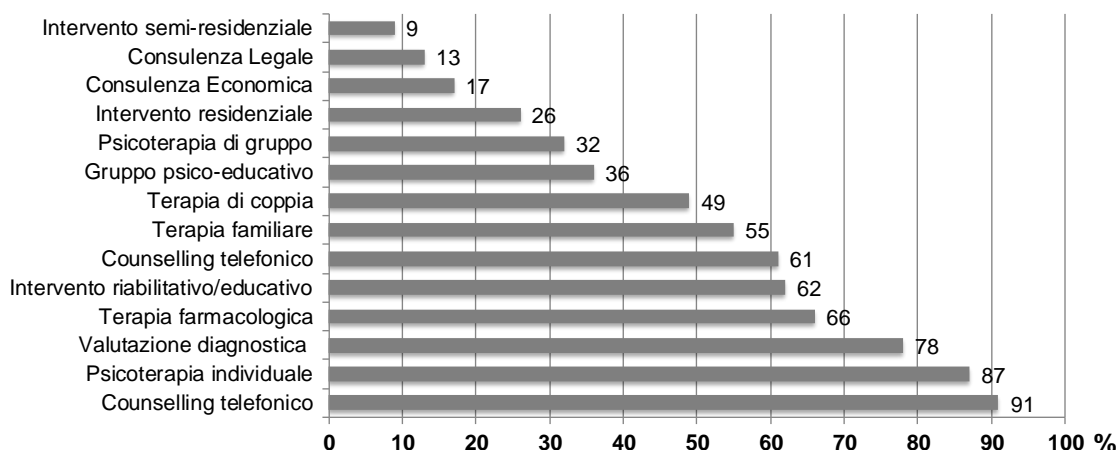


Figura 2.3. Interventi (%) rivolti a pazienti con disturbo da gioco d'azzardo in 171 SerT/SerD rispondenti (Italia, 2015)

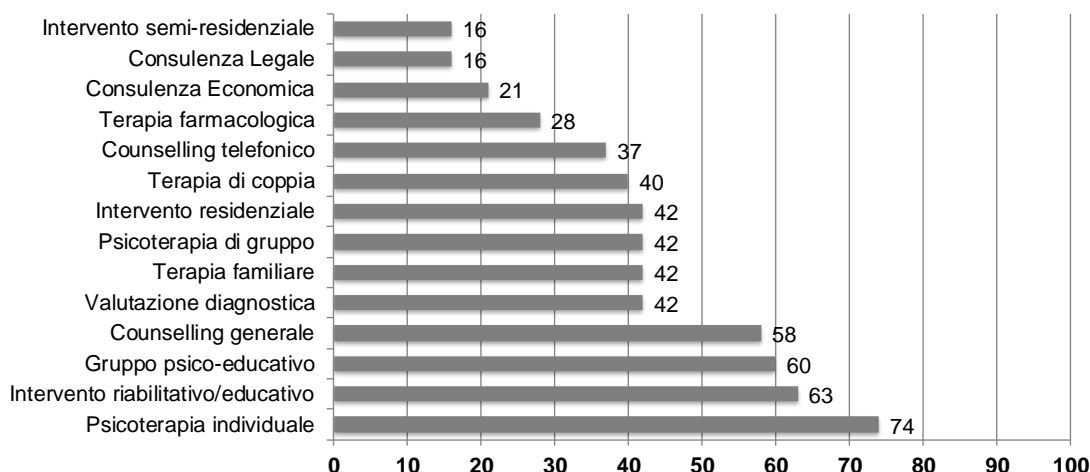


Figura 2.4. Interventi (%) rivolti a pazienti con disturbo da gioco d'azzardo in 43 strutture del privato sociale (Italia, 2015)

Nei servizi dell'SSN vengono utilizzate diverse modalità per la raccolta dei dati clinici degli utenti in trattamento per il disturbo da gioco d'azzardo tra cui la cartella clinica (87%), perlopiù elettronica e allineata al sistema informatico regionale (81%) e in meno di un centro su dieci (8%) viene utilizzato il sistema integrato *Multi functional Platform* (MfP). Diversamente, in tre strutture su quattro (74%) afferenti al privato sociale i dati si registrano attraverso in una scheda individuale del paziente. Le motivazioni più frequenti di accesso dei pazienti ai SerT/SerD e alle strutture del privato sociale sono le pressioni dei familiari (99% vs 93%), i debiti (83% vs 81%) e il malessere percepito (63% vs 71%).

Gli utenti che arrivano ai servizi seguono più spesso le indicazioni dei familiari (94%), accedono volontariamente (91%) oppure seguono i suggerimenti del proprio medico di medicina generale (34%). Gli utenti arrivano alle strutture del privato sociale più spesso volontariamente (83%), su suggerimento dei familiari (60%) o per invio da parte dei SerT/SerD (52%).

Alla richiesta di fornire indicazioni e dati relativi alla composizione dell'équipe, hanno risposto 161 (87%) centri dell'SSN: il gruppo di lavoro è rappresentato da un medico, uno psicologo e un assistente sociale; complessivamente sono stati censiti come operativi 144 medici, 196 psicologi, 143 assistenti sociali, 46 infermieri, 84 educatori, 6 sociologi e 12 operatori di altra tipologia. Meno della metà delle strutture del privato sociale (44,2%) hanno fornito dati sull'organigramma. Diversamente dai centri dell'SSN queste strutture hanno indicato in équipe primariamente uno psicologo, quasi sempre un educatore e più raramente il medico; complessivamente sono stati censiti come operativi 52 psicologi, 35 educatori, 13 assistenti sociali e compaiono figure professionali quali l'avvocato e il consulente finanziario.

Il confronto percentuale tra le distribuzioni percentuali delle figure professionali operanti nelle due tipologie di centri ha mostrato differenze rilevanti: i medici e gli assistenti sociali che nei servizi dell'SSN si dividono equamente il 46% delle presenze professionali riducono drasticamente la loro presenza nelle strutture del privato sociale a favore degli educatori (32%) e degli psicologi (47%) (Figura 2.5).

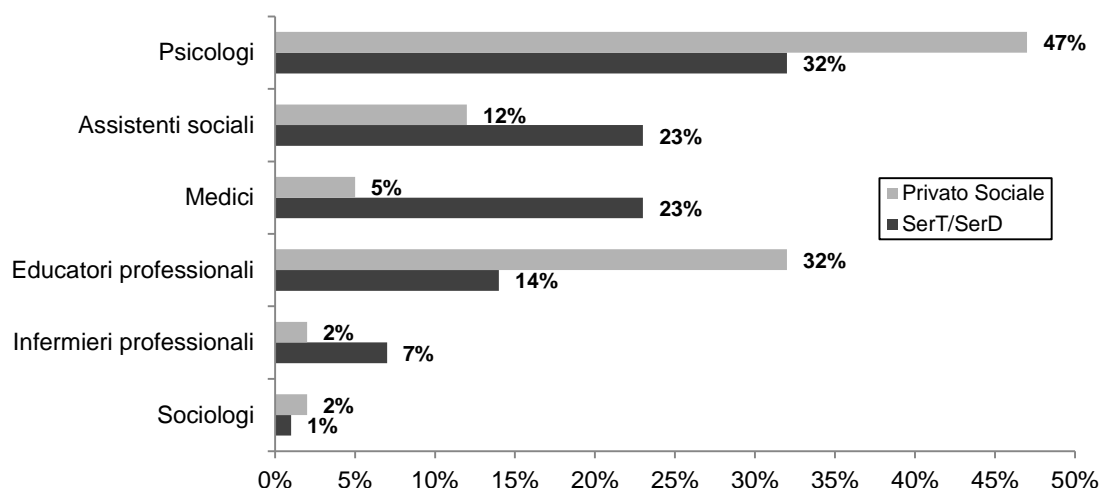


Figura 2.5. Operatori professionali (%) in centri per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo per tipologia (Italia, 2015)

2.3.5. Analisi del carico di lavoro

La ricerca ha previsto la raccolta dei dati relativi all'utenza in carico ai centri, dall'inizio delle attività dedicate al disturbo da gioco d'azzardo, nell'anno 2014 e durante i primi otto mesi del 2015 (gennaio-agosto). Dei centri afferenti all'SSN hanno fornito il dato 184 servizi contando un totale di 17.688 utenti presi in carico dall'inizio dell'attività, 6.297 durante l'anno 2014 (i nuovi casi per lo stesso anno sono stati 2.924) e 5.508 durante i primi otto mesi del 2015 (i nuovi casi ammontano a 1.936).

Sono 95 i Centri del privato sociale che hanno fornito informazioni sull'utenza: il numero totale di utenti presi in incarico dall'inizio attività è pari a 6.195 unità, 1.223 durante il 2014 (nuovi casi 697) e 992 durante i primi otto mesi del 2015 (i nuovi casi ammontano a 465).

La distribuzione per fascia di età dell'utenza dei 184 servizi dell'SSN, per l'anno solare 2014, mostra come la maggior parte degli utenti si concentri nelle fasce d'età centrali, nelle quali si raggruppano oltre il 50% di tutti gli utenti, con un rapporto maschi vs femmine di circa 4 a 1; tale rapporto tende a diminuire progressivamente nell'utenza delle età più elevate per passare 3 a 1 nella fascia 51-60 e circa di 2 a 1 nella fascia oltre i 61 anni. Per quanto riguarda le fasce giovanili, il rapporto maschi vs femmine è 7 a 1 nella fascia 21-30 anni e raddoppia nella fascia sotto i 20 anni (Figura 2.6). La distribuzione per fascia di età nella popolazione di utenti dei centri del privato sociale mostra dati quasi sovrapponibili a quelli osservati nei centri dell'SSN, con una maggioranza di utenza concentrata ancora una volta nelle fasce di età centrali. Diversamente, nell'utenza del privato sociale il rapporto maschi vs femmine è risultato più basso di quello registrato tra i centri dell'SSN, attestandosi intorno a 2 a 1. Tale rapporto tende a incrementarsi nella fascia d'età oltre i 70 anni (7 a 1) e nelle fasce giovanili, in cui il rapporto maschi vs femmine è 3 a 1 nella fascia 21-30 anni e 4 a 1 nella fascia sotto i 20 anni (Figura 2.7).

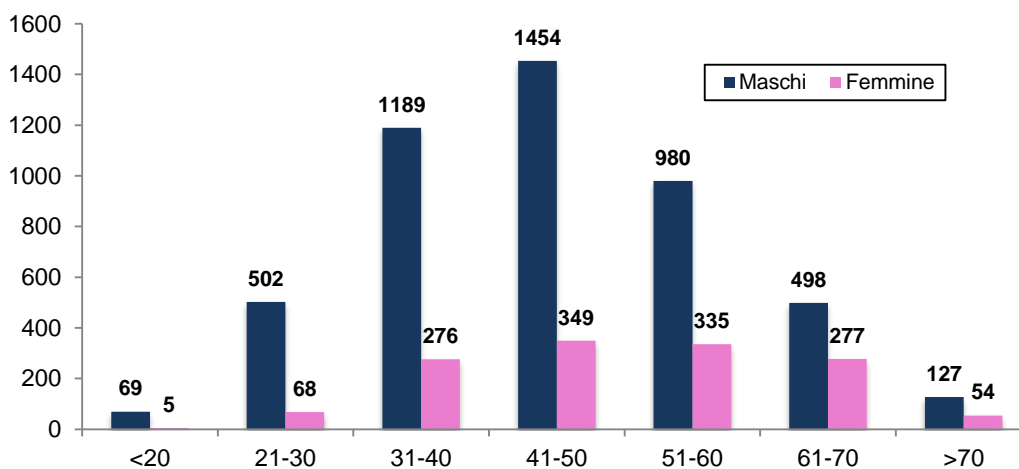


Figura 2.6. Distribuzione degli utenti in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo presso 184 SerT/SerD per fascia di età e sesso (Italia, 2015)

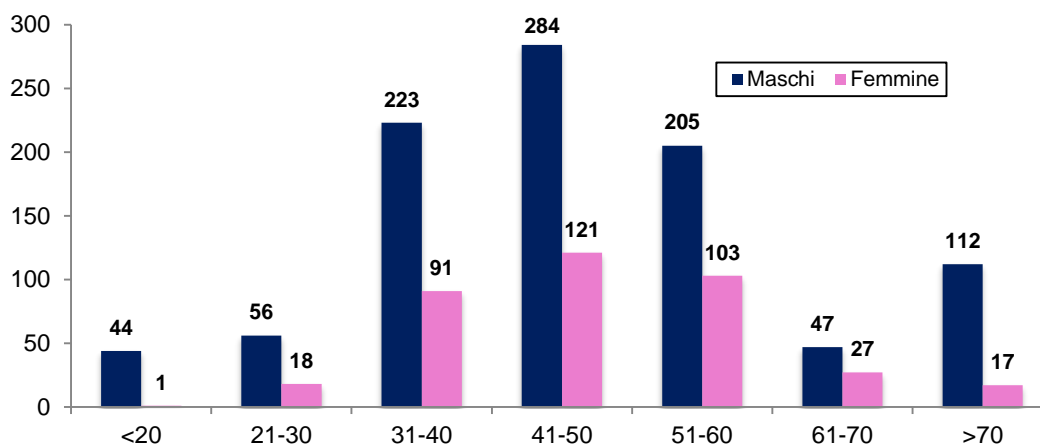


Figura 2.7. Distribuzione degli utenti in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo presso 95 centri del privato sociale per fascia di età e sesso (Italia, 2015)

La maggior parte delle strutture conduce programmi di valutazione d'esito utilizzando modalità diverse. Il 66% dei SerT/SerD e il 65% delle strutture del privato sociale prevedono una fase di *follow-up* rispetto al trattamento e la quasi totalità di questi servizi (94,4%) esegue una valutazione di esito fino a due anni dalla fine del trattamento. Gli indicatori d'esito più utilizzati dai servizi dell'SSN sono scelti dal servizio stesso (49%), così come avviene nella maggior parte delle strutture afferenti al privato sociale (63%). La valutazione multidisciplinare ha luogo nella quasi totalità dei servizi dell'SSN (93%) e in oltre i tre quarti delle strutture del privato sociale (83%).

La qualità del servizio è valutata nel 44% dei SerT/SerD che indicano, nel 23% dei casi, sia la soddisfazione degli operatori sia quella degli utenti. Per contro non è stato possibile raccogliere alcuna informazione sulla valutazione di qualità nei centri del privato sociale.

2.3.6. Visibilità delle Strutture

Rispetto al trattamento del disturbo da gioco d'azzardo la pubblicizzazione dell'attività avviene con canali diversi: nei SerT/SerD attraverso materiale informativo che pubblicizza la presenza sul territorio di servizi sanitari dedicati al trattamento del disturbo da gioco d'azzardo come previsto dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158 (Legge Balduzzi) (82%), comunicazione sul sito aziendale (72%), descrizione nella carta dei servizi della struttura (57%), altri mezzi (es. comunicazione interistituzionale) (21%). Le strutture afferenti al privato sociale per pubblicizzare la loro offerta assistenziale si affidano principalmente al sito della struttura (71%) ma anche a materiali informativi distribuiti presso i SerT/SerD (52%) e alle informazioni riportate nella carta dei servizi (45%).

La maggior parte dei SerT/SerD collabora con altri enti (74%), attua attività di prevenzione (71%) e implementa attività di formazione (65%). Anche la maggior parte delle strutture collabora con altri enti (85%), è coinvolta in attività di formazione (63%) e di prevenzione (59%).

2.4. Conclusioni

L'indagine condotta all'interno delle attività del Progetto "Sistema di sorveglianza nazionale sul disturbo da gioco d'azzardo: progetto sperimentale" ha consentito di identificare e censire sul territorio nazionale, un numero significativo di centri pubblici e del privato sociale che forniscono assistenza a persone con disturbo da gioco d'azzardo.

L'offerta di assistenza nei centri dell'SSN si identifica più spesso in attività dedicate al disturbo da gioco d'azzardo piuttosto che organizzata in servizi specifici. Questi ultimi rappresentano realtà operative solo in un terzo dei centri censiti (33%). Le strutture del privato sociale che riferiscono di non aver avviato attività e/o servizi specifici per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, dichiarano l'intenzione di attivarsi e l'impossibilità di farlo in tempi brevi anche in ragione di una rilevante minore disponibilità delle risorse.

I primi servizi iniziano a organizzarsi sul finire degli anni '90 e si assiste a una crescita progressiva nel tempo, con un incremento più evidente, attorno al 2012 probabilmente anche grazie alle disposizioni dettate dal Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158.

La dotazione di strumenti e metodologie per la diagnosi e il trattamento di pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo dei centri, soprattutto in quelli dell'SSN, è risultata in linea con le disposizioni emanate dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che riguarda la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, coinvolgendo personale specificamente formato sul disturbo da gioco di azzardo.

La distribuzione dei pazienti per genere ed età ha mostrato differenze mostra un trend simile tra i servizi dell'SSN e le strutture del Privato Sociale, con differenze di genere soprattutto nelle code delle due distribuzioni.

L'indagine ha consentito di raccogliere dati originali e fino ad ora disgregati a livello nazionale, consentendo di delineare una prima mappatura dell'offerta assistenziale attualmente disponibile per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, che non esaurisce la descrizione del panorama nazionale ma pone le basi per ulteriori indagini mirate a definirne caratteristiche operative e standard.

Bibliografia

1. Lessler JT, Kalsbeek WD. *Non sampling error in Surveys*. New York: John Wiley & Sons; 1992.

3. PERCEZIONE DEL FENOMENO “GIOCO D’AZZARDO” NELLA POPOLAZIONE GENERALE

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

3.1. Introduzione

Una delle attività trasversali del progetto “Sistema di sorveglianza nazionale sul disturbo da gioco d’azzardo: progetto sperimentale” ha consentito di indagare sulle opinioni e le conoscenze della popolazione generale sul fenomeno gioco d’azzardo per acquisire informazioni sulla percezione e sui giochi più praticati dagli italiani. Nel periodo dall’11 dicembre 2015 al 29 febbraio 2016, sono stati intervistati 3.000 italiani dai 15 anni in su, ai quali, oltre alle domande relative alla caratterizzazione socio-anagrafica, sono stati posti sei quesiti riguardanti la pratica dei giochi d’azzardo e la problematicità connessa a questo comportamento. Lo studio è stato condotto con la collaborazione dell’Istituto DOXA utilizzando la metodologia *Computer Assisted Personal Interview* (CAPI). Sarà descritta di seguito la metodologia di campionamento e i principali risultati.

3.2. Metodologia

3.2.1. Il campione

Dall’universo statistico di riferimento, costituito dalla popolazione italiana di 15 anni e oltre (52,4 milioni di persone), è stato estratto un campione casuale rappresentativo attraverso una metodologia di campionamento stratificato proporzionale a tre stadi.

La popolazione è stata suddivisa in sezioni o strati in base a due caratteri: regione e grandezza del comune di residenza. Si è proceduto a definire il numero delle interviste per ciascuno strato, in modo che la totalità delle interviste risultasse proporzionale alla distribuzione fra i diversi strati della collettività da studiare. Sono stati quindi scelti, nell’ambito di ogni strato, le unità di campionamento mediante una selezione a tre stadi: comuni, zona del comune, individui.

Nel primo stadio sono stati scelti in ogni strato i comuni (punti di campionamento) in cui eseguire le interviste. La rappresentatività dei comuni prescelti è stata controllata sulla base di adatti indici del potere di acquisto della popolazione. Nel secondo stadio è stato estratto, in ogni comune, un adeguato numero di sezioni elettorali (ciascuna delle quali corrisponde ad una determinata zona del comune), in modo che tutti i diversi tipi di aree abitate del comune (le zone centrali e quelle periferiche, le frazioni e le case isolate) fossero rappresentati nelle giuste proporzioni. Nel terzo stadio sono stati estratti, dai registri elettorali delle sezioni prescelte, i nominativi e gli indirizzi delle persone da intervistare. Gli individui da 15 a 17 anni che non sono registrate nelle liste elettorali sono stati scelti con il metodo delle quote (per sesso ed età). In fase di elaborazione i dati sono stati ponderati, attribuendo un peso (o fattore di ponderazione) a ciascuna intervista per riequilibrare perfettamente il campione rispetto all’universo di riferimento. Le variabili correlate considerate per la procedura di ponderazione sono state:

- Sesso per età;
- Regione per ampiezza centri.

Il campione, composto da 1437 maschi e 1563 femmine (rispettivamente 48% vs 52%), ha un'età media di 49 anni circa (Maschi 47,55; Femmine 49,80) (Figura 3.1). Il 46% dei rispondenti risiede in un comune del Nord Italia, il 20% in uno del Centro e il restante 34% in uno del Sud/Isole e il 55% dichiara un grado medio-elevato di istruzione (Figura 3.2).

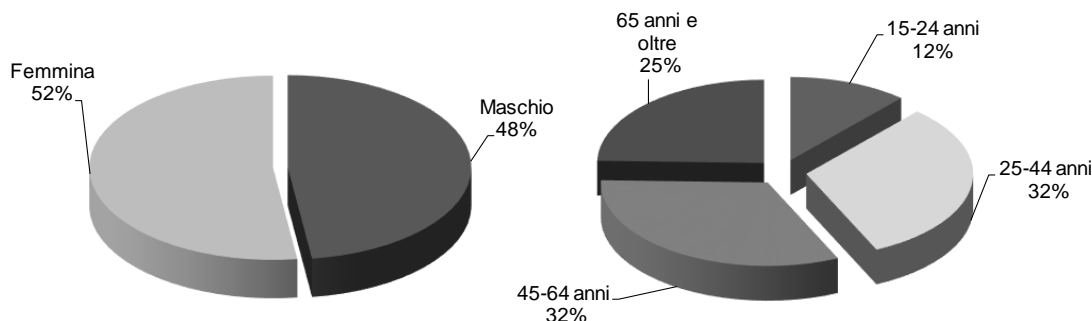


Figura 3.1. Distribuzione di genere e per fasce di età del campione intervistato (2016)

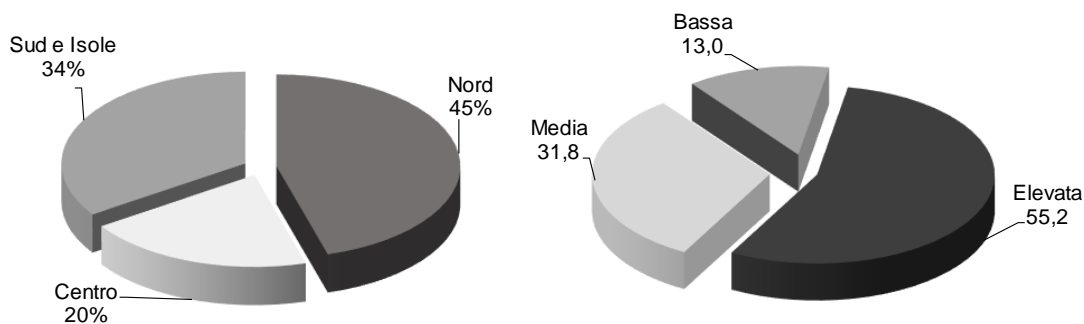


Figura 3.2. Distribuzione geografica e grado di istruzione del campione intervistato (2016)

3.2.2. Lo strumento di rilevazione

Lo studio ha utilizzato un breve questionario composto da due sezioni; la prima relativa alle informazioni socio-anagrafiche: genere, età, grado di istruzione, stato civile, professione, area geografica di residenza; la seconda relativa al gioco d'azzardo, composta da sei domande a risposta multipla su diversi argomenti, quali: 1) definizione del termine "gioco d'azzardo"; 2) conoscenza dei principali giochi d'azzardo; 3) giochi praticati nell'ultimo anno; 4) chi può aiutare la persona con problemi legati al gioco d'azzardo; 5) opinioni su norme e interventi per limitare i problemi legati al gioco d'azzardo; 6) opinioni sui fattori che favoriscono il comportamento gioco d'azzardo.

3.3. Risultati

Si propone di seguito una lettura dei principali risultati dell'indagine, illustrando eventuali differenze di genere, di età o di area geografica sulle tematiche su cui sono state costruite le domande del questionario sul gioco d'azzardo.

3.3.1. Definizione di gioco d'azzardo

Una domanda è stata posta allo scopo di conoscere quale fosse per la popolazione d'intervistati la definizione migliore di gioco d'azzardo tra quattro proposte (il cui ordine di presentazione ruotava in modo random). Se il 57% del campione riconosce la casualità della vincita o perdita di denaro quale caratteristica specifica del gioco d'azzardo, un 8% circa attribuisce l'esito del gioco ad una qualche abilità del giocatore (Figura 3.3).

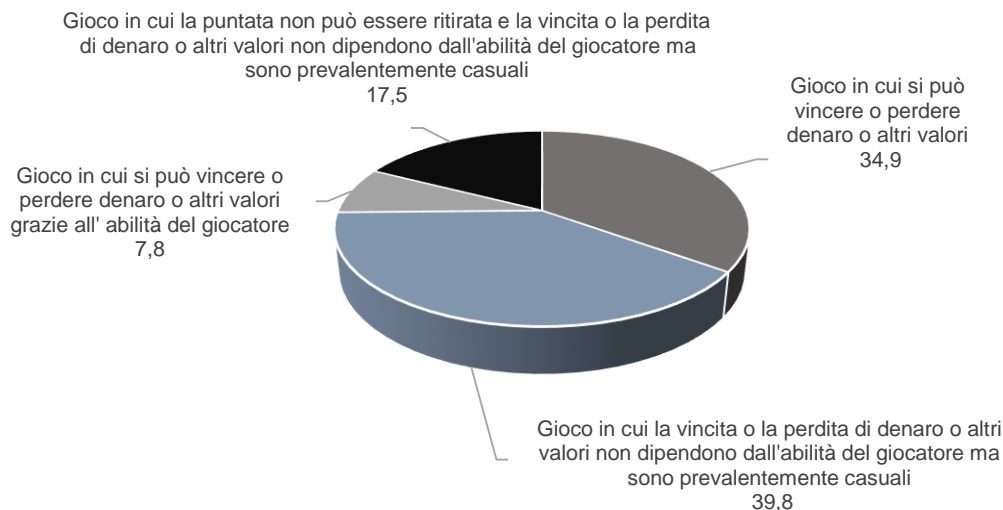


Figura 3.3. Distribuzione delle definizioni di gioco d'azzardo proposte agli intervistati (2016)

Nello specifico, meno del 20% del campione ha indicato la risposta più completa (19% dei maschi vs 16% delle femmine) (Figura 3.4) e soprattutto tra i più giovani (24%) e del centro e sud del Paese (Figura 3.5).

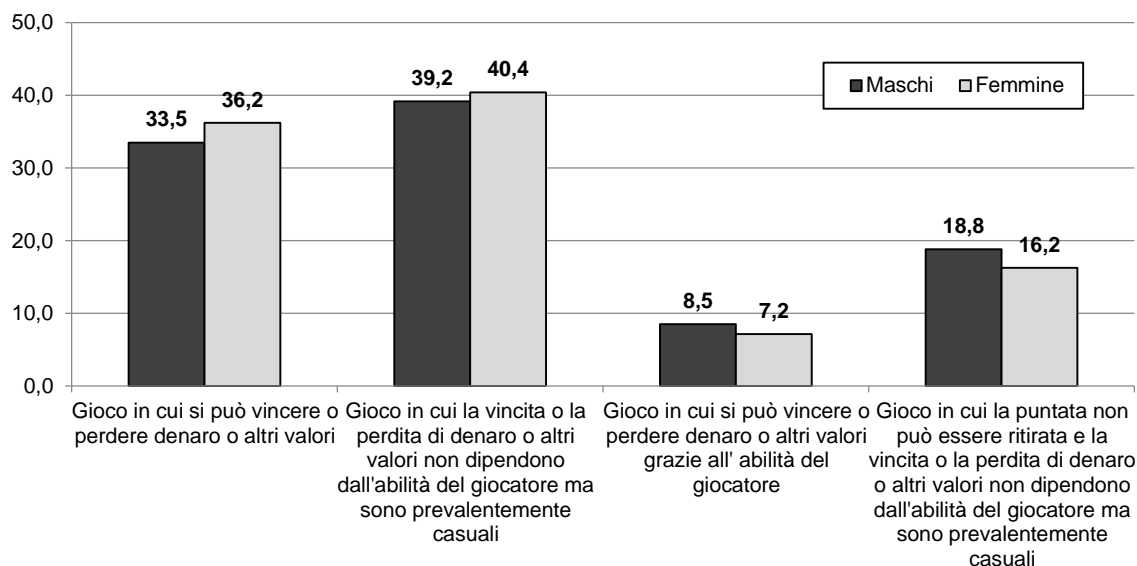


Figura 3.4. Distribuzione per genere delle definizioni di gioco d'azzardo proposte agli intervistati (2016)

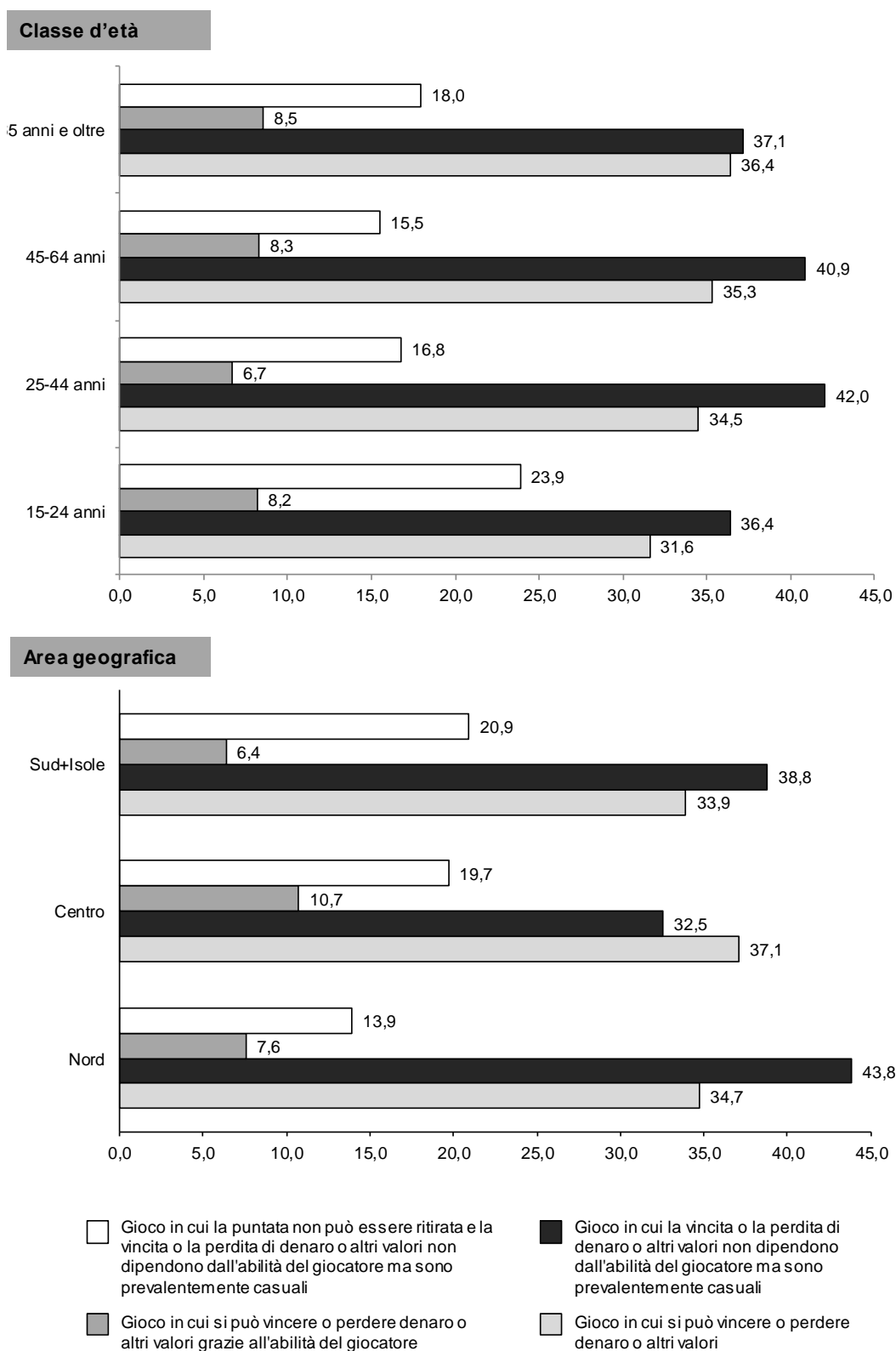


Figura 3.5. Distribuzione per classe d'età e area geografica delle definizioni di gioco d'azzardo proposte agli intervistati (2016)

3.3.2. Conoscenza dei principali giochi d'azzardo

Agli intervistati è stata mostrata una lista di giochi ed è stato chiesto quali potessero essere definiti giochi d'azzardo o meno. In assoluto il poker è stato il gioco più citato (81%), seguito dal videopoker (79%). Il dato interessante è che più della metà degli intervistati non ritiene che i Gratta e Vinci (56%), il Lotto (54%), il Win for life (51%) rientrino nella categoria gioco d'azzardo (Figura 3.6).

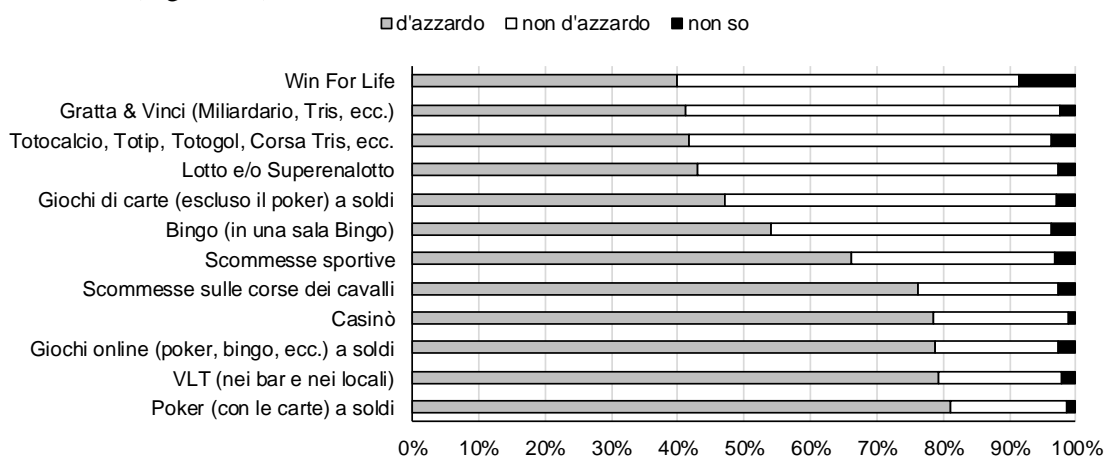


Figura 3.6. Conoscenza degli intervistati su quali siano i giochi d'azzardo per tipologia (2016)

Gli uomini riconoscono meno delle donne i giochi d'azzardo; differenze di genere interessanti sono osservabili sul Bingo (52% vs 55,6%), il Lotto e Superenalotto (41,1% vs 44,6%), il Totocalcio Totip, Totogol, Corsa Tris, ecc. (39,9 vs 42,7%) e i Gratta e Vinci (39,8% vs 42,7%) (Figura 3.7). Non sono state osservate differenze rilevanti per classi di età e area geografica.

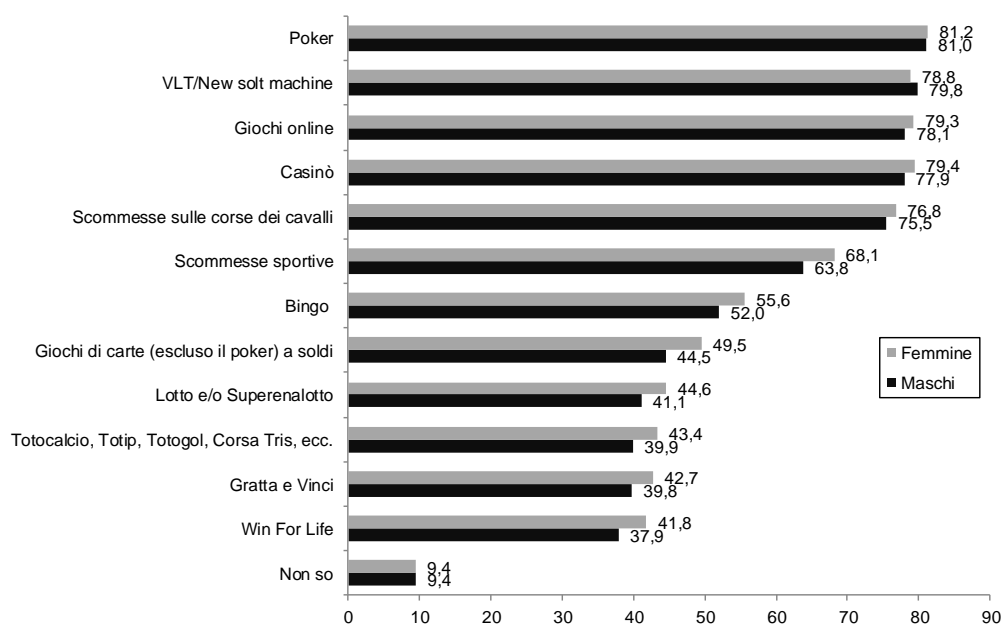


Figura 3.7. Conoscenza degli intervistati su quali siano i giochi d'azzardo per genere (2016)

3.3.3. Giochi praticati nell'ultimo anno

Si è voluto rilevare la pratica dei diversi giochi, chiedendo quali fossero stati quelli praticati nel corso degli ultimi 12 mesi dall'intervista. La quota dei giocatori, intesa come chi ha praticato almeno un gioco nell'ultimo anno, è pari al 49,7% (Figura 3.8).

