

## 14. Principi di cura, riabilitazione e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Nell'approcciare la cura e la riabilitazione di questi pazienti, è necessario tenere in considerazione che gli interventi, per essere efficaci, dovrebbero agire su due livelli in maniera integrata: il primo livello riguarda le funzioni cognitive e quindi la mente, al fine di poter meglio controllare i disordini comportamentali; il secondo livello riguarda le neurostrutture e la compresenza di patologie psichiatriche che possono trarre a volte un beneficio da contemporanei e integrati interventi farmacologici di supporto agli interventi psicologici e socio-ambientali. La letteratura scientifica sull'argomento riporta una serie di studi randomizzati pubblicati sui trattamenti cognitivi e comportamentali che sono risultati in assoluto più efficaci per la cura e la riabilitazione di questi disturbi. La seguente tabella riporta una sintesi degli studi e dei risultati ottenuti (McConaghy 1983, Gaboury 1989; Dickerson 1990, McConaghy 1991, Griffiths 1994; Echeburua 1996, Ladouceur 1997, Sylvain 1997, Echeburua 2000, 2001, Hodgins 2001, Ladouceur 2001, Petry 2001, Toneatto 2002, Ladouceur 2002, Grant 2003, Hollander 2005, Emshoff 2007 review GSU, Saatcioglu 2007, Pallasen 2007, Dowling IJBCT 2007, Marazziti 2008, Grant e Potenza 2010, Stea 2010, Muller 2011, Martini 2011).

**Tabella 16 – Sintesi degli studi e dei risultati ottenuti sulla cura del gioco d'azzardo patologico.**

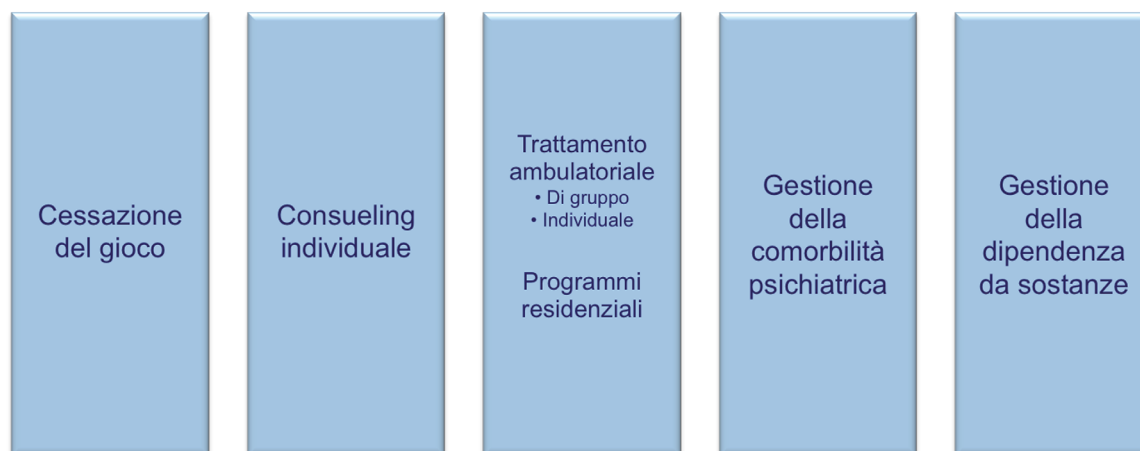
| Studio                       | Campione                                                      | Disegno                                                                                                                                                | Risultati                                                                                        |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dickerson et al., 1990       | Giocatori reclutati attraverso i media Australia              | Libro di auto aiuto vs. libro di auto-aiuto e intervista di valutazione                                                                                | Entrambi i gruppi sono migliorati a 6 mesi                                                       |
| Echeburua et al., 1996       | Giocatori patologici ambulatoriali Spagna                     | Intervento individuale di controllo dello stimolo ed esposizione in vivo vs. ristrutturazione cognitiva in gruppo vs. combinazione vs. lista di attesa | La condizione individuale aveva esiti migliori di quella combinata o di gruppo a sei mesi        |
| Echeburua et al., 2000, 2001 | Giocatori patologici ambulatoriali dopo il trattamento Spagna | Gruppo di prevenzione delle recidive vs. intervento individuale di prevenzione recidive vs. nessun trattamento                                         | Entrambe le condizioni di trattamento superiori all'assenza di trattamento a 12 mesi             |
| Hodgins et al., 2001         | Giocatori patologici reclutati attraverso i media Canada      | Miglioramento motivazionale telefonico vs. gruppo di controllo a lista di attesa                                                                       | Miglioramento motivazionale superiore a 12 mesi                                                  |
| Ladouceur et al., 2001       | Giocatori patologici ambulatoriali Canada                     | Terapia cognitiva vs. lista di attesa                                                                                                                  | Trattamento superiore alla lista di attesa a 3 mesi, miglioramenti mantenuti a 12 mesi           |
| McConaghy et al., 1983       | Giocatori patologici ricoverati Australia                     | Terapia avversiva vs. desensibilizzazione immaginativa                                                                                                 | Miglioramenti in entrambi i gruppi a 12 mesi                                                     |
| McConaghy et al., 1991       | Giocatori patologici ricoverati Australia                     | Terapia avversiva vs. desensibilizzazione immaginativa vs. rilassamento immaginativo                                                                   | Il gruppo di desensibilizzazione immaginativa ha mostrato più miglioramenti a un mese e a 9 anni |
| Sylvain et al., 1997         | Giocatori patologici ambulatoriali Canada                     | Terapia individuale cognitivo-comportamentale vs. lista di attesa                                                                                      | Trattamento superiore alla lista di attesa a 12 mesi                                             |