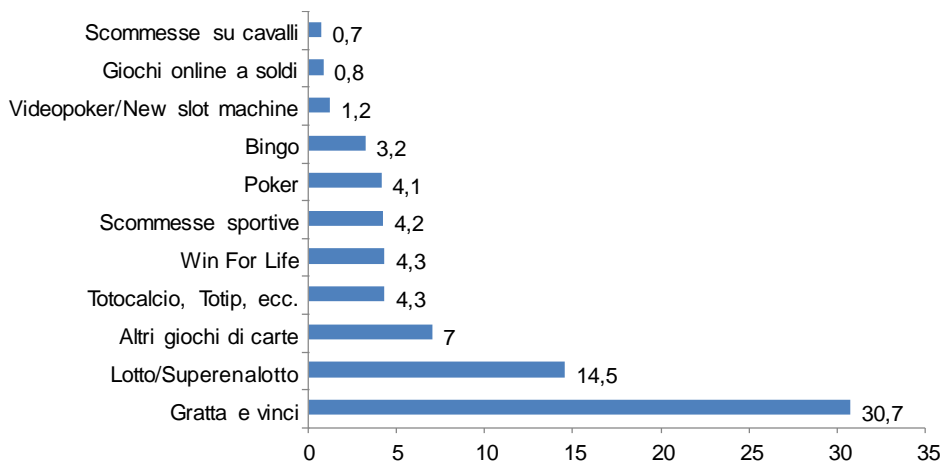


Figura 3.8. Giochi praticati dagli intervistati nell'ultimo anno per tipologia (2016)

Sebbene la maggior parte degli uomini e delle donne non abbia praticato i giochi elencati, circa il 32% dei maschi e il 30% delle femmine ha acquistato un Gratta e Vinci (es. Miliardario, Tris, Sette e mezzo, ecc.); il 18% dei maschi e l'11% delle femmine ha giocato al Lotto e/o Superenalotto. Percentuali inferiori al 2% riguardano i giochi praticati nei Casinò, le corse dei cavalli, i giochi online (poker, bingo, roulette, ecc.) e videolotterie (VLT) che includono i videopoker e *new slot machine* praticate nel canale terrestre (Figura 3.9).

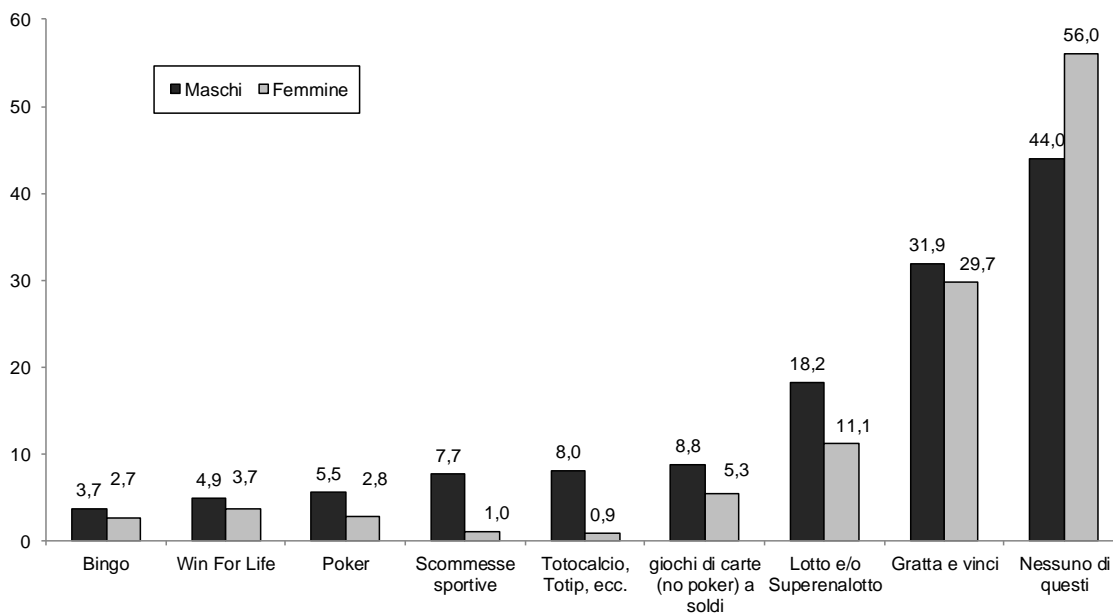


Figura 3.9. Giochi praticati dagli intervistati nell'ultimo anno per genere (2016)

I giovani tra i 15 e i 24 anni hanno impegnato denaro nelle scommesse sportive (11,9%), hanno giocato a carte (scopa, briscola, tresette, ecc. escludendo il poker) a soldi (11,1%) e alle VLT nei bar e nei locali (2,6%) più frequentemente rispetto alle altre fasce d'età.

Il gioco che caratterizza maggiormente la classe d'età 25-44 e 45-64 anni è il Gratta e Vinci (38,5% vs 33,2%), seguito dal Lotto e Superenalotto (rispettivamente 14,3% e 17,9%), quest'ultimo è praticato anche nella fascia d'età 65 e oltre (16,1%). Il gioco d'azzardo online è praticato soprattutto nelle fasce d'età 15-24 e 25-44 anni (rispettivamente 1,1% e 1,2%).

Differenze interessanti riguardano Totocalcio, Totip, Totogol, Corsa Tris, Bingo di sala e Win for Life che sono praticati soprattutto dalle fasce d'età centrali (Tabella 3.1).

Tabella 3.1. Distribuzione dei giochi praticati negli ultimi 12 mesi per classi di età

Tipologia di gioco	15-24 anni*	25-44 anni**	45-64 anni***	65 anni e + ****
Nessuno	52,6	42,4	48,5	61,5
Gratta e Vinci	26,4	38,5	33,2	19,6
Scommesse sportive	11,9	5,5	2,7	0,9
Giochi di carte (escluso il poker)	11,1	7,5	5,7	6,1
Poker	5,3	6,4	3,3	1,6
Totocalcio, Totip, Totogol, Corsa Tris, ecc.	2,9	4,9	5,9	2,1
VLT	2,6	1,5	0,9	0,3
Bingo	2,5	3,5	3,8	2,1
Lotto e/o Superenalotto	2,3	14,3	17,9	16,1
Win For Life	1,9	5,9	4,9	2,5
Giochi online in denaro	1,1	1,2	0,8	0
Scommesse ippiche	1,1	0,7	1	0,1
Casinò	0	0,4	0,8	0,4

* % di risposte multiple su 347 rispondenti; ** % di risposte multiple su 946 rispondenti; *** % di risposte multiple su 970 rispondenti; **** % di risposte multiple su 737 rispondenti

Il gratta e vinci è sicuramente il gioco più praticato lungo tutta la penisola e se i giochi di carte e le scommesse sportive sono più praticati nel centro (rispettivamente 7,3% e 5,5%) e sud Italia (rispettivamente 8,4% e 6,4%), al nord si gioca di più al Lotto e Superenalotto (16,1%), a poker (5,7%), al Totocalcio, Totip, Totogol, Corsa Tris, ecc. (5,1%) e al Bingo in sala (4,2%) (Tabella 3.2).

Tabella 3.2. Distribuzione giochi praticati negli ultimi 12 mesi per area geografica

Tipologia di gioco	Nord*	Centro**	Sud+Isole***
Nessuno	46,4	56,2	51,9
Gratta e Vinci	31,8	30,3	29,7
Lotto e/o Superenalotto	16,1	12,8	13,5
Win For Life	6	3,7	2,4
Giochi di carte (escluso il poker) a soldi	5,8	7,3	8,4
Poker	5,7	2,8	2,7
Totocalcio, Totip, Totogol, Corsa Tris, ecc.	5,1	3,8	3,6
Bingo	4,2	2,7	2,1
Scommesse sportive	2	5,5	6,4
VLT	1,3	1,7	0,6
Scommesse ippiche	0,8	0,6	0,5
Casinò	0,7	0,5	0,2
Giochi online in denaro	0,5	1,5	0,7

*% di risposte multiple su 1365; **% di risposte multiple su 603; ***% di risposte multiple su 1032

3.3.4. Chi può aiutare per problemi legati al gioco d'azzardo

Su chi possa aiutare le persone con difficoltà legate al gioco d'azzardo sia gli uomini che le donne (rispettivamente 31,1% vs 27,9%) individuano nello psicologo la figura adatta a fornire un aiuto adeguato; inoltre sia gli uomini che le donne hanno individuato nei servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e nelle strutture afferenti al Privato Sociale (rispettivamente 28,4% e 25,7%) delle buone alternative, così come la famiglia è considerata da entrambi i generi un valido sostegno (M=13,7%; F=15,5%) (Figura 3.10). Rispetto alla distribuzione per classe d'età i giovani soprattutto ravvedono nello psicologo la figura più adatta a fornire aiuto alle persone con problemi legati al gioco d'azzardo (35,7%) mentre gli over 65 confidano maggiormente nel medico di medicina generale (10,3%); i servizi dell'SSN e le strutture afferenti al Privato Sociale ricevono l'approvazione soprattutto delle fasce d'età centrali rispettivamente 33,5% e 31,4% (Figura 3.11).

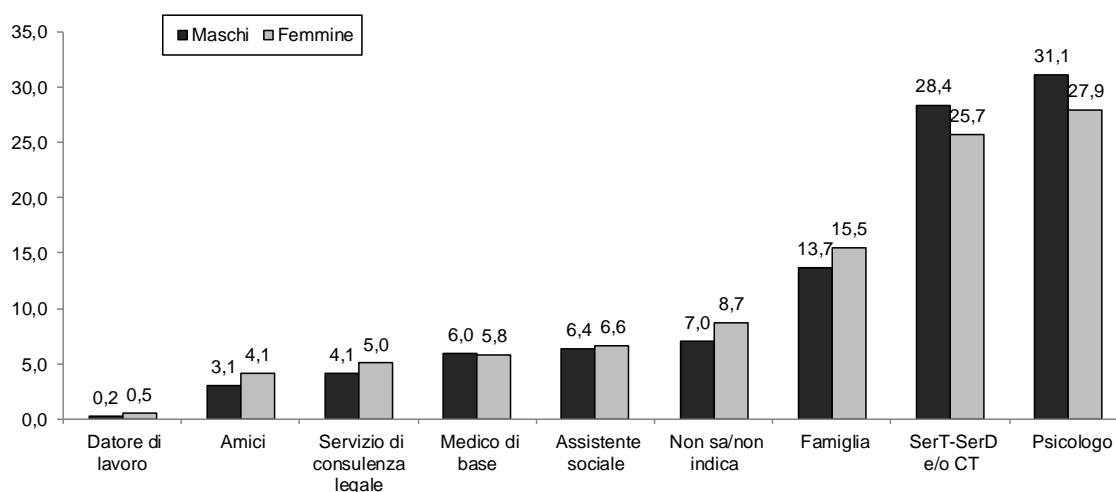


Figura 3.10. Chi può aiutare per problemi di gioco d'azzardo per tipologia e genere (2016)

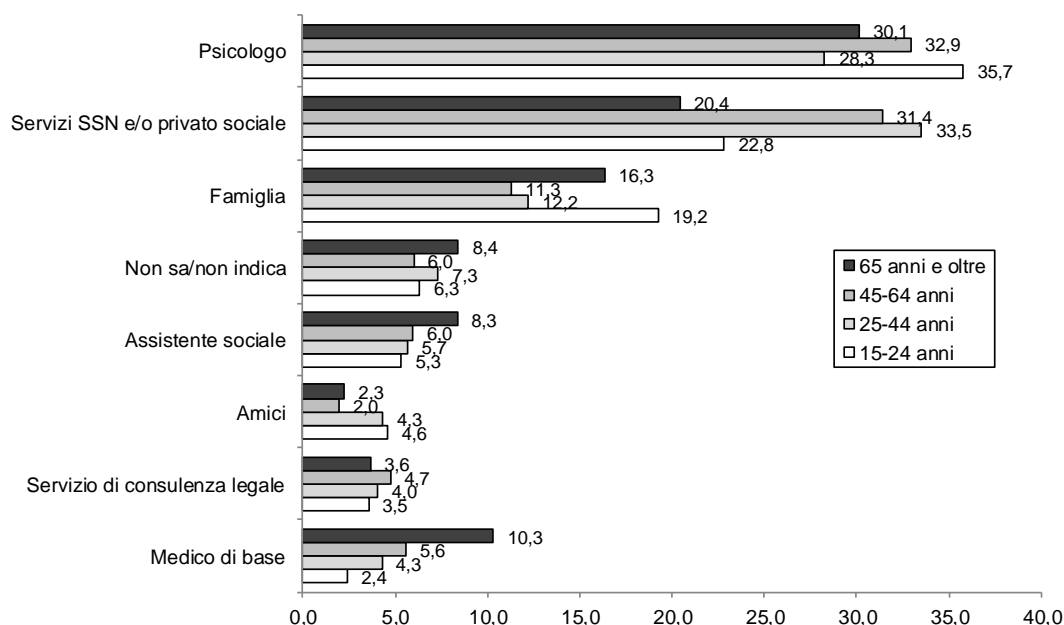


Figura 3.11. Chi può aiutare per problemi di gioco d'azzardo per tipologia e classe di età (2016)

Lo psicologo è ritenuto un aiuto importante soprattutto al sud (38,4%), i servizi dell'SSN e le strutture afferenti al privato sociale ricevono l'approvazione principalmente del nord e centro del paese (rispettivamente 28,6% e 32,1%) mentre la famiglia è da tutti ritenuta un buon sostegno per supportare chi ha problemi legati al gioco d'azzardo (Figura 3.12).

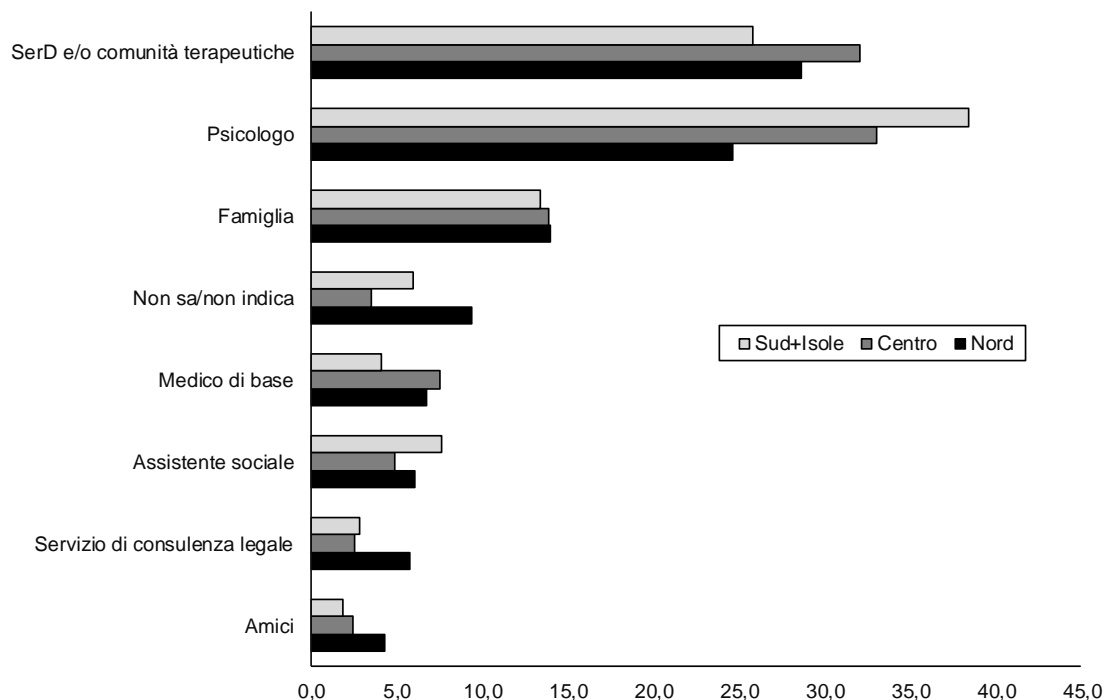


Figura 3.12. Chi può aiutare per problemi di gioco d'azzardo per tipologia e area geografica (2016)

3.3.5. Provvedimenti utili per limitare il gioco d'azzardo

Tra i vari provvedimenti per limitare i problemi legati al gioco d'azzardo, quello considerato più indicato dagli intervistati è stato l'eliminazione delle *slot machine* da bar e locali pubblici, (51,8%) e il divieto di fare pubblicità (34,3%).

L'analisi delle differenze di genere evidenzia che sia uomini che donne ritengono il provvedimento di togliere le *slot machine* dai bar e dai locali pubblici (54% donne e 50% uomini) il più indicato. Le donne esprimono, inoltre, la loro preferenza per provvedimenti quali: fornire maggiori informazioni sui danni del gioco d'azzardo (29% vs 25%) e permettere il gioco solo in spazi dedicati (15% vs 14%).

Provvedimenti ritenuti utili più dagli uomini che dalle donne sono: il divieto di fare pubblicità (35% vs 33%), le iniziative di prevenzione nelle scuole (31% vs 30%), la limitazione del tetto massimo delle giocate (30% vs 28%) e del numero delle sale giochi nel territorio o del numero di apparecchi per abitante (26,4% vs 26,7%), la riduzione della visibilità dei giochi su Internet (18,8% vs 17,3%) e l'obbligo di usare la tessera sanitaria per utilizzare le VLT (14% vs 13,3%) (Figura 3.13).

Le quattro fasce d'età considerate si sono trovate sostanzialmente d'accordo sui provvedimenti indicati per limitare i problemi legati alla dipendenza da gioco d'azzardo. I provvedimenti citati più frequentemente sono quelli di togliere le *slot machine* dai bar e dai locali pubblici e di vietare la pubblicità al gioco d'azzardo (Tabella 3.3).

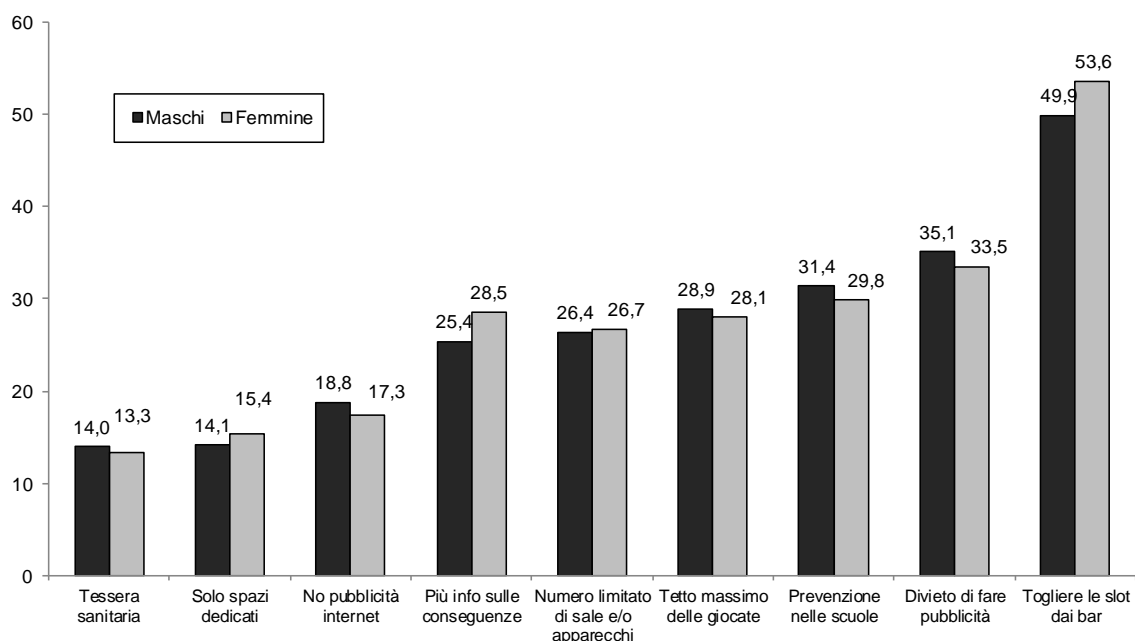


Figura 3.13. Provvedimenti utili per limitare il gioco d'azzardo per genere (2016)

Tabella 3.3. Provvedimenti (%) utili per limitare il gioco d'azzardo per classi di età

Tipologia del provvedimento	15-24 anni*	25-44 anni**	45-64 anni***	≥65 anni****
Togliere <i>slot machine</i> da bar/locali pubblici	47,6	51,3	53,4	52,3
Vietare di fare pubblicità al gioco d'azzardo	39,2	33,4	32,8	35,1
Dare maggiori informazioni sui danni	28,7	28,1	26	26,1
Limitare il tetto massimo delle giocate	28,3	31,2	28,1	25,6
Fare prevenzione nelle scuole	28,3	26,9	33,2	32,9
Limitare il numero delle sale giochi o il numero di apparecchi per abitante	25,8	25,8	25,7	29
Limitare la visibilità dei giochi su Internet	22,2	20,4	18,2	12,8
Permettere il gioco solo in spazi dedicati	14,7	13,7	15,7	15,1
Obbligare ad usare la tessera sanitaria	11,1	14,8	14,4	12,2

* % di risposte multiple su 347 rispondenti;

** % di risposte multiple su 946 rispondenti;

*** % di risposte multiple su 970 rispondenti;

**** % di risposte multiple su 737 rispondenti

Le attività di prevenzione nelle scuole sono ritenute un utile provvedimento soprattutto dagli abitanti del centro Italia (34,8%) e del meridione (30,3%). La limitazione del numero degli apparecchi da intrattenimento sul territorio trova d'accordo soprattutto il settentrione (27%) e il centro (28,9%), così come la limitazione del gioco in spazi dedicati (rispettivamente 17,3% e 16,2%). Limitare il tetto massimo delle giocate è un provvedimento che mette d'accordo soprattutto gli italiani del centro (32,6%) e del meridione (30,8%), così come fornire maggiori informazioni sui danni del gioco d'azzardo (rispettivamente 30% e 27,9%) (Tabella 3.4).

Tabella 3.4. Provvedimenti (%) indicati per limitare i problemi legati alla dipendenza da gioco d'azzardo per area di residenza dei rispondenti

Tipologia del provvedimento	Nord	Centro	Sud+Isole
Togliere <i>slot machine</i> dai bar e dai locali pubblici	50,7	51,4	53,5
Vietare di fare pubblicità al gioco d'azzardo	34,9	33	34,2
Dare maggiori informazioni sui danni	29	34,8	30,3
Limitare il tetto massimo delle giocate	27	28,9	24,6
Fare prevenzione nelle scuole	25,1	30	27,9
Limitare il numero delle sale giochi o il numero di apparecchi per abitante	24,9	32,6	30,8
Limitare la visibilità dei giochi su Internet	19,5	19,2	15,3
Permettere il gioco solo in spazi dedicati	17,3	16,2	10,6
Obbligare ad usare la tessera sanitaria	14,2	16,2	11,3

3.3.6. Ragioni per cui si gioca

Le difficoltà economiche da fronteggiare sono ritenute la motivazione principale da donne (36,2%) e da uomini (34%), a seguire il disagio sociale (femmine 32,6% vs maschi 31,3%). Le donne più degli uomini dichiarano che vivere un momento di particolare difficoltà possa essere un fattore scatenante (femmine 26,4% vs maschi 23,9%) (Figura 3.14).

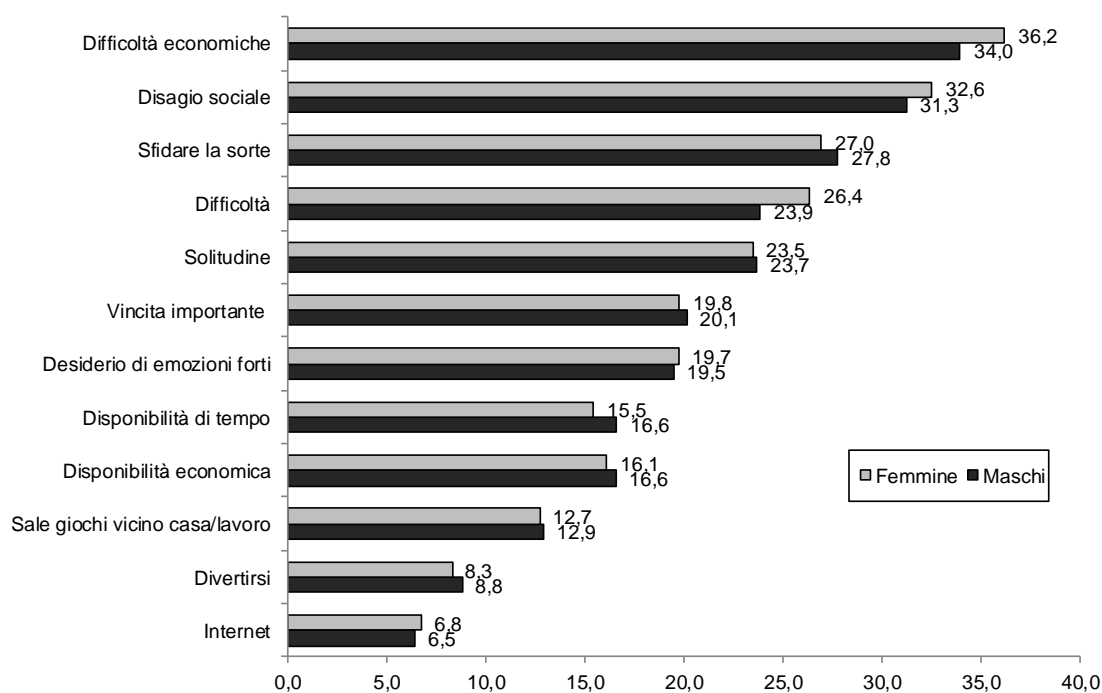


Figura 3.14. Ragioni per cui si gioca per genere (2016)

Gli italiani si trovano sostanzialmente d'accordo nel ritenere le difficoltà economiche da fronteggiare, il disagio sociale, il desiderio di sfidare la sorte, vivere un momento di particolare difficoltà (divorzio, lutto, licenziamento), la solitudine e la ricerca di luoghi di aggregazione come condizioni principali favorevoli al gioco d'azzardo.

Differenze interessanti si notano rispetto alla disponibilità di tempo che convince maggiormente chi abita al nord Italia (19,5%), alla possibilità di una vincita importante che è citata più frequentemente dal sud (23,8%) e dal centro (22,6%), alla disponibilità economica citata più spesso dal centro (19,6%) e dal sud (16,8%) rispetto al nord (14,5%), alla vicinanza delle sale da gioco da casa o dal luogo di lavoro che convince di più gli italiani del centro della penisola (16,2%) rispetto al nord (13,3%) e al sud (10,2%). La voglia di divertirsi è indicata come condizione favorente soprattutto al centro (12,8%) rispetto al nord (9,4%) e al sud (5%) (Tabella 3.5).

Tabella 3.5. Condizioni personali (%) indicate come favorenti il gioco d'azzardo per area geografica di residenza dei rispondenti

Condizione personale	Nord	Centro	Sud+Isole
Avere difficoltà economiche da fronteggiare	33,4	37,5	36,1
Disagio sociale	31,3	33,1	32
Desiderio di sfidare la sorte	26,9	29	27
Vivere un momento di particolare difficoltà (divorzio, lutto, licenziamento,...)	25,7	25,5	24,4
Solitudine e ricerca di luoghi di aggregazione	25,3	17,8	24,7
Avere disponibilità di tempo	19,5	14,7	12,2
Desiderio di emozioni forti	19,1	22,8	18,4
Avere avuto una vincita importante (illusione di vincite future)	15,9	22,6	23,8
Avere disponibilità economica	14,5	19,6	16,8
Avere sale giochi o apparecchi vicino casa/lavoro	13,3	16,2	10,2
Voglia di divertirsi	9,4	12,8	5
Avere Internet a disposizione	7,5	7,7	4,8

Conclusioni

Questo studio sulla percezione del gioco d'azzardo da parte della popolazione generale ha mostrato che almeno una persona su due, nell'ultimo anno, ha praticato il gioco d'azzardo. Sul fronte del grado d'informazione, l'indagine ha mostrato un livello diffusamente non elevato, con oltre il 40% degli intervistati che non coglie il "caso", "l'aleatorietà", come caratteristica principale dei giochi in denaro e con un quarto degli intervistati che ritiene l'"abilità" una competenza importante per giocare.

L'altro dato rilevante che l'indagine ha messo in luce è che una larga quota d'intervistati (>50%) non percepisce i giochi in denaro più diffusi (gratta e vinci, lotto, superenalotto o giochi come Win for Life) come giochi d'azzardo.

Sembra chiaro, invece, alla maggioranza degli intervistati (~70%) che il disturbo da gioco d'azzardo è un problema sanitario e che ad aiutare le persone che ne sono affette debba essere personale sanitario qualificato.

Sul fronte dei determinanti dell'azzardo, l'indagine ha mostrato come il cittadino medio ritenga le condizioni di disagio finanziario e sociale come i fattori predisponenti principali.

In conclusione, i risultati dell'indagine indicano la necessità di migliorare il livello di informazione della popolazione generale sul fenomeno del gioco d'azzardo e suggeriscono alcuni dei contenuti e dei messaggi che sarà necessario privilegiare nelle future campagne di sensibilizzazione e contrasto del fenomeno.

4. IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO VISTO DAL GIOCATORE: INDAGINE CONDOTTA TRA GLI UTENTI DEI CENTRI CLINICI

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

4.1. Introduzione

Gli studi condotti sui fattori di rischio e le comorbilità associate al disturbo da gioco di 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).

Sono pochi ad oggi gli studi condotti con la tecnica del *focus group* che coinvolgono i pazienti afferenti ai centri clinici (2-3). Anche per queste ragioni, obiettivo generale di questo studio è stato quello di raccogliere direttamente dati e misure sul disturbo da gioco d'azzardo da utenti di centri clinici selezionati del territorio italiano.

La tecnica del *focus group* è utilizzata negli studi di area psicologica e sociale soprattutto allo scopo di approfondire temi specifici o di indagare particolari aspetti di un fenomeno; si basa sulla promozione di una discussione intorno a un argomento, in presenza di un moderatore e/o facilitatore che, attraverso domande stimolo, agevola la discussione (4-5).

La caratteristica di metodo più importante della tecnica del *focus group* è la creazione di un 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*. I protagonisti che identifica la tecnica del *focus group* sono dunque un moderatore/facilitatore, un osservatore e i partecipanti.

Il ruolo del moderatore/facilitatore è quello di riunire intorno ad un argomento un certo numero di persone selezionate, mettere a proprio agio i partecipanti e favorire un buon clima d'interazione di gruppo, limitandosi a sospendere giudizi di valore e opinioni personali riguardo l'argomento di discussione.

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 avvalendosi, per esempio, dell'ausilio di griglie di osservazione; in un secondo momento, può contribuire alla codifica e analisi delle informazioni raccolte.

I partecipanti sono selezionati secondo criteri che rendano il gruppo del *focus group* il più simile possibile alla popolazione di riferimento dell'indagine. In alcuni casi è auspicabile l'eterogeneità dei partecipanti per riunire diverse caratteristiche della popolazione di riferimento (differenze per età, genere, condizione sociale, livello d'istruzione, ecc.) mentre in altri si preferisce l'omogeneità. Il numero ottimale di partecipanti per un *focus group* non dovrebbe superare i 12-15 elementi (6).

L'idea di condurre dei *focus group* con utenti in trattamento per il disturbo da gioco d'azzardo è nata dall'esigenza di approfondire tutti quegli aspetti qualitativi che a oggi risultano carenti nella ricerca sulla problematica.

4.2. Obiettivi dello studio

Lo studio è stato progettato e implementato secondo il *mixed method research* che ha contemplato la realizzazione delle discussioni in gruppo e l'utilizzo di un questionario anonimizzato in autosomministrazione; ciò ha consentito di raccogliere le opinioni, su diversi aspetti del fenomeno di un target *informato* quali i giocatori d'azzardo in trattamento, ha permesso di disegnare l'*identikit del giocatore d'azzardo in trattamento* incluse informazioni relative a contesto sociale, livelli di gravità autopercepita del disturbo, presenza di eventuali comorbidità ed ha consentito di raccogliere elementi utili al miglioramento dell'accessibilità ai servizi e ai trattamenti e più in generale alla ottimizzazione della presa in carico.

4.3. Metodologia

Il primo passo per la realizzazione dei *focus group* è stato individuare esperti sul disturbo da gioco d'azzardo con cui discutere l'articolazione della ricerca. Sono stati individuati tre esperti in rappresentanza delle tre aree geografiche: Nord, Centro e Sud Italia.

Gli esperti individuati sono:

- Area Nord: Dott. Paolo Jarre, Direttore Dipartimento Patologia delle dipendenze (ASL TO3 Torino);
- Area Centro: Dott. Claudio Leonardi, Direttore SerD (ASL RM2 Roma);
- Area Sud: Dott. Paolo Antonio Falco, Responsabile SerT (ASP 1 Agrigento).

In un primo incontro di lavoro si è convenuto sull'ipotesi di selezionare le strutture in cui individuare i gruppi e stilare una lista di tematiche da affrontare durante i *focus group*.

Sono state individuate e coinvolte nel progetto undici strutture distribuite sul territorio nazionale dislocate quattro al Nord, quattro al Centro e tre nel Sud-Isole. I centri sono stati selezionati anche in base alla loro appartenenza ai due ambiti assistenziali: sei strutture rappresentative del servizio pubblico (SerD e SerT) e cinque appartenenti al cosiddetto "privato sociale" (comunità terapeutiche residenziali, gruppi di auto-mutuo aiuto, Onlus, Associazioni).

Allo scopo di definire una traccia standard per la conduzione dei vari *focus group* sono state utilizzate le tematiche individuate con gli esperti tra cui confronto con altri comportamenti di dipendenza, eventuale familiarità del disturbo, caratteristiche dei trattamenti offerti, eventuali strategie per far fronte ai debiti di gioco.

I centri selezionati sono stati invitati a partecipare ad un workshop per condividere gli obiettivi dello studio e una metodologia di lavoro. In questa occasione sono state discusse e ridefinite le tematiche già individuate e, per ciascuna tematica, individuati specifici indicatori di discussione:

- TEMATICA 1

Similitudini e differenze con altri comportamenti additivi (con o senza sostanza)

- Indagare la correlazione tra il profilo dell'utente e il gioco praticato
- Individuare la comorbidità con condizione fisiche e/o psicologiche
- Condividere con difficoltà gli spazi con i tossicodipendenti
- Indagare la correlazione tra età dell'utente e tipologia di gioco praticato
- Indagare l'influenza del "bisogno" relazionale

- TEMATICA 2

Similitudini e familiarità dei comportamenti additivi (con o senza sostanza)

- Presenza in famiglia di disturbo da gioco d'azzardo
- Presenza in famiglia di altre forme di *addiction*

- Presenza di eventuali vissuti traumatici
- Indagare il valore per l'individuo e per la famiglia del "denaro"
- TEMATICA 3
Offerta di gioco
 - Se aumenta l'offerta di gioco potrebbe: aumentare il consumo di gioco, aumentare il numero di giocatori
 - Se aumenta l'offerta di gioco potrebbe: essere compromesso il processo di astensione e/o di cura
 - Se aumenta il numero di giocatori, potrebbe aumentare l'entità del fenomeno "problematico"
 - Alcuni giochi potrebbero favorire più di altri lo scivolamento verso la patologia
- TEMATICA 4
Pubblicità del gioco
 - Incentiva e/o normalizza la pratica del gioco
 - Favorisce l'innescò di un meccanismo patologico
 - I messaggi di "alert" potrebbero disincentivare il giocatore
 - Fa aumentare l'offerta di gioco
 - Potrebbe influire sul processo terapeutico
 - Potrebbe ampliare la curiosità verso altri giochi
- TEMATICA 5
Diversi livelli di obiettivi terapeutici
 - Il gioco regolamentato: fattore di cura e/o obiettivo terapeutico
 - Il gioco controllato: fattore di cura e/o obiettivo terapeutico
 - L'astensione dal gioco: fattore di cura e/o obiettivo terapeutico
 - La "ricaduta" come risorsa nel processo terapeutico
 - Coinvolgimento nel processo terapeutico del coniuge e/o familiari Eventuale ridefinizione del contratto terapeutico
- TEMATICA 6
Politiche centrali e amministrazioni locali: strategie di fronteggiamento del fenomeno
 - La salubrità delle sale gioco favorisce la permanenza all'interno delle stesse
 - "Dilazionare la velocità dei giochi" favorisce il controllo del comportamento (es. rallentare le estrazioni durante le partite di bingo ecc.)
 - Rimettere i giochi nei "luoghi di gioco" è un fattore di protezione
 - L'incremento di luoghi di aggregazione è un fattore di protezione
 - Utilità della partecipazione diretta dei gestori al finanziamento dei programmi di cura.
- TEMATICA 7
Strategie di fronteggiamento del debito
 - Indagare il rapporto dell'utente con il denaro
 - Indagare all'interno della coppia il veicolo di potere del denaro

Sempre insieme agli operatori dei centri selezionati è stata definita una griglia utile a raccogliere le informazioni durante le sessioni del *focus group*.

I *focus group* sono stati realizzati nell'ultimo trimestre del 2015; ciascun Servizio/struttura ha provveduto ad individuare il gruppo e tutti i partecipanti sono stati informati dagli operatori sugli obiettivi dello studio e sull'importanza di partecipare alle sessioni di *focus group*.

Affinché tutte le tematiche in studio venissero trattate sono state assegnate, fino a un massimo di tre, a ciascun Servizio/Struttura. La Tabella 4.1 riporta nel dettaglio la distribuzione dei centri coinvolti nell'indagine per area geografica, città, tipologia, tematiche affrontate e numero di partecipanti al *focus group*.