La richiesta di aiuto da parte del paziente è il primo importante passo per poter iniziare un percorso di cura e riabilitazione. Come è noto, queste persone maturano tardivamente la consapevolezza del problema e molto spesso la motivazione al cambiamento comportamentale risente poco dei fattori deterrenti esterni quali la conflittualità con i familiari o le problematiche legali legate all'indebitamento. Questi fattori comunque possono essere importanti per sviluppare l'iniziale impulso al cambiamento.

Alcuni studi hanno indagato la richiesta d'aiuto degli adolescenti in caso di dipendenza da gioco d'azzardo. Gli studenti hanno riferito che avrebbero consultato, nell'ordine, gli amici, i counsellors (della scuola), i familiari e il personale scolastico (Delfabbro 2005). Alcune ricerche di un recente passato (Gupta 2000; Griffiths 1998) evidenziavano come gli adolescenti con problemi di gioco avevano difficoltà a presentarsi per il trattamento, evidenziando i seguenti fattori: mancanza di servizi adeguati e amici e/o parenti che cercano di tamponare la situazione, rimandando la domanda di aiuto. Un'analisi dei servizi di auto aiuto, come il telefono verde, riferisce una percentuale molto bassa di richieste di aiuto da parte dei giovani (Jackson 1999).

Le opzioni di intervento finalizzate alla riabilitazione possono essere molteplici e devono prendere in considerazione la cessazione del gioco d'azzardo (evitando anche i minimi stimoli e qualsiasi tipo di giocata), il counseling individuale, il trattamento ambulatoriale (di gruppo o individuale), e/o i programmi residenziali nei casi più gravi, ma anche la gestione della comorbidità psichiatrica, se presente, e la gestione della dipendenza da sostanze. Ovviamente, i trattamenti devono essere personalizzati sulla base delle caratteristiche del paziente e delle sue aspettative.

**Figura 52 – Opzioni di interventi per la riabilitazione da gioco d'azzardo patologico.**



Negli anziani, in particolare, è necessario tenere in considerazione alcuni principi di trattamento specifici che consistono nell'evitare gli stimoli al gioco e la frequentazione di giocatori, ma soprattutto trovare attività di intrattenimento alternative (antinoia) e socializzanti. Oltre al counseling, trattamenti farmacologici dell'ansia e della depressione sono indicati, ove presenti, per correggere credenze, convinzioni, atteggiamenti e aspettative errate (sviluppo di consapevolezza). A questo proposito si sono dimostrati molto utili e ben accettati gruppi di autoaiuto (giocatori anonimi) che hanno anche un buon effetto socializzante.