Tabella 4.1. Centri partecipanti all'indagine per area geografica, città e tipo di servizio erogato

Area geografica/ Regione	Città	Denominazione Struttura	Tematica affrontata	Numero partecipanti
Nord				
E. Romagna	Reggio Emilia	Struttura Residenziale Pluto Associazione di Promozione Sociale AND gruppo "Donne in gioco"	5 e 7	8
Lombardia	Milano	SerD	5 e 6	6
Piemonte	Collegno	SerD	1 e 5	9
Veneto	Castelfranco Veneto	SerD	5	4
Centro				
Lazio	Roma	SerD	3, 4 e 5	9
Marche	Fano	IRS L'Aurora	1 e 2	10
Toscana	Pistoia	Gruppo Incontro	1 e 5	12
Umbria	Foligno	SerD	5	13
Sud				
Campania	Salerno	Gruppo LOGOS	2 e 5	15
Puglia	Taranto	SerD	5	8
Sicilia	Palermo	CE.DI.SS.	7	6

Ciascun *focus group* ha avuto come facilitatore un operatore del centro stesso e un rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità ha preso parte in qualità di osservatore, con il compito di riassumere e raccogliere le informazioni fornite dagli utenti; le procedure e modalità di osservazione erano state preliminarmente discusse con i singoli operatori dei centri, allo scopo di facilitare la piena accettabilità da parte degli utenti partecipanti e limitare gli effetti di disturbo sulle sedute.

Con l'obiettivo di aggiungere al lavoro di *focus group* una raccolta di dati standardizzati, a ciascun partecipante è stato chiesto di rispondere ad un questionario anonimizzato che ha indagato: l'area socio-anagrafica del soggetto (9 *item*), la storia e le caratteristiche del contatto con la struttura clinica (5 *item*), le abitudini attuali e pregresse di gioco (5 *item*) e il livello di gravità del disturbo autopercepito dal soggetto (modulo composto da 9 *item* derivati dai criteri diagnostici secondo il DSM-5).

4.4. Risultati

4.4.1. Analisi dei *Focus group*

Durante i *focus group* sono stati osservati 100 utenti, 25 donne e 75 uomini (50 nei servizi del Servizio Sanitario Nazionale-SSN e 50 nelle strutture del privato sociale). Sono state affrontate tutte le tematiche concordate; rispetto agli indicatori proposti mentre alcuni non hanno trovato riscontro nel racconto degli utenti altri non contemplati sono stati evidenziati dagli utenti stessi.

I gruppi osservati presso i Servizi dell'SSN sono per lo più gruppi terapeutici o di sostegno; si tratta per lo più di gruppi 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) e l'utente arriva al gruppo grazie alla presa in carico da parte del Servizio.

Diversa è la situazione dei gruppi osservati presso le comunità terapeutiche in cui gli utenti sono presi in carico nella modalità residenziale o diurna.

I gruppi di auto-mutuo aiuto 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 ex-giocatori diventano i facilitatori all'interno del gruppo e affiancano gli operatori nella conduzione del gruppo stesso.

L'analisi del materiale raccolto e codificato negli 11 *focus group* ha consentito di individuare una grande quantità di informazioni e dati. I risultati più significativi hanno riguardato l'individuazione di un insieme di temi inerenti al miglioramento dei processi di accesso e di presa in carico dei pazienti da parte dei centri. Di seguito si riportano in ordine di frequenza di riscontro i temi più rilevanti emersi negli incontri e mostrano l'ampio spettro delle sollecitazioni di contenuto raccolte dagli intervistati:

- Importanza della tempestività nell'individuare il luogo di cura per arginare rovina economica;
- Necessità di favorire l'accesso delle donne ai servizi;
- Utilità del coinvolgere la famiglia nell'intervento terapeutico;
- Difficoltà per il paziente con disturbo da gioco di azzardo nel condividere gli spazi con i pazienti tossicodipendenti;
- Bisogno di presa in carico a più livelli (clinico, sociale e legale);
- Importanza di individuare diversi livelli di obiettivi terapeutici (rimodulabili);
- Importanza dell'aiuto per il fronteggiamento del debito;
- Importanza del ruolo dell'amministratore di sostegno;
- Valutare l'incidenza del debito illecito nello stato debitorio;
- Importanza di valorizzare il ruolo dell'antiusura;
- Importanza di affrontare il problema del sovra indebitamento (facilità di accesso al credito);
- Importanza dell'indagare la familiarità dei comportamenti additivi;
- Necessità di rimettere i giochi nei "luoghi del gioco";

4.4.2. Analisi del questionario

Il questionario anonimizzato e autosomministrato è stato compilato da 71 utenti, 14 (19,7%) donne e 57 (80,3%) uomini. L'età media dei partecipanti era di 48 anni (DS: $\pm 2,2$ anni). Il 52,1% (37/71) riferiva un livello culturale medio-superiore e solo l'11,3% (8/71) aveva un diploma universitario. Il 48% (34/71) era coniugato e il 18,3% (13/71) era divorziato o separato. Il 59,1% (42/71) dei partecipanti riferiva un lavoro a tempo pieno e solo il 25% di non produrre reddito (disoccupati, studenti e casalinghe). La maggior parte possedeva una casa (53,5%) o abitava in alloggi in affitto (24,0%).

Tutti i partecipanti erano in trattamento con la terapia di gruppo e solo 4 di questi erano seguiti con una terapia addizionale (farmacologica o di coppia/familiare). La ragione della presa in carico per la quasi totalità dei partecipanti era stata la dipendenza da disturbo da gioco d'azzardo. Solo in pochi casi la presa in carico era dovuta a poli-dipendenza (alcol, cocaina).

Per un utente su due (49,0%) l'arrivo alla struttura di presa in carico è stato conseguente a un suggerimento dei familiari e solo per un quarto (26,7%) l'accesso è stato del tutto volontario. Un utente su due (50,7%) è in trattamento da meno di un anno e circa due su tre (62,0%) frequentano il servizio una volta alla settimana. Il 62,0% dei rispondenti ha dichiarato di aver avuto una preferenza di gioco soprattutto rivolta alle *slot machine* e/o alle *videolottery* (VLT).

L'ultima sezione del questionario ha rilevato il livello autopercepito di gravità del disturbo sulla base delle risposte fornite alle domande disegnate sui criteri diagnostici per disturbo da gioco d'azzardo del DSM-5. Tutte le domande hanno previsto una risposta basata su 5 livelli qualitativi di frequenza (mai, raramente, talvolta, frequentemente, sempre) e sono state:

- “Ha sentito la necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata?”
- “È irritabile o irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco di azzardo?”
- “Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo?”
- “È preoccupato per il gioco d'azzardo (es. pensieri persistenti, esperienze passate, pianificazioni future)?”
- “Gioca quando si sente in difficoltà (es. ansioso, depresso)?”
- “Dopo aver perso al gioco, torna un altro giorno?”
- “Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo?”
- “Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo?”
- “Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo?”

Questa sezione del questionario è stata analizzata calcolando la proporzione di rispondenti ad ogni livello di frequenza.

Solo un terzo (24/68) degli intervistati ha sentito “frequentemente” o “sempre” la necessità di giocare crescenti quantità di denaro, mentre la metà (34/68) ha risposto di non averla sentita “mai” o “raramente”. Una simile distribuzione delle risposte si è registrata anche alle due domande successive relative alla sensazione di irritabilità dopo riduzione o interruzione del gioco (mai o raramente: 30/68, 44%; frequentemente o sempre: 23/68, 39%) e agli sforzi infruttuosi per controllare il desiderio di giocare (mai o raramente: 28/67, 42%). Inoltre la maggioranza ha risposto di aver tentato di controllare o ridurre il comportamento di gioco, ma infruttuosamente (39/67, 58%).

Oltre la metà dei rispondenti (55%) si dichiara preoccupato per il gioco d'azzardo, e circa un terzo (31%) dichiara di esserlo ancora da “frequentemente” a “sempre”. Inoltre il 40% gioca quando si sente in difficoltà (27/67, 40%) e solo meno di un terzo non gioca anche in condizioni di difficoltà (20/67, 30%). Dal questionario emerge inoltre chiaramente l'abitudine a giocare per rincorrere la vincita, infatti due giocatori su tre (42/67, 63%) dichiarano di tornare a giocare “sempre” o “frequentemente” dopo aver perso. A causa di questi comportamenti circa due intervistati su tre (63%) dichiarano di aver raccontato, frequentemente o sempre, bugie per nascondere il loro coinvolgimento nel gioco e di aver messo a repentaglio, o perso, relazioni affettive, un lavoro o un'opportunità di carriera a causa del gioco (29/67, 47%). Infine, Circa il 30% dei rispondenti (20/67, 30%) è inoltre ricorso ad altri per far fronte alla situazione finanziaria negativa causata dalle perdite al gioco e nella stessa misura non hanno mai chiesto prestiti a causa del gioco (20/67, 30%).

4.5. Discussione

Continuare a raccogliere dati e informazioni sulle caratteristiche socio-comportamentali del giocatore con disturbo da gioco di azzardo rappresenta un obiettivo di fondamentale importanza. I passi avanti fatti negli ultimi anni nella descrizione clinica del disturbo non hanno visto un corrispettivo avanzamento nelle conoscenze dei fattori individuali che potrebbero ottimizzare i programmi di prevenzione, condurre a diagnosi e trattamenti più precoci e migliorare l'accessibilità ai servizi dei soggetti a rischio.

Questo studio ha consentito di raccogliere alcune informazioni originali sulle caratteristiche dei giocatori in carico ad un campione di 11 centri clinici italiani, delineandone un identikit e un vasto insieme di contenuti e indicazioni che potrebbero costituire elementi utili anche alla implementazione dei programmi di assistenza in Italia.

L'identikit che emerge dai dati dello studio è quello di un giocatore con disturbo da gioco d'azzardo maschio, ultraquarantenne, con un livello di scolarità medio-superiore e, nella metà dei casi, sposato, con un lavoro a tempo pieno e in possesso di un'abitazione. La totalità dei casi intervistati è in terapia per il disturbo da gioco d'azzardo con tecniche psicoterapeutiche di gruppo e solo episodicamente con terapie aggiuntive. Nonostante la frequente co-morbilità descritta nel giocatore patologico, la quasi totalità degli utenti osservati è stato preso in carico per disturbo da gioco d'azzardo. Infine, in circa la metà degli utenti il trattamento durava da meno di un anno e il ricorso alle cure era stato conseguente a un suggerimento dei familiari.

I *focus group* condotti con gli utenti hanno consentito di raccogliere importanti informazioni che non sarebbero potute emergere attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato; sono emerse principalmente indicazioni utili a migliorare l'accessibilità ai centri: i) anticipare i tempi di trattamento; ii) facilitare l'accesso alle donne; iii) consentire anche alle famiglie del paziente di partecipare alla cura; iv) dedicare al paziente con disturbo da gioco d'azzardo spazi adeguati e non in condivisione con pazienti con altre dipendenze. Altri contenuti importanti dai *focus group* hanno sottolineato l'importanza del fornire ai giocatori e alle famiglie strategie di gestione del debito come tasselli importanti del più generale processo di cura.

4.6. Conclusioni

La stretta collaborazione con una rete di centri clinici dedicati all'assistenza ai pazienti con disturbo da gioco di azzardo ha consentito di raccogliere dati originali sulle caratteristiche di questi pazienti. L'uso della tecnica del *focus group* con gli utenti si è dimostrata sensibile nel rilevare informazioni ed elementi utili anche al miglioramento dell'offerta assistenziale in questo ambito. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per aumentare la conoscenza della popolazione di giocatori in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo, soprattutto allo scopo di intercettare precocemente il giocatore in difficoltà, facilitare l'accesso alla diagnosi e alle cure e migliorare l'aderenza ai programmi di trattamento.

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. 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):115-121.
3. 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.
4. Morgan D. *Focus group as qualitative research*. London: Sage Publications; 1988.
5. Kitzinger J. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 1995;311-29:299-302
6. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Alcan; 1967.

5. LEGISLAZIONE SUL GIOCO D'AZZARDO IN ITALIA

Paolo Beretta, Roberta Pacifici, Claudia Mortali
Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

5.1. Introduzione

Una delle definizioni più correnti del termine *gioco* è quella di:

“gara tra più persone o gruppi di persone, che si svolge secondo regole prestabilite, e il cui esito è connesso con l’abilità dei partecipanti o con la loro fortuna o con entrambe” (1).

Nella maggioranza dei casi le regole del gioco, che sono utili per inquadrare l’ambito in cui i giocatori possono muoversi e agire, non rappresentano diritti o obblighi legalmente vincolanti, perché non hanno carattere giuridico. Infatti, il gioco è più spesso regolato semplicemente da norme sociali e relazionali, mentre determina conseguenze giuridiche, solo quando al suo esito è associata una scommessa, che per definizione, ha un contenuto economico ed è fatta nei confronti di altre persone, che spesso non partecipano direttamente al gioco stesso. È il significato di *scommessa* che introduce la responsabilità giuridica, riguardando una promessa di versare una somma di denaro, o cedere un bene patrimoniale, in ragione dell’esito del gioco o di un evento aleatorio, che quindi, *di per sé*, avrà un esito incerto.

L’intervento della norma nella “scommessa” è dato dal fatto che, diversamente dal gioco visto come attività tra pari, la scommessa è basata su una competizione costituita dalla designazione di un pronostico basato su un certo grado di aleatorietà. Tuttavia, nella pratica, gioco e scommessa sono legati da uno stretto rapporto che rimane presente nella stessa legislazione sul merito.

L’intento del legislatore in questo settore è quello soprattutto di tutelare la spontaneità delle attività di gioco e di disciplinare sugli effetti negativi che il giocatore può ricevere dall’aleatorietà della scommessa. Questo senza punire il gioco in sé, neppure se questo è considerabile d’azzardo. Scopo della tutela giuridica è quello di controllare gli interessi che potrebbero svilupparsi intorno al gioco e alle scommesse, e di evitare possibili infiltrazioni della criminalità nelle attività di sua erogazione e controllo.

5.2. Orientamenti legislativi europei

Pur mancando in Europa una normativa comunitaria specifica sul gioco d’azzardo, il Parlamento Europeo si è espresso su questo tema nel 2013, approvando una risoluzione nella quale si è affermata la legittimità degli interventi degli Stati dell’Unione Europea (UE) a protezione dei giocatori, e sono stati limitati alcuni principi cardine dell’ordinamento comunitario sul gioco d’azzardo come, ad esempio, la libertà di stabilimento e la libera prestazione dei servizi di gioco. Tali limitazioni sono rivolte a proteggere la popolazione generale dai possibili effetti negativi sulla salute, derivanti dall’enorme diffusione del gioco d’azzardo, anche mediante campagne di monitoraggio del fenomeno e d’informazione e sensibilizzazione dei cittadini. Tali restrizioni sono state emanate anche in seguito ad una sentenza della Corte di Giustizia Europea emessa nel 2011, seguita poi da

una seconda sentenza del gennaio 2015, entrambe sul riconoscimento dei rischi sanitari derivanti dall'eccessiva diffusione delle attività di gioco in denaro sul territorio comunitario.

Nel 2014 la stessa Commissione Europea è intervenuta sul tema del gioco d'azzardo, emanando una raccomandazione (Raccomandazione 2014/478/UE del 14 luglio) con cui ha stabilito i principi che gli Stati Membri sono invitati a osservare al fine di tutelare i consumatori-giocatori, con particolare attenzione all'esposizione al gioco d'azzardo dei minori e dei soggetti più deboli. La raccomandazione ha inoltre ribadito la necessità di fornire informazioni alla popolazione di giocatori sui rischi per la salute legati al gioco d'azzardo anche mediante forme di pubblicità responsabile. Particolare attenzione viene rivolta dalla norma al divieto di accesso al gioco d'azzardo online dei minori, alla creazione di un conto di gioco per determinare l'identità ed età del consumatore, con fissazione di un limite di spesa e messaggi periodici su vincite e perdite realizzate; e, ancora, di prevedere linee telefoniche (*help-line*) per fornire assistenza ai giocatori, la realizzazione di programmi di formazione per i dipendenti delle case da gioco e campagne di informazione di popolazione sui rischi legati al gioco d'azzardo.

5.3. Normativa italiana

5.3.1. Dal Regio Decreto Legislativo 636/1924 al Decreto Legge 158/2012

L'ordinamento legislativo italiano sul tema del gioco d'azzardo e delle scommesse mostra diversi ambiti di origine e di applicazione. Capitoli legislativi importanti sul tema si ritrovano contenuti sia nel codice civile, che nel codice penale e nel testo unico delle leggi di pubblica sicurezza. Inoltre, negli ultimi anni diversi decreti specifici, leggi speciali e norme regionali si sono aggiunte in materia.

L'articolo 721 del Codice Penale definisce il Gioco d'Azzardo come quel gioco nel quale "[...] ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria". Gli articoli 718 e 719 dello stesso codice sanzionano sia l'esercizio (ovvero l'organizzazione) sia la partecipazione al gioco d'azzardo (2).

Il progresso nell'ordinamento del gioco d'azzardo in Italia si deve anche alle sanzioni della Commissione Europea in seguito a una denuncia sporta nel 2003 in base alla quale la Commissione stabilì che le restrizioni imposte dall'Italia agli operatori stranieri fossero sproporzionate e che l'Italia stesse violando la normativa dell'UE sulla libera prestazione dei servizi. Infatti, la normativa dell'UE autorizza gli Stati Membri a limitare l'offerta di servizi di gioco d'azzardo nell'interesse pubblico (prevenzione della dipendenza dal gioco d'azzardo o della criminalità organizzata), a condizione che tali restrizioni siano coerenti con il comportamento dello Stato membro stesso nell'offrire i medesimi servizi. Inoltre, qualsiasi provvedimento restrittivo preso dagli Stati Membri deve essere necessario, proporzionato e non discriminatorio.

La negoziazione tra la Commissione e le autorità italiane ha permesso all'Italia nel 2009 di notificare alla Commissione la modifica della propria legislazione.

L'Italia ha adeguato la legislazione alle raccomandazioni, anche se le prime leggi sul tema dimostrano l'esistenza di lacune anche a causa di continue eccezioni alle regole; per esempio l'articolo 110 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza (TULPS) del 1931 puniva come reato l'uso o l'installazione di apparecchi semiautomatici o elettronici per il gioco d'azzardo (3). Le disposizioni del Testo Unico del 1931 in materia di pubblica sicurezza, nel corso degli anni, sono state più volte aggiornate. A queste sanzioni, però, si sono contrapposte nel tempo e continuano a contrapporsi altre disposizioni che introducono eccezioni alla regola, a partire dal Regio Decreto Legislativo n. 636 del 27 aprile 1924 che autorizza all'esercizio del gioco e della scommessa, anche d'azzardo, i Casinò di Campione d'Italia, Sanremo, Saint Vincent e Venezia

(4) e successivamente il Regio Decreto legislativo n. 1933 del 19 ottobre 1938 che vieta ai privati l'organizzazione del gioco del Lotto e delle lotterie nazionali (5), riservandole esclusivamente allo Stato, tramite un Monopolio statale a cui si delega un controllo sulla gestione dei relativi proventi e con il compito di svolgere "servizi di monopolio di produzione, importazione e vendita dei sali e tabacchi e produzione e vendita del chinino di Stato" (Decreto Legge dell'8 dicembre 1927, n. 2258).

Una sentenza della Corte Costituzionale del 1985 ha evidenziato come la normativa in materia d'istituzione e gestione delle case da gioco fosse caratterizzata da un massimo di disorganicità e ha quindi invitato il Legislatore ad emanare una legge organica su scala nazionale.

Nel 1988 iniziò l'accentramento delle competenze sul tema gioco d'azzardo sulla Azienda Autonoma Monopoli di Stato (AAMS) in qualità di organo del Ministero dell'Economia e delle Finanze, con l'acquisizione delle lotterie nazionali e nel 1994 con l'acquisizione del gioco del Lotto e delle lotterie cosiddette "istantanee".

Nell'anno 1999, l'articolo 16 della Legge n. 133 del 13 maggio "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", ha regolamentato i giochi e autorizza il Ministero delle Finanze a disporre l'accettazione di nuove scommesse (6). In attuazione di questa disposizione, il Ministero delle Finanze, con due diversi Decreti del 2000, ha istituito il gioco del Bingo e il gioco TotoBingol e con Decreto del gennaio 2001 ha elevato l'importo della giocata massima del gioco del Lotto.

Nell'anno 2000 AAMS assume la gestione del Bingo e nel 2001-2002, tutte le altre competenze che configurano oggi l'attuale portafoglio di AAMS.

La Legge n. 266 del 2005 (legge finanziaria per il 2006, art. 1, commi 525 ss), al fine di contrastare i fenomeni d'illegalità connessi alla distribuzione online dei giochi con vincite in denaro (6), attribuisce in particolare ad AAMS la puntuale regolamentazione del settore e l'inibizione dei siti web privi delle autorizzazioni previste, o che svolgono attività in contrasto con la disciplina vigente (7).

Alle fonti già esaminate si sono aggiunte in seguito numerose altre norme delle quali le più importanti e innovative saranno nel corso del 2006, l'art. 38 del DL 223/2006 (decreto Bersani-Visco) e la relativa Legge di conversione 248/2006. Quest'ultima introduce, sancendone la legalità, due nuove tipologie di gioco: le scommesse a distanza e i giochi di abilità online, che prevedono vincite in denaro connesse all'abilità del giocatore e non più solo alla semplice fortuna (*skill games*). Ricadrà tra questi giochi in seguito anche il poker i cui tornei sono stati legalizzati con la Legge 296/2006 (art.1 comma 93).

La Legge 88/2009, art. 24, commi 12 ss, prevede l'adozione di strumenti e accorgimenti per l'esclusione dall'accesso al gioco online da parte di minori e l'esposizione del relativo divieto in modo visibile negli ambienti virtuali di gioco gestiti dal concessionario (comma 17, lett. e) e ulteriori nuovi requisiti richiesti e un inasprimento delle sanzioni a coloro che fanno istanza per la concessione (8). È inoltre prevista la creazione del "conto di gioco" (comma 19), per la cui apertura occorre fornire il codice fiscale, che, di fatto, pone una sorta di autolimitazione obbligatoria per il giocatore, che stabilisce i propri limiti di spesa settimanale o mensile, con conseguente inibizione dell'accesso al sistema in caso di raggiungimento della soglia predefinita. Per i giocatori è prevista anche la facoltà di auto-esclusione dal sito del concessionario, con conseguente impedimento ad un nuovo accesso. L'anagrafe dei conti di gioco consente anche il monitoraggio dell'attività di ciascun giocatore.

Al fine di contrastare la diffusione del gioco irregolare o illegale in Italia e le infiltrazioni della criminalità organizzata nel settore, con la Legge 220/2010 (art. 1, commi 64 e seguenti) viene rivisto lo schema di convenzione tipo per le concessioni per l'esercizio e la raccolta dei giochi pubblici, per tutelare la sicurezza, l'ordine pubblico e i consumatori, soprattutto minorenni (9).

Con il Decreto Legge 98/2011 (convertito nella Legge 111/2011), il legislatore ha inteso ribadire il divieto ai minori di 18 anni di partecipare ai giochi pubblici con vincita in denaro, inasprendo le sanzioni di natura pecuniaria ovvero di sospensione dell'esercizio o di revoca in caso di commissione di tre violazioni nell'arco di tre anni e prevedendo norme più severe circa i requisiti dei concessionari di giochi pubblici e disposizioni per contrastare l'evasione, l'elusione fiscale e il riciclaggio (commi 20 ss.).

Con il Decreto Legge 87/2012 ai sensi dell'art. 3, AAMS e l'Agenzia del territorio sono incorporate, rispettivamente, nell'Agenzia delle Dogane e nell'Agenzia delle Entrate.

In seguito con il DL 95/2012 e convertito in Legge 135/2012, AAMS viene incorporata nell'Agenzia delle Dogane a partire dal 1° dicembre 2012.

5.3.2. Decreto Legge 158/2012

Un intervento più organico in materia è stato effettuato con il DL 158/2012, denominato anche "Decreto Balduzzi", e convertito in seguito con modificazioni nella Legge 189/2012, incentrata anche su altri temi. Il messaggio principale del decreto, riassunto negli articoli 5 e 7, è rappresentato da una forte presa in carico dei problemi sanitari e sociali associati al gioco d'azzardo, mediante chiare indicazioni normative sia nell'ambito del controllo del gioco d'azzardo patologico, sia in quello del gioco problematico (9). Vi si prevede inoltre l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con diretto riferimento alle prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da disturbo da gioco d'azzardo (art. 5, comma 2).

In accordo con quanto stabilito nel Decreto Balduzzi, il Ministero della Salute ha in seguito emanato un Piano d'Azione Nazionale (PAN) 2103-2015 contro il gioco d'azzardo (10), creando uno strumento strategico e di supporto alla programmazione generale, con il fine di coordinare e integrare gli interventi sanitari contro il disturbo da gioco d'azzardo su tutto il territorio nazionale. Il PAN era un documento di indirizzo e coordinamento che si è rivolto alle differenti organizzazioni operanti nel settore, e aventi diversi livelli di competenze e responsabilità come le Amministrazioni Centrali, Regionali e delle Province Autonome, i Comuni, le organizzazioni del privato sociale accreditato, quelle dell'industria dell'intrattenimento come quelle della Ricerca, essenzialmente per indirizzare e coordinare attività concrete e a sviluppare progetti finalizzati alla prevenzione e controllo del disturbo da gioco d'azzardo.

Il Decreto Balduzzi interviene, inoltre, nella regolamentazione dei messaggi pubblicitari di giochi con vincite in denaro, vietandone l'inserimento nelle trasmissioni televisive e radiofoniche, e nelle rappresentazioni teatrali o cinematografiche rivolte prevalentemente ai giovani. In base al Decreto, sono anche proibiti i messaggi pubblicitari di giochi con vincite in denaro su giornali, riviste, pubblicazioni, durante trasmissioni televisive e radiofoniche, rappresentazioni cinematografiche e teatrali, e via Internet, che incitino al gioco o ne esaltino la sua pratica, o nei quali siano presenti dei minori, o che non avvertano esplicitamente del rischio di dipendenza associato al gioco in denaro. Tale pubblicità deve riportare in modo chiaramente visibile la percentuale di probabilità di vincita che il soggetto ha nel singolo gioco. Per i trasgressori (sia il committente del messaggio pubblicitario sia il proprietario del mezzo di comunicazione interessato) è prevista una sanzione amministrativa da 100.000 a 500.000 euro (art. 7, commi 4 e 4 bis).

Su schedine e tagliandi dei giochi devono essere riportati avvertimenti sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro e sulle relative probabilità di vincita; stessa cosa deve avvenire su apparecchi di gioco (*Amusement With Prizes*, AWP), cioè quegli apparecchi che si attivano con l'introduzione di monete o con strumenti di pagamento elettronico, nelle sale con videotermini (*Video Lottery Terminal*, VLT), nei punti di vendita di scommesse su eventi sportivi

e non e infine nei siti Internet destinati all'offerta di giochi con vincite in denaro. In caso di inosservanza di tali disposizioni è prevista la sanzione amministrativa di 50.000 euro (art. 7, commi 5 e 6). Il Decreto ribadisce il divieto di ingresso ai minori di anni 18 nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro interne alle sale Bingo, nelle aree ovvero nelle sale in cui sono installati apparecchi VLT e nei punti vendita in cui si esercita quale attività principale quella di scommesse. Il titolare dell'esercizio è tenuto a identificare i minori di età mediante richiesta di esibizione di un documento di identità, tranne i casi in cui la maggiore età sia manifesta (art. 7, comma 8).

Sono previsti controlli a tappeto che assicurino il rispetto della normativa (art. 7, comma 9) circa una progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta dei punti gioco che tenga conto della presenza nel territorio di scuole, strutture sanitarie e ospedaliere, luoghi di culto, centri socio-ricreativi e sportivi (art. 7, comma 10).

Peraltro non è mai stato emanato il Decreto Ministeriale di attuazione che avrebbe dovuto indicare i criteri e indirizzi e questo ha fatto sì che le amministrazioni regionali e locali abbiano adottato dei propri regolamenti in materia, dando luogo anche a un forte contenzioso (vedi anche la risposta del Governo a un'interrogazione parlamentare).

5.3.3. Dal Decreto Legge 158/2012 alla costituzione dell'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave

La Legge 190/2014 contiene una disciplina transitoria (in attesa del riordino della normativa con la delega contenuta nella Legge 23/2014), in materia di giochi pubblici. In particolare, vi si prevede una sorta di sanatoria per tutti quei gestori che, operando fuori d'Italia, offrono scommesse con vincite in denaro. Tale sanatoria prevede la possibilità di regolarizzarne la posizione, solo se si collegheranno al totalizzatore nazionale dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, pena ulteriori sanzioni e normative restrittive (11).

La disposizione è volta a disciplinare una situazione che si è determinata nel corso degli ultimi anni in relazione ad alcune agenzie di scommesse, collegate a bookmaker e casinò *off-shore*, con sedi all'estero, che ritengono di poter esercitare attività di raccolta di gioco in Italia senza concessione da parte dell'AAMS e, conseguentemente, non versano alcuna imposta all'erario.

La stessa legge (art. 1, comma 133) destina annualmente, a decorrere dal 2015 una quota di 50 milioni di euro, nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento dell'SSN, per la cura delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo (1 milione annuo per la sperimentazione di software per monitorare il comportamento del giocatore e generare messaggi di allerta).

Si segnala infine che l'art. 14 della Legge 23/2014 ha conferito al Governo una delega per la realizzazione di un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita e che prevedeva anche il riordino delle disposizioni vigenti in materia di giochi pubblici. Il termine per esercitare la delega, inizialmente previsto per il 26 marzo 2015, è stato successivamente prorogato al 27 giugno 2015 (Legge 34/2015, art. 1, comma 2).

La delega fornisce disposizioni sia per la tutela dei minori e per contrastare il gioco d'azzardo patologico, sia per combattere il gioco illegale e le infiltrazioni delle organizzazioni criminali nell'esercizio dei giochi pubblici, attraverso una maggiore trasparenza dei requisiti delle società concessionarie.

Tra i principi cardine della legge delega si ricordano:

- il riordino della disciplina del prelievo erariale sui singoli giochi;
- l'applicazione di regole trasparenti in materia di titoli abilitativi all'esercizio dell'offerta di gioco, con introduzione, anche graduale, del titolo abilitativo unico;
- la rivisitazione dei compensi spettanti ai concessionari;

- la revisione dei requisiti dei soggetti che controllano o partecipano al capitale di società concessionarie;
- l'introduzione di un regime di gestione dei casi di crisi del rapporto concessorio;
- il riordino delle disposizioni concernenti l'accertamento sui tributi gravanti sui giochi;
- il riordino del sistema sanzionatorio, con particolare riferimento alle violazioni nell'ambito del gioco online;
- la revisione della normativa in materia di qualificazione degli organismi di certificazione degli apparecchi da gioco;
- la razionalizzazione sul territorio della rete di raccolta del gioco;
- l'allineamento della durata delle diverse concessioni;
- la deflazione del contenzioso in materia di giochi;
- l'attuazione di un piano straordinario di controlli per contrastare la pratica del gioco illecito;
- la destinazione di risorse alla cura delle patologie connesse al gioco d'azzardo;
- il monitoraggio dell'efficacia delle disposizioni riguardanti il divieto di pubblicità per i giochi con vincita in denaro;
- l'introduzione del divieto di pubblicità nelle trasmissioni radiofoniche e televisive per i giochi con vincita in denaro;
- la previsione di un meccanismo di autoesclusione dal gioco;
- l'introduzione di modalità di pubblico riconoscimento per gli esercizi commerciali che decidano di non installare apparecchiature da gioco con vincita in denaro.

La concreta attuazione di tali principi, in sede di redazione del decreto legislativo, assume una notevolissima importanza anche alla luce degli importanti provvedimenti assunti in questi anni da Regioni ed enti locali.

Tra gli ultimi atti legislativi di respiro nazionale (Riquadro 5.1) va ricordato il Decreto del Ministro della Salute del 20 maggio 2015, che, ai sensi della Legge 190/2014 (legge finanziaria per il 2015), istituisce presso il Ministero della Salute l'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, specificandone la composizione che ha assicurato al suo interno, la presenza di esperti e di rappresentanti delle regioni, degli enti locali nonché di esponenti delle associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani.

Nella legge di stabilità del 2016 all'art.1 (commi dal 937-946) saranno inoltre introdotte limitazioni della pubblicità del gioco d'azzardo, il cui controllo è affidato all'Autorità per le comunicazioni (AGCOM), con particolare riguardo alla pubblicità di marchi o prodotti di giochi con vincite in denaro anche nel rispetto dei principi previsti dalla Raccomandazione 2014/478/UE. Nella legge è fatto espresso divieto di pubblicizzare i messaggi che incoraggino il gioco eccessivo o incontrollato, che neghino i rischi del gioco, che presentino il gioco d'azzardo come un modo per risolvere i problemi finanziari, prospettando al giocatore la possibilità di vincere in modo sistematico o fornendo informazioni errate sulle possibilità di vincita, che si rivolgano ai minori e che facciano riferimento al credito al consumo ai fini del gioco. Nelle trasmissioni radiofoniche e televisive "generaliste" è vietata la pubblicità dei giochi con vincita in denaro, dalle ore 7 alle ore 22, soprattutto se indirizzate ad un pubblico di minori. Sono esclusi dal divieto quei media specializzati, individuati con decreto ministeriale, quali le lotterie nazionali e le sponsorizzazioni nei settori della cultura, dell'istruzione e della ricerca, dello sport, della sanità e dell'assistenza. Il decreto ministeriale del 19 luglio 2016 (*Gazzetta Ufficiale* 8 agosto 2016) di attuazione di tale disposizione identifica i suddetti canali generalisti come quelli presenti dai numeri da 1 a 9 del telecomando, ma esclude dal divieto di tale pubblicità le televisioni a pagamento (Pay-TV), le radio, le tv locali ed i canali tematici sulle piattaforme a pagamento. Parallelamente il Ministero della Salute è indicato a predisporre campagne di informazione e sensibilizzazione, in particolare nelle scuole, sui fattori di rischio connessi al gioco d'azzardo, fornendo informazioni sui servizi disponibili per affrontare il problema della dipendenza dal gioco d'azzardo (comma 941).

RIQUADRO 5.1. Cronologia dei principali atti legislativi nazionali sul gioco d'azzardo in Italia

- DM 20 maggio 2015** (Ministro della Salute): Istituzione di un Osservatorio sul gioco d'azzardo presso il Ministero della Salute.
- Legge 23/2014** (art. 14): Delega al Governo recante disposizioni per un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita.
- Legge 190/2014**: Disciplina transitoria in materia di giochi pubblici.
- DL 158/2012** "Decreto Balduzzi" convertito nella Legge 189/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
- DL 87/2012** (art. 3): Misure urgenti in materia di efficientamento, valorizzazione e dismissione del patrimonio pubblico, di razionalizzazione dell'amministrazione economico-finanziaria, nonché misure di rafforzamento del patrimonio delle imprese del settore bancario.
- DL 98/2011** convertito nella **Legge 111/2011** (art. 24): Norme in materia di gioco.
- Legge 220/2010**: (art. 1, commi 64 ss): Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011).
- Legge 88/2009**: (art. 24, commi 12 ss): Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità Europee *Loi Communautaire* 2008
- Legge 296/2006** (art. 1 comma 93): Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007).
- Legge di conversione 248/2006**: Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale.
- Legge 266/2005** (art. 1, commi 525 ss): Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006).
- Legge 133/1999** (art. 16): Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale
- Regio Decreto legislativo 1933/1938**: Riforma delle leggi sul lotto pubblico
- Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza (TULPS)** del 18 giugno 1931
- Regio Decreto Legislativo 636/1924**: Disciplina sulle case da giuoco.

5.3.4. Normativa regionale e degli Enti locali

Da quando la Corte Costituzionale, con la sentenza 300/2011, ha riconosciuto alle Regioni il potere di legiferare in materia di gioco d'azzardo, buona parte delle Regioni, ha approvato specifici provvedimenti ed emanato normative per prevenire la diffusione dei fenomeni di dipendenza dal gioco e per tutelare le persone a rischio.

La prima regione in Italia a legiferare sul tema del gioco d'azzardo è stata la Liguria con la Legge 18/2012 recante "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico". Questa legge ha previsto finalità dirette alla prevenzione, al trattamento terapeutico e al recupero sociale dei soggetti affetti da sindrome da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Gli ambiti d'intervento della legge hanno riguardato principalmente: 1) favorire l'accesso delle persone affette da dipendenza dal gioco d'azzardo ai trattamenti sanitari; 2) favorire l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal gioco d'azzardo patologico; 3) promuovere attività di formazione e aggiornamento del personale che si occupa dei problemi legati al GAP; 4) favorire l'attività delle organizzazioni del privato sociale, senza scopo di lucro, e delle associazioni di auto-mutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi del GAP. La legge ligure è stata anche quella che per prima ha affermato che il trattamento terapeutico del GAP e delle co-morbilità doveva rientrare nella competenza dei Dipartimenti delle Dipendenze delle ASL e del loro personale.

In seguito è stata la volta dell'Emilia Romagna che con la LR 5/2013, recante “Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate”, ha responsabilizzato i Comuni a dettare indicazioni sulla localizzazione delle sale da gioco, nel rispetto delle pianificazioni stabilite dal Decreto Balduzzi, e definito gli strumenti per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza. La norma stabilì che tali attività dovessero essere condotte in collaborazione tra Scuole, Enti locali, AUSL, Terzo settore e Associazioni senza scopo di lucro. La legge ha altresì previsto un Osservatorio Regionale del fenomeno, un insieme di sanzioni a rispetto della normativa e l'obbligo di frequenza di corsi formativi sul gioco patologico per il personale delle sale.

Sempre nel 2013, anche la Regione Lazio si dota di una legge, LR 5/2013, relativa a “Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)” che ha come destinatari degli interventi, delle prestazioni e dei servizi contemplati dalla legge le persone e le famiglie che si trovano nella documentata condizione di essere “incapaci di resistere all'impulso di giocare, il cui comportamento compromette le relazioni personali, familiari e lavorative” (art. 3). La legge, disciplinando la posizione delle sale da gioco, individua e preserva delle “aree sensibili”, come scuole, strutture socio-sanitarie, luoghi di culto, anche prevedendo agevolazioni tributarie per gli esercizi che rimuovano o non installino *slot machine* o *videolottery* in prossimità di queste aree.

Nell'ottobre del 2013 è la Regione Lombardia ha dotarsi di una legge sul tema, la LR 8/2013, relativa a “Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico” finalizzata alla prevenzione e al contrasto di forme di dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, al trattamento e al recupero delle persone che ne sono affette, nonché al supporto delle loro famiglie. Sancisce il divieto di collocazione di apparecchi per il gioco d'azzardo lecito in locali distanti meno di 500 metri da luoghi sensibili identificati in un lungo dettagliato elenco. Tra le altre iniziative previste dalla legge, va citata l'istituzione di un numero verde sul gioco d'azzardo, il sostegno alle associazioni che realizzino attività di informazione e sensibilizzazione sui rischi della pratica del gioco d'azzardo e un decalogo di azioni sul gioco sicuro e responsabile. La legge del 2013 è stata nel 2015 aggiornata con un ulteriore testo (n. 11 del 6 maggio 2015) che ne ha previsto alcune modifiche e integrazioni.

Nello stesso anno 2013, sono state emanate leggi sul gioco di azzardo da parte della Regione Abruzzo (LR 40/2013), della Regione Puglia (LR 43/2013) e della Regione Toscana (LR 57/2013 poi modificata dalla LR 85/2014), che faranno proprie molte delle direttive già presenti nelle precedenti leggi regionali.

Nel 2014 e nel 2015 saranno approvate leggi di regolamentazione del gioco in denaro in Friuli Venezia Giulia (LR 1/2014, così come modificata dalla LR 33/2015), in Basilicata (LR 30/2014), in Umbria (LR 21/2014), in Valle d'Aosta (LR 14/2015) e in Piemonte (LR 14/2014). A queste sempre nel 2015 è andata ad aggiungersi la Legge Provinciale (LP) del Trentino 13/2015. Il Veneto ha inserito disposizioni in materia di giochi di azzardo nell'ambito della Legge Finanziaria (LR 6/2015, art. 20), mentre la Campania le ha inserite all'interno di un provvedimento di rilancio e sviluppo dell'economia regionale (LR 16/2014, art. 1, commi 197ss.). Infine l'Alto Adige, ha rimandato la materia alle leggi provinciali sulla disciplina dei pubblici esercizi (LP 58/1988, LP 13/1992 e LP 17/2012). La Sicilia ha affidato le disposizioni regionali in tema di gioco d'azzardo a un Decreto (Decreto 495/2015) mediante il quale ha sancito soprattutto la revisione della collocazione degli apparecchi da gioco sul territorio, la formazione degli operatori, istituisce centri di ascolto e il divieto di pubblicità.

Ultima regione a dotarsi di una legge in tema di giochi di azzardo è stata la Regione Molise con la LR 20/2016 su “Disposizioni per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico”.

Al 31 dicembre 2016, solo le Marche, la Calabria e la Sicilia sono ancora prive di una specifica normativa sul gioco di azzardo e di regolamentazione delle sale da gioco.

5.4. Assistenza legale connessa al gioco d'azzardo

L'impianto legislativo descritto nei paragrafi precedenti descrive una situazione ideale e fornisce i parametri normativi all'interno dei quali gli operatori e i giocatori dovrebbero agire nel rispetto delle norme. Tuttavia, conosciamo che il gioco può determinare, se non praticato responsabilmente, effetti socialmente negativi sull'individuo e i suoi familiari.

Per questo l'assistenza legale è oggi parte degli strumenti normativi a beneficio del giocatore, dei suoi familiari e delle persone che possono ricevere danno dal gioco di altri. Solitamente l'assistenza legale nel settore del gioco di azzardo prevede due tipologie di interventi:

– *Interventi di natura preventiva*

Si riferiscono soprattutto a quelle strategie volte a impedire che un giocatore possa indebitarsi o peggiorare una situazione debitoria già presente. Rientrano tra queste le misure di protezione che possono essere richieste per evitare che un giocatore possa peggiorare un debito o che questo possa ricadere sui suoi diretti familiari. Appartengono agli interventi preventivi:

- l'amministrazione di sostegno, mediante la quale il legale aiuta e affianca il giocatore nell'opera di riparazione del danno patrimoniale creato e a gestire i debiti contratti a causa del gioco;
- la separazione dei beni, mediante la quale si può impedire che i creditori di un coniuge possano aggredire i beni della comunione patrimoniale tra coniugi.
- donazione o vendita di beni immobili di un giocatore allo scopo di impedire che eventuali beni di un giocatore possano essere utilizzabili per risarcire debiti di gioco.
- gestione controllata del conto corrente del giocatore.
- valutazione della successione di eredità in caso di debiti per impedire che questi possano essere trasferiti agli eredi del giocatore.

– *Interventi di natura riparatoria o cautelativa*

Si riferiscono a quelle strategie attraverso le quali il legale aiuta il giocatore e la famiglia a costruire un progetto di risanamento finanziario complessivo, mediante una serie di tappe volte a:

- valutare l'ammontare complessivo del debito;
- definire una scala di priorità nei pagamenti;
- esaminare la situazione patrimoniale e reddituale dello stesso giocatore-debitore.

Ringraziamenti

Si ringraziano il prof. Cristiano Iurilli e la dott.ssa Federica Devietti Goggia per i materiali che hanno contribuito alla stesura di questo contributo.

Bibliografia

1. Zingarelli N. Gioco. In: *Il Nuovo Zingarelli. Vocabolario della lingua italiana (XI Edizione)*. Bologna: Zanichelli; 1987.
2. Italia. Regio Decreto 19 ottobre 1930, n.1398. Libro Terzo Delle contravvenzioni in particolare, Titolo I Delle contravvenzioni di polizia, Capo II Delle contravvenzioni concernenti la polizia

amministrativa sociale, Sezione I Delle contravvenzioni concernenti la polizia dei costumi. *Codice penale*, ottobre 1930.

3. Italia. Testo Unico delle Legge di Pubblica Sicurezza (T.U.L.P.S.) Regio Decreto 18 giugno 1931, n. 773.
4. Italia. Regio Decreto 27 aprile 1924, n. 636. Disciplina delle case da giuoco. *Gazzetta Ufficiale* n.111, 10 maggio 1924.
5. Italia. Regio Decreto legislativo n. 1933 del 19 ottobre 1938. convertito in legge, con modificazioni, dalla L. 5 giugno 1939, n. 973. *Gazzetta Ufficiale* 30 n. 298, dicembre 1938.
6. Italia. Legge 13 maggio n. 133. Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale. *Gazzetta Ufficiale* 17 maggio 1999.
7. Italia. Legge 23 dicembre 2005, n. 266. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. *Gazzetta Ufficiale* n. 302, Supplemento ordinario n. 211, 29 dicembre 2005.
8. Italia. Legge 7 luglio 2009, n. 88. Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. *Gazzetta Ufficiale* n. 161, 14 luglio 2008.
9. Italia. Legge 13 dicembre 2010, n. 220. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. *Gazzetta Ufficiale* n. 297, 12 dicembre 2010.
10. Italia. Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158. Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. *Gazzetta Ufficiale* n. 214, 13 settembre 2012.
11. Italia. Legge 23 dicembre 2014, n. 190. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. *Gazzetta Ufficiale* n. 300, 29 dicembre 2014.
12. Italia. Legge 11 marzo 2014, n. 23. Delega al Governo recante disposizioni per un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita. *Gazzetta Ufficiale* n. 59, 12 marzo 2014.

SECONDA PARTE
Esperienze sul territorio e strategie di intervento

6. AMBULATORIO PER IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMatico: L'ESPERIENZA DEL SERD DI CASTELFRANCO VENETO

Amelia Fiorin, Graziano Bellio

Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 8, Castelfranco Veneto

6.1. Introduzione

Dal 2002 è attivo nel Dipartimento per le Dipendenze dell'ULSS 8 un Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Problematico (GAP), che fin dalla sua origine si è ispirato ad alcuni principi forti:

- il gioco d'azzardo patologico è una dipendenza;
- l'eterogeneità della popolazione dei giocatori richiede ai servizi programmi personalizzati e dedicati;
- è importante organizzare la presa in carico sulla base di un modello teorico-clinico.

Sul piano clinico appare ormai prevalente l'opinione che il gioco d'azzardo patologico appartenga al gruppo delle *addiction* e, l'avvento del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5) (APA, 2013) ne ha sancito formalmente il passaggio nella sua nuova denominazione di disturbo da gioco d'azzardo. Come spesso accade, quando ci troviamo di fronte a dei fenomeni complessi come le *addiction*, la chiarezza nosografica viene raggiunta in tempi diversi rispetto al piano operativo. Di fatto in Italia già attorno al 2000 i servizi che offrivano un percorso di trattamento o di consulenza ai giocatori patologici e alle loro famiglie sono stati i SerD, riconoscendo così il gioco d'azzardo patologico come una dipendenza. C'è da rilevare anche che tale riconoscimento porta con sé un indubbio vantaggio metodologico perché permette di organizzare i trattamenti per i giocatori a partire da ciò che esiste già nelle dipendenze da sostanze e di trasferire e di adattare, con le dovute cautele, strategie e interventi terapeutici dal trattamento dell'*addiction* al trattamento del disturbo da gioco d'azzardo.

La duttilità dimostrata da molteplici trattamenti per le dipendenze, così come la possibilità di personalizzare le strategie d'intervento, sono elementi organizzativi preziosi e irrinunciabili per approntare dei servizi che possano rispondere ad una più ampia eterogeneità della popolazione clinica, che si presenta con una richiesta di cura. Infatti, la letteratura rivela l'esistenza di profili diversi di giocatori, per gravità, per comorbidità, per grado di impulsività, per vulnerabilità, proponendo modelli di classificazione tipologiche vari (Toneatto, 1999). Tra questi, quello che ha dimostrato di essere un buon riferimento clinico per gli operatori e per la pianificazione degli interventi, è il modello patogenetico di Blaszczynski (Blaszczynski & Nower, 2002). Questo modello individua tre tipi di giocatori: nel I tipo di Blaszczynski sono assenti problematiche psicopatologiche, i tratti impulsivi sono nella norma e le relazioni sociali e familiari sono conservate e fruibili nel trattamento; il tipo II di Blaszczynski è caratterizzato da una comorbidità psichiatrica in atto, spesso di tipo affettivo, una storia di sofferenza psichica. Possono essere presenti scarse abilità sociali e relazionali così come scarse abilità di *problem-solving*. Infine, il III tipo di Blaszczynski si connota con la presenza di tratti antisociali, scarso supporto familiare, presenza di comorbidità psichiatrica ed elevata impulsività. In questo caso la prognosi appare più

severa. In tutti i tre tipi di Blaszczynski è opportuna un'indagine attenta rispetto al consumo alcolico e di sostanze, in quanto questo rappresenta un dato rilevante al fine del trattamento.

6.2. Protocollo operativo

Partendo da queste premesse e, recuperando le ordinarie fasi della presa in carico clinica, possiamo entrare nel merito del protocollo operativo tracciando tre fasi:

- fase di aggancio;
- valutazione diagnostica multidimensionale;
- fase di trattamento.

6.2.1. Fase di aggancio

Può protrarsi per diversi colloqui necessari per l'analisi della domanda, il lavoro motivazionale, qualora il grado di consapevolezza del problema sia incerto o ambivalente e alcuni interventi di urgenza come la valutazione del rischio suicidario o le emorragie economiche. In questa fase di avvio possono essere utili interventi brevi di psicoeducazione e una valutazione delle risorse, familiari o amicali, da contemplare per allargare la collaborazione nel trattamento.

6.2.2. Fase di valutazione diagnostica multidimensionale

Gli strumenti utilizzati di routine per l'*assessment* nell'ambulatorio GAP sono essenzialmente: 1) il colloquio clinico, 2) la raccolta anamnestica e un'intervista semistrutturata, 3) alcune scale standardizzate di valutazione. Un ulteriore strumento per l'*assessment*, di non secondaria importanza, è il sistema di memorizzazione dei dati in un archivio elettronico. Se la valutazione diagnostica è una fase essenziale del processo di presa in carico del soggetto con *addiction*, non va dimenticata l'importanza di raccogliere, memorizzare e infine di elaborare i dati in forma aggregata. Anche il semplice calcolo dei punteggi medi, della deviazione standard e della distribuzione di frequenza delle principali variabili quantitative e qualitative consente di avere una descrizione più precisa dell'utenza in carico, dei tempi di permanenza in trattamento, della distribuzione delle principali variabili psicopatologiche.

Permette, inoltre, di sviluppare una valutazione dei processi, ad esempio individuare le tipologie di giocatori per le quali è necessario migliorare gli interventi di presa in carico, oppure impostare le premesse per valutazioni di esito.

L'elaborazione dei dati in forma aggregata è quindi la premessa indispensabile per svolgere ricerca clinica nei contesti reali di trattamento, ottenendo materiale prezioso sul piano conoscitivo che purtroppo la gran parte delle pubblicazioni scientifiche non è in grado di offrire.

Il protocollo di valutazione si compone di alcuni strumenti che rilevano la gravità del disturbo e altri invece, che misurano dimensioni cognitive, relazionali e sociali che contribuiscono al sorgere e, o al mantenimento del sintomo; alcune di esse risultano preesistenti o legate a comorbidità psicopatologica, altre invece sono conseguenza dello sviluppo della dipendenza. Gli strumenti adottati sono stati scelti con l'intento di offrire una valutazione multidimensionale e approfondire alcuni specifici aspetti come l'impulsività e le distorsioni.

Il colloquio clinico, che mantiene un ruolo principe in questa e nelle altre fasi, e la valutazione, hanno la finalità di costruire e rinforzare l'alleanza terapeutica, indispensabile per investire nel percorso terapeutico della presa in carico e di pianificare le azioni terapeutiche.

La Tabella 6.1 riporta gli strumenti psicometrici standardizzati per la valutazione diagnostica del giocatore patologico utilizzati nel ambulatorio GAP (Bellio *et al.* 2015).

Tabella 6.1. Strumenti psicometrici standardizzati per l'assessment del giocatore patologico

Area di indagine	Strumento	Fonte
Manifestazioni e gravità dei comportamenti di gioco d'azzardo	SOGS	Lesieure, 1978
	Criteri DSM-5	APA, 2013
Cognizioni erronee correlate al gioco d'azzardo	GRCS	Iliceto & Fino 2014; Iliceto <i>et al.</i> , 2015; Raylu, 2004
Impulsività attentiva, motoria, da mancata pianificazione	BIS-11	Patton, 1995; Stanford, 2009
Impulsività attentiva, da mancata pianificazione, ricerca di sensazioni, pressioni ad agire sulla base di stati d'animo positivi e negativi	UPPS-P	D'Orta, 2015
Sintomi psicopatologici e psicosomatici attuali	SCL-90-R	D'Egidio, 2003; Derogatis, 2011

SOGS: South Oaks Gambling Screen; **GRCS:** Gambling Related Cognition Scale; **BIS-11:** Barratt Impulsiveness Scale **UPPS-P:** Impulsive Behaviour Scale; **SCL-90-R:** Symptom CheckList-90-Revised

Per il completamento dell'anamnesi vengono raccolti dati standardizzati sulla valutazione della comorbidità fisica e psicopatologica, sulla registrazione dei criteri DSM, sul gioco, sull'uso del denaro e su aspetti legali mediante l'intervista semistrutturata per il giocatore d'azzardo messa a punto dal gruppo di Ricerca Veneto sul GAP.

6.2.3. Fase del trattamento

A tutt'oggi le evidenze scientifiche sui trattamenti dei giocatori patologici si stanno lentamente accumulando tanto da rendere possibile la stesura di linee di indirizzo. Esiste un generale accordo sul fatto che i trattamenti multimodali rappresentino l'approccio più corretto per il gioco d'azzardo, così come esiste una ampia condivisione sulla necessità di personalizzare i programmi, di integrare gli interventi laddove coesistono disturbi psichiatrici e gioco d'azzardo o altre dipendenze come quella alcolica.

L'esperienza maturata nell'Ambulatorio GAP dell'ULSS 8, ha portato a considerare che vi siano alcune azioni terapeutiche irrinunciabili o specifiche della patologia GAP, come il monitoraggio dei soldi e la regolamentazione all'accesso del denaro, la psicoeducazione familiare e del singolo giocatore o ancora la psicoterapia delle distorsioni cognitive. Tuttavia, accanto a queste specificità spesso troviamo utile e prezioso accostare interventi che appartengono allo scenario generale dei trattamenti dell'*addiction*, come interventi di prevenzione delle ricadute, interventi sul *craving*, interventi motivazionali e farmacologici.

Una volta conclusa la fase di valutazione che rileva la gravità del quadro clinico, seguendo il modello di Blaszczynski, si procede con l'attivazione di alcuni strumenti terapeutici sulla scorta delle urgenze rilevate ma, anche in conformità di alcuni obiettivi a medio e lungo termine. Per esempio, il soggetto giocatore del I tipo di Blaszczynski può avvalersi di un trattamento di counselling breve che esiste anche in forma manualizzata (Bellio *et al.*, 2011). Il Manuale di Autoaiuto per il giocatore che vuole smettere è uno strumento costruito per i giocatori con bassa gravità. Esso si rivolge ai giocatori motivati, che presentano un'esposizione al gioco di breve

durata e che quindi presentano schemi di condizionamento non ancora rigidi. Solitamente il fatto di offrire uno strumento di facile lettura, esemplificativo, interattivo, favorisce la partecipazione e l'aderenza al progetto terapeutico. Il paziente trova nel Manuale una guida terapeutica importante, costante e può monitorare i progressi. Il Manuale contiene aspetti informativi sui meccanismi di condizionamento presenti negli apparecchi, suggerisce strategie per l'autocontrollo economico, descrive i meccanismi di *craving* e propone strategie comportamentali per incrementare nuove abitudini. Accanto a questo intervento principale si possono affiancare interventi di supporto familiare o di monitoraggio del denaro.

Dal punto di vista clinico questo strumento ha portato dei benefici sia sul piano terapeutico poiché ha uniformato un certo tipo d'intervento, sia sul piano organizzativo poiché ha capitalizzato una buona prassi. Diverso è il piano di trattamento dei soggetti che appartengono al II tipo Blaszczynski dove è opportuno tenere conto della comorbilità psichiatrica spesso di tipo affettivo. Questi pazienti necessitano innanzitutto di un ambiente relazionale supportivo che garantisca una buona relazione terapeutica alla quale loro si affidano per svelare gradualmente tutta una serie di difficoltà. Sono giocatori che faticano a raggiungere l'astinenza e che beneficiano degli interventi specifici sul *craving* e sulle distorsioni cognitive. Hanno bisogno dell'aiuto dei familiari, spesso vivono con sollievo iniziale gli interventi di controllo economico ma, con il trascorrere del tempo, questi stessi interventi possono essere percepiti come troppo restrittivi e appesantire il quadro psicopatologico. Queste situazioni richiedono interventi altamente personalizzati, le componenti terapeutiche sono spesso monitorate dallo stesso operatore per favorire l'aderenza alle cure e ridurre gli abbandoni. Nel corso degli anni l'Ambulatorio di Castelfranco Veneto ha sperimentato per questi giocatori un intervento focale di gruppo sul modello della prevenzione delle ricadute. Sul piano terapeutico l'intervento si compone di sedici sedute di gruppo, settimanali della durata di 90 minuti. Le sedute sono suddivise in tre parti: una parte informativa/psicoeducativa, una parte interattiva con esercizi e schede di lavoro e una parte riepilogativa/conclusiva. Vengono trattati temi inerenti i vari condizionamenti, il *craving*, strategie per la gestione del *craving*, le distorsioni cognitive, la gestione delle emozioni, tecniche di gestione economica, *problem solving* e organizzazione del tempo libero, ecc. Anche in questo caso esiste un breve manuale che consegniamo ai pazienti all'ingresso del gruppo e che contiene tutte le schede di lavoro che loro sono invitati a compilare durante il percorso. Ad oggi l'organizzazione del servizio ci permette di organizzare due cicli all'anno facilitando la preparazione dei pazienti nell'intento di ridurre i fenomeni di *drop-out*. Spesso i giocatori che partecipano a questo intervento continuano parallelamente anche la terapia individuale. Il giocatore del III tipo di Blaszczynski, come già ricordato, ha una prognosi severa e anche la pianificazione dei vari interventi dovrà tenere conto della scarsa aderenza che questi soggetti manifestano. Possono essere inizialmente sollecitati a seguire gli interventi riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo o di sostegno sociale come i gruppi di auto aiuto.

Tuttavia, difficilmente questi soggetti potranno accedere a programmi psicoterapeutici sulle distorsioni cognitive ma, anche solo episodi di trattamento legati alla prevenzione delle ricadute, poiché il grado di impulsività e la comorbilità presente minaccia la continuità terapeutica.

La casistica del nostro servizio ci suggerisce che i giocatori di questa tipologia possono beneficiare di interventi legati più alla rete ambientale, familiare o occupazionale piuttosto che investire direttamente sulla loro motivazione alla cura.

Sicuramente limitare l'accesso al denaro è cosa opportuna e utile e dovrà essere continuativa, poiché raramente c'è una remissione completa del sintomo, possiamo ottenere una riduzione del gioco. In questi casi i gruppi di auto-aiuto sono una risorsa importante, che permette la riattivazione di relazioni sufficientemente buone e continuative nel tempo.

Talvolta l'aggancio con il servizio è garantito dalla sola presa in carico dei familiari che vanno supportati rispetto ad alcune scelte come la decisione di attivare l'Istituto di Amministratore di Sostegno, oppure arginare i danni di un gioco fuori controllo.

Accanto agli interventi specifici per tipologia, gli operatori impegnati nell'Ambulatorio del gioco d'azzardo problematico, hanno capitalizzato l'esperienza clinica, costruendo alcune guide di intervento riabilitativo rivolte ad aree specifiche di intervento come il counselling economico (Fiorin *et al.*, 2015); una guida pratica per i giocatori che presentano ridotte abilità sociali come per esempio alcuni pazienti psichiatrici (Fraccaro *et al.*, 2015), e infine, una guida pratica per l'operatore ad orientamento cognitivo-comportamentale per supportare e uniformare gli interventi brevi (Fiorin & Gaddi, 2015).

Gli strumenti terapeutici indicati per i diversi tipi di Blaszczynski (Bellio, 2015) sono:

- *Tipo I*
 - Limitazione accesso al denaro
 - Rinforzo motivazionale
 - Psicoeducazione individuale e familiare
 - Trattamento manualizzato breve
 - Trattamento delle distorsioni cognitive
 - Counselling finanziario
- *Tipo II*
 - Limitazione accesso al denaro
 - Psicoterapia di sostegno
 - Psicoeducazione individuale e familiare
 - Trattamento delle distorsioni cognitive
 - Farmacoterapia della comorbidità psichiatrica e/o del DGA
 - Rinforzo life /social skills, gestione tempo libero
 - Counselling finanziario
 - Prevenzione ricadute
 - Interventi familiari
 - Gruppi di auto-mutuoaiuto
- *Tipo III*
 - Limitazione accesso al denaro
 - Psicoeducazione familiare
 - Farmacoterapia dell'impulsività
 - Farmacoterapia della comorbidità psichiatrica e/o del DGA
 - Programmi di supporto sociale e lavorativo
 - Supporto familiare
 - Counselling finanziario (per familiari)
 - Gestione del tempo libero
 - Gruppi di auto-mutuoaiuto

Bibliografia

- American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Arlington, VA: APA; 2013.
- Bellio G, Fiorin A. *Il modello di valutazione diagnostica dell'Ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico di Castelfranco Veneto.* Castelfranco Veneto: Azienda ULSS n. 8; 2015.

- Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97:487-99.
- D'Egidio P, Da Fermo G, Vena G. SCL (Symptom Check List)-90-R e TCI (Temperament and Character Inventory) nella clinica della dipendenza da oppiacei. *Mission* 2003;7:13-9.
- Derogatis LR. *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R*. Firenze: Ed. It. Giunti OS; 2011.
- D'Orta I, Burnay J, Aiello D, Niolu C, Siracusano A, Timpanaro L, Khazaal Y, Billieux J. Development and validation of a short Italian UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Addictive Behaviors Reports* 2015;2:19-22.
- Fiorin A, Gaddi R. *Gioco d'Azzardo. Guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore*. Castelfranco Veneto: ULSS 8, Dipartimento per le dipendenze; 2015. (Technical Paper n. 2).
- Fraccaro S, Ferraro M, Fiorin A. *Gioco d'azzardo. Guida pratica di intervento. Il giocatore: abilità e reti*. Castelfranco Veneto: ULSS 8, Dipartimento per le dipendenze; 2015. (Technical Paper n. 3).
- Fiorin A, Fraccaro S, Giacomazzi S. *Gioco d'azzardo. Guida pratica di intervento. Counselling finanziario*. Castelfranco Veneto: ULSS 8, Dipartimento per le dipendenze; 2015. (Technical Paper n. 1).
- Iliceto P, Fino E, Cammarota C, Giovani E, Petrucci F, Desimoni M, Sabatello U, Candilera G, Oei TP. Factor Structure and Psychometric Properties of the Italian Version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I). *Journal of Gambling Studies* 2015;31:225-42.
- Iliceto P, Fino E. La Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I): Uno strumento valido nell'assessment di cognizioni relative al gioco d'azzardo nella popolazione italiana. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2014;20:71-77.
- Lesieur HR, Blume SB. The South-Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 1987;144:1184-8.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1995;51:768-74.
- Raylu N, Oei TP. The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction* 2004;99:757-69.
- Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences* 2009;47:385-95.
- Toneatto T. Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misuse* 1999;34:1593-1604.

7. TRATTAMENTO RESIDENZIALE DEL GIOCATORE D'AZZARDO PATOLOGICO

Marina Fiorido, Marzia Lydia Spagnolo, Luciana Monte
Dipartimento Patologia delle dipendenze, ASL TO3, Torino

7.1. Introduzione

Il Dipartimento Patologia delle dipendenze dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) To3 diretto dal Dott. Paolo Jarre ha maturato un'esperienza trentennale nel trattamento di persone con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive, tramite l'attività dei propri SerT (Servizi per le Tossicodipendenze); da oltre 10 anni ha esteso il proprio intervento anche ad altre forme di dipendenza patologica (quali gioco d'azzardo, tabagismo, disturbi da sovralimentazione), aprendo nel 2004 l'ambulatorio per il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), nel 2006 la Comunità Residenziale Breve *Sidecar* e nell'autunno dello stesso anno modificando il progetto della Comunità Residenziale *Lucignolo & Co.* – fino ad allora destinata al trattamento di tossicodipendenti da eroina e agli alcolisti – con l'avvio di un modulo di trattamento denominato *Bisogna saper perdere* per giocatori d'azzardo patologici.

Già alcuni anni prima che la Regione Piemonte disponesse nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2006-2010 che stabiliva che:

“i Servizi per la Patologia delle dipendenze [...] erogheranno direttamente gli interventi sui fenomeni a bassa prevalenza e alta complessità (sostanze illegali, gioco d'azzardo e nuovi comportamenti di dipendenza)”,

nel nostro Dipartimento, il servizio specifico per il trattamento del GAP è stato avviato inizialmente attraverso l'utilizzo di Fondi 309/90, fino ad una attuale totale assunzione degli oneri a carico dell'ASL, su fondi ordinari.

Attualmente, il Servizio ha una propria sede autonoma, e interviene con attività ambulatoriali e residenziali brevi (la Comunità Residenziale Breve *Sidecar*); è in stretto rapporto di collaborazione con i percorsi comunitari organizzati, nello stesso Dipartimento, dalla Comunità Residenziale *Lucignolo & Co.* nel programma per giocatori *Bisogna saper perdere*. Dall'inizio dell'attività sono stati trattati oltre 500 soggetti.

Sul piano clinico la progettazione del Servizio è avvenuta integrando diversi saperi provenienti in parte dal know-how degli operatori che da anni già lavoravano nell'ambito del trattamento delle dipendenze da sostanze e in parte da quanto disponibile nella letteratura scientifica per il trattamento del gioco d'azzardo in quelle realtà Australia, Canada e Svizzera in particolare dove la tradizione di cura era da più tempo consolidata (Spagnolo, 2011).

È stato innanzitutto necessario, quindi, tradurre i modelli di trattamento sperimentati in quei contesti, in strumenti applicabili, laddove possibile, in Italia. In alcuni casi tuttavia, tale traduzione non è stata possibile; ci riferiamo in particolar modo agli interventi nell'ambito del cosiddetto “Gioco Responsabile”, per quel che riguarda per esempio i programmi di *self-exclusion*, non applicabili in Italia sia per la normativa vigente, sia per la distribuzione estremamente capillare sul territorio e quindi meno controllabile delle occasioni di gioco.

Accanto ai più tradizionali strumenti terapeutici (psicoterapia individuale e familiare, gruppi terapeutici, gruppi di auto-mutuo aiuto per pazienti e familiari, presa in carico sociale,

accompagnamento educativo) è stato necessario sviluppare modalità e strumenti innovativi per rispondere alle specificità cliniche dei giocatori d'azzardo.

La cornice trattamentale nella quale si inseriscono gli interventi, è di tipo multimodale, sia rispetto ai ruoli professionali coinvolti (psicologo, educatore, assistente sociale, medico, consulente finanziario), sia rispetto ai differenti modelli interpretativi.

Lo sforzo clinico è stato quello di integrare gli strumenti diagnostici e terapeutici appartenenti a orientamenti clinici diversi, secondo una valutazione di efficacia, in un modello d'intervento che li ricomprenda; abbiamo quindi attinto dall'approccio più tradizionalmente diffuso in letteratura, quello cognitivo comportamentale, dal modello sistemico-relazionale di interpretazione del sintomo *dipendenza* all'interno del sistema famiglia, dal modello transteorico degli stadi del cambiamento e dai modelli interpretativi psicoanalitici (Spagnolo, 2011). Nello specifico andiamo a descrivere maggiormente gli interventi residenziali.

7.2. Comunità Residenziale Breve *Sidecar*

Nel novero degli strumenti del nostro Servizio, *Sidecar* rappresenta indubbiamente lo strumento più innovativo, progettato ad hoc per giocatori d'azzardo patologici in cui la comunità è utilizzata come metodo invece che come contenitore, integrando i contributi derivanti da differenti modelli teorici: modelli motivazionale, sistemico relazionale, psicodinamico, neurobiologico, pedagogico degli adulti (Fiorido, 2009).

L'ipotesi di realizzare un intervento residenziale breve è nata sulla base dell'esigenza di poter trattare i pazienti in una condizione *symptom free*, difficilmente realizzabile nel contesto quotidiano.

Ciò ci sembrava fosse utile non solo dal nostro punto di vista diagnostico ma anche per i giocatori stessi, affinché potessero fare un'autovalutazione rispetto alla propria compulsività, misurata attraverso la "tenuta" o meno di una quotidianità lontana dal contesto abituale.

Tuttavia, la maggior parte dei giocatori presi in carico era resistente ad intraprendere un percorso residenziale a lungo termine, secondo il modello mutuabile dal trattamento delle dipendenze da sostanze. Questo in ragione della loro condizione di vita tendenzialmente meno compromessa rispetto a quella dei tossicodipendenti; la maggior parte dei giocatori ha un nucleo familiare autonomo, spesso con figli minori e una situazione lavorativa e sociale ancora stabile. Inoltre, nelle situazioni di compromissione da gioco uno degli aspetti prioritari è determinato dalla necessità di coprire i debiti contratti con il gioco e, quindi, una delle prime richieste dei giocatori che intraprendono un percorso di cura è quella di poter continuare a lavorare e produrre un reddito. Chiedere pertanto di assentarsi dal lavoro, soprattutto nelle situazioni di lavoro autonomo (la maggior parte fra i casi trattati nel nostro ambulatorio), era una richiesta troppo forte.

A partire da queste prime considerazioni abbiamo valutato la possibilità di proporre un modulo residenziale che richiedesse un'assenza dal lavoro accettabile per chiunque, secondo la formula dei 5 giorni lavorativi uniti a due fine settimana per un totale di 9 giorni (Fiorido, 2009).

Questa esperienza terapeutica si configura come un intervento simbolico-esperienziale di rinforzo relazionale e motivazionale a percorsi di trattamento già in atto o in fase di avvio, rispetto ai quali non costituisce un'alternativa ma un'integrazione.

Particolare enfasi viene posta sulla metafora del viaggio e sugli aspetti simbolico-esperienziali del viaggio: il soggiorno terapeutico rappresenta in quest'ottica una parentesi nella vita del soggetto, un percorso di conoscenza introspettiva.

Una caratteristica importante, che ha orientato la scelta della struttura ospitante, è rappresentata dall'isolamento: la distanza dalla propria città di residenza e dalla propria rete familiare e sociale, la collocazione della struttura ospitante in un luogo montano riparato, lontano

dal centro abitato amplificano il senso della necessità per i pazienti di *prendere distanza dalla propria storia per poterla ri-conoscere*.

I destinatari dell'intervento sono esclusivamente giocatori patologici in carico ai servizi per il gioco d'azzardo patologico, in fase iniziale per un percorso di osservazione diagnostica in regime di contenimento del sintomo 24/24 ore, oppure già in trattamento presso un ambulatorio e che abbiano bisogno di un intervento motivazionale di rinforzo all'intervento terapeutico in atto.

Il bacino di provenienza dell'utenza è nazionale.

Il principale strumento clinico è il gruppo, sia nella dimensione di condivisione della quotidianità e di confronto dell'esperienza, sia come strumento terapeutico durante gli interventi specifici gestiti da differenti figure professionali.

Il personale coinvolto è lo stesso che svolge attività clinica in ambulatorio e include 2 educatori, 3 psicologi, 1 medico, 1 assistente sociale, e 3 operatori pari che garantiscono la copertura della struttura 24 ore su 24.

Sidecar ha due sessioni l'anno, un'edizione primaverile e una autunnale, e accoglie persone provenienti da tutto il territorio nazionale; è previsto il pagamento di una retta a carico del servizio inviante. Dal 2006 a oggi i pazienti trattati sono stati 195, provenienti in parte dal territorio dell'ASL TO3, in parte dal resto del Piemonte e da altre regioni d'Italia.

Residenzialità, condivisione in gruppo e brevità/intensità dell'intervento rappresentano un potente innesco all'avvio di processi di *insight* e di progettualità terapeutica.

L'alto tasso di conclusione (>95%) può essere spiegato dalla forte natura simbolica dell'intervento, oltre che dalla condivisione, in una reciproca interdipendenza, dell'obiettivo di portare a termine con successo l'esperienza.

Quali che siano i meccanismi che lo sostengono, il compimento del percorso seppure con livelli di coinvolgimento diversi secondo la struttura di personalità, della storia individuale e terapeutica di ciascuno acquisisce per i pazienti un'esperienza positiva in termini di aumento della motivazione e dell'autoefficacia.

Tuttavia, questi stessi aspetti, contengono delle criticità, in particolar modo per ciò che riguarda il "dopo-Sidecar", poiché i Servizi invianti non sempre, in ragione delle differenti risorse disponibili, riescono a garantire la prosecuzione del progetto terapeutico con interventi di psicoterapia individuale o di gruppo, o di sostegno ai nuclei famigliari.

Questo significa che per alcuni pazienti Sidecar rappresenta l'unica possibilità terapeutica; si, crea così nei pazienti un'aspettativa "magica" di cura, che non è coerente con gli obiettivi raggiungibili nel breve periodo e attraverso gli strumenti metodologici utilizzati.

Ciò significa non dar seguito all'intervento e lasciar "svaporare" in breve tempo l'effetto "catartico" indotto dall'esperienza intensiva e simbolica di Sidecar.

7.3. Comunità Residenziale Lucignolo & Co.

Nel 2016, *Lucignolo & Co.* ha compiuto 22 anni; la Comunità ha infatti avviato l'attività residenziale nell'ottobre 1994.

Nata come Comunità pubblica sull'onda di una significativa mobilitazione popolare per la sua apertura, con la finalità di rispondere ai bisogni specifici di particolari settori di utenza, si è da subito collocata nell'area delle Comunità Specialistiche, proponendo programmi differenziati per oggetti additivi, stadi di dipendenza e obiettivi di cura (Fiorido, 2009).

Con l'apertura nel 2004 dell'ambulatorio specialistico per il trattamento del gioco d'azzardo patologico abbiamo cominciato ad ipotizzare la possibilità di utilizzare la Comunità, oltre che per le dipendenze da sostanze psicoattive, anche per questa tipologia di utenza; nell'ottobre 2006 è stato avviato un modulo specifico denominato *Bisogna saper perdere* nell'ambito di un

programma che prevedeva l'accoglienza anche di persone con disturbo da uso di cocaina e da abuso/dipendenza da alcol.

La cornice metodologica di riferimento è il modello cognitivo-comportamentale.

Questa scelta si basa essenzialmente su due dati: la lettura della dipendenza come processo di apprendimento e l'offerta di un percorso di trattamento proceduralizzato, definito nelle sue tappe, in cui è centrale il lavoro sulla prevenzione della ricaduta.

Partendo dal modello comunitario di tipo psico-pedagogico che ci caratterizza sin dagli esordi, l'incontro con un modello interpretativo delle dipendenze intese come comportamenti appresi si è dimostrato funzionale alla definizione del progetto terapeutico proposto dalla comunità.