Per quanto riguarda le terapie cognitivo-comportamentali (Ladouceur 2002), è necessario tenere in considerazione il presupposto che il gioco d'azzardo patologico è il risultato di fattori cognitivi (credenze, atteggiamenti negativi relativi al controllo, la fortuna, la previsione e il caso) e comportamenti errati espressi dal paziente. Lo scopo delle terapie, in particolare, deve essere quello di identificare e tentare di cambiare le distorsioni cognitive agendo su due fronti: quello cognitivo e quello comportamentale.

Esistono vari tipi di terapie cognitivo-comportamentali che possono essere utilizzate (Dowling IJBCT, 2008):

1. Terapia cognitiva
2. Approcci cognitivo comportamentali
3. Interventi brevi
4. Tecniche di avversione comportamentale e desensibilizzazione
5. Giocatori anonimi
6. Approcci focalizzati:
  - Auto-esclusione
  - Consulenza finanziaria

Per quanto riguarda la terapia cognitiva, essa trova giustificazione partendo dall'osservazione che più del 70% dei pensieri associati al gioco d'azzardo patologico sono irrazionali (Gaboury 1989, Griffiths 1994; Ladouceur 1997). Essa, quindi, focalizza la propria azione sui pensieri e le credenze del paziente in quanto questo rappresenta la base cognitiva su cui il paziente poi struttura comportamenti patologici.

E' necessario conoscere gli errori cognitivo-comportamentali più frequenti nei giocatori riscontrati durante le attività cliniche. Tutto questo al fine di poter meglio centrare gli interventi proprio in relazione alle esperienze cliniche già registrate. La tabella successiva riporta un elenco dei principali errori cognitivo-comportamentali registrati.

**Tabella 17 - Principali errori cognitivo-comportamentali registrati nei soggetti con gioco d'azzardo patologico.**

| N  | Errori cognitivo-comportamentali                                                                                                    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Illusione di poter esercitare un controllo sul caso (es: lancio dei dadi)                                                           |
| 2  | Percezione di poter influenzare il risultato di un evento del tutto casuale                                                         |
| 3  | Interpretazioni di segnali e sensazioni corporee come «vincita imminente»                                                           |
| 4  | Autoconvincimento distorto di avere grandi abilità di gioco grazie all'esperienza (es: il «migliore» giocatore con le slot machine) |
| 5  | Superstizione (usare amuleti o vestiario «porta fortuna»)                                                                           |
| 6  | Poter controllare la fortuna                                                                                                        |
| 7  | Credere in «segnali» ambientali che predicono la fortuna                                                                            |
| 8  | Credere che una serie di perdite avvicini la vincita                                                                                |
| 9  | Ricordare la vincita e dimenticare le perdite (memoria selettiva)                                                                   |
| 10 | Errori del calcolo delle probabilità (credenze errate sulla casualità)                                                              |

Nelle tecniche di terapia cognitiva più in uso, gli interventi principali sono fondamentalmente quattro:

1. Interventi di tipo educativo
2. Aumento della consapevolezza sugli errori cognitivi
3. Sviluppo di dubbio sulla validità di pensieri irrazionali e credenze
4. Ristrutturazione cognitiva

**Figura 53 – Interventi principali delle tecniche di terapia cognitiva.** Serpelloni G., 2012



In aggiunta, si sono dimostrati efficaci e sinergici l'addestramento alla soluzione dei problemi, gli interventi per rafforzare le *social skills* e la prevenzione delle recidive.

Per quanto riguarda gli interventi di tipo educativo, essi partono dalla constatazione del problema della mancanza di consapevolezza della natura casuale del gioco d'azzardo. L'obiettivo, quindi, in questo caso, è quello di insegnare che ogni risultato è indipendente dalla volontà del soggetto a prescindere da ogni apparente associazione (es. dadi, slot machine, ecc.).

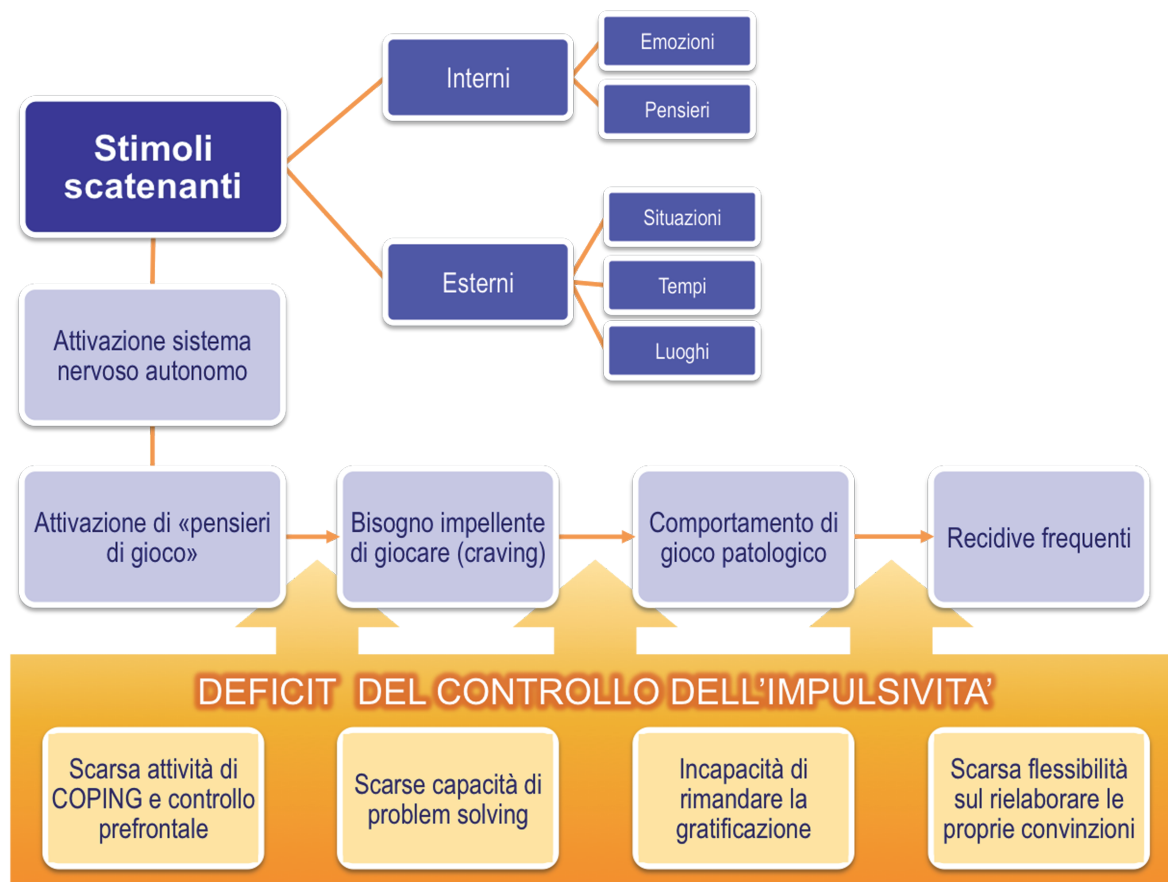
Per quanto riguarda l'aumento della consapevolezza sugli errori cognitivi (Toneatto 2002), l'obiettivo è quello di fornire informazioni di base sul gioco d'azzardo, correggere le percezioni errate con un approccio "socratico" basato su domande semplici per portare alla luce gli errori cognitivi (es. Esistono "segni" che predicono le vincite? Come spiegare le vincite? Come spiegare le perdite? Molte perdite predicono una vincita?).

In relazione allo sviluppo del dubbio sulla validità di pensieri irrazionali, e quindi il voler rimuovere le credenze irrazionali, l'obiettivo da porsi è quello di discutere con il paziente in forma dubitativa i suoi comportamenti, confutare le sue errate convinzioni con domande e non con affermazioni perentorie (es. Pensa che sia veramente possibile una vincita?), mostrando inoltre una posizione interessata e collaborativa, ma fornendo costantemente dati di realtà.