Abbiamo così implementato un lavoro sulla ripresa delle funzioni legate all'area della responsabilità individuale e delle proprie capacità di miglioramento.

Proponendo agli ospiti un primo passaggio anche di tipo culturale che permette di superare la concettualizzazione della dipendenza sia come vizio (credenza ancora molto radicata nell'ambito del gioco d'azzardo) che come malattia, in quanto anche quest'ultimo modello (pur corretto sul piano prettamente neurobiologico) favorisce un approccio passivizzante e una ricerca di soluzioni esterne a sé, di tipo magico.

L'altro elemento centrale nel trattamento è la focalizzazione sulla *prevenzione della ricaduta*, sia per fornire ai pazienti gli strumenti per fronteggiare quest'eventualità sia per favorire un cambiamento di prospettiva emotiva e cognitiva rispetto alla propria dipendenza e al percorso di emancipazione individuale.

Il modello di guarigione dicotomico malattia/salute, all'interno del quale il passaggio dall'una all'altra condizione è assoluto, in questo modo viene di fatto, ribaltato.

Il trattare, sin dalle fasi precoci del lavoro comunitario, la possibilità di ricaduta e la centratura sugli strumenti per fronteggiare quest'eventualità permette: una presa di contatto emotiva con le proprie aree più fragili, di sperimentare la fatica e il dolore nel vederle ed esporle, ma nello stesso tempo rassicura con l'offerta di percorsi per affrontarle.

Il lavoro sulla ricaduta condotto in un gruppo congiunto di persone con dipendenze da sostanze e da gioco facilita il processo di condivisione dei meccanismi psichici sottostanti le ricadute/rivincita; in entrambe le situazioni si attivano aspetti regressivi, dei quali è importante riconoscere la funzione rassicurante.

Bibliografia

Fiorido M, Spagnolo ML. Percorsi residenziali per giocatori d'azzardo patologici: l'esperienza della comunità terapeutica Lucignolo & Co. e della comunità residenziale breve Sidecar. *Medicina delle tossicodipendenze* 2009;6:47-55.

Spagnolo ML. Le attività di un servizio pubblico per il gioco d'azzardo patologico in Italia. *Itaca* 2011;33:96-107.

8. **PLUTO, UNA STRUTTURA RESIDENZIALE BREVE PER PERSONE CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO**

Marina Abrate, Matteo Iori, Umberto Caroni
Associazione Onlus Centro Sociale Papa Giovanni XXIII, Reggio Emilia

8.1. Introduzione

La struttura residenziale *Pluto* opera nell'ambito dei servizi offerto dall'Associazione *Centro Sociale Papa Giovanni XXIII* di Reggio Emilia. L'associazione, con qualifica di Onlus, ha come fine il contrasto alle cause prime di disagio sociale e la promozione di forme di inclusione e appartenenza. Nello specifico del disturbo da gioco d'azzardo si propongono tipologie diversificate di cura e servizi di integrazione alla cura per ottimizzare gli interventi rivolti ai bisogni dell'utenza.

Nel tema di cura del disturbo da gioco d'azzardo si evidenziano principalmente tre diverse modalità di intervento nel panorama italiano: ambulatoriale, di gruppo e residenziale. Interventi a sostegno del nucleo familiare, consulenze economico-legali in caso di indebitamento, interventi psicoeducativi nella complessa relazione tra uomo e denaro, possono dare più spessore alla cura di per sé specie nell'ambito di prevenzione della ricaduta. Globalmente, questi strumenti vengono utilizzati come riferimento per la struttura residenziale breve *Pluto*, la quale deve il suo nome al mitologico Dio del denaro e al suo dannoso buonismo all'interno di una struttura sociale non molto dissimile da quella attuale.

Ideata e promossa nel 2013 in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna, *Pluto* è una struttura residenziale per soli giocatori d'azzardo, aperta continuamente tutto l'anno e atta a ricevere invii da parte dei Servizi per le Tossicodipendenze dell'Azienda Unità Sanitaria Locale (SerT-AUSL). Non vengono presi in carico soggetti con dipendenza crociata, alcool o tossicodipendenza, mentre sono possibili ingressi di persone con disturbo di personalità associato e in presenza di terapia farmacologica.

Il numero di posti è pari a 6, disponibilità volutamente ristretta per attuare interventi specialistici mirati ma considerato l'aumento di richieste d'ingresso, in tempi brevi si avvierà la clonazione del progetto in altra sede accreditata.

Considerando la letteratura esistente e le realtà terapeutiche residenziali italiane, è possibile affermare che i soggetti con disturbo da gioco d'azzardo non necessitano né di lunghe permanenze residenziali né di esclusione sociale. Le degenze sono brevi e specialistiche, forniscono oltre ad un inquadramento diagnostico e un intervento mirato, un reinserimento dell'utente nel suo tessuto sociale, permettendo un rientro nel contesto familiare, lavorativo e relazionale di appartenenza, implementando la possibilità di successo del trattamento nel suo insieme.

Per questo motivo i percorsi terapeutici di *Pluto* vanno da una durata minima di due settimane fino a tre mesi, prorogabili fino ad un massimo di sei.

Tra le figure professionali all'interno della struttura, oltre al responsabile del progetto (con funzioni di supervisione) e al responsabile della struttura stessa, sono: educatori professionali con competenze psicoeducative, psicoterapeuta, professionisti per attività atelieristiche e ricreative con scopi terapeutici, docenti esterni per giornate di approfondimento, consulente su tematiche finanziarie.

8.2. Diagnosi, presa in carico e trattamento

La diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo viene effettuata in termini quantitativi, mediante i criteri diagnostici del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) e/o del SOGS (*South Oaks Gambling Screen*), e in termini qualitativi, utilizzando la Classificazione di Blaszczynski e lo Schema di Custer. Per indagare la struttura di personalità vengono impiegati i più noti strumenti come MMPI II (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), e SCID II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*). I profili diagnostici emergenti vengono poi integrati da un'indagine funzionale cognitivo-comportamentale *Schema Therapy*. La presa in carico dei soggetti viene condotta attraverso l'utilizzo e l'integrazione di più interventi; l'anamnesi della storia personale e la somministrazione di test diagnostici (qualora non sia stata fatta dai SerT invianti) che indagano la struttura di personalità sono due momenti fondamentali. Il trattamento avviene attraverso molteplici metodiche tra le quali: il colloquio motivazionale, il gruppo psicoeducativo riguardo al disturbo da gioco d'azzardo, il gruppo psicoeducativo riguardo al denaro e al debito, i colloqui psicologici individuali con frequenza settimanale, l'indagine delle relazioni familiari e delle pratiche di gioco al suo interno (se presenti) e la consulenza economica approfondita per stimare la ripercussione del debito in prospettiva futura. Diversi sono gli obiettivi che si vogliono raggiungere: favorire il vivere in contatto con l'altro per riappropriarsi o apprendere nuove capacità relazionali, aumentare la consapevolezza di sé per un'autovalutazione delle componenti emozionali e cognitive, valutare il possibile collegamento tra storia affettiva e meccanismi di compensazione, rinforzando e favorendo una maggior motivazione al trattamento. Si pone l'attenzione sul far emergere la quotidiana e complicata relazione soggetto-denaro e sul tracciare la rete sociale territoriale di riferimento all'ingresso in struttura, con lo scopo finale di aumentare la *compliance* al trattamento. Infine si individua e si indica un possibile percorso di cura post trattamento residenziale.

8.2.1. Descrizione delle attività

Ai colloqui individuali, anamnestici, di supporto e motivazionali e ai gruppi psicoeducativi pomeridiani, sono state affiancate attività mirate al riscoprire e riattivare l'area emotiva degli utenti, che nel giocatore patologico entra spesso in crisi e lo induce, tendenzialmente, all'isolamento sociale e al torpore del non riconoscere più sensazioni, emozioni e passioni.

Tra le attività previste ci sono:

- teatro terapia: questa tecnica permette di lavorare attraverso il corpo e l'improvvisazione sulle emozioni degli utenti, senza per forza passare dalle parole ma solamente con l'istinto e con il contatto di sé stessi;
- arte terapia: questa tecnica utilizza in maniera privilegiata modalità non verbali per il recupero del nucleo creativo dell'individuo, permettendo di affrontare disarmonie, blocchi e disagi psicologici e/o fisici;
- tecniche di rilassamento: attraverso musica, respirazione e visualizzazione si crea uno stato di relax e di benessere funzionale ad un evidente disagio psicofisico;
- psicoterapia: colloqui individuali con obiettivi specifici di integrazione agli interventi;
- attività sportiva: questa attività permette di sensibilizzare gli utenti ad una cura personale contribuendo al superamento dello stress psicofisico;
- attività atelieristica: lavoro manuale che permette di stimolare la creatività e la fantasia facilitando la spontaneità degli utenti;

- docenti esterni: intervengono sul gioco d'azzardo nei suoi aspetti politici e sociali, *bypassando* il tema patologia e cura, ponendo il focus sulla pratica di gioco collettiva in un'ottica di attività di impresa, sui consumi di gioco, tassazione erariale, rischi d'illegalità, riciclaggio e quant'altro.

8.2.2. Indicatori di efficacia e follow-up

L'efficacia dei programmi terapeutici proposti viene valutata utilizzando diversi indicatori:

- interruzioni di programma (gli abbandoni volontari ed espulsioni);
- questionario di soddisfazione utenti (sommministrato in prossimità delle dimissioni);
- relazione finale al servizio inviante (relativa all'andamento del percorso terapeutico con indicazione dell'esito);
- questionario di soddisfazione operatori dopo minimo tre mesi dalle dimissioni dell'utente (follow-up);
- report annuale (relazione sulla tipologia dei giocatori accolti, sulla durata dei trattamenti, sugli esiti, ecc.)

8.3. Collaborazioni con *Pluto*

8.3.1. Servizio di assistenza e consulenza per usura e sovraindebitamento

Grazie al consolidato rapporto di collaborazione tra l'Associazione Onlus *Papa Giovanni XXIII* e la Fondazione Antiusura San Matteo Apostolo Onlus, è nato il servizio di assistenza e consulenza per usura e sovraindebitamento.

Si tratta di un servizio gratuito (per la cittadinanza residente o domiciliata all'interno del territorio diocesano o provinciale di Reggio Emilia) che eroga prestazioni e non sussidi economici, prerogativa quest'ultima di enti in essere dedicati allo scopo.

Collaborazioni attive con Servizi Sociali dei Comuni e delle AUSL della provincia di Reggio Emilia, Caritas e Centri d'Ascolto della Diocesi di Reggio Emilia e Guastalla, Associazioni dei consumatori, Forze dell'Ordine e Istituti finanziari, permettono interventi sinergici allo scopo.

Le attività erogate riguardano le aree della legalità, del sostegno psicologico, della consulenza economica e dell'educazione monetaria/consumo.

Il tentativo di arginare forme di indebitamento, sovraindebitamento e usura può apparire un esercizio meramente tecnico, asettico, privo di connotazioni personali; il debito stesso, a prima vista, sembra essere una scienza esatta. Ritrovarsi sovraindebitati, al di là della ricerca delle cause, comporta l'emergere di ovvie complicazioni di natura economica in cui diviene manifesta la ricerca spasmodica di denaro con chiara mancanza di strategia sul come affrontare la situazione nel suo complesso. Depressione situazionale, ricorso a farmaci, emergere di conflitti familiari e di tensioni all'interno dei nuclei, rischio suicidario per persone con bassa capacità di *coping*, fallimento di progetti di vita, affiorare di squilibri psicologici prima nascosti o controllati e altre difficoltà tolgono prospettive di futuro al di là del piano di realtà, specie se il singolo o il nucleo familiare si ripiegano su se stessi. Il non vedere il domani, le paure istigate con premeditazione dalle agenzie di recupero crediti, il pensiero di finire nelle maglie del penale, il rischio di rivolgersi a strozzini, cravattari e usurai, conducono le persone a muoversi in maniera inadeguata, per non dire dissennata, dove si aggiunge errore a errore. Non è possibile attuare strategie risolutive nel breve periodo, nessuna agenzia di credito garantisce denaro a chi è ritenuto non più bancabile,

non esiste un luogo che permetta l'ennesimo finanziamento o un'estinzione a costo zero di tutti i debiti.

Il debito, grande o piccolo che sia, va sempre pagato nel tempo e l'importante è tanto adottare una strategia di rientro valida e diluita nel tempo quanto non fare di un debito una malattia.

Bacino potenziale d'utenza è il 5% del totale delle persone che hanno contratto debiti a vario titolo e che si trovano nelle condizioni di non riuscire a far fronte al piano di rientro concordato, di entrambi i generi, di nazionalità italiana e in misura minore straniera con regolare permesso di soggiorno, con attività lavorativa in atto con salario adeguato o basso salario, cassaintegrati, in mobilità, esodati, disoccupati, in stato di pensione, fasce d'età adulta e anziana, famiglia tipo e figli, famiglia unipersonale con o senza figli, in assenza o in presenza di patologia o di limiti cognitivi e fragilità personale.

Caratteristiche comuni sono l'essere in stato di usura, in condizione di sovraindebitamento o l'avere forme più o meno importanti di indebitamento.

Dopo aver offerto ascolto all'utenza si richiede la documentazione necessaria per una valutazione obiettiva in fase di istruttoria, approfondimento delle reali condizioni e relative prospettive di ristrutturazione del debito ove possibile, mediazione verso istituti di credito in grado di offrire una soluzione ove possibile, attivazione reciproca in rete col servizio pubblico o di privato sociale territoriale, presa in carico individuale-familiare e sostegno psicologico ambulatoriale-grupale, intervento educativo e riadattativo, collaborazione con le forze dell'ordine in caso di usura conclamata o semplice illegalità finanziaria, rilascio delle garanzie necessarie per accedere ai cosiddetti crediti personali in caso di usura, conclamata e passata in giudicato fornendo a banche convenzionate le garanzie necessarie al credito ordinario, altrimenti negato, per giungere fino al tutoraggio.

Le attività rivolte alla popolazione in generale e ai servizi territoriali prevedono informazione primaria ai temi del denaro, del debito, del credito al consumo e dell'usura, nonché di promozione dei servizi disponibili sul territorio in caso di bisogno, offerta di consulenza gratuita per i servizi socio-assistenziali, insegnamento valoriale, cultura ispirata ai principi della solidarietà sociale e della moderazione quali gli stili di vita personali, familiari e di contesto sociale che sappiano sviluppare un uso consapevole del denaro e degli strumenti finanziari per un indebitamento consapevole in caso di bisogno, promozione della cultura della legalità e della conoscenza delle leggi sul sovraindebitamento e sull'usura, nonché la conoscenza delle forme d'aiuto atte a garantire i diritti e la dignità di quanti sono vittime di usura.

La valutazione dei risultati per *item* prevede scomparsa/permanenza di ideazioni suicidarie, possibilità/impossibilità permanente di ridefinizione strutturale del debito, interruzione/aggravamento dello scivolamento verso la povertà, partecipazione/assenza alle sedute di sostegno psicologico, diminuzione/permanenza della conflittualità all'interno del nucleo familiare, diminuzione/permanenza dell'assunzione di psicofarmaci derivata da ansia da debito, permeabilità/impermeabilità verso nuovi stili di consumo, strategie economiche e di risparmio, valutazione complessiva del livello di qualità della vita.

8.3.2. Azzardo Point territoriale Reggio Emilia

Servizio storico del panorama italiano in tema di disturbo da gioco d'azzardo, il Servizio Azzardo Point viene presentato ufficialmente al pubblico ad inizio anno 2000.

Il servizio si divide in 4 aree di interesse: (i) studio del fenomeno e ricerca; (ii) formazione ai servizi pubblici e di privato sociale; (iii) informazione/prevenzione alla cittadinanza; (iv) cura del disturbo da gioco d'azzardo. Le sue attività riguardano l'informazione, la formazione, la ricerca e la cura.

Focus d'attenzione è la collaborazione con le istituzioni locali, Comune e Provincia di Reggio Emilia, cui seguono azioni in concorso con la Regione Emilia Romagna, con il Consiglio regionale Emilia Romagna e con il Parlamento della Repubblica.

Di pari importanza si rivelano le variegate forme di cooperazione con i SerT e Centri Salute Mentale (CSM) delle AUSL, i Servizi Sociali dei Comuni, gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE), l'associazionismo privato, la Fondazione Antiusura San Matteo Apostolo Emilia Romagna e le Forze dell'ordine.

Per la cura di persone con disturbo da gioco d'azzardo, il Servizio Azzardo Point offre:

- Colloqui di decodifica della domanda e valutazione psicodiagnostica iniziale
- Psicoterapia individuale breve si scuola cognitivo comportamentale
- Gruppo di trattamento psico-educativo per giocatori patologici
- Gruppo di appoggio per familiari, cui si associa, a seguito di valutazione, il gruppo di trattamento per familiari
- Consulenza economica a persone con disturbo da gioco d'azzardo e a familiari per una valutazione di protezione del patrimonio residuo e ristrutturazione della eventuale situazione debitoria
- Attività di collaborazione con SerT e Sportelli Unici provinciali per interventi integrati di cura e sostegno economico ai nuclei familiari in presenza o meno di minori
- Supporto e accompagnamento in caso di usura conclamata, così come da vigente legislazione in materia
- Struttura residenziale *Pluto* per giocatori patologici, progetto sperimentale inserito nei LEA regionali dell'Emilia-Romagna, così come sopra meglio specificato.

9. TRATTAMENTO PER LA DIPENDENZA DA GIOCO NEL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE DI FOLIGNO

Lucia Coco, Sonia Biscontini

Centro di riferimento regionale per la dipendenza da gioco, USL Umbria 2, Foligno

9.1. Introduzione

Il gruppo di lavoro per il trattamento del gioco d'azzardo di Foligno, riconosciuto recentemente con una delibera regionale Centro di riferimento regionale per il trattamento della dipendenza da gioco (DGR n. 576/2014), collocato presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL Umbria 2, sede di Foligno, adotta un approccio multimodale integrato, noto come intervento specifico per le dipendenze da sostanze e comportamentali.

Le professionalità che si occupano di trattamento del gioco d'azzardo, sono quelle già presenti nel Dipartimento Dipendenze: psicologo-psicoterapeuta, medico psichiatra, assistente sociale ed educatore.

I destinatari degli interventi sono le persone affette da disturbo da gioco d'azzardo secondo i criteri del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition, DSM-5*), e loro familiari. I giocatori seguiti rappresentano l'intera gamma dei giochi d'azzardo: scommesse sulle corse dei cavalli, sul calcio e gli altri sport, *new slot machine*, gratta e vinci, gioco online, lotto, giochi di carte, ecc. I giocatori affluiscono al servizio generalmente consultando Internet ma, cosa singolare, si è attivato da qualche mese un passaparola per cui i riferimenti del Servizio e degli operatori vengono sempre più spesso forniti ai giocatori dagli stessi pazienti già in trattamento.

Il trattamento offerto è ambulatoriale e di tipo integrato, cioè viene svolto da un'équipe terapeutica formata da diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, assistente sociale).

I membri dell'équipe affrontano le problematiche dei singoli pazienti senza un modello interpretativo rigidamente precostituito, ma avviano, per così dire, un percorso/rapporto di conoscenza che è, allo stesso tempo, un percorso-rapporto di cura (Coco, 2001; Zanda, 2001).

Al paziente e alla sua famiglia viene, innanzitutto, offerto uno spazio di accoglienza della dimensione emotivo-affettiva, dimensione fondamentale per il riavviarsi del processo evolutivo.

In tale ottica sono valutati gli aspetti comportamentali, affettivi e relazionali con particolare attenzione allo stadio del cambiamento del paziente, alla funzione e al senso del sintomo nell'equilibrio personale e familiare, al ciclo vitale della famiglia e al suo stile monetario.

La "cura" dell'aspetto finanziario è parte essenziale del trattamento integrato perché la tutela e il sostegno relativamente ai debiti, quasi sempre contratti, sono necessari sia per evitare il rischio di una caduta depressiva del paziente, sia per dare speranza al cambiamento e far sì che questo problema non venga utilizzato collusivamente all'interno delle dinamiche familiari.

9.2. Modalità dell'intervento terapeutico

I postulati del nostro operare clinico-terapeutico su disturbo da gioco d'azzardo, confermati nella letteratura scientifica internazionale, sono derivati dalla convinzione che la terapia risulta

più efficace se si ha una combinazione tra: programma integrato psico-medico-sociale-educativo, lavoro sulla sobrietà (intesa come astinenza dal gioco e cambiamento dello stile di vita) e coinvolgimento della famiglia nel programma terapeutico-riabilitativo.

In sintesi il programma terapeutico integrato prevede:

- integrazione tra le diverse professionalità che portano avanti l'intervento (psicologo, medico, assistente sociale);
- integrazione tra i diversi Servizi che si occupano di questi pazienti (Servizi per le Tossicodipendenze, SerT, per la salute mentale, i servizi sociali, ecc.)
- integrazione tra il servizio pubblico e il privato sociale;
- integrazione degli interventi sul disturbo da gioco d'azzardo con quelli relativi alle altre dipendenze da sostanze psicoattive (abuso/dipendenza), poliassunzione e politossicodipendenza, in quanto alcuni giocatori presentano anche dipendenze da sostanze (es. cocaina, alcol, ecc.) (doppia diagnosi/multipla).

9.2.1. Procedura per l'accoglienza e valutazione

La procedura per l'accoglienza e valutazione è strutturata su 2 livelli:

- *I livello*

Prevede:

- raccolta dell'anamnesi e diagnosi secondo i criteri del DSM-5
- somministrazione degli strumenti di valutazione diagnostica SOGS (*South Oaks Gambling Screen*) e MAC/G (Motivazione al Cambiamento/Gioco).
- somministrazione della GRCS (*Gambling Related Cognition Scale*) e della WHO-QHOL (World Health Organization Quality of Life) per la valutazione delle distorsioni cognitive e della qualità della vita.

Nella fase dell'*assessment* la valutazione del comportamento di gioco d'azzardo fa riferimento al modello di Blaszczynski e Nower (Blaszczynski, 2002), oramai condiviso dalla comunità scientifica. Una parte importante del processo di valutazione riguarda l'area delle distorsioni cognitive per valutare la presenza e tipologia di distorsioni cognitive e credenze irrazionali presenti per poter avere elementi per la successiva terapia cognitivo-comportamentale. È importante rilevare anche il grado di rigidità/flessibilità del paziente nel modificare tali convinzioni e quindi la reale possibilità di agire con un modellamento cognitivo su questi aspetti. Si richiede anche la partecipazione di un familiare o di una figura della rete amicale disponibile. Il familiare, quando consenziente e attendibile, viene indirizzato all'assistente sociale per accordarsi sul come impiantare e successivamente monitorare una praticabile strategia di tutela finanziaria del paziente. Durante il processo di valutazione si osserva anche un eventuale uso contemporaneo di sostanze stupefacenti, alcol e farmaci che sono in grado di incentivare comportamenti di gioco d'azzardo.

- *II Livello*

Prevede un'eventuale attivazione di consulenza psichiatrica per la valutazione di comorbidità. Una volta terminata l'accoglienza e la valutazione che dura, in genere, non più di un mese (all'incirca 3 incontri), il percorso terapeutico viene orientato in modo coerente con le risorse del paziente e della sua famiglia e tiene conto della complessità della situazione generale di ogni singolo sistema familiare.

Possono essere proposti a seconda di quanto emerso dalla valutazione:

- colloqui individuali di monitoraggio e di counselling familiare amicale;
- coinvolgimento della famiglia/rete parentale-amicale per tutto il programma;
- strategie di tutela finanziaria e gestione economica del giocatore;

- psicoterapia individuale e/o di coppia, e/o familiare, trattamento farmacologico e colloqui di monitoraggio ad opera dello psichiatra.

9.3. Diverse tipologie di gruppi

Come gruppo di lavoro così come accade anche all'interno delle altre unità operative del Dipartimento, abbiamo ipotizzato vari tipi di gruppi a seconda delle fasi del trattamento e più specificatamente:

- *fase informativo-diagnostica*: gruppi informativo-motivazionali a target multifamiliare;
- *fase del trattamento*: gruppo a orientamento cognitivo-comportamentale, gruppo multicoppiale.

9.3.1. Gruppi informativo-motivazionali

La loro funzione è essenzialmente quella di fornire consulenza a pazienti e familiari sulle problematiche correlate al gioco e, nel contempo, creare un'alleanza col Servizio costruendo la motivazione al trattamento. Si situano pertanto nella fase dell'accoglienza e sono incentrati su 2 momenti: uno informativo e uno cognitivo emozionale.

L'approccio motivazionale (*Motivational Enhancement Therapy*, MET) adottato è riconducibile alla vasta area della *motivazione al cambiamento*.

L'obiettivo della partecipazione a questi incontri è duplice: lavorare sull'evoluzione della motivazione al trattamento e alla richiesta d'aiuto secondo l'approccio motivazionale degli stadi del cambiamento e costruire l'alleanza terapeutica con tutti gli operatori del Servizio.

Ogni incontro è condotto da un operatore del Gruppo di lavoro con i seguenti temi:

- che cos'è il disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia e descrizione del fenomeno.
- i meccanismi neurobiologici che sottendono il disturbo da gioco d'azzardo.
- il tutoring finanziario e i familiari nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo.
- gli stadi di motivazione al cambiamento: stato dell'arte e prospettive future dei pazienti in trattamento.

Durante tutti i momenti di questa fase viene richiesta la presenza della famiglia, con l'elasticità necessaria relativa alle diverse situazioni.

9.3.2. Gruppo a modello cognitivo-comportamentale

Per questo gruppo l'astensione dal gioco è l'obiettivo fondamentale del trattamento, anche se raggiungere l'astinenza in tempi brevi non può essere un parametro valido per tutti.

La funzione principale dei gruppi ad orientamento cognitivo comportamentale è di far apprendere modalità di gestione del *craving*, strategie di fronteggiamento della crisi, abilità per la prevenzione della ricaduta.

Ci siamo ispirati per questo al modello della Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) della Carroll per il cocainismo, adattandolo alla problematica del gioco d'azzardo patologico.

Il modello della TCC della Carroll (Carroll, 1998) è stato ampiamente valutato tramite rigorosi test clinici ed ha una solida base empirica nel trattamento del l'abuso di cocaina. Noi abbiamo provato ad esportare un modello nato per i cocainomani nell'ambito del trattamento del disturbo da gioco d'azzardo anche perché gli aspetti comportamentali della dipendenza da cocaina e del gioco d'azzardo patologico: l'elevata impulsività, il deficit nella capacità di prendere decisioni

associate al rischio e la tendenza al comportamento compulsivo, così come i meccanismi neurobiologici che li sottendono, sono molto simili e nel gioco d'azzardo e nel cocainismo.

I gruppi sono così organizzati: dopo aver definito il *setting* e le regole del lavoro è possibile avviare l'analisi della situazione con relativi accertamenti delle condizioni dei pazienti, la conseguente analisi funzionale del comportamento disagiata permette di passare all'individuazione degli obiettivi del trattamento.

Esistono però delle difficoltà e ostacoli da non trascurare:

- Il paziente è in grado di riconoscere la necessità di ridurre il comportamento del gioco?
- Il paziente è in grado di riconoscere i richiami del gioco?
- Il paziente è in grado di riconoscere le situazioni che hanno provocato ricadute?
- Il paziente è in grado di tollerare periodi di forte desiderio del gioco o di difficoltà emotive senza ricadere nel comportamento problematico?
- Riesce a riconoscere la relazione eventuale tra il suo comportamento problematico e la dipendenza da sostanze?
- Presenta dei disturbi psichiatrici concomitanti o altri problemi che possono vanificare gli sforzi verso il cambiamento?

Fatta questa valutazione si passa a considerare anche le capacità e risorse a disposizione del paziente:

- Quali capacità e quali risorse ha dimostrato durante precedenti periodi di astinenza?
- Durante il comportamento problematico, è riuscito a mantenere un lavoro o delle relazioni sociali positive?
- Ci sono delle persone nella rete sociale del paziente che non sono giocatori problematici?
- Ci sono delle risorse sociali che possono sostenere il paziente nei suoi sforzi verso l'astinenza?
- Come passa il tempo il paziente quando non gioca o sta cercando di non giocare?
- Quale era il suo livello prestazionale prima di iniziare a giocare?
- Cosa lo ha portato ora in trattamento?
- Qual è la sua motivazione?

9.3.3. Gruppo multicoppiale

Il secondo tipo di gruppo psicoterapico è multicoppiale e si incontra ogni quindici giorni.

Il razionale che ci ha indotto alla formazione di questo gruppo di cui uno dei due membri è un giocatore è che alcune ricerche indicano che i problemi coniugali sono la causa più frequente di ricaduta e che migliorano con il trattamento del Disturbo da Gioco d'azzardo (Coletti, 2001, Hudak, 1989).

Alcuni autori si riferiscono al gioco d'azzardo patologico come a un disturbo della famiglia *family disease* e suggeriscono che è auspicabile e giusto da un punto di vista etico aiutare la famiglia del giocatore come il giocatore stesso.

Anche altri autori sottolineano quanto il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo debba tenere in debito conto il contesto relazionale di riferimento del giocatore, sia che si concepisca la famiglia come un fattore causale nella genesi della dipendenza da gioco, sia che la si consideri come un contesto che soffre delle conseguenze derivate dal sintomo, sia che si ipotizzi che la famiglia o il partner potrebbero essere risorse utili per motivare il soggetto ad affrontare il problema trattamento (Coletti, 2001, Rychtarik, 2006).

L'intervento sulla coppia vede i seguenti obiettivi:

- *Generale*

- mirare alla modificazione stabile e profonda nella struttura e nel funzionamento della coppia (sintomo-parte funzionale), cambiare le relazioni all'interno della coppia.
- *Specifici*
 - rompere le dinamiche patologiche preesistenti alla Dipendenza da Gioco d'Azzardo;
 - facilitare la presa di coscienza della propria storia personale, di coppia e familiare in relazione alla formazione o al mantenimento del Gioco d'Azzardo.

9.4. Terapia familiare

L'importanza della Famiglia nel Trattamento della Dipendenza da Gioco appare una componente ormai acquisita (De Luca, 2001; Heineman, 1994; Lorenz, 1989). Molte famiglie, almeno nel periodo iniziale del trattamento, pensano che il lavoro di cambiamento debba essere a carico soltanto del loro congiunto con Dipendenza da Gioco; quando hanno raggiunto lo scopo di inserirlo nel programma, accade, a volte, che si tirino indietro e deleghino completamente ai professionisti il lavoro da svolgere. La letteratura ci riferisce però che la qualità delle relazioni con la famiglia e con gli amici influenza probabilmente l'inizio del gioco e la sua progressione nella patologia, pertanto, la presenza all'interno del nostro gruppo di lavoro di una psicoterapeuta con formazione sistemico-relazionale si è resa opportuna proprio per offrire alle famiglie la possibilità di essere coinvolte nel percorso terapeutico del "paziente designato".

9.5. Psicoterapia di Gruppo per "giovani" dipendenti

Da maggio 2015 è stato avviato un gruppo di psicoterapia con alcuni criteri d'ingresso specifici quali la *giovane età* (i membri inseriti in gruppo non devono avere più di 35 anni) e la tipologia di Dipendenza, prettamente *comportamentale*.

Le sedute di gruppo consistono in incontri periodici con cadenza quindicinale finalizzati all'astensione dal comportamento dipendente e dall'espressione dei propri sentimenti e vissuti.

Tali espressioni avvengono in un ambiente protetto e mirano al raggiungimento della consapevolezza delle proprie dinamiche interne e interpersonali, evidenziando il ruolo svolto della dipendenza nella loro vita al fine di padroneggiarla e gestirla.

Gli argomenti di discussione possono essere sia determinati dai conduttori sia sorgere spontaneamente dal gruppo. Il gruppo stesso diventa così fonte di sostegno, consapevolezza e gestione dei momenti di stress di ogni partecipante. Dai riscontri che ottiene dagli altri ogni membro può prendere coscienza dei suoi modelli di comportamento inefficaci e può essere aiutato a reagire in modo più costruttivo e meno autodistruttivo. Il gruppo diventa allora un laboratorio per la consapevolezza della propria storia e di attribuzione di significato dei vecchi comportamenti e bussola per i nuovi.

9.6. Progetti di accompagnamento territoriale

Gli interventi di accompagnamento territoriale denominati *Progetti di accompagnamento territoriale* (PAT), sono interventi di carattere innovativo sperimentati e ormai consolidati in diversi territori della regione nell'ambito del trattamento delle dipendenze. Sono attuati nel

contesto di vita dell'utente e risultano alternativi (o in alcune fasi complementari) al trattamento residenziale, che nel caso del disturbo da gioco d'azzardo risulta poco indicato.

Consistono in attività di accompagnamento attuate dagli operatori, durante la vita quotidiana della persona; l'intensità del supporto professionale viene calibrata in base alle capacità di autonomia dell'utente, ad una attenta valutazione dei suoi bisogni, ad una ricognizione delle risorse personali, familiari e della rete di relazioni. Viene quindi definito un progetto individuale, ovvero un piano di intervento condiviso con l'utente e strutturato per obiettivi specifici e graduali, commisurati alla situazione specifica e sottoposti a valutazione periodica.

9.7. Attivazione di un Numero Verde

La Regione Umbria ha emanato la LR 21/2014 “Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo patologico” ed ha previsto, tra le altre azioni, con la finalità di intercettare i bisogni dei giocatori e dei loro familiari, l'istituzione “di uno specifico numero verde regionale per le segnalazioni e le richieste di aiuto e per fornire un primo servizio di ascolto, assistenza e consulenza per l'orientamento ai servizi competenti”.

Si è ritenuto opportuno, pertanto di associare il Numero Verde Regionale al Centro di Riferimento Regionale, connettendo quindi strettamente la fase di accoglienza della domanda alla fase della presa in carico delle situazioni clinicamente significative.

Il Numero Verde Regionale, infatti, rappresenta l'interfaccia tra chi opera nell'area dell'emersione e raccolta della domanda e chi, nei Servizi di competenza, si occupa del trattamento. Vuole inoltre favorire la conoscenza, da parte delle persone che vi si rivolgono, di tutti quei Servizi (ASL, Comuni, Autorità Giudiziaria, Forze dell'ordine, Associazioni dedicate, altri soggetti) che a vario titolo si occupano di questo fenomeno. I Servizi del territorio regionale, viceversa, potranno avvalersi sul Numero Verde per divulgare la gamma della propria offerta.

Un ulteriore obiettivo indiretto, ma di valore strategico, è quello di contribuire a migliorare la comunicazione e di diffondere la cultura della relazione tra operatori dei diversi servizi e tra operatori e cittadini. Fornire informazioni precise e aggiornate, infatti, implica la circolazione delle stesse e quindi da un lato promuove tra gli operatori lo sviluppo di una cultura organizzativa orientata alla comunicazione e alla partecipazione, e dall'altro dà concretezza al diritto del cittadino di essere informato. Semplificare l'accesso alle informazioni costituisce un processo di miglioramento delle relazioni con gli utenti con ricadute sull'accessibilità, appropriatezza ed efficacia dei servizi sanitari.

Poiché il Progetto ha lo scopo di favorire l'emersione dei bisogni legati al gioco d'azzardo, che nell'attuale rimangono in larga misura sommersi, si reputa necessario poter effettuare periodiche verifiche, in itinere, da sottoporre all'esame dei competenti uffici regionali per un'adeguata allocazione delle risorse e un'eventuale rimodulazione del piano organizzativo e finanziario.

Bibliografia

- Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97:487-99.
- Carroll KM. *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 1998. (Publication number: 98-4308).
- Coco L. I gruppi informativo-motivazionali: una proposta di lavoro per i servizi di alcologia. *Alcologia* 2001;Suppl (13):1

- Coletti M. L'impatto del gambling compulsivo sulle dinamiche relazionali. In: Croce M, Zerbetto R (Ed.). *Il gioco e l'azzardo*. Milano: Franco Angeli, 2001. p. 210-4.
- De Luca R. I gruppi per giocatori d'azzardo e le loro famiglie. In: Croce M, Zerbetto R (Ed.). *Il gioco e l'azzardo*. Milano: Franco Angeli; 2001. p. 188-201
- Heineman M. Compulsive gambling: structured family intervention. *Journal of Gambling Studies* 1994;10(1):67-76.
- Hudak Jr CJ, Varghese R, Politzer R. Family, marital and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 1989;5(3):201-10.
- Lorenz C. Some treatment approaches for family members who jeopardize the compulsive gambler's recovery. *Journal of Gambling Studies* 1989;5(4):165-78.
- Rychtarik RG, Mc Gillicuddy NB. Preliminary of a coping skills training program for those with pathological-gambling partner. *Journal of Gambling Studies* 2006;22(2):165-78.
- Zanda G. Il Ser.T. e il gioco d'azzardo patologico. In: Croce M, Zerbetto R (Ed.). *Il gioco e l'azzardo*. Milano: Franco Angeli; 2001. p. 15-26.

10. APPROCCIO PSICODINAMICO NEL TRATTAMENTO DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Annalisa Pascucci, Claudia Cervelli, Elena Cortese, Liliana Mattioli, Dina Pero,
Adriano Purgato, Valentina Scarpino, Francesco Flavio Castracane, Claudio Leonardi
UOC Patologie da Dipendenza, ASL Roma 2, Roma

10.1. Introduzione

Le profonde trasformazioni avvenute negli ultimi venti trent'anni nei codici socio-antropologici della nostra cultura, hanno modificato la forma e i luoghi della psicopatologia e della sofferenza umana, ponendo nuove sfide alla tradizionale impostazione dei progetti terapeutici attuabili in tal senso.

Nel libro *L'uomo senza inconscio* (1), Massimo Recalcati afferma che:

“la nostra epoca è caratterizzata da individui votati permanentemente al consumo, smarriti nel godimento, che hanno perduto la bussola orientativa del limite e della castrazione. Il soggetto di oggi è un soggetto senza Padre, che ha smarrito il desiderio e che vaga disperatamente in cerca di oggetti di godimento che illudono di saturare la mancanza (come le droghe, la cocaina fra tutte, o tutte le forme moderne di dipendenza), o si congela in rassicuranti identificazioni solide a massa ululando nel branco dei lupi”

Stiamo assistendo, quindi, all'esaltarsi dei valori che caratterizzano lo stile di vita di una società di mercato: concorrenza e competitività senza limite, così come senza limiti debbono essere i consumi.

Questo ha influito anche sul rapporto tra società e servizi sanitari modificando la domanda posta oggi dal sociale e le risposte che i professionisti di questi Servizi hanno dovuto affrontare.

Il gioco è un bisogno universale inviolabile di tutti gli esseri viventi, ed è un'attività che li caratterizza in misura proporzionale al loro grado di sviluppo intellettuale e psichico. Non sorprende dunque che, mentre negli animali il gioco rimane confinato prevalentemente nei primi anni della loro vita e costituisce una palestra di adattamento e apprendimento di specifici schemi di vita necessari alla sopravvivenza e alla relazione tra pari, nella specie umana la capacità di giocare permane per tutta la vita, quale testimonianza psichica di conservazione di uno stato di giovinezza e di flessibilità relazionale e cognitiva che si misura attraverso la capacità in cui si riesce a continuare a giocare.

Quindi il gioco nell'uomo è un comportamento normale, necessario e utile all'equilibrio della persona, all'apprendimento e allo sviluppo delle capacità intellettive e psichiche. Accanto a questa realtà, di grande diffusione e sostanziale innocuità, in cui il gioco assume la forma di attività libera ricreativa, stiamo assistendo, soprattutto negli ultimi anni, al dilagarsi di un'altra realtà di sofferenza e problematicità, in cui il gioco diventa un problema e che conduce ad una situazione che spesso diviene intollerabile sul piano personale, familiare e sociale.

10.2. Contrasto al gioco d'azzardo patologico

Nello specifico della nostra esperienza all'interno della Unità Operativa Complessa (UOC) Patologie da Dipendenza della ASL Roma 2, già dal 2006 notammo che nell'ambito delle politossicodipendenze che ci trovavamo ad affrontare quotidianamente, assumessero sempre più un posto di rilievo le dipendenze comportamentali, degli specifici comportamenti additivi senza sostanza, dove il gioco, prepotentemente rispetto ad altri comportamenti, caratterizzava la sintomatologia e la domanda di salute dei soggetti che giungevano alla nostra osservazione.

Considerando la conoscenza come *conditio sine qua non* per attuare qualunque programma d'intervento, è apparso prioritario progettare interventi basati in primo luogo sulla conoscenza, sulla diffusione e sulla complessità biologica, sociale e psicologica di questo disturbo. Inoltre, sebbene il fenomeno che si presentava allora, costituiva un'entità clinica autonoma, inserito nella versione del DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition-Text Revision*) nella categoria dei "disturbi di controllo e degli impulsi non classificati altrove" e descritto come "comportamento persistente, ricorrente, maladattivo che compromette le attività personali, familiari e lavorative", l'osservazione clinica ci conduceva, in accordo con i dati della letteratura, ad evidenziare tratti del tutto simili alle dipendenze note (assuefazione, tolleranza, astinenza). È così che a partire dal 2006, si viene a costituire, all'interno del servizio, l'Unità Operativa Gioco d'Azzardo Patologico, unitamente a quelle preesistenti.

Accogliere nei servizi persone con problemi di gioco d'azzardo ci ha così obbligato in primo luogo, ad aumentare la complessità della nostra proposta terapeutica e ad approfondire gli aspetti peculiari della dipendenza da gioco d'azzardo patologico, tentando di strutturare percorsi terapeutici mirati e anche necessariamente differenziati, rispettosi della persona e della peculiarità di tale comportamento additivo patologico e considerando, soprattutto, le difficoltà di accedere da parte di un'utenza trasversale per età, ceto sociale e stile di vita, ad un Servizio così "stigmatizzato" come quello del Servizio per le Dipendenze (SerD) che, fino allora era conosciuto dalla società e di fatto occupato esclusivamente da "tossici".

Parallelamente l'arrivo di questi "nuovi pazienti" nel servizio per le dipendenze, si è iniziato ad elaborare e validare metodologie operative strutturate in grado di rispondere al meglio alle specifiche esigenze di ogni singolo paziente e dei suoi familiari, attraverso una équipe multidisciplinare, appositamente formata e costituita da psichiatra, psicologi psicoterapeuti, medici, infermieri ed educatore professionale, tale da consentire una presa in carico globale dei pazienti attraverso un approccio bio-psico-sociale. Tale approccio si sostanzia in un intervento interdisciplinare che caratterizza tutto il percorso terapeutico del paziente, dall'accoglienza fino alla fase di follow-up.

10.3. Richiesta di assistenza del giocatore d'azzardo

Vorremmo rilevare come nell'ambito di qualunque dipendenza, riuscire a chiedere aiuto, equivale al vero inizio di un percorso di cambiamento. Anche nel caso dei giocatori ci troviamo di fronte ad un numero esiguo di persone che direttamente chiedono aiuto ai Servizi o ai singoli professionisti per essere "curati". Ciò è imputabile alla loro "naturale ma patologica" tendenza a negare o minimizzare il problema e che porta la maggior parte di loro a credere, perché incapaci di comprendere il proprio livello di dipendenza patologica, di poter smettere di giocare con facilità quando vorrà.

Sono più spesso, infatti, i familiari a rivolgersi al nostro Servizio per segnalare le problematiche legate al gioco d'azzardo patologico dei loro cari e per chiedere un aiuto immediato

quando, ad esempio, il *menage* e le relazioni familiari sono diventate insostenibili sia per le perdite economiche e i debiti che hanno determinato, sia per la comparsa di problemi legali o di rapporti ormai indifendibili con talune organizzazioni della malavita che sostengono finanziariamente i malcapitati di turno e spesso li ingaggiano direttamente, sostenendo in tal modo, la loro ineluttabile dipendenza dal gioco.

Al di là del numero di soggetti che sono afferiti nella nostra Unità Operativa GAP nell'anno 2015 (121 soggetti, di cui 91 maschi e 30 femmine), quello che ci preme far emergere è che, nella nostra esperienza clinica, sono costanti alcuni comportamenti iniziali dei nostri pazienti, a dimostrazione di una omologazione degli stessi, determinata dall'instaurarsi di una progressiva condizione di dipendenza patologica.

Da ciò, non ci risulta strana un'iniziale forte aderenza al trattamento dei nostri pazienti, che può durare alcune settimane e nella quale l'unica espressione che emerge è quella di "aiuto, aiuto, aiuto", a cui segue una fase, oseremmo dire quasi automatica e progressiva, di abbandono del Servizio.

È per questo che proprio durante la fase preliminare di accoglienza e di trattamento diagnostico è necessario il massimo sforzo terapeutico dei professionisti dei Servizi nell'indirizzare questa consueta, generica e scarsamente motivata richiesta di aiuto, in una cosciente domanda indirizzata a "qualcuno per qualcosa", delimitando in tal modo un confine e definendo tutti quegli elementi indispensabili per non cadere in trappole onnipotenti e richieste irrealizzabili.

10.4. Accoglienza e diagnosi

All'interno del nostro servizio l'accoglienza del paziente segue una prima valutazione diagnostica completa e accurata, che tiene conto del sistema multiassiale del DSM-5 e che è volta ad indagare il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo del paziente e nello specifico:

- valutazione psichica, attraverso visite periodiche con psicoterapeuti e psichiatra;
- valutazione delle relazioni sociali e familiari attraverso un'accurata anamnesi della storia personale e familiare e di tutte le risorse esterne del soggetto;
- valutazione del suo stato fisico generale attraverso visite mediche specifiche e infermieristiche e attraverso l'effettuazione di prelievi ematici presso il nostro SerD;
- valutazione lavorativa, legale e finanziaria attraverso colloqui con l'assistente sociale, quando necessario.

L'accoglienza prevede, pertanto, una serie di colloqui con i giocatori e anche con i loro familiari; in occasione di questi colloqui viene compilata una scheda di prima accoglienza, vengono raccolte informazioni e somministrati alcuni tra gli specifici test psicodiagnostici: come il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) e la *Symptom Checklist-90* (SCL-90) e un *craving test*, volti ad indagare il potenziale rapporto problematico dell'utente con il gioco d'azzardo, a misurare un preliminare e ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici eventualmente già esistenti (depressione, somatizzazione, ansia, aggressività, ostilità, impulsività) e il contingente livello di *craving* nei confronti del gioco d'azzardo. In tal modo si procede oltre che all'attuazione di un iniziale inquadramento diagnostico, anche e soprattutto, alla valutazione dello stato di motivazione al cambiamento del soggetto. Vengono, inoltre, utilizzati test di valutazione della personalità quali il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI2) e il *Temperament and Character Inventory* (TCI), laddove necessario per affinare la diagnosi psicopatologica.

A seguire questa prima fase di accoglienza e di trattamento diagnostico, la possibilità d'interventi di psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo, di controlli psichiatrici e, nel caso in cui fosse necessario, di un trattamento farmacologico.

Nella nostra Unità Operativa GAP i giocatori scoprono uno spazio non magico, delimitato da ritmi precisi e nel quale potersi esprimere e scoprire la solidarietà tra pari, pur nelle soggettive difficoltà che routinariamente emergono. A tal proposito, si vogliono segnalare alcune specificità del lavoro da svolgere con il giocatore patologico che a nostro avviso appaiono imprescindibili:

- 1 passaggio dalla concettualizzazione del proprio disagio da “vizio” a “malattia”. Infatti, le persone affette da GAP sono per lo più convinte di avere un problema di “sfortuna” o, al più, l’inconveniente e banale necessità di gestire un debito. Per questo ribadiamo che, nella maggior parte dei casi, i soggetti affetti da GAP si rivolgono al Servizio senza una specifica richiesta relativa al proprio stato di salute, non di meno rivolta al loro status psicopatologico. In tutti i casi diventa, quindi, fondamentale un lavoro sulla motivazione al cambiamento.
- 2 affrontare tematica del denaro. Diventa fondamentale, soprattutto nella prima fase di accoglienza, valutare la situazione socio-economica (presenza di debiti, presenza di un lavoro e di che tipo, ecc.), analizzare le capacità di gestire il proprio denaro e/o patrimonio (elementi di fragilità, elementi di forza), analizzare le capacità di far fronte alle difficoltà economiche in generale.
- 3 lavoro su pensieri erronei cognitivi. In una fase preliminare il giocatore non comprende e non accetta che il gioco sia governato dal “Caso” e pertanto imprevedibile e incontrollabile. Al contrario è sua convinzione che, attraverso l’abilità e la conoscenza, il gioco sia sotto il suo totale controllo. L’individuo, nella situazione di gioco, fa quindi appello alle proprie capacità e abilità per sviluppare strategie per vincere il “Caso”, e finisce per sovrastimare le sue probabilità oggettive di vincita. Il giocatore poi tende a sopravvalutare la propria probabilità di successo in seguito ad una sequenza di previsioni inesatte o di scommesse perse. Le credenze e i pensieri erronei rappresentano una delle componenti strutturali della sua dipendenza, attivando il giocatore patologico in determinate situazioni e/o eventi. Questi costrutti assumono negli anni una dimensione strutturale difficile da mettere in discussione e scardinare. In tal senso è utile interrompere questi meccanismi automatici formando e informando il paziente sul funzionamento dell’azzardo e della presenza del “Sig. Caso”, sulle differenze tra abilità e casualità, sull’indipendenza da ingerenze personali degli eventi casuali, condividere la conoscenza su funzionamento e regole dei giochi.
- 4 in una seconda fase del trattamento, incrementare la consapevolezza di dover affrontare una grande difficoltà, quella della gestione delle proprie emotività con un pensiero e non solo con la “evacuazione” attraverso le proprie modalità dipendenti (alessitimia).

10.5. Scelta del programma terapeutico

In merito all’intervento farmacologico, nessun farmaco risulta registrato dalla FDA (USA) né da altre Agenzie Europee per il trattamento del GAP. Allo stato delle cose non disponiamo, dunque, di farmaci con garanzia di efficacia e tutte le terapie farmacologiche proponibili, se non sostenute da una diagnosi precisa di psicopatologia, hanno un carattere meramente sperimentale. Le terapie utilizzate nella pratica clinica sono, quindi, prevalentemente non farmacologiche. Ed è proprio per questo che, all’interno di questo nostro personale percorso terapeutico, particolarmente rilevante è il lavoro che la persona sviluppa nell’ambito dei gruppi psicoterapeutici. La terapia di gruppo si rileva particolarmente utile in questo ambito, infatti proprio qui “il gruppo, offre la rappresentazione di una scelta possibile. Quando un problema è comune e condiviso, diventa affrontabile. Ecco allora che la terapia di gruppo diventa l’ultima carta da giocare” (2).

Nella nostra Unità Operativa GAP, le sedute di terapia di gruppo avvengono a cadenza settimanale e la loro durata è di circa novanta minuti. Attualmente, i gruppi attivi nel nostro Servizio sono due: un gruppo di parola, monosintomatico e un gruppo di psicodramma analitico dove sono presenti soggetti affetti da dipendenza in senso lato. In entrambi i casi, la partecipazione al gruppo psicoterapeutico è frutto di una domanda soggettiva che, quindi, va costruita.

L'oggetto della personalità dipendente, diversamente dall'oggetto transizionale, non è utilizzato per favorire lo sviluppo del processo di separazione-individuazione e non serve al superamento dell'angoscia di separazione. Il movimento psicopatologico del soggetto dipendente, è orientato proprio verso il mantenimento di una condizione simbiotica, con al massimo la possibilità di sfogarsi, favorendo una scarica compulsiva immediata sempre meno appagante e risolutiva. È su tali basi fisiopatologiche che si fonda il lavoro del gruppo, che tende, invece, a trasformare l'oggetto della dipendenza in un oggetto transazionale, con i suoi limiti, le sue mancanze ma che consente di vivere anche con le proprie emozioni.

In altri termini, ciò che caratterizza il giocatore patologico è l'impazienza, la necessità improrogabile di avere subito successo, il desiderio di fuga, la pigrizia psichica, la dipendenza da persone e cose e una forma di immaturità emotiva. Spesso non è in grado di stabilire efficaci relazioni sociali e tale carenza esistenziale, lo rende incapace di assumersi responsabilità da vero "adulto" e di indirizzare il proprio agire verso gli aspetti utili della vita (lavoro, relazioni affettive e amicali, ecc.).

In tal senso, il gruppo si viene a costituire come spazio in cui è possibile per ognuno, recuperare il significato della propria storia, una storia che investe non solo la persona ma anche l'insieme delle sue relazioni, delle sue appartenenze, configurandosi dunque come una possibilità di cambiamento delle proprie modalità relazionali che, in quel momento, generano una grave sofferenza psichica e sostengono ineluttabilmente il desiderio compulsivo di rivolgersi univocamente verso il gioco d'azzardo.

Il gruppo, nel nostro modo di procedere non si costituisce come dispositivo alternativo o sostitutivo rispetto alla psicoterapia individuale, quest'ultima sempre indispensabile rispetto alla metodologia clinica istituzionale, piuttosto tale dispositivo è uno strumento che nel caso del gioco d'azzardo patologico è risultato utile in termini di efficacia clinica.

La valutazione di efficacia clinica viene effettuata periodicamente ed è basata su osservazioni cliniche da parte di tutta l'equipe multidisciplinare. Anche la fase di follow-up (tre, sei e nove mesi) vede il coinvolgimento dei diversi professionisti e una valutazione globale della persona che tiene conto della remissione del sintomo, oltre che del comportamento del paziente rispetto alle relazioni familiari, sociali, lavorative, legali e in generale della sua qualità di vita.

A conclusione di questo nostro excursus, vorremo sottolineare come è importante prendere e far prendere coscienza del fenomeno, diffondere conoscenze anche attraverso specifiche iniziative di prevenzione. È anche per questo che la UOC Patologie da Dipendenza della ASL 2 di Roma partecipa, nell'ambito di vari progetti nazionali e regionali, a campagne di informazione sul GAP rivolte alla popolazione generale (es. cittadini, esercenti, famiglie), a studenti dei vari ordini di istruzione, e molte delle quali basate anche sulle tecniche informative ed educazionali svolte tra "pari".

Bibliografia

1. Recalcati M. *Uomo senza inconscio: figure della nuova clinica psicoanalitica*, Milano: Raffaello Cortina Editore; 2010.
2. Mazzocchi S. *Vite d'azzardo. Storie vere di giocatori estremi*. Milano: Sperling & Kupfer; 2002.

11. IRS L'AURORA: UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA PER NUOVE DIPENDENZE

Alessia Guidi (a), Antonella Ciccarelli (b), Maria Daniela Colucci (a), Novella Pesaresi (c), Silvia Cavoli (d)

(a) *Comunità terapeutica per nuove dipendenze CND, Fenile Punto Aurora 2, Fenile*

(b) *Progetto "Games Over", Ancona*

(c) *Centro Orientamento e Diagnosi, Senigallia*

(d) *Comunità terapeutica per nuove dipendenze CND, Fenile*

11.1. Introduzione

La comunità terapeutica per nuove dipendenze di Fenile di Fano è un servizio offerto dalla cooperativa di Intervento recupero Sociale (IrS) L'Aurora.

L'IrS Aurora è una cooperativa sociale di tipo A che offre servizi di prevenzione, formazione e promozione alla salute e servizi di trattamento psico- socio-educativi per persone con problemi di disagio sociale (dipendenza patologica e marginalità carceraria).

Fin dalla fondazione, avvenuta a Pesaro nel 1981, la cooperativa IrS l'Aurora ha cercato di essere un servizio all'avanguardia nel settore delle dipendenze patologiche e, in generale, in quello del recupero sociale. Dalla spinta solidaristica iniziale, senza la quale la cooperativa non sarebbe nata e non avrebbe attinto la motivazione per perseguire il suo scopo, è poi seguita una lenta evoluzione che le ha consentito di maturare, esigenza e consapevolezza, per essere costantemente un'organizzazione al passo coi tempi.

La buona qualità delle relazioni con l'esterno ha rappresentato una condizione imprescindibile. La costruzione e il mantenimento di queste relazioni sono avvenute su due diversi livelli che si potrebbero definire: "micro" e "macro".

Per "micro" sono da intendersi i processi d'ideazione, erogazione e valutazione dei servizi che prevedono momenti di confronto e di collaborazione con tutti gli stakeholder, quali: co-progettazione, monitoraggio dell'andamento dei servizi e loro valutazione.

A livello "macro" l'organizzazione ha partecipato e partecipa ad attività di rete, ed è soggetto attivo nei processi di *policy making* e nelle attività di *advocacy*.

11.2. Cornice teorico-pratica di riferimento della lotta al gioco d'azzardo

Da marzo a settembre 2015 si è riunito un piccolo gruppo di lavoro di operatori IrS che a vario titolo hanno operato nella tematica del gioco d'azzardo.

Si ritiene interessante riportare parte delle riflessioni raccolte durante i lavori.

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), di cui la letteratura e la storia ci portano innumerevoli esempi, rappresenta un'attività intrinseca alla dimensione dell'uomo, che risulta difficile (e probabilmente anche poco utile) da eradicare completamente in un individuo. La proibizione del gioco è considerata improponibile dai "pionieri" della problematica del GAP in Italia. Tuttavia, le diverse posizioni convergono sul dato di fatto che le conseguenze, i rischi e i costi sociali e umani del disturbo da gioco d'azzardo impongono una prevenzione e un controllo a vasto raggio.

Il gioco d'azzardo nella sua complessità ci obbliga ad identificare strategie di interventi a più livelli, per cui si potrebbero usare per inquadrarlo meglio i termini; “problemi di gioco”, in modo da poter sottolineare l'ampio spettro dei comportamenti associati, e considerare tra le possibilità di intervento, la prevenzione e la riduzione del danno. In questo modo potremo meglio riferirci a quei comportamenti che compromettono, danneggiano e distruggono le mete personali, familiari, lavorative e comportano conseguenze negative di varia entità.

Le dipendenze comportamentali pongono nuovi problemi legati all'aspetto della prevenzione. Non ci si trova infatti di fronte ad un agente che modifica la biochimica dell'organismo, vi sono differenze rispetto alla dipendenza da sostanze ma anche conseguenze e costi simili e sovrapponibili. Poiché le nuove dipendenze sono fatte di comportamenti che toccano la sfera del quotidiano e a volte irrinunciabili (cibo, relazioni affettive, sesso, shopping, Internet, azzardo come sfida) l'obiettivo specifico della prevenzione non sarà, al contrario di ciò che avviene per le sostanze stupefacenti, l'evitare qualsiasi forma di incontro con i comportamenti a rischio. È necessario un approccio complesso, in cui il venire a contatto con le situazioni sopra citate non abbia come conseguenza “obbligata” quella di un'evoluzione patologica. A ciò si aggiunga che le condotte in questione non sono ritenute devianti socialmente, sanzionate, marginali, o altro; abitudini che toccano tutti come il consumo, l'uso di tecnologie informatiche, ecc., del tutto legittime e spesso incentivate socialmente, divengono talvolta problematiche e rischiose.

11.3. Scelta del trattamento

In merito al trattamento la scelta di preferire un trattamento individuale ad uno grupपालe si basa su diversi aspetti: le caratteristiche dell'individuo, la funzionalità che il gioco d'azzardo ha nella sua vita, il contesto sociale e culturale di appartenenza, la compresenza o meno di altre problematiche comorbilità psichiatrica, basso livello cognitivo, ecc.). Iniziare immediatamente con l'inserimento in gruppo, senza aver preventivamente approfondito gli aspetti appena elencati, può rivelarsi fallimentare perché è possibile che la persona si “scompensi” (sviluppando ideazioni paranoide o forti vissuti depressivi di colpa e vergogna, slatentizzando modalità aggressive verso alcuni componenti del gruppo) o si “spaventi” (dalla possibilità del giudizio, e della immagine sociale da dover tutelare), interrompendo così il trattamento e andando incontro alla delusione per l'ennesima rinuncia e per l'impossibilità di cambiare.

Dipende poi da che tipo di gruppo viene scelto. I gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA) sono, per esempio, molto differenti da quelli educativi, da quelli psicoterapeutici o da quelli derivanti da una reciproca convivenza (semiresidenziale o residenziale). La tipologia dei giocatori d'azzardo si esprime in una gamma molto diversificata a livello sociale, culturale, d'età e di ceto, per cui le proposte terapeutiche debbono confrontarsi con questi fattori oltre che con l'evoluzione del quadro patologico. Spesso è preferibile iniziare con alcuni colloqui individuali di approfondimento, per poi decidere in equipe se proseguire individualmente o inserire la persona in un contesto grupपालe. Così facendo vi è la possibilità di tutelare l'individuo dal fallimento sopra descritto ragionando anche con lui sui pro e contro di un confronto in gruppo. In diverse situazioni è stato particolarmente utile procedere parallelamente con i due canali, così da preservare uno spazio individuale ove ragionare su quanto emerso in contesto grupपालe.

Nel contesto della residenzialità, in particolare, si realizza l'integrazione tra la modalità di intervento individuale e quella grupपालe pur sottolineando come lo *strumento* comunità determini di per sé una particolare valorizzazione dell'elemento grupपालe. Senza dubbio l'intervento di gruppo viene ad assumere una forza terapeutica unica grazie alla condivisione, al sostegno e all'esperienza condivisa dell'*essere sulla stessa barca*. Frequentemente l'intervento individuale

può essere utilizzato effettivamente come accompagnamento al gruppo ma anche come momento di ulteriore elaborazione di vissuti, emozioni e contenuti.

Come già detto, i giocatori non sono tutti uguali, così come non lo sono le tipologie di gioco d'azzardo e i valori che queste veicolano. L'organizzazione di personalità, lo stile di vita, il contesto socio-culturale ed economico di chi sceglie le videolotterie piuttosto che le sale bingo, i gratta e vinci piuttosto che il poker *vis-a-vis* o le scommesse sportive, sono spesso profondamente diverse.

Malgrado i meccanismi della dipendenza sono piuttosto simili sia che si tratti di dipendenze comportamentali sia che si parli di dipendenza da sostanze e alcol, i gruppi misti di pazienti sono spesso fonte di rifiuto da parte di chi ha un disturbo da gioco d'azzardo. Questi infatti si percepisce molto distante (e spesso "migliore") da chi ha una dipendenza da sostanze, a meno che non abbia sviluppato una dipendenza da sostanze in comorbidità (prevalentemente cocaina e alcol). Il fatto di percepirsi "speciali, unici, in un certo senso migliori", comporta spesso un atteggiamento superbo e una forte modalità giudicante della diversità. Lo stigma attribuito all'altro da sé diventa il medesimo di quello percepito su sé stessi da parte del resto del mondo; stigma, quest'ultimo che viene però costantemente negato per tutelarsi dalla vergogna e dall'idea di completo fallimento. Un gruppo uniforme (per dipendenza), quindi, può avere il rischio di mantenere delle monadi e di ostacolare una reale messa in discussione e successiva comprensione delle proprie modalità (non solo legate alla dipendenza ma anche relazionali) consolidando gli stereotipi, l'isolamento e preservando il continuo accento su di sé. Gruppi di soli giocatori si rivelano utili solo nel momento in cui la tipologia di persone inserite risulta molto differente tra loro (sia per modalità di gioco d'azzardo sia per stile di vita, personalità, contesto socio-culturale), altrimenti è preferibile un gruppo di persone misto per dipendenza (eterogeneo tra giocatori, cocainomani, alcolisti) ma che presentino caratteristiche simili per altri aspetti (personalità, o contesto socio-culturale, ecc.) così da abbassare le modalità distanzianti ed evitanti di difesa e garantire quindi la visione dell'altro come possibilità per interrogarsi su di sé. Il trattamento con gruppo misto, infatti, permette di poter andare oltre la diagnosi giocatore-cocainomane, andare oltre il sintomo in sé (che crea un'etichetta dal quale spesso loro stessi non si vogliono allontanare sentendosi superiori) e poter lavorare sulle storie e le dinamiche che stanno sotto ogni dipendenza, sulle quali poi tutti concordano e scoprono essere simili. Il gruppo misto finora ha consentito una migliore consapevolezza rispetto alla trasversalità di alcuni meccanismi di dipendenza. È utile comunque prevedere e preservare momenti di lavoro "esclusivo" nei quali possano essere condivisi aspetti e vissuti peculiari della dipendenza in oggetto.

11.4. Comunità terapeutica per Nuove Dipendenze

Nel 2014 nasce la Comunità terapeutica per Nuove Dipendenze (CND) di Fenile di Fano, un servizio specifico per persone affette da GAP e/o da dipendenza da cocaina per via inalatoria.

L'apertura della comunità, insieme al progetto regionale "GRETA" e al progetto di prevenzione *Fuori Gioco* risulta tra le esperienze più significative (per innovazione ed estensione territoriale) dell'IrS L'Aurora sin dal 2008, attraverso numerosi progetti di prevenzione, svariate attività di sensibilizzazione territoriale e decine di percorsi di cura, si occupa delle problematiche legate al gioco d'azzardo.

Per quanto riguarda la comunità, essa non è più, isolata rispetto al contesto sociale e territoriale ma divide il proprio spazio con una Cooperativa Agricola Sociale che tra le altre attività gestisce un negozio e un vivaio attigui alla struttura. In virtù di questo l'area è frequentata quotidianamente sia dai lavoratori che dai clienti della Cooperativa Agricola e gli utenti stessi della CND collaborano alle attività agricole e produttive. Lo spazio della Comunità è diventato uno luogo

condiviso con il territorio in modo tale che la cura non è più momento isolato ma da subito condiviso con lo spazio che ci circonda.

11.4.1. Metodologia

La comunità come metodo di trattamento specifico, implica l'integrazione delle persone a delle regole in una prospettiva comune con l'obiettivo di accompagnare gli individui verso una maggiore conoscenza di sé e verso il miglioramento della propria qualità di vita.

Il contesto comunitario offre l'opportunità di apprendimento attraverso:

- l'uso di ruoli partecipati (gli utenti contribuiscono direttamente a tutte le attività della vita quotidiana della comunità nella quale vengono fornite opportunità di apprendimento attraverso l'assunzione di una varietà di ruoli sociali);
- l'uso di *feedback* provenienti dai membri della comunità (importante l'appartenenza alla comunità e la responsabilità condivisa tra tutti i partecipanti);
- l'uso dei membri come modelli di ruolo (ciascuno è specchio per l'altro);
- l'uso del gruppo per guidare il cambiamento individuale (gruppi di lavoro, attività di tempo libero insieme, gruppi terapeutici);
- l'uso di norme e valori condivisi;
- l'uso di strutture e sistemi (mansioni, organizzazione dei compiti);
- l'uso della comunicazione (condivisione e rielaborazione delle esperienze);
- l'uso delle relazioni.

11.4.2. Percorso clinico assistenziale

La comunità terapeutica si inserisce nel percorso clinico assistenziale della persona come parte di continuum di trattamento che inizia con la presa in carico da parte del servizio sanitario pubblico. Nel momento in cui viene accettata, la comunità si costruisce un progetto individualizzato, che si modula attraverso obiettivi specifici e tempi previsti per il loro raggiungimento, progetto che viene co-costruito tra servizio inviante, paziente e la comunità terapeutica. Al termine del periodo previsto dal progetto individualizzato si attua una valutazione congiunta rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati per cui si decide se concludere la permanenza in comunità o proseguire rimodulando il progetto con nuovi tempi e finalità.

11.4.3. Moduli operativi

Il trattamento in comunità prevede trattamenti modulari di durata variabile (15 gg- 18 mesi) con obiettivi specifici in progressione tra loro, in una graduale rieducazione atta a favorire nuove autonomie, assunzione di senso di responsabilità, maggiore conoscenza delle proprie capacità e aumento dell'autostima.

Il progetto terapeutico individualizzato si compone, oltre alle proprie specificità, di uno o più dei seguenti moduli operativi:

- Consapevolezza della problematicità e motivazione al cambiamento;
- Recupero capacità organizzative e lavorative;
- Educazione economica;
- Approfondimento diagnostico;
- Comunicazione efficace, regolazione affettiva e assertività;
- Relazione e famiglia;

- Relazioni sociali;
- Prevenzione alla ricaduta;
- Scalaggio e gestione terapie sostitutive e psicofarmacologiche;
- Cura di sé;
- Accoglienza e ambientamento;
- Tutoraggio;
- Conseguimento recupero titoli;
- Percorso invalidità;
- Sperimentazione e reinserimento.

11.4.4. Le attività

Le attività di seguito elencate si svolgono all'interno del contesto "comunità": questo offre una residenza che costituisce per un certo periodo uno spazio fisico ed emotivo, condiviso con altri utenti e con gli operatori, dove si utilizzano i vari momenti della vita quotidiana in una costante mediazione tra mondo interno e mondo esterno, costruendo di fatto un setting terapeutico "ampio".

Come già sottolineato la presa in carico di ogni singolo paziente spazia da un livello psicologico ad uno sanitario e sociale:

- *Area psicologica*
 - cura della persona
 - attività di gestione quotidiana della casa
 - attività ergoterapiche (corso di cucina classica e vegana, laboratorio legno, laboratorio teatrale, lavori in serra, orto, bonifica del territorio limitrofo, ecc.)
 - attività culturali e ricreative interne ed esterne alla comunità (es. pellegrinaggio nella via Francigena, cinema, cineforum, conferenze, vacanze estive ecc.),
 - attività sportive e di benessere fisico (campionato di pallavolo)
 - condivisione del regolamento della comunità
 - osservazione
 - colloqui
 - incontro di programmazione della giornata
 - incontri di gruppo
 - gruppi per giocatori
 - gruppi per cocainomani
 - eventuale testistica
 - costruzione e condivisione del contratto terapeutico personalizzato
 - verifiche
 - verifica ed eventuale riformulazione del progetto terapeutico personalizzato
 - incontri strutturati con nucleo familiare o con il partner
 - gestione del denaro all'interno della comunità attraverso un budget virtuale.
- *Area sanitaria*
 - assistenza medica
 - individuazione centri specializzati
 - prenotazioni esami visite
 - accompagnamento quando necessario
 - consulenza psichiatrica.

- *Area sociale*
 - Supporto espletamento pratiche amministrative
 - espletamento pratiche giuridico penali
 - stesura curriculum vitae
 - organizzazione borse lavoro
 - guida alla ricerca del lavoro
 - tutoraggio inserimento lavorativo
 - frequenza corsi
 - sostegno ad attività di volontariato
 - sostegno e ricerca abitativa
 - sostegno e ricerca attività esterne alla comunità.

12. OPPORTUNITÀ DI UN TRATTAMENTO RESIDENZIALE: L'ESPERIENZA DEL GRUPPO INCONTRO DI PISTOIA

Giuseppe Iraci Sareri, Paola Russo
Servizio GAP AltroAzzardo, Gruppo Incontro, Pistoia

12.1. Introduzione

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), riconosciuto come condizione morbosa dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO) sin dal 1980 e inserito nella decima edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-10) (1), è stato classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV) (2). Con il successivo DSM-5, visti i numerosi aspetti in comune con le dipendenze da sostanze, il GAP è stato inserito a pieno titolo nel capitolo dei "Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da Addiction" e denominato "Disturbo da Gioco d'Azzardo" (3). Nel DSM-5 si sottolinea che tale disturbo si riferisce a un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali.

Questa nuova impostazione del DSM-5 ha confermato il percorso già avviato in Italia rispetto al trattamento di tale patologia. Infatti, i trattamenti per il GAP attuati in questi anni riprendono sostanzialmente i paradigmi e le prassi esistenti nella cura delle altre dipendenze patologiche. Nella cura delle *addiction* prevale un approccio multimodale e multidisciplinare integrato che in molte realtà dell'Italia prevede anche una forte integrazione tra servizi pubblici e privato sociale.

In questa ottica si è mosso anche il Gruppo Incontro di Pistoia che nel 2001 ha dato vita al Progetto "AltroAzzardo" creando percorsi assistenziali di accoglienza e trattamento per giocatori d'azzardo problematici e/o patologici e loro familiari. Tale progetto si è sviluppato in sinergia e collaborazione con la ASL di Pistoia, collaborazione che dal 2013 è diventata più strutturata, in quanto sono state poste in essere azioni congiunte di informazione, sensibilizzazione, accoglienza e trattamento per persone con dipendenza da gioco d'azzardo e loro familiari, definendo anche percorsi assistenziali congiunti e la costituzione di una *équipe* integrata composta da operatori SerT e operatori del Gruppo Incontro, in linea con gli orientamenti delle deliberazioni della Regione Toscana in materia di gioco d'azzardo.

Nell'ultimo anno i giocatori con disturbi da gioco d'azzardo che si sono rivolti a questo servizio integrato sono stati 72 e tutti sono stati seguiti dagli operatori dell'*équipe* integrata suindicata, seguendo protocolli di accoglienza, *assessment* e trattamento specifici di tipo psicologico-psicoterapeutico, sociale e medico.

12.2. Criteri generali di scelta di trattamento

Unitamente alla creazione di percorsi assistenziali, sono state effettuate attività di ricerca e importanti iniziative a livello scientifico, sia direttamente, che in collaborazione con altri Enti del territorio ed Enti Nazionali pubblici e privati. Particolare attenzione è stata data in questi anni

all'analisi di criteri per impostare trattamenti personalizzati che tenessero conto: della compromissione con il gioco d'azzardo da parte del giocatore; della motivazione al trattamento; dell'impatto che il gioco ha avuto a livello individuale, interpersonale e sociale; delle risorse del giocatore e della sua rete socioaffettiva; dei fattori di vulnerabilità e di resilienza; di eventuali altre dipendenze o altre patologie psichiatriche pregresse o in atto; della situazione socio-lavorativa, economica-debitoria e legale. L'attenzione a queste diverse variabili ci ha portato in questi anni ad adottare un modello di lavoro *stepped care*, nel quale si parte da un intervento basato su sequenze di processi clinici, differenziati a seconda dei livelli di severità delle variabili precedentemente menzionate. Al fine di un miglioramento del quadro clinico si sceglie insieme al giocatore l'intervento più semplice e meno invasivo in quella data situazione. Si parte quindi da un intervento di tipo ambulatoriale fino a interventi di tipo residenziale per quelle situazioni in cui il gioco d'azzardo ha assunto forme patologiche gravi a livello bio-psico-sociale da non poter essere sostenuto in un contesto ambulatoriale.

A tal fine è necessario individuare quali persone con disturbo da gioco d'azzardo richiedano un trattamento di tipo residenziale piuttosto che di un trattamento ambulatoriale.

I criteri per la scelta di questi interventi sono legati alla natura, alla gravità e al decorso (presunto) del disturbo al momento della formulazione o revisione del piano di trattamento individuale. In tal senso il DSM-5 introduce un approccio dimensionale e suddivide il disturbo da gioco d'azzardo in tre livelli di gravità:

- Lieve = presenza di 4 o 5 criteri
- Moderata = presenza di 6 o 7 criteri
- Grave = presenza di 8 o 9 criteri

Blaszczynsky e Nower (2002) (4) propongono di distinguere tre sottotipi di giocatori patologici:

- Un primo sottogruppo riunisce i giocatori che non riportano precedenti malesseri psichici ma perdono il controllo rispetto al gioco, in risposta agli effetti del condizionamento e a schemi cognitivi distorti riguardo alle probabilità di vincere al gioco. Generalmente non è concomitante l'abuso di sostanze e inoltre l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato, e non causa, del gioco. Presentano un'alta *compliance* al trattamento e a conclusione dello stesso possono raggiungere un rapporto con il gioco moderato.
- Un secondo gruppo di giocatori è caratterizzato da instabilità affettiva, legata a fattori biologici e psicosociali; il gioco è utilizzato come uno strumento per dissociarsi dai vissuti emotivi o come un mezzo volto a regolare stati emotivi.
- Un terzo gruppo è caratterizzato da una vulnerabilità biologica verso l'impulsività, deficit attentivi, tratti antisociali, frequente comorbilità con disturbo da deficit di attenzione e iperattività, disturbo da uso di sostanze e altri disturbi psichiatrici. Il ricorso al gioco risponderebbe al bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione, un'alterazione dell'umore e un restringimento dell'attenzione. Evidenziano inoltre una marcata propensione a trovare attività gratificanti e incapacità di posticipare la gratificazione.