Per quanto riguarda la ristrutturazione cognitiva, che si pone l'obiettivo di affrontare il problema delle convinzioni e dell'impulso al gioco d'azzardo, è indispensabile insegnare al paziente ad interiorizzare, auto-monitorare e comprendere l'azione del gioco d'azzardo, gli impulsi al gioco, il *craving*. E' necessario inoltre che il soggetto sappia identificare autonomamente i fattori scatenanti, la sequenza degli eventi che portano al gioco d'azzardo, le convinzioni irrazionali.

Per quanto riguarda gli approcci cognitivo-comportamentali, questo tipo di interventi focalizza contemporaneamente l'attenzione sia sui "pensieri", sia sui "comportamenti", applicando quindi un modello integrato che risulta particolarmente efficace. L'approccio cognitivo-comportamentale agisce sul controllo degli stimoli che vengono associati al gioco d'azzardo e si pone come obiettivo principale quello di rinforzare la capacità di *coping* per la prevenzione delle recidive. Questo approccio parte dall'assunto che gli stimoli scatenanti, siano essi interni o esterni, portano ad un'attivazione del sistema nervoso autonomo con una successiva attivazione dei pensieri di gioco sulla base dei quali si attiva un bisogno impellente di giocare, cioè una situazione di *craving*, che porta al comportamento di gioco patologico con recidive frequenti. Contemporaneamente, il deficit del controllo dell'impulsività connotato da una scarsa attività di *coping* e controllo prefrontale, da scarse capacità di *problem solving*, da incapacità di rimandare la gratificazione e una scarsa flessibilità nel rielaborare le proprie convinzioni, creano quindi una situazione patologica su cui gli approcci cognitivo comportamentali possono intervenire.

Figura 54 – Impulsività e GAP.



La tecnica cognitivo-comportamentale prevede 3 importanti step sequenziali.

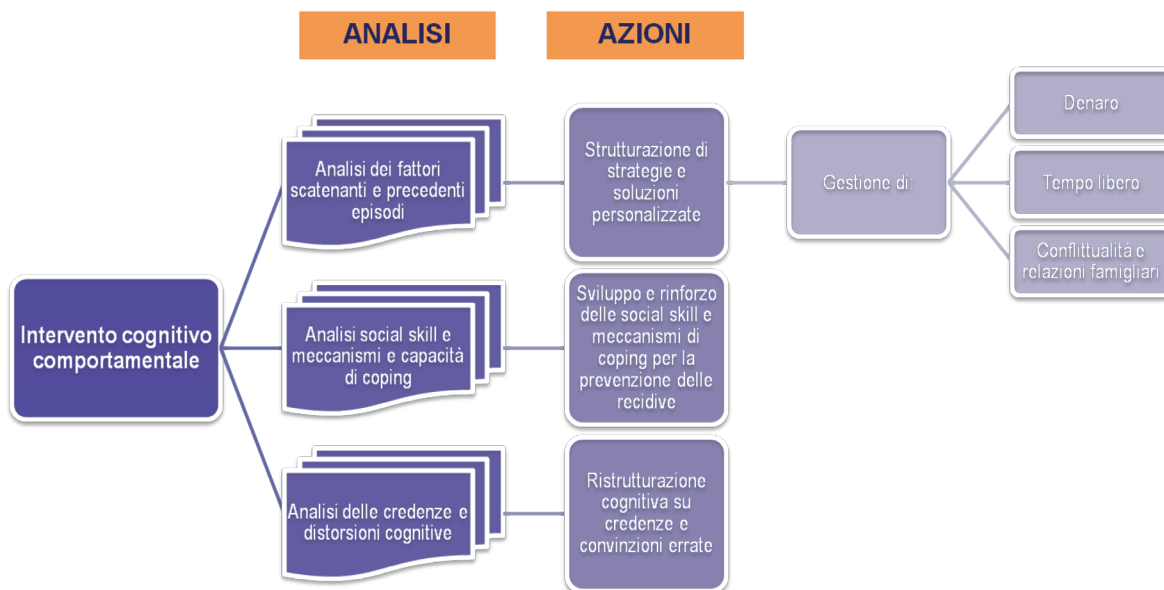
Figura 55 – Tecniche cognitivo-comportamentali: principali step.