Una ricerca svolta nella nostra regione nella quale sono stati confrontati un gruppo di giocatori in trattamento ambulatoriale e un gruppo di giocatori in trattamento residenziale ha rilevato che persone che accedono al trattamento residenziale presentano quadri psicopatologici più marcati rispetto al gruppo in trattamento ambulatoriale e dunque ad una maggiore compromissione con il gioco d'azzardo sembrerebbe corrispondere una maggiore psicopatologia.

Un ulteriore criterio di gravità da tenere in considerazione è una anamnesi positiva per reati e/o avere implicazioni giuridiche a causa del comportamento di gioco patologico. Questo criterio infatti è stato tolto dal DSM-5 poiché la casistica di giocatori d'azzardo autori di reati è molto limitata rispetto alle altre forme di *addiction* e pertanto ritenuta già *di per sé* un indicatore di grave compromissione.

Per questi giocatori l'intervento elettivo, almeno in un primo momento, sembra essere la comunità terapeutica, nella quale è possibile trattare la persona nel suo insieme.

12.3. Criteri di scelta del trattamento residenziale

Alla luce di queste evidenze scientifiche si potrebbero ipotizzare dei criteri per individuare la casistica delle persone con disturbo da gioco d'azzardo che necessitano di un trattamento di tipo residenziale. Alla luce della nostra esperienza i criteri più importanti di un trattamento semiresidenziale e/o residenziale risultano:

- un livello di compromissione “Grave”, derivante dall'approccio dimensionale su tre livelli del DSM-5;
- un punteggio superiore a 14 su 20 alla *South Oaks Gambling Screen* (SOGS);
- aderenza ai criteri del secondo e del terzo gruppo di giocatori secondo le tipologie definite da Blaszczynski e Nower;
- valutazione di elevata ricorsività, pervasività e coazione a ripetere del comportamento di gioco, tale da farlo ritenere irresistibile e irrefrenabile (governato da impulsi e compulsioni);
- severa compromissione di qualsiasi attività sociale e relazionale del giocatore;
- elevato livello motivazionale al cambiamento da parte del giocatore;
- mancata risposta di progresso o miglioramento dopo scelte di livelli di assistenza meno controllati e intensi. Logica dello *Staped care*.
- *assessment* farmacologico in presenza di disturbo da uso di sostanze.
- presenza di comorbidità psichiatriche che richiedono un monitoraggio della patologia e un livello di trattamento multidimensionale.

Un ulteriore fattore da tenere ben presente per la valutazione di quale tipologia di trattamento ambulatoriale o residenziale è quello del contesto socio-familiare e lavorativo del giocatore che in molti casi rappresenta una risorsa fondamentale per l'esito del trattamento. Una persona con Disturbo da Gioco d'azzardo e con grave compromissione ma con una buona rete socio-affettiva potrà beneficiare anche di un trattamento ambulatoriale o semiresidenziale, in quanto la rete socio-affettiva di riferimento potrà aiutare la persona a controllare il comportamento di gioco attraverso un forte sostegno relazionale e un monitoraggio a livello comportamentale, per la verifica della gestione del denaro e l'accompagnamento nel percorso terapeutico.

Nella situazione attuale è difficile sapere quale sia il reale bisogno di trattamenti residenziali in Italia poiché, non essendo gli stessi ancora stati riconosciuti tra i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), i Centri residenziali specialistici sono pochi e organizzati con formule sperimentali, fornendo pertanto un dato molto parziale. Stimiamo comunque che i giocatori d'azzardo che necessitano di un trattamento di tipo residenziale oscillino tra il 4% e il 10% di coloro che si rivolgono ai SerT per una presa in carico.

12.4. L'esperienza del Gruppo Incontro di Pistoia: il progetto “AltroAzzardo”

L'esperienza pistoiese, pur avendo un'importante e oltre trentennale esperienza nella gestione di comunità terapeutiche, è organizzata con un'impostazione che privilegia il trattamento ambulatoriale e solo per alcuni casi l'inserimento in comunità terapeutica nel progetto “AltroAzzardo” residenziale. Questa esperienza quindi utilizza un approccio multimodale e

multidisciplinare integrato con due opzioni di trattamento: Ambulatoriale e Residenziale che si differenziano per contesti, strategie e tecniche di trattamento preceduti da una fase di *assessment*.

Gli obiettivi del progetto “AltroAzzardo” ambulatoriale e residenziale sono: affrancamento dalla condizione di giocatore d’azzardo patologico con raggiungimento della condizione di astinenza da gioco; rafforzamento delle motivazioni che sostengono la condizione di astinenza dal gioco d’azzardo; riconoscimento delle situazioni a rischio e apprendimento di nuove strategie per affrontare i problemi e le difficoltà esistenziali; ricostruzione storia di vita, ri-significazione emozionale e potenziamento dell’autostima; incremento delle consapevolezza circa le situazioni che agiscono come rinforzo negativo e sviluppo nuove abilità cognitive e comportamentali; sviluppo nuove competenze comunicative ed emozionali, senso di responsabilità e gestione delle frustrazioni; favorire e sostenere il cambiamento dello stile di vita attraverso azioni di monitoraggio comportamentale e di tutoraggio economico.

La metodologia utilizzata è l’approccio psicoeducativo come parte integrante del percorso terapeutico per i giocatori e per i loro familiari, che vengono attivamente coinvolti nel trattamento sin dai primi colloqui di valutazione. L’aspetto principale all’inizio del trattamento tiene conto di due elementi: la consapevolezza del problema e la gestione dell’aspetto economico con utilizzo anche di tecniche motivazionali (5). Di seguito breve descrizione del progetto “AltroAzzardo”

12.4.1. *Assessment* e accoglienza

L’accesso al servizio avviene prevalentemente attraverso una stretta sinergia con i SerT della ASL di Pistoia, i quali effettuano il primo contatto e poi inviano all’*équipe* integrata del progetto “AltroAzzardo” per l’*assessment* e la realizzazione del trattamento individuato:

- Accoglienza del giocatore e/o familiare come primo atto finalizzato alla costruzione dell’alleanza terapeutica in uno spazio e tempo dedicato che si declina in counselling al giocatore e/o ai suoi familiari e valutazione della motivazione; rilevazione di eventuali criticità e/o urgenze cliniche; informazioni e presentazione del servizio. Presa in carico o conclusione della consultazione.
- *Assessment* multidimensionale finalizzato all’inquadramento e la formulazione del caso e valutazione di gravità, che consenta di indirizzare il giocatore verso la forma di trattamento più idonea. Per l’*assessment* il protocollo prevede oltre ad almeno tre colloqui clinici l’utilizzo di strumenti per la valutazione della gravità del comportamento del gioco d’azzardo, strumenti per la valutazione della personalità e scale per la valutazione di dimensioni cliniche quali: impulsività, disregolazione affettiva/alessitimia, dissociazione, ossessività, compulsività ed esperienze traumatiche

12.4.2. Trattamento ambulatoriale

Il trattamento ambulatoriale offre consulenze e prestazioni specialistiche ai giocatori d’azzardo, problematici e patologici e alle loro famiglie. Le principali sono il counselling psicologico, il sostegno psicoeducativo, i colloqui motivazionali, il monitoraggio dei comportamenti disadattivi, il tutoraggio economico, la gestione del denaro ed eventuale piano di rientro finanziario.

Il trattamento ambulatoriale migliora la sua efficacia se è presente e coinvolta anche una figura familiare come *risorsa*, come *tutor*, come *partner relazionale* per l’affiancamento durante il trattamento della persona portatrice del sintomo. Con i familiari si effettuano colloqui di orientamento, di sostegno psicologico e consulenza terapeutica alla famiglia.

Oltre agli strumenti già menzionati questo servizio si caratterizza per l'utilizzo della psicoterapia di gruppo come strategia terapeutica centrale. La partecipazione al gruppo di psicoterapia è a cadenza settimanale e bisettimanale.

Gli scopi generali del trattamento sono: mantenere l'astensione dal gioco; prevenire e gestire le ricadute. Ogni ricaduta viene concepita come un'occasione di autoconoscenza e di apprendimento finalizzate a prevenire future ricadute.

L'equipe che si occupa del trattamento del GAP prevede le seguenti professionalità: psicologo, psicoterapeuta, psichiatra, educatore e assistente sociale.

12.4.3. Trattamento residenziale-comunità terapeutica (progetto DRIVE)

Il trattamento residenziale ha come cornice un contesto con ridotti stimoli e richiami al gioco d'azzardo e interventi specifici individuali e di gruppo in grado di incidere sia sul livello soggettivo che su quello interpersonale, in linea con il modello bio-psico-sociale. Si richiede al soggetto di abbandonare temporaneamente il proprio ambiente di vita, i suoi affetti e le sue abitudini e trasferirsi in un contesto per lui nuovo. La comunità terapeutica consente al giocatore rispecchiamenti continui con il gruppo dei pari e con gli operatori, sia a livello comportamentale che sugli aspetti emotivi e cognitivi, con un livello d'intensità che non sarebbe possibile in altro contesto e in grado di generare esperienze emotive e cognitive che possono cambiare il comportamento disadattivo del giocatore d'azzardo.

Il progetto DRIVE è una comunità terapeutica residenziale che può ospitare otto persone con dipendenza da gioco d'azzardo e si ispira al modello di comunità terapeutica sviluppato dal Gruppo Incontro di Pistoia.

Le caratteristiche di questo trattamento sono:

- residenzialità di media-lunga durata in un contesto protetto (4-6 mesi);
- personalizzazione del programma terapeutico in termini di obiettivi personali da raggiungere;
- focalizzazione sulla disregolazione emotiva e le distorsioni cognitive del giocatore;
- recupero di abilità e funzioni relative alla vita quotidiana;
- confronto con un gruppo di pari e con gli operatori, sia a livello comportamentale che sugli aspetti emotivi e cognitivi ad un livello d'intensità che non sarebbe possibile in altro contesto e in grado di generare esperienze emotive e cognitive che possono cambiare il comportamento disadattivo del giocatore d'azzardo.

I principi che guidano il trattamento sono: l'integrazione multiprofessionale, la pratica fondata sull'*Evidence Based Medicine* (EBM) e sulle evidenze basate sul consenso e il miglioramento continuo della qualità,

Per le persone con GAP il trattamento elettivo è sicuramente quello ambulatoriale e solo una piccola percentuale necessita invece di un intervento residenziale intensivo. Allo stato attuale riteniamo che i giocatori d'azzardo patologici che necessitano di un trattamento di tipo residenziale oscillino tra il 4% e il 10% di coloro che si rivolgono ai SerD per una presa in carico.

In tali casi la complessità e la gravità del quadro clinico sono tali che il percorso ambulatoriale deve essere integrato con un trattamento di tipo residenziale per persone con dipendenza da gioco d'azzardo. I trattamenti residenziali sono da intendersi come parti complementari di un percorso terapeutico-riabilitativo ambulatoriale del paziente e dei suoi familiari.

Bibliografia

1. Organizzazione Mondiale della Sanità. ICD-10. *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Milano: Masson; 2007.
2. American Psychiatric Association, *DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta Edizione*. Milano Masson; 1996.
3. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta Edizione*. Milano: Raffaello Cortina; 2014.
4. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97(5):487-99.
5. Di Clemente CC, Prochaska JO. Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behavior* 1982;7:133-42.

13. APPROCCIO MULTIFAMILIARE NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DA GIOCO D'AZZARDO: IL PROGRAMMA FUORIGIOCO DEL GRUPPO LOGOS ONLUS DI SALERNO

Aniello Baseliçe (a), Gabriella Cavaliere (b), Stefania Pirazzo (a)

(a) *Programma Fuorigioco, Gruppo LOGOS Onlus, Salerno*

(b) *Centro Studi e Documentazione, Gruppo LOGOS Onlus, Salerno*

13.1. Premessa

A partire dal dicembre 2000 il Gruppo LOGOS Onlus, associazione attiva nel campo della prevenzione e del trattamento delle *addiction* chimiche e comportamentali, ha cominciato a sperimentare nell'approccio ai disturbi del gioco d'azzardo una metodologia d'intervento che si ispira al modello bio-psico-sociale già applicato con successo dallo psichiatra croato Vladimir Hudolin (Hudolin, 1992) nel campo dei problemi alcol correlati e definito come "Approccio Ecologico-Sociale ai problemi alcol correlati" e realizzato attraverso i Club Alcolologici Territoriali (già Club degli Alcolisti in Trattamento).

Le ragioni di tale scelta metodologica risiedono nell'osservazione dell'esistenza di significative affinità e anche di contiguità, sovrapposizione o intreccio tra contiguità tra le caratteristiche socio-antropologiche e le problematiche proprie dell'alcolismo e del gioco d'azzardo, nonché nel riscontro clinico della coesistenza nella medesima persona o famiglia di entrambe le *addiction*.

Al pari dei problemi alcol-correlati, anche l'azzardo è un fenomeno complesso e multideterminato da fattori biologici, psicologici, sociali e familiari.

Pur non avendo nel caso del gioco d'azzardo una ricchezza di ricerche relative ad ipotesi e trattamenti di tipo familiare, numerose esperienze e molti studi indicano nel coinvolgimento della famiglia un elemento di straordinaria importanza (Heineman, 1994; Hudak 1989; Guerreschi, 2000).

13.2. Approccio ecologico-sociale

Il metodo ecologico-sociale affonda le sue radici nella Teoria dei Sistemi e nelle esperienze della Comunità Terapeutica di Maxwell Jones, dei gruppi di auto-aiuto di Alcolisti Anonimi, della terapia di gruppo delle comunità terapeutiche USA per tossicodipendenti e alcolisti e dei club socio-psichiatrici.

La più recente attualizzazione del modello ecologico-sociale si ritrova nell'esperienza dei Club Alcolologici Territoriali, comunità multifamiliari territoriali che si occupano del trattamento dei problemi psico-sociali e relazionali legati al consumo di alcolici e rappresentano il sistema di trattamento non istituzionale più diffuso in Italia e attualmente riproposto in 35 Paesi del mondo.

Il modello ecologico-sociale sposa la concezione di una comunità di uomini capace di esprimere un potenziale terapeutico per se stessa non identificabile in una specifica tecnica di psicoterapia di gruppo ma piuttosto come sinonimo di un'esperienza di trasformazione sociale

secondo i principi della psichiatria sociale o di comunità, al cui interno possono convivere metodi diversi: il trattamento familiare congiunto dell'intera famiglia, il trattamento familiare esteso o di rete e la comunità terapeutica multifamiliare.

Nell'approccio ecologico-sociale applicato al campo del disturbo da gioco d'azzardo, come anche ad altre forme di *addiction sine substantia*, la famiglia con problemi di azzardo non è solo portatrice di disturbi ma anche un sistema dotata di proprie risorse anche inesprese e inserita nella sua comunità con cui è capace di interscambio, secondo i principi della teoria dei sistemi. In conseguenza di ciò, l'approccio privilegia il trattamento multifamiliare in cui sempre più viene coinvolta anche la comunità di vita della persona e della sua famiglia.

Per il suo contenuto, il lavoro con la famiglia può essere terapeutico, educativo o sociale.

L'approccio ecologico-sociale individua le cause e lo sviluppo dei problemi e delle patologie azzardo correlate dentro i rapporti sociali e tenta di contrastarli agendo all'interno della comunità locale. L'attenzione si sposta dunque dalla famiglia alla comunità locale, in quanto il gioco problematico viene letto come esito di un'alterazione degli equilibri ecologici nella comunità sociale.

Alla luce di tali postulati, il gioco d'azzardo viene concepito come uno stile di vita che si colloca in un continuum che va dal gioco cosiddetto sociale all'*addiction* conclamata.

13.3. Il programma Fuorigioco

Il Programma Fuorigioco rappresenta la traduzione operativa dell'approccio ecologico-sociale nel campo della prevenzione e del trattamento dei problemi correlati all'azzardo (o azzardo-correlati)

I capisaldi del programma sono:

- il lavoro sull'accettazione della condizione di dipendenza, attraverso un lavoro di tipo psico-educativo che non interessa il singolo ma coinvolge in varia misura e per la diversità dei ruoli tutti i membri della famiglia;
- il coinvolgimento attivo nel trattamento della famiglia, che dà luogo di conflitti diventa sede di una rinegoziazione dei rapporti interpersonali;
- la ricostruzione del debito e la formulazione di un piano di rientro da esso;
- la valutazione periodica del trattamento sul piano del livello di emancipazione psicologica e comportamentale dalla dipendenza.

Le fasi del trattamento sono i seguenti:

- osservazione e diagnosi clinica del livello di gravità del disturbo e delle ripercussioni sistemiche;
- esplorazione e consolidamento della motivazione al cambiamento e delle risorse individuali, familiari e della rete sociale di riferimento;
- formulazione di un contratto e di un programma educativo orientato al cambiamento dello stile di vita.
- partecipazione a un trattamento multifamiliare complesso finalizzato all'autoprotezione e al cambiamento dello stile di vita della famiglia con problemi di disturbo da gioco d'azzardo. Tale programma prevede l'inserimento in Comunità pedagogica multifamiliare e/o nelle comunità territoriali di Famiglie in Gioco.
- orientamento e invio ad altre opzioni terapeutico-educative e riabilitative.

Il programma prevede, in base alle esigenze riscontrate, l'inserimento di figure quali il tutor, l'amministratore di sostegno, il legale e il commercialista e punta a due obiettivi principali:

- a) la quantificazione e la pianificazione del rientro dal debito, spesso contratto con prestiti da usurari o da agenzie di finanziamento. Quest'operazione richiede la partecipazione di un tutor che faccia da amministratore temporaneo di sostegno (il tutor è individuato nell'ambito della famiglia o fuori di essa), nonché la consulenza e la supervisione di un commercialista;
- b) la ridefinizione dei ruoli tra partner in una coppia o in una famiglia che è in fase di separazione di fatto o legale o è già in tale stato a causa delle violenze psicologiche e/o fisiche correlate al gioco, con tutte le implicazioni relative al rapporto con la prole e agli aspetti legali ed economici.

13.3.1. Centralità della famiglia e della rete sociale

L'approccio multifamiliare dei problemi azzardo-correlati si ispira ad un'ottica sistemica e non lineare e prevede la presa in carico globale della situazione esistenziale correlata al gioco d'azzardo.

Le famiglie che afferiscono al Centro di accoglienza presentano, spesso, il gioco come l'unico vero problema di un suo membro e chiedono che il problema venga risolto dall'esterno.

Nei primi contatti col programma, i familiari tendono a colpevolizzare il giocatore, che al contrario nega di avere un problema; contemporaneamente nel sistema familiare è presente un senso di anomia con disgregazione e disorientamento e difficoltà psicologiche nei membri dello stesso sistema.

Il sistema familiare guarda, ma non riesce a vedere (cecità familiare) i segnali spesso incontrovertibili che ha di fronte. La continua sottovalutazione e scotomizzazione dei presenti non ha nulla a che fare con un disegno cosciente di disinteresse. I familiari possono, al contrario, essere angosciati senza percepire con chiarezza ciò che succede. Il motivo di tale cecità risiede, forse, nel vantaggio secondario del sintomo, nella funzione che il comportamento patologico svolge all'interno di un dato sistema.

Nell'aiutare i componenti della famiglia a separare sé stessi e le loro relazioni dal problema, il processo di esteriorizzazione offre loro la possibilità di descrivere sé stessi, gli altri e le loro relazioni da una prospettiva nuova. Ciò consente lo sviluppo di una storia alternativa della vita familiare.

L'esteriorizzazione del problema consente alle persone di differenziarsi dalle storie dominanti che hanno strutturato la loro vita e le loro relazioni: quando si distaccano da queste storie acquistano la capacità di individuare aspetti vitali dell'esperienza vissuta precedentemente trascurati.

L'identificazione di tali situazioni e la formazione di nuovi significati intorno a esse aiutano le persone a identificare la loro resistenza agli effetti, o le richieste del problema.

La partecipazione ai programmi prevede in parallelo l'avvio di un percorso di riabilitazione sociale ma anche economica che comporta la responsabilizzazione della famiglia nell'assunzione di compiti strettamente connessi agli obiettivi del trattamento ma finalizzati anche alla ridefinizione del sistema delle relazioni familiari in una condizione di *gambling-free*.

13.3.2. Servizi del Programma

Il programma Fuorigioco prevede i seguenti servizi:

- Segretariato sociale con call center dedicato STOP AZZARDO;
- Centro di prima accoglienza;
- Osservazione e diagnosi medico-psico-sociale;

- Counselling psicoterapia individuale, di coppia e familiare;
- Programma psicopedagogico multifamiliare “L’approdo”;
- Club “Famiglie in gioco”;
- Supporto legale ed economico-finanziario coordinato con le Fondazioni Antiusura “G. Moscati” e Nashdak.

Tra i servizi offerti la comunità pedagogica multifamiliare “L’approdo” rappresenta uno dei caratteri fondanti del Programma. Si tratta di un servizio non residenziale che si svolge in due sedute settimanali e coinvolge tutti i membri della famiglia, comunque questa oggi venga strutturata e intesa, nonché la rete relazionale significativa del giocatore d’azzardo, dal momento che il problema non è solo appannaggio di chi l’ha sperimentato e prodotto ma si ripercuote nei suoi aspetti affettivi, sociali ed economici su chi fa parte della sua rete relazionale prossima e significativa. Un coinvolgimento utile sia ad esplorare le complesse relazioni e le dinamiche presenti al suo interno sia a stimolare un processo di cambiamento.

Lo scopo del coinvolgimento multifamiliare è favorire il cambiamento del giocatore e della famiglia nei confronti del problema correlato al gioco d’azzardo e delle scelte, alternative al bipolarismo giocare non giocare, che la famiglia può fare.

Si affianca alla comunità multifamiliare il Club “Famiglie in gioco” costituito da piccole comunità multifamiliari territoriali formate da 10-12 famiglie che condividono i problemi legati al disturbo da gioco d’azzardo ma anche la speranza di superarne i disagi. Tali Club utilizzano modalità e criteri di funzionamento del Self Help ma rielaborati in un’ottica di coinvolgimento attivo della comunità locale in percorsi di sensibilizzazione critica e di messa in discussione dei postulati sociali e culturali che incentivano le pratiche dell’azzardo

Persone e famiglie condividono il problema del gioco e si incontrano con cadenza settimanale per affrontare e superare una situazione difficile, per soddisfare bisogni condivisi, per modificare comportamenti e atteggiamenti, per condividere emozioni e stati d’animo, per creare legami di amicizia e solidarietà fondati sull’ascolto reciproco, sulla comunicazione, sulla fiducia e sul rispetto. Le comunità territoriali sono coadiuvate da un facilitatore, una figura specificamente formata secondo l’approccio eco-sistemico e addestrata a tale compito.

13.4. Conclusioni

I risultati ottenuti dalla valutazione del lavoro effettuata nell’arco di quindici anni consentono di affermare che il programma Fuorigioco è un modello di intervento territoriale per la sperimentazione di programmi educazionali e di trattamento che presenta le seguenti caratteristiche:

- un’accessibilità ai programmi facilitata da una buona rete informativa territoriale e da un’accoglienza offerta nell’arco di cinque giorni su sette nell’arco di 12 ore e senza liste di attesa;
- una *compliance* al trattamento in termini di astinenza stabilizzata e miglioramento degli indici di funzionamento psico-sociale delle famiglie pari al 62% nei primi tre anni di frequenza e al 59% anche dopo i primi 5 anni;
- la personalizzazione dei percorsi di accoglienza e trattamento in funzione dei bisogni delle persone e delle famiglie provenienti dalla Regione Campania e da quelle limitrofe (Basilicata, Puglia, Calabria);
- una progressiva valorizzazione delle competenze esperienziali e culturali delle famiglie nei programmi di promozione della salute;

- un'attenzione paritaria sia ai programmi di trattamento sia a quelli di prevenzione, formazione, promozione della salute e un discreto livello di cooperazione con altri programmi o reti territoriali in Campania e nel basso Lazio.

Bibliografia

1. Capitanucci D, Carlevaro T. *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*. Bellinzona: Hans Dubois; 2004)
2. Cocci V, Dimauro P E. Il gioco d'azzardo patologico e le nuove dipendenze: il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo. Una prospettiva di salute pubblica. *Personalità/Dipendenze* 2006;11(1).
3. Croce M, Capitanucci D. Il gioco d'azzardo patologico. In Frigerio L, Nicosia G. *Il gioco d'azzardo e territorio. I comuni della Martesana e la prevenzione della criminalità*. Torino: Gruppo Abele Edizioni, 2003. p. 106-130
4. Croce M. Il gioco d'azzardo tra normalità e patologia. In: *Atti del convegno: La vita in gioco. Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Milano: Franco Angeli; 2002. p. 64-74
5. Croce M, Zerbetto R (Ed.). *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento* Milano, Franco Angeli; 2001.
6. Heineman M. Compulsive gambling: structured family intervention. *Journal of Gambling Studies* 1994;10(1):67-76.
7. Hudak Jr CJ, Varghese R, Politzer R. Family, marital and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 1989;5(3):201-10.
8. Hudolin VI. *Manuale di alcologia*. Trento, Ed. Centro Studi Erickson; 1992.
9. Guerreschi C. *Giocati dal gioco*. Alba (CN): San Paolo Edizioni; 2000.
10. Rigliano P. *In-dipendenze* Torino: Ed. Gruppo Abele; 1998.

14. GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: DALL'ÉQUIPE DEDICATA AL SERVIZIO SPERIMENTALE DIPARTIMENTALE

Margherita Taddeo (a), Lucia Ponzetta (a), Lidia Sileno (a), Antonella Evangelista (a),
Mina Montagna (a), Angela Cafagna (a), Vincenza Ariano (b)
(a) Servizio GAP, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL, Taranto
(b) Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL, Taranto

14.1. Introduzione

Anticamente, il gioco d'azzardo si è diffuso per il suo aspetto puramente ricreativo, ludico e sociale, ma negli ultimi decenni, complice la degenerazione del tessuto economico-sociale-culturale, il fenomeno è andato fuori controllo e si è trasformato in un'attività prevalentemente privata e solitaria in cui l'aspetto centrale è rappresentato dalla ricompensa in denaro. Nell'ultimo decennio, infatti, lo scenario del gioco d'azzardo ha subito radicali cambiamenti, come conseguenza delle politiche adottate, che hanno determinato un incremento dell'offerta e l'abbassamento della soglia di consumo, senza tuttavia una adeguata previsione di strumenti a salvaguardia delle situazioni patologiche e degli effetti collaterali sfavorevoli che si sono potuti osservare a seguito di questa aumentata disponibilità. La diffusione dei luoghi di gioco ha stimolato a più livelli nella popolazione generale un aumento del comportamento di Gioco d'azzardo Informale e ricreativo, comportamento che nelle persone vulnerabili può sfociare in un Gioco d'azzardo problematico, un comportamento volontario che mette a rischio la salute psicofisica e sociale dell'individuo e che può avere una possibile evoluzione prognostica negativa verso il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Il GAP o Disturbo da gioco d'azzardo, come indicato nel DSM-5 è incluso tra i Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*; può essere definito come la conseguenza secondaria di un iniziale comportamento volontario di gioco d'azzardo che può divenire persistente in un individuo che presenta condizioni di vulnerabilità allo sviluppo di dipendenza se sottoposto a stimoli di gioco. Tale condizione rappresenta una vera e propria malattia e pertanto richiede interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

14.2. Il gioco d'azzardo in Puglia

Riguardo ai consumi di gioco la Puglia ha una spesa che la colloca tra le prime regioni d'Italia; nello specifico Taranto è la seconda città pugliese per la spesa pro-capite relativamente ai giochi.

I soggetti in cura presso i Dipartimenti delle Dipendenze delle ASL pugliesi con diagnosi da Disturbo da Gioco D'azzardo sono aumentati più del doppio rispetto agli anni precedenti e tali numeri sono destinati a crescere in modo esponenziale alla luce delle diverse stime che riguardano il sommerso.

Il territorio tarantino non è certamente esente dai problemi che in generale coinvolgono l'Italia a livello nazionale e regionale. Nell'ultimo decennio in questa provincia, si sono constatate tutta una serie di eventi come crisi del settore siderurgico, chiusura di realtà industriali annesse e altro ancora, che hanno inciso profondamente sull'economia del territorio e sugli stili di vita della

popolazione residente, stimolando i consumi di gioco d'azzardo nella speranza di voler migliorare il proprio futuro.

14.3. Dall'ambulatorio per il gioco d'azzardo al Servizio GAP

Le prime specifiche richieste di intervento per i casi di GAP sono giunte a partire dal 2004 ed è stato così attivato presso il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto l'Ambulatorio Gioco D'azzardo Patologico. Il modello clinico-operativo dell'Ambulatorio è divenuto un modello di riferimento per il Servizio di Programmazione e Assistenza Territoriale dell'Assessorato alla Salute della Regione Puglia che ha approvato un Progetto triennale Sperimentale, per l'organizzazione di Servizi Dipartimentali sul GAP in tutte le ASL pugliesi. In riferimento a ciò la ASL di Taranto è passata dall'Ambulatorio GAP a costituire il Servizio Dipartimentale sul Gioco D'azzardo Patologico.

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'ASL di Taranto, con l'attivazione di un percorso specifico, ha colto il bisogno di prevenzione e di cura sul territorio in relazione ai comportamenti di gioco patologico arrivando a trattare dal 2004 ad oggi un gran numero di soggetti con diagnosi primaria di dipendenza da gioco patologico. Grazie all'interesse di un iniziale gruppo di lavoro, si è acquisita l'esperienza che nel tempo ha permesso la focalizzazione di finalità e la messa a punto di metodi di lavoro sempre meglio definiti, attraverso una intensa e continua formazione personale che ha permesso anche all'interno dell'équipe di lavoro di approfondirne e diversificarne le tipologie di intervento.

Il gruppo di lavoro si è andato costituendo grazie alla interdisciplinarietà delle diverse figure professionali che compongono l'équipe formata da medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore e si ritiene necessario inserire a breve la figura di un consulente legale.

Il Servizio GAP opera a livello Dipartimentale, essendo l'unico riferimento specialistico per tutti i SERD di Taranto e provincia e di tutto il territorio della ASL, il modello di intervento integra l'approccio "clinico" con quello "di rete", eroga interventi multidisciplinari psicodiagnostici e psicoterapeutici, interventi medici specialistici, rivolti al soggetto e ai familiari.

L'accesso al Servizio è gratuito e libero. Le prime specifiche richieste di intervento per casi di GAP sono giunte su invio di servizi sanitari, dei MMG e dei servizi sociali cui si erano per lo più rivolti i familiari dei pazienti.

14.3.1. Approccio terapeutico e modello operativo

L'approccio terapeutico adottato è quello multimodale integrato riconosciuto come intervento specifico per le dipendenze da sostanze e comportamentali con:

- integrazione tra le diverse professionalità che portano avanti l'intervento terapeutico;
- integrazione tra i diversi Servizi che, si possono occupare di questi pazienti (Sert, Salute Mentale, Servizio Sociale, ecc.);
- Integrazione tra il Servizio Pubblico e il Privato Sociale, i gruppi di Giocatori Anonimi e le Comunità Terapeutiche.

Il modello operativo utilizzato è quello della presa in carico del soggetto e della sua famiglia; nel corso degli anni si è andata delineando sempre più una richiesta di aiuto da parte della famiglia attuale o d'origine del giocatore in considerazione anche del fatto che la problematica GAP comporta enormi ripercussioni sociali, relazionali ed economiche anche sulla famiglia. È stata messa a punto una modalità di intervento costruita a più livelli: il primo con i giocatori stessi ove

si assiste all'integrazione di un lavoro individuale a carattere diagnostico e psicoterapico, con un lavoro in gruppo (secondo livello) dove, alla conoscenza di contenuti tipici e ormai assodati rispetto alla psicopatologia del giocatore, si favorisce tramite la dinamica di gruppo l'acquisizione di abilità potenziando così anche elementi di mutuo-aiuto. Il terzo livello è costituito da un lavoro in contemporanea con i familiari.

Il Servizio GAP ha competenza dipartimentale e risponde alle domande di cura attraverso un primo accesso telefonico dove viene effettuato un counselling informativo, in base alla richiesta viene programmato un primo colloquio finalizzato all'accoglienza, alla riformulazione della domanda quindi ad una successiva presa in carico attraverso la compilazione della cartella clinica.

La metodologia d'intervento consiste in una serie di fasi di diversa durata di seguito descritte:

– *Accoglienza*

Nella prima fase di accoglienza si esegue un counselling informativo sulla patologia GAP, sull'organizzazione e le modalità d'intervento del Servizio rivolto sia al giocatore che alla famiglia, fondato sull'ascolto, sul colloquio motivazionale, sull'accoglienza della richiesta d'aiuto ed eventuale riformulazione. In tale fase si privilegia l'ascolto e l'accoglimento, fornendo uno spazio di consultazione al paziente e ai familiari, condizione che agisce come rinforzo e modifica il clima relazionale. Tale fase ha solitamente una durata di 2-3 incontri.

– *Valutazione e assessment*

Nella seconda fase di valutazione e *assessment* avviene la presa in carico e formulazione della diagnosi attraverso la compilazione della cartella clinica e sanitaria e la valutazione diagnostica multidisciplinare con:

- colloquio medico, visita medica e diagnosi;
- colloquio psicologico e valutazione psicodiagnostica;
- somministrazione test e questionari specifici per la diagnosi di gioco patologico quali
- valutazione psicologica del sistema familiare;
- valutazione sociale;
- consulenza relativa alla condizione finanziaria e legale.

Gli strumenti utilizzati per la valutazione e l'*assessment* sono: il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ed. 5 (DSM-5)*, il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI2)*, la *Symptom Checklist-90 (SCL 90)*, la *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, l'Intervista Diagnostica sul gioco di Ladouceur, questionario basato sui criteri del DSM-5 di Ladouceur, il formulario di auto osservazione, motivazione a smettere di giocare, gli aspetti positivi e negativi del gioco, la passione del gioco. In questa fase è previsto l'inserimento dei dati nel sistema informatizzato regionale. La durata di tale fase dura solitamente 4-5 incontri.

– *Terapia*

Nella fase terapeutica, in seguito alla valutazione diagnostica multidisciplinare, viene formulato un progetto terapeutico individualizzato che può consistere in una serie di interventi: visita medica e terapia farmacologica, sostegno psicologico, intervento socio-educativo, gruppi di sostegno con i giocatori e con le famiglie, psicoterapia individuale, di coppia e familiare, psicoterapia di gruppo con giocatori e famiglie, consulenza finanziaria e legale. In questa fase si decide se inviare il giocatore a trattamenti in ambienti esterni come: invio ad Associazioni di Giocatori Anonimi (GA), Familiari di Giocatori Compulsivi (GAM-NON), ai CAT e alle Comunità Terapeutiche per un intervento residenziale se necessario. Il Servizio collabora con i GA, GAMNON e CAT curando l'invio dei pazienti e strutturando momenti di formazione comune e di supervisione da parte del Servizio GAP. La durata di tale fase sarà di 8-10 incontri.

– *Monitoraggio e follow-up*

Infine una fase consolidamento degli obiettivi terapeutici conseguiti caratterizzata da 5 incontri a cadenza mensile e una fase finale di monitoraggio e follow-up con monitoraggio della condizione di astinenza a 18 mesi e 36 mesi e prevenzione delle ricadute.

14.3.2. Altre attività del Servizio GAP

Il Servizio GAP promuove anche interventi di prevenzione indirizzati alla popolazione generale, con l'obiettivo di migliorare il livello di informazione generale sul rischio dipendenza da gioco; di prevenzione ambientale indirizzati al territorio e agli ambienti dove si concentra il rischio (sale, ambienti di intrattenimento, bar, Internet, ecc.), e orientati a ridurre accessibilità e disponibilità al gioco d'azzardo sul territorio.

Il Servizio collabora inoltre con il Servizio gioca Responsabile della Federserd, con help-line telefoniche per GAP e usura, con programmi di terapia online, con sistemi di autovalutazione del proprio grado di problematicità e produce materiale informativo volto a consentire un aggancio precoce del giocatore problematico, e un suo accesso al Servizio e ai percorsi di cura.

Il Servizio si è occupato di costruire una rete territoriale attraverso protocolli d'intesa con i Servizi Sanitari: Dipartimento di Salute Mentale, per la comorbilità psichiatrica; con il Dipartimento di Prevenzione e la costituzione del GIA (Gruppo Interdisciplinare Aziendale) nell'ambito della prevenzione scolastica; le Associazioni di volontariato, la Fondazione Antiusura, il privato sociale e il coinvolgimento della rete dei medici di medicina generale. Il modello d'intervento attuato dal nostro Servizio è stato individuato attualmente dalla Regione Puglia come modello clinico di riferimento da attivare negli altri Dipartimenti delle Dipendenze delle ASL pugliesi.

14.4. Progetto regionale di formazione sul gioco d'azzardo patologico

Di fronte al crescere dell'incidenza del fenomeno e alla necessità di interventi di prevenzione cura e riabilitazione, nel 2015 la Regione Puglia ha attivato un programma formativo denominato *Progetto Regionale di Formazione sul Gioco d'Azzardo Patologico*, rivolto agli operatori del settore pubblico, del privato sociale e alle Associazioni di Auto-aiuto che si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da tale patologia.

La finalità di tale progetto, che ha coinvolto l'intero territorio della Regione Puglia, è stata quella di orientare il sistema dei Servizi Regionali secondo criteri scientifici e indicazioni univoche standardizzate puntando ad una formazione condivisa a livello regionale. Capofila del progetto di formazione della Regione Puglia è stato il Dipartimento delle Dipendenze della ASL di Taranto che per la decennale esperienza maturata con il Servizio GAP e la partecipazione a numerosi progetti nazionali, ha coordinato a livello scientifico le attività di tale progetto.

Tra i tanti argomenti trattati durante il corso, grande enfasi è stata data all'attenzione e all'approfondimento dei vari aspetti della patologia, con un particolare accento ai dati epidemiologici sul fenomeno, ai diversi strumenti diagnostici e ai trattamenti terapeutico-riabilitativi. Il coinvolgimento delle diverse realtà della Regione Puglia ha dato la possibilità di far luce sugli aspetti di prevenzione e clinici della patologia evidenziando le risorse e le criticità dei Servizi, con il comune obiettivo di formulare linee guida comuni. Partendo da una formazione comune e condivisa la Regione Puglia vuole promuovere l'organizzazione di un "Servizio Sperimentale sul Gioco d'Azzardo Patologico" attraverso un progetto sperimentale regionale.

Si tratta di un Progetto di durata triennale motivato dalla complessità del disturbo da gioco d'azzardo e dalla necessità di strutturare un percorso differenziato e specialistico nell'ambito di

ogni Dipartimento delle Dipendenze Patologiche delle diverse ASL, attraverso un modello terapeutico specifico e multidisciplinare, oltretutto comune, individuando inoltre delle specifiche modalità di intervento per il trattamento del GAP.

In questa prospettiva la sperimentazione di interventi innovativi di trattamento sulle forme di dipendenza da gioco ha individuato le seguenti raccomandazioni:

- essere di durata più breve rispetto ai percorsi più “tradizionali” e comunque tale da rendersi compatibile con la permanenza del soggetto nel tessuto sociale, lavorativo e familiare;
- avere una alta specificità di intervento sulla patologia con modelli strutturati al fine di poter incidere in profondità sul comportamento disadattivo e sui nuclei problematici della personalità;
- prevedere interventi di sostegno e di consulenza rivolti alla famiglia;
- prevedere una fase di accompagnamento e consolidamento del lavoro psicoterapeutico attraverso la partecipazione a gruppi di auto aiuto e terapeutici rivolti al soggetto e alla famiglia;
- prevedere una fase di collegamento con le Associazioni di volontariato, i gruppi GA e GAM-NON e il privato sociale;
- prevedere interventi di prevenzione, informazione e aggancio precoce delle situazioni a rischio attraverso la costituzione di un sito WEB, di un numero verde, di un help-line e di altri strumenti che permettano una corretta informazione e che consentano di raggiungere la popolazione giovanile e i giocatori problematici ponendosi in un’ottica di prevenzione e trattamento nei confronti di questi target difficilmente raggiungibili;
- organizzare Incontri pubblici, dibattiti, conferenze stampa e corsi di formazione su target specifici;
- organizzare corsi di formazione anche con gli operatori del settore giochi.

Il GAP si presenta come una patologia complessa che coinvolge non solo l’individuo ma l’intero sistema familiare con problematiche rilevanti di tipo sanitario, sociale, relazionale ed economico-finanziario, pertanto richiede interventi terapeutici e un’organizzazione strutturata dove ogni figura professionale dell’*équipe* multidisciplinare possa svolgere compiti specifici. In questa patologia non essendoci terapie sostitutive, come per le dipendenze da sostanze, appaiono fondamentali la competenza e la professionalità di ogni figura professionale nel prendersi cura del paziente. Da qui la necessità di percorsi differenziati all’interno dei Dipartimenti delle Dipendenze attraverso la costituzione di un Servizio per la patologia da gioco e la valorizzazione delle diverse figure sanitarie che abbiano la capacità di sperimentarsi in una relazione d’aiuto, che parte da una comprensione innanzitutto psicologica del paziente e della sua famiglia finalizzata alla formulazione di un progetto terapeutico individualizzato. Tale piano d’azione sarà un punto di riferimento per tutte le organizzazioni e gli operatori del settore coinvolti e disponibili a dare una risposta concertata al fenomeno emergente anche secondo quanto previsto dalla legge regionale della Puglia del 13 dicembre 2013, n. 43 “Contrasto alla diffusione del gioco d’azzardo patologico (GAP)”.

Il sistema di intervento attuale risulta carente di servizi che offrano modalità specifiche di intervento per il trattamento del GAP; questa tipologia di *nuovi dipendenti* presenta caratteristiche sociali, culturali, di età e di sesso diversificate con un ulteriore elemento di problematicità che è legato alla percezione del livello di consapevolezza del proprio comportamento di giocatore, in quanto spesso compatibile con i tempi di vita, di lavoro e familiari. Si rende quindi necessario elaborare modalità di intervento differenziali che supportino la presa di coscienza della propria condizione di dipendenza, centrino l’intervento sulla motivazione al cambiamento e sul rafforzamento delle abilità di gestione del *craving* e della ricaduta, che agiscano verso una modifica personale dello stile di pensiero, di comportamento e di vita, strutturando un intervento sia sul soggetto portatore della patologia che sull’intero nucleo familiare. Fondamentale risulta

infatti il coinvolgimento della rete familiare nel percorso di emancipazione dalla dipendenza da gioco. Il Servizio GAP deve avere un'organizzazione dipartimentale e una sede autonoma, al fine di garantire un percorso differenziato rispetto alle dipendenze da sostanze; tale indicazione nasce da un'esperienza maturata sul campo dal Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Taranto e dal coinvolgimento della famiglia nella richiesta d'aiuto e nei trattamenti terapeutici. Il modello d'intervento deve integrare l'approccio "clinico" con quello "di rete" erogando interventi psicodiagnostici e psicoterapeutici, interventi medici specialistici, interventi educazionali e di counselling, consulenza finanziaria e legale rivolti al soggetto e ai familiari. L'approccio clinico è di tipo cognitivo-comportamentale finalizzato a controllare il comportamento di gioco e correggere le distorsioni cognitive e le false credenze relativamente al gioco. Oltre a questo, si opera secondo un approccio sistemico-relazionale poiché siamo di fronte ad una patologia complessa che coinvolge l'intero nucleo familiare e rischia di compromettere sia le relazioni che l'armonico sviluppo emotivo-affettivo dei figli per cui diventa indispensabile una ristrutturazione del sistema familiare.

14.5. Conclusioni

Dalla nostra esperienza, maturata nell'ambito della dipendenza patologica da gioco d'azzardo, è emerso come sia fondamentale, per la presa in carico del paziente con tale disturbo, un percorso specialistico differenziato rispetto alle dipendenze da sostanze e la necessità di un'equipe multidisciplinare dedicata.

Il Servizio che si occupa di GAP, inoltre, deve essere visibile e presente sul territorio attraverso interventi di sensibilizzazione e prevenzione oltre che clinico-terapeutici di cura. A tale fine riteniamo indispensabili le occasioni di confronto e di formazione tra gli operatori nonché la partecipazione a progetti nazionali che consentano di approfondire le conoscenze sul fenomeno e di uniformare gli interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento, tra tutti i Servizi pubblici e del privato sociale che si occupano di tale patologia.

15. INTERVENTO INTEGRATO MULTIDIMENSIONALE DI MATRICE SISTEMICA CONTRO IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Alessandro Lipari, Silvana Scardina
Azienda Sanitaria Provinciale, Palermo

15.1. Introduzione

Il Progetto Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) nasce ufficialmente nel 2006 come progetto del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, con la costituzione, presso il Servizio delle Tossicodipendenze (SerT) PA 4, dell'Ambulatorio Specialistico Interdistrettuale per il Gioco d'Azzardo Patologico avvalendosi di una équipe interdisciplinare già operante con successo da diversi anni presso lo stesso servizio.

Con il diffondersi di nuove forme di dipendenza, è sembrato necessario potenziare l'offerta terapeutica e le conoscenze scientifiche in merito ad un fenomeno che ancora oggi appare in gran parte sommerso, anche per il timore e il senso di vergogna nei confronti di un comportamento che abitualmente è considerato "un vizio" e non una malattia che richiede cure specialistiche.

Attualmente il GAP è riconosciuto nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) come una dipendenza patologica. Fa anche parte delle cosiddette *nuove dipendenze*, con cui condivide importanti aspetti e analogie. L'evidenza clinica infatti sottolinea come, nelle storie dei pazienti, le problematiche del GAP si intreccino, confluendo spesso nel tempo, con quelle poste da altre forme di dipendenza, come lo *shopping compulsivo* o l'*Internet Addiction Disorder* (IAD). Quest'ultimo diventa spesso rilevante, come testimonia il numero crescente di giocatori patologici di poker online.

15.2. Un centro specialistico per le nuove dipendenze

In questa cornice nel 2012 viene individuata a Palermo una sede autonoma per l'Ambulatorio Specialistico Interdistrettuale, in grado di garantire adeguate condizioni di privacy e un contesto funzionale alla necessaria complessità e integrazione degli interventi. Oggi l'ambulatorio rappresenta ormai un punto di riferimento per il trattamento del GAP nella Sicilia Occidentale e il modello di intervento specifico per il gioco d'azzardo patologico, può ritenersi ampiamente validato, in rapporto alla costante crescita negli anni della casistica, e alla valutazione degli esiti dei trattamenti.

L'interesse suscitato per le attività dell'ambulatorio ha inoltre permesso la realizzazione di giornate di studio e l'attivazione del corso di formazione per operatori dell'Azienda Sanitaria Provinciale, all'interno del Progetto Nazionale GAP del Dipartimento Politiche Antidroga, e un corso per amministratori ed esercenti, "Intervento sperimentale per la promozione del gioco responsabile", nell'ambito del progetto nazionale *Il Gioco è una cosa seria*. Infine i componenti del gruppo di lavoro storico, Alessandro Lipari, Silvana Scardina e Francesca Picone hanno recentemente contribuito all'elaborazione delle Linee Guida della Regione Sicilia per il contrasto al gioco d'azzardo patologico.

15.2.1. Attività svolte dal Centro

Dal 2006 ad oggi l'Ambulatorio Specialistico Interdistrettuale per il Gioco d'Azzardo Patologico ha preso in carico 965 pazienti, per la maggior parte insieme ai loro familiari.

L'organizzazione multidisciplinare del servizio garantisce l'offerta delle seguenti attività:

- consulenza individuale e familiare sul GAP e sulle nuove forme di dipendenza;
- valutazione psicologico-clinica e psichiatrica della gravità del giocatore e del gioco d'azzardo eccessivo, con l'eventuale attivazione di un trattamento psicofarmacologico;
- presa in carico della famiglia del giocatore e gestione delle situazioni di crisi, anche attraverso una funzione di *tutoring* e l'offerta di consulenze legali finalizzate al fronteggiamento del debito in collaborazione con La Fondazione Antiusura;
- costruzione dei trattamenti integrati personalizzati e della rete di supporto al giocatore;
- psicoterapia individuale, di coppia e familiare, rivolta alle nuove dipendenze;
- attività di gruppo, attraverso il possibile inserimento dei giocatori all'interno di un gruppo terapeutico a termine condotto all'interno del servizio, oppure attraverso l'orientamento ad un gruppo di Giocatori Anonimi;
- attività di ricerca nell'ambito della valutazione clinica e dell'intervento riguardo il GAP e i nuovi comportamenti di dipendenza. In questa cornice è stata attivata una collaborazione con il Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile G. D'Alessandro e il Dottorato di Ricerca in Neuroscienze e Disturbi del Comportamento;
- attività di prevenzione nelle scuole del fenomeno “gioco d'azzardo patologico” e del gioco illegale attraverso il *Progetto Sperimentale P.U.S.I.- GAP: Prevenzione Universale, Selettiva e Indicata del Gioco d'Azzardo Patologico*. Si tratta di un Progetto Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale, rivolto alla popolazione giovanile, che si pone da un lato l'obiettivo di promuovere una riflessione critica sui rischi del gioco d'azzardo attraverso specifiche metodologie formative; dall'altro di individuare precocemente il rischio di dipendenza nei giovani, insieme ad una corretta gestione del problema in famiglia e nella scuola.

15.2.2. Organigramma del servizio

La dotazione organica dell'Ambulatorio è in buona parte costituita dal gruppo di lavoro “di lungo corso”, costituito da due psicologi e da una psichiatra, che da ormai molto tempo si è occupato dei nuovi fenomeni di consumo, dell'uso delle nuove tecnologie e delle nuove forme di dipendenza. Focalizzandosi sul GAP, questi operatori hanno approfondito, anche da un punto di vista più strettamente epistemologico, la possibilità di creare un nuovo paradigma, in grado di gettare un ponte tra le “vecchie” e le “nuove” dipendenze. L'*addiction* in questo contesto rappresenta un elemento che ha accomunato comportamenti di “abuso” diversi, basati su comportamenti abnormi, non necessariamente legati all'utilizzo di sostanze psicoattive (Margaron, 2003, 2007).

Attualmente l'organigramma è costituito da quattro operatori, provenienti dalle UOS SERT:

- tre Dirigenti Psicologi con formazione sistemico-relazionale, di cui 2 a tempo pieno ed 1 a tempo parziale;
- un Dirigente Psichiatra con competenze cliniche nel “GAP” e nella “doppia diagnosi”, a tempo parziale.

15.2.3. Modello d'intervento

Il modello d'intervento si avvale di un approccio integrato, a partire da una valutazione che ragiona sempre su tre poli interconnessi (sintomo, famiglia e sistema di personalità) e si sforza di connettere tre livelli:

- psicoterapia sistemica;
- psichiatria e psicofarmacologia;
- clinica e psicopatologia.

15.2.3.1. Lavoro clinico individuale/sistemico con la famiglia

Spesso il momento della presentazione al servizio rappresenta l'“ufficializzazione” della crisi che investe la coppia e il nucleo familiare (Racamier & Taccani, 1986), che, se da un lato costringe il gruppo familiare a denunciare il fallimento degli equilibri precedenti, dall'altro può anche offrire uno spazio mentale confuso ma disponibile ad un possibile cambiamento. L'incontro clinico, che utilizza un'ottica co-costruttiva, all'interno di un contesto collaborativo e conversazionale, tende ad includere al suo interno anche i familiari del paziente e si pone come possibilità di risignificazione profonda della crisi, a partire da un inquadramento iniziale del gioco come “malattia” e non come comportamento “vizioso” o “difetto originale” di cui vergognarsi. A tal fine riteniamo importante evidenziare gli aspetti peculiari della “malattia gioco” e come il paziente sia scivolato progressivamente in una condizione di dipendenza patologica. In questo modo è più facile che il giocatore e i suoi familiari accettino la necessità di una funzione di controllo/tutela nei confronti del gioco, come indispensabile fase iniziale del trattamento. Sarà possibile, successivamente, rileggere la dipendenza come difesa dissociativa da una condizione di grossa difficoltà esistenziale o di sofferenza personale, lettura che può innescare una capacità auto-riflessiva di accettazione di co-responsabilità da parte dei familiari significativi (Selvini, 2003).

In questa cornice il gioco patologico rappresenta “un'esperienza familiare traumatica” che risulta “perturbante”, in quanto implica “il tradimento” e, soprattutto, la violazione di uno spazio considerato come “sacro”, con la penosa sensazione di “non sentirsi padroni in casa propria”. È la stessa scoperta progressiva dell'azzardo da parte dei familiari a risultare traumatica, generando un clima di sfiducia reciproca, esperienze cicliche di illusioni/delusioni, incertezza che determina ansia, paura e stress cronico (Capitanucci, 2012).

La famiglia con un genitore GAP non può assicurare una base sicura, in quanto funziona sull'emergenza e sull'imprevedibilità quotidiana. Van der Kolk (2015) parla di “atmosfera traumatica” e di “disturbo traumatico dello sviluppo” per descrivere una situazione cronica di trascuratezza emotiva e di maltrattamento psicologico, spesso “occulto”, che si correla significativamente ad uno stile di attaccamento insicuro nei figli e che comporta una vulnerabilità allo sviluppo ad esempio di dipendenze patologiche.

È possibile utilizzare “la lente del trauma” anche per comprendere meglio, nel lavoro clinico con i pazienti, alcune dinamiche invariante che contribuiscono a determinare una modalità di gioco patologico, in seguito ad una specie di “effetto cumulativo” (Khan, 1979; Van der Kolk, 2015), prodotto nel corso del tempo da “microtraumi”, “traumi relazionali” o *stressors* che precedono, anche di poco, il viraggio verso il discontrollo. Il “trauma cumulativo” sembra declinarsi come un “attacco al sé” e al “valore personale”, producendo un effetto invalidante (Meares, 2005), attraverso la riattualizzazione di un copione interno che “ricorda” al soggetto che egli è “difettoso” o inadeguato, in rapporto ad *un altro* che si pone come ipercritico, ipercontrollante o svalutante. L'attacco al sé determina anche uno specifico deficit emotivo basato sulla vergogna patologica, che, in accordo con Cantelmi Lambiase e Serra (2004), potrebbe, a nostro avviso, essere incluso di diritto tra le dinamiche psicopatologiche di base, comuni, secondo

Caretti (2010), alle diverse situazioni di dipendenza. La vergogna in particolare, e la sorella “negletta” la rabbia, è opportuno che vengano preliminarmente riconosciute nell’incontro clinico, in modo da rafforzare l’alleanza terapeutica, anche in considerazione del fatto che gli stessi fenomeni dissociativi:

“possono essere un’estrema manovra difensiva nei confronti di affetti intollerabili, quali appunto la vergogna, spesso eredi di condizioni traumatiche, poi cronicizzatesi fino a diventare dei tratti del carattere” (Pandolfi, 2002).

15.2.3.2. Gruppo terapeutico a tempo limitato come “episodio di trattamento” all’interno del percorso terapeutico complessivo: un’esperienza di lavoro nelle “terre di confine”

Come sottolineano i colleghi del Centro Milanese della terapia della Famiglia, l’interesse per i confini e i “contorni” (Bateson, 1977) è ben presente nell’area sistemica, sia nell’ambito tecnico che in quello relativo a l’epistemologia del processo di cura; valgono come esempi gli sforzi teorici di delimitare i contorni del “sistema significativo” in psicoterapia e la questione della variabilità del *setting*: quali sono i confini tra una terapia familiare e una individuale? In questa cornice è nata l’idea di sperimentare un gruppo a termine (della durata di un anno) co-condotto da uno di noi, che ha una formazione sistemica, e dalla dott.ssa Ester Russo, una collega psicoterapeuta, anche lei al termine del proprio iter formativo in campo gruppo analitico. Il progetto, preceduto dall’esperienza clinica in co-conduzione dei colloqui con diversi pazienti trattati in terapie individuali, di coppia e familiari, nasce da un “felice” incontro tra persone, prima ancora che tra “tecnici” e dal comune desiderio di condividere alcune riflessioni sull’attività clinica nel campo delle dipendenze e sull’opportunità di costruire “ponti” tra diversi modelli di cura.

L’attenzione al “transgenerazionale” e al “famigliare” (Cigoli, 2000), oltre che alle “matrici familiari” (Lo Piccolo *et al.*, 2002), costituiscono dei veri e propri fattori comuni e di connessione tra approccio sistemico e gruppo analitico. Per entrambi la famiglia viene considerata autopoietica e luogo fondativo degli psichismi dei suoi componenti, il mito del gioco spesso soppianta i miti familiari che non si possono interrogare, è funzionale ad oscurare e negare realtà penose, familiari e sociali. Il gruppo permette di essere un’occasione in cui si può comprendere meglio la rete di complicità e collusioni che tiene in vita queste relazioni. Nel corso del lavoro clinico con alcuni pazienti già da tempo in remissione clinica, che continuavano a seguire un percorso individuale, si è potuto osservare una situazione di “stallo emotivo” che coinvolgeva anche i rispettivi partner. È sembrato quindi opportuno proporre loro un passaggio terapeutico ulteriore, in grado di “rivitalizzare” il trattamento attraverso un dispositivo relazionale “altro”, in cui potessero sperimentare abilità apprese e provare nuovi apprendimenti attraverso l’incontro con gli altri, riattivando una modalità di attaccamento sicuro. Quindi, la proposta di partecipare al gruppo poteva essere letta nei termini di “un episodio di trattamento” (Budman & Gurman 1994), all’interno del percorso terapeutico complessivo condotto all’interno del servizio.

Mentre scriviamo il gruppo è giunto in dirittura di arrivo e, condividendo un vertice di osservazione gruppo analitico, sembra possibile individuare un importante fattore terapeutico specifico al suo interno, in rapporto a quella che ci è apparsa una carenza di base comune ai soggetti tossicodipendenti e a molti giocatori patologici:

“carenza dell’io a pensare e contenere i propri vissuti affettivo-emotivi, che rimanda alla carenza relazionale di base, alla domanda rimasta drammaticamente inevasa nelle relazioni con la famiglia, la possibilità di essere compreso, che le proprie emozioni possano trovare un senso condiviso con le persone con le quali più profondamente si è implicati, al di fuori dei rigidi schematismi bene-male, persecutori giudicanti, persecutori in quanto giudicanti. La domanda su cui si è drammaticamente intrecciata tutta la questione della dipendenza” (Lo Piccolo, 2000)

15.2.3.3. Assessment: verso un modello multidimensionale

La crescente attenzione verso i processi dissociativi e l'evidente deficit nella regolazione degli effetti che caratterizzano la maggior parte dei giocatori patologici, ha spinto il gruppo di lavoro a precisare ulteriormente il modello d'intervento, nella prospettiva di mettere ulteriormente a fuoco i fattori fondamentali che sembrano accomunare il GAP ad altri comportamenti di *addiction* (Taylor *et al.*, 1997; Ciulla & Caretti, 2012), sia di personalizzare i trattamenti, in rapporto a specifici fattori di rischio individuali.

È la stessa complessità del fenomeno che rende necessaria la personalizzazione del trattamento infatti, come è stato evidenziato anche da uno di noi, “i giocatori rientrano in un fenomeno estremamente sfuggente, di difficile classificazione e dall'eziologia incerta” (Zerbetto *et al.*, 2010) e nel GAP abbiamo spesso a che fare con un vero e proprio “crocevia di sintomi”.

D'altra parte la ricerca e la clinica hanno da tempo evidenziato la presenza di tratti di personalità disfunzionali nei giocatori patologici sul versante dipendente, ossessivo compulsivo, narcisistico e antisociale (Ortiz-Tallo *et al.*, 2011); tratti legati all'esperienza di forti emozioni negative (Miller, 2013) e all'impulsività (Odlang *et al.*, 2013). L'utilizzo nel lavoro clinico di una teoria relazionale dei tratti disfunzionali di personalità, in grado di connettere stili di funzionamento individuali con specifici contesti familiari che funzionano come matrici di apprendimento, è un orientamento importante per entrare in sintonia con i pazienti, immaginare una possibile storia di crescita e ipotizzare un approccio terapeutico rispondente ai loro bisogni.

Da qui l'opportunità di individuare uno spazio specifico dedicato all'*assessment*, in una fase preliminare al trattamento, da reiterare “in corso d'opera”, per valutare l'effettiva remissione della patologia, al di là dell'espressione sintomatica. In particolare, per effettuare la valutazione clinica e la somministrazione degli strumenti psicodiagnostici selezionati, come il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), la *Dissociative Experiences Scale* (DES), il *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III), la *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI-2), il *Temperament and Character Inventory – Revised* (TCI-R).

15.3. Ricerca clinica sul gioco d'azzardo patologico

Abbiamo accennato precedentemente alla complessità dei fattori in gioco nel fenomeno GAP. Tale complessità rende a nostro avviso indispensabile accompagnare gli interventi con un'attività di ricerca che renda verificabili le ipotesi e le osservazioni fatte all'interno della situazione clinica.

In questa cornice riteniamo utile presentare alcuni dati relativi ad uno studio che il nostro gruppo ha condotto con il dott. Giuseppe Maniaci, nell'ambito della collaborazione con il dottorato di ricerca in Neuroscienze e disturbi del comportamento. Questo approfondimento è esemplificativo di un'attività di studio più ampia, che guarda al GAP sforzandosi di connettere psicologia clinica, neurobiologia e neuroscienze, al fine di osservare questa patologia in un'ottica psiconeurobiologica. Infatti, alcuni recenti studi condotti con l'ausilio della Risonanza Magnetica Funzionale o fMRI (*Functional Magnetic Resonance Imaging*) hanno mostrato un aumento dell'attivazione della corteccia prefrontale, cingolata anteriore e dello striato ventrale durante serie standardizzate di stimoli di esposizione al gioco.

Lo studio ha preso in esame 60 soggetti per il gruppo di controllo e 60 giocatori in trattamento. In entrambi i gruppi i soggetti non dovevano avere una storia pregressa di disturbi neurologici e/o abuso di sostanze.

I risultati più significativi dello studio sono stati:

- 1) nessuna differenza significativa tra casi e controlli per variabili socio-demografiche come sesso, età e livello di istruzione;

- 2) maggiore presenza di disturbi di Asse I e Asse II nei giocatori patologici;
- 3) maggiore difficoltà a individuare e descrivere i sentimenti e maggiori livelli di alessitimia nei giocatori patologici;
- 4) disturbi di personalità e sindromi cliniche sono risultati predittori significativi dei punteggi SOGS;
- 5) i punteggi di alessitimia nella seconda fase fanno aumentare significativamente del 5,2% la varianza nei punteggi SOGS, contribuendo significativamente a predire comportamenti di gioco patologico.

In conclusione i risultati dello studio hanno mostrato che nei giocatori patologici è significativamente più frequente una comorbilità con sindromi psicopatologiche e punteggi elevati di alessitimia rispetto ai controlli.

15.4. Conclusioni

Anche alla luce dell'esperienza fino ad oggi raccolta dall'Ambulatorio Specialistico Interdistrettuale per il Gioco d'Azzardo Patologico palermitano, si può affermare che, sebbene sia la psicoterapia che la farmacoterapia siano utili nel trattamento del paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo, è sempre importante garantire in ambito clinico un approccio mirato agli specifici tratti del disturbo, scelta che aumenta quelle che sono le possibilità di riuscita del trattamento. Tale approccio è reso possibile da una corretta valutazione iniziale che avviene per mezzo del colloquio clinico e di un *assessment* testo logico basato su una ampia batteria di strumenti.

Bibliografia

- Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi; 1977.
- Bellio G, Croce M (Ed.). *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*. Milano: Franco Angeli; 2014.
- Bellio G. *I mille volti del giocatore d'azzardo impulsivo. Seminario*. Asolo: Ulss 8; 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.centroastoria.it/wp-content/uploads/2017/06/18-Seminario-1000-volti-del-giocatore-dazzardo-impulsivo.pdf>; ultima consultazione 28/11/2017
- Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97(5):1485-9.
- Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Astrolabio-Ubaldini; 1988.
- Budman SH, Gurman AS. *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford; 1994.
- Cambiaso G, Berrini R. *Terapia della famiglia in crisi*. Milano: Franco Angeli; 1992.
- Cantelmi T, Lambiase E, Serra A. Le dipendenze comportamentali. In: *Le nuove dipendenze*. Milano: Franco Angeli; 2004. p. 30-42.
- Capitanucci D. L'anello debole della catena. Essere figli in una famiglia con un problema di gioco. In: *Il contesto del gioco d'azzardo patologico*. Gallarate (Va): Associazione And-Azzardo e Nuove Dipendenze, Centro Internazionale Studi Famiglia; 2012.
- Cardena E. The domain of dissociation. In: Lynn SJ, Rhue JW (Ed.). *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford; 1994. p. 15-31.

- Caretti V, Craparo G, Schimmenti A. Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza dall'eroina. In: Caretti V, La Barbera D (Ed.). *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, Milano: Raffaello Cortina; 2010. p.99-134.
- Caretti V, La Barbera D (Ed.). *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina; 2005.
- Cigoli V. Relazioni tra generazioni e disturbi di personalità: quale legame? In: *Gruppi*. Milano: Franco Angeli; 2000. p. 20-32.
- Cirillo S. I molteplici tradimenti nella vita di coppia. In: Centro Giovani Coppie San Fedele (Ed.). *Maschio e femmina. Diventare coppia*. Milano Ed. Ancora; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.scuolamaraselvini.it/files/articoli/molteplici_tradimenti.pdf; ultima consultazione 28/11/2017
- Ciulla S, Caretti V. Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza. *Psichiatria e Psicoterapia* 2012;31(2):101-19.
- Colacicco F. *Ogni psicopatologia è un dono d'amore*. Roma: Scione Editore; 2014.
- Craparo G. *Il disturbo post-traumatico da stress*. Roma: Carocci; 2013.
- D'Andrea G, Lipari A, Picone F, Scardina S, Spinnato G. La 'sostanza' della dipendenza: l'approccio sistemico e il gioco d'azzardo. In: *Personalità e dipendenze*. Modena: Mucchi Editore; 2006 p. 135-144.
- Farina G, Lipari A, Picone F, Scardina S. Il gioco d'azzardo patologico come "esperienza cocainosimile": riflessioni sull'approccio integrato all'interno di un ambulatorio specialistico all'interno di un ser.t. In: *Atti del Convegno ECM Cocaina e Poliabuso: la realtà italiana e gli scenari internazionali*, Palermo, 1-2 dicembre 2005. Milano: Franco Angeli, Milano; 2005. p.12-15.
- Fiorin A. Psicoterapia di gruppo a tempo limitato per pazienti tossicodipendenti con disturbi di personalità. *Gruppi* 2004;6(1):60-72.
- Holmes EA. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review* 2005;25(1):1-23.
- Khan MMR. *Il concetto di trauma cumulativo*. In: *Lo spazio privato del sé*. Torino: Boringhieri; 1979. p. 41-56.
- Ledgerwood DM, Petry NM. Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research* 2006;144(1):17-27.
- Lipari A, Picone F, Scardina S. Il contributo del gioco d'azzardo patologico nella fondazione della clinica dell'addiction: una lettura evolutivo-relazionale. *Dal fare al dire* 2009;2:3-13.
- Lipari A, Picone F, Scardina S. Il gioco d'azzardo patologico e l'esperienza del Progetto GAP. *Rivista dell'Ordine degli Psicologi* 2008;11(8):22-3.
- Lipari A, Picone F, Scardina S. La clinica dell'addiction e il gioco d'azzardo patologico: un approccio evolutivo-relazionale. In: Picone F (Ed.). *Il gioco d'azzardo patologico, Prospettive teoriche ed esperienze cliniche*. Roma: Carocci, 2010. p. 197-210.
- Lipari A, Picone F, Scardina S. Quando i servizi si mettono in gioco. In: *Abstract delle relazioni presentate al Convegno "A carte scoperte": prevenire il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze*, Palermo, 9-11 novembre 2006. Palermo: Offset Studio; 2006. p. 22-23.
- Lipari A, Scardina S. Il lavoro clinico con la famiglia in crisi, nelle situazioni di gioco d'azzardo patologico: l'approccio sistemico-relazionale. In: *Atti del Convegno Regionale "Ludopatia: quando il gioco ti gioca"*, Palermo, 9 e 10 dicembre 2013. p. 20-6.
- Lo Piccolo C, Lipari A, Zappalà F, Scardina S, Sanfratello G. Matrici familiari e tossicodipendenza. In: *Terapia familiare*. Milano: Franco Angeli; 2002. p. 60-72.

- Lo Piccolo C. Tossicodipendenza e gruppoanalisi: alcune ipotesi sulle matrici familiari della tossicodipendenza. Un caso clinico a vertice gruppoanalitico. In: Di Maria F (Ed.). *Psicologia della convivenza. Soggettività e socialità* Milano: Franco Angeli; 2000. p. 158-68.
- Margaron H. Il paradigma obsoleto della malattia cronica. *Fuori Luogo* 2007, 29 aprile.
- Marino V. *Gioco e GAP. Radici filogenetiche, esperienza soggettiva e valenza "autoterapica"*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.newsletter.federserd.it/files/articoli/1/marino.pdf>; ultima consultazione 28/11/2017
- Marozza MI. *L'importanza di pensare oggi la dissociazione*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cipajung.it/milano/images/dissociazione.pdf>; ultima consultazione 28/11/2017
- Mearns R. *Intimità e alienazione, il sé e le memorie traumatiche in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina; 2005.
- Miller J, Mackillop J, Fortune E, Maples J, Lance C, Campbell W, Goodie A. Personality correlates of pathological gambling derivatives from big three and big five personality models. *Psychiatry Res* 2013;206(1):50-5.
- Miti G. *I disturbi dissociativi della coscienza*. Roma: Carocci Editore; 2013.
- Odlang BL, Schreiber LR, Grant JE. Personality dimensions and disorders in pathological gambling. *Curr Psychiatry* 2013;26(1):107-12.
- Oliva S. *La terapia di gruppo per il giocatore patologico*. Milano: Medici Varazze. Disponibile all'indirizzo: <http://www.medicivarazze.eu/upload/La%20Terapia%20di%20Gruppo%20per%20il%20Giocatore%20Patologico.pdf>; ultima consultazione 28/11/2017
- Ortiz-Tallo M, Blanca MJ, Ferragaut M, Cobos S. Personality and clinical profiles related to rehabilitation or relapse in the treatment of pathological gamblers. *Escritos de Psicología* 2011;4(1):18-24.
- Pandolfi AM. *La vergogna. Un affetto psichico che sta scomparendo?* Milano: Franco Angeli; 2002.
- Picone F, Lipari A, Scardina S, Dimarco T. Dal progetto GAP al centro dipendenze senza sostanze: riflessioni teoriche e modello terapeutico. *FeDerSerD informa* 2012;18:25-6.
- Picone F, Lipari A, Scardina S, Dimarco T. Dal progetto GAP al CE.DI.SS: verso la standardizzazione degli interventi. *FeDerSerD informa* 2013;22:35-6.
- Picone F (Ed.). *Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche*. Roma: Carocci; 2010.
- Putnam FW. *La dissociazione negli adulti e negli adolescenti: una prospettiva evolutiva*. Roma: Astrolabio-Ubaldini; 2005.
- Racamier PC, Taccani S. *Il lavoro incerto, ovvero la psicodinamica del processo di crisi*. Pisa: Edizioni Del Cerro; 1986
- Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. L'acquisizione del pensiero multidimensionale. In: *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1988. p. 275-287.
- Steinberg M, Schnall M. *La dissociazione i cinque sintomi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2006.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press; 1997
- Van Der Kolk B. *Il corpo accusa il corpo. Mente e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2015.
- Zerbetto R, Croce M, Picone F. La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico. In Caretti V, La Barbera D (Ed.). *Le dipendenze patologiche. Clinica psicopatologica*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2010.

APPENDICE A
Centri clinici

Di seguito vengono riportati i riferimenti e recapiti dei Centri Clinici che hanno contribuito ai capitoli della Seconda Parte “Esperienze sul territorio e strategie di intervento”

Campania

Gruppo Logos Onlus

Via Michele Pironti 14, 84134 Salerno
e-mail: gruppologosonlus@gmail.com
sito: www.gruppologosonlus.it

Associazione Famiglie in Gioco

Via Michele Pironti 14, 84134 Salerno
tel. 089 792800
fax 089 2750056
e-mail: ass.famiglieingioco@gmail.com

Emilia-Romagna

Pluto

e-mail: pluto@libera-mente.org
tel-fax 0522 886068
cell. 329 9281985

Azzardo Point

Via Emilia all'Ospizio 52, 42124 Reggio Emilia
e-mail: azzardo@libera-mente.org
cell. 329 6707296

Lazio

UOC Patologie da Dipendenza ASL Roma 2

Via Appia Antica 220, 00178 Roma
e-mail: sert.appiaantica@aslrmc.it
tel. 06 51008330
fax 06 51008340

Marche

Comunità Nuove Dipendenze (CND)

Frazione Fenile 1, 61032 Fano
e-mail: cnd@irsaurora.it
Responsabile clinica Dott.ssa Cavoli Silvia
tel. 0721 836151

Centro Orientamento e diagnosi

Via Podesti 63, 60019 Senigallia
e-mail: cod@irsaurora.it
Responsabile clinica Dott.ssa Pesaresi Novella
tel. 071 7927480

IRS L'Aurora società cooperativa sociale

Via Astagno 3, 61122 Ancona
e-mail segreteria@irsaurora.it
Presidente Dott. Trovato Stefano
tel. 071 2802615
www.irsaurora.it

Puglia

Servizio Gioco D'azzardo Patologico

Dipartimento delle Dipendenze - ASL di Taranto
Via Lazio 45, 74121 Taranto
tel. 099 7786228-203
(lun-ven 8.00-13.00 e gio 15.00-17.00).

Sicilia

Ambulatorio Specialistico Interdistrettuale per il Gioco d'Azzardo Patologico

Via Antonio Furitano 5, 90145 Palermo
tel./fax: 091 7032414-6865076
e-mail: att.nuovedipendenze@asppalermo.org

Toscana

Servizio GAP "Altroazzardo"

Via San Biagio 114, 51100 Pistoia
tel. 0573 50431
fax 0573 975388
sito: www.incontro.coop
Responsabile Servizio GAP: Dott. Giuseppe Iraci Sareri
e-mail: giuseppe.iraci@incontro.coop
Referente clinica Dott.sa Paola Russo
e-mail: paola.russo@incontro.coop

Veneto

Dipartimento delle Dipendenze ULSS n°8 Castelfranco Veneto

via dei Carpani 16/Z, 31033 Treviso
tel. 0423 732736-732609
fax 0423 732737
cell. 333 7811905
e-mail: amelia.fiorin@ulssasolo.ven.it

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di maggio 2018*

*Stampato in proprio
Settore Attività Editoriali – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, maggio 2018