Il primo è quello dell'analisi funzionale, eseguita insieme al paziente, dei fattori e delle conseguenze positive e negative del gioco e delle possibili soluzioni. Normalmente, si prendono in considerazione i singoli episodi di gioco d'azzardo patologico analizzandoli con una ricostruzione mnemonica, tentando di identificare con il soggetto quali possono essere stati per lui i fattori scatenanti il primo impulso che ha portato, quindi, ad esprimere il comportamento patologico. Molti pazienti hanno riferito che questi fattori sono spesso rappresentati dall'immediata disponibilità di denaro che si ha quando viene ritirato lo stipendio contante, dal troppo tempo libero non strutturato, dai conflitti e dai problemi interpersonali, dalla noia, dai sentimenti di rabbia e depressione. Nella fase di analisi, è importante prendere in considerazione, oltre che i fattori scatenanti, anche le *social skills*, i meccanismi e le capacità di *coping* del paziente. E' importante anche eseguire un'analisi delle sue credenze e distorsioni cognitive.

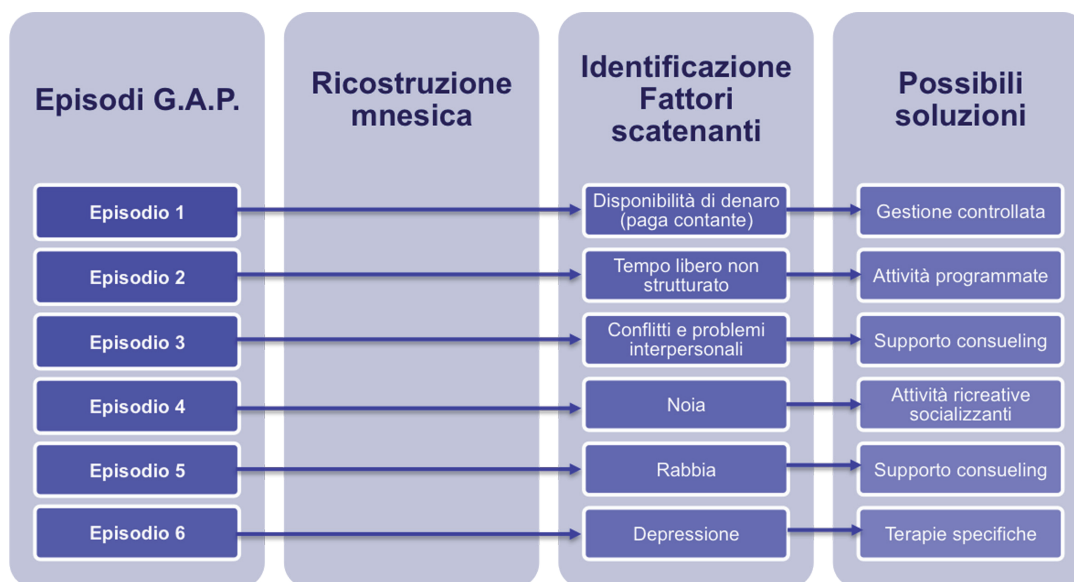
Su ognuno di questi 3 ambiti di analisi, sarà possibile poi strutturare azioni specifiche e personalizzate sia mediante terapia individuale, sia mediante terapia di gruppo, anche se quest'ultima è risultata meno efficace della terapia individuale. Lo sviluppo e il rinforzo delle *social skills* e i meccanismi di *coping*, in particolare, si sono dimostrati particolarmente importanti per la prevenzione delle recidive, così come la ristrutturazione cognitiva su credenze e convinzioni errate.

Figura 56 – Framework dell'intervento cognitivo comportamentale.



Per ognuno dei fattori che scatenano gli episodi di gioco d'azzardo patologico, possono esistere delle possibili soluzioni che è importante, prima di tutto, portare a conoscenza del paziente per poter arrivare ad una fase di accettazione e poter cominciare con lui un percorso, su più fronti, che può prevedere la gestione controllata del denaro, una programmazione delle attività durante il tempo libero, un supporto mediante counseling per i conflitti e i problemi interpersonali, la strutturazione di attività ricreative socializzanti antinoia e terapie specifiche per eventuali stati di depressione o stati ansiosi.

Figura 57 – Analisi e identificazione dei fattori scatenanti gli episodi di gioco d'azzardo patologico.





Una volta terminata con il paziente l'analisi funzionali dei fattori e delle condizioni che scatenano gli episodi di gioco d'azzardo patologico, è importante seguire una fase di *brainstorming* durante la quale poter insegnare al paziente come rivalutare e gestire i fattori e le condizioni scatenanti. Si tratta, cioè, di far assumere una buona consapevolezza al paziente sui propri meccanismi fisiopatologici di funzionamento in risposta agli stimoli interni o esterni. In altre parole, si intende fare acquisire la consapevolezza della prevedibilità e della possibilità di poter gestire anticipatamente gli impulsi al gioco. Successivamente, trovano una buona applicazione, per rinforzare e consolidare i risultati, i *training* di assertività e rilassamento.

Alcuni autori (Hodgins 2001) hanno sottolineato l'importanza e soprattutto la sostenibilità di alcuni "interventi brevi" che si sono dimostrati efficaci per pazienti non complicati da comorbidità. Tecniche utilizzabili sono quelle basate sull'uso dei media per recuperare i pazienti, sull'uso di manuali di autoaiuto, sull'utilizzo di personale addestrato ad hoc, oltre che sul counseling motivazionale telefonico. Si è mostrato anche interessante e strategico il sostegno per la prevenzione delle recidive tramite manuali di autoaiuto e supporto telefonico. Sempre tra gli interventi brevi, possiamo annoverare anche le tecniche di avversione e desensibilizzazione con avvicinamento graduale e gestito alla situazione di gioco e di rischio. Tuttavia, questo tipo di approccio si è dimostrato difficilmente gestibile e con effetti collaterali di recidive. È stato sperimentato, inoltre, l'utilizzo di trattamenti a base di "scariche elettriche" sui pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico, associato a comportamenti e pensieri di gioco, che ovviamente riporta vari problemi bio-etici e di scarsa accettabilità sociale, nonostante in alcuni pazienti abbia dimostrato una certa efficacia.

Anche i giocatori anonimi, gruppi molto presenti e attivi su vari territori, sono stati valutati positivamente in termini di efficacia e sostenibilità (Petry 2001). In questi gruppi, i membri si scambiano rinforzi positivi per l'astensione dal gioco. Vengono inoltre dati, a scopo motivazionale, premi speciali (spillette, certificati, bonus) forniti in occasione del raggiungimento degli obiettivi da parte del paziente. Il gruppo dei giocatori anonimi si preoccupa anche di fornire attività sociali alternative al gioco nei tempi e nei giorni particolarmente a rischio, come il weekend. I pazienti vengono spesso accompagnati e affidati a sponsor/tutor, tecnica questa che si è dimostrata particolarmente efficace ed accettata. I gruppi forniscono anche un'importante disponibilità telefonica 24 ore su 24 per 7 giorni alla settimana per supporto in caso di crisi. Si è potuto notare che l'efficacia raddoppia se associata ad un trattamento cognitivo-comportamentale, passando dal 35 al 64% di non recidive valutate a 12 mesi dopo l'intervento.

Altri approcci che sono stati attuati soprattutto negli Stati Uniti, chiaramente in accordo con il paziente e le sale da gioco, sono le tecniche di "auto-esclusione" del giocatore d'azzardo, che prevedono la confisca delle vincite se il soggetto viene trovato all'interno delle sale che ne abbiano inserito il nominativo, su autorizzazione dell'interessato, nelle liste delle persone prescritte alla frequentazione delle sale da gioco.

Anche forme di consulenza finanziaria si sono dimostrate utili e vengono fornite per aiutare il paziente a gestire situazioni ansiogene di debito. Utile è risultato l'invio all'associazione per la difesa dei diritti e dei consumatori per ricorso ad avvocati che si occupano di bancarotta.

Il gioco d'azzardo patologico è concomitante con patologie psichiatriche che necessariamente devono trovare un contemporaneo trattamento (Crockford 1998). Le patologie più rilevanti osservate sono: uso di sostanze, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore (depressione e bipolare), deficit dell'attenzione e iperattività, disturbi alimentari e schizofrenia. In particolare, per la depressione il gioco d'azzardo patologico è risultato essere un tentativo disfunzionale di compenso, una sorta di auto-medicazione dei sintomi depressivi. Il gioco d'azzardo patologico, però, comporta costanti perdite e crisi di auto-stima con un incremento circolare, quindi, dello stato depressivo.



Nella prescrizione dei trattamenti farmacologici nei giovani pazienti, è fondamentale tenere in considerazione alcune caratteristiche peculiari (Gran JE et al, 2011):

1. Gli adolescenti possono metabolizzare i farmaci più rapidamente degli adulti. Pertanto, alcuni di loro potrebbero richiedere dosi più alte degli adulti in relazione al peso corporeo.
2. Gli adolescenti hanno meno tessuto adiposo degli adulti. Ci potrebbe essere una maggior biodisponibilità e quindi una possibilità maggiore di eventi avversi e di conseguenza un bisogno di dosi più basse.
3. Differenze nel funzionamento del Sistema Nervoso Centrale e cambiamenti ormonali possono ulteriormente influenzare la risposta degli adolescenti ai farmaci.

Esistono pertanto una serie di opzioni farmacologiche che sono state sperimentate nel corso degli anni con risultati molto variabili e che, per completezza, vengono riportate nella tabella successiva (Grant et al, 2010).

**Tabella 18 – Tipologia di farmaci per il trattamento del gioco d'azzardo patologico e descrizione dei principali studi che ne testano l'efficacia.**

| Farmaco            | Studio di riferimento   | Protocollo/Durata                                                                           | Dimensioni del campione                                   | Range di dosaggio giornaliero | Dose media giornaliera DS | Risultato                                                                                                                                                              |
|--------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SSRI</b>        |                         |                                                                                             |                                                           |                               |                           |                                                                                                                                                                        |
| <b>Fluvoxamina</b> | Hollander et al., 2000b | Cross over 16 settimane (8 settimane ogni attivo/placebo), 1 settimana introduzione placebo | 15 arruolati, 10 completanti                              | 100-250 mg                    | 195 mg ( $\pm$ 50)        | Di 10 completanti, 7 hanno risposto conformemente a PG-CGI e PG-YBOCS. La fluvoxamina si è rivelata superiore al placebo, in particolare alla fine delle 16 settimane. |
| <b>Fluvoxamina</b> | Blanco et al., 2002     | Protocollo in parallelo, 6 mesi                                                             | 32 arruolati, 13 completanti (3 fluvoxamina e 10 placebo) | 200 mg                        | 200 mg                    | La fluvoxamina non è risultata significativamente diversa dal placebo su totale del campione, eccetto in pazienti maschi e giovani.                                    |
| <b>Paroxetina</b>  | Kim et al., 2002        | Protocollo in parallelo, 8 settimane, 1 settimana con introduzione placebo                  | 53 arruolati, 41 completanti (20 paroxetina e 21 placebo) | 20-60 mg                      | 51,7 mg ( $\pm$ 13,1)     | Il gruppo con la paroxetina è migliorato notevolmente rispetto al gruppo con placebo, conformemente a CGI                                                              |
| <b>Paroxetina</b>  | Grant et al., 2003      | Protocollo in parallelo, esperimento di 16 settimane                                        | 76 arruolati, 45 completanti (21 paroxetina e 24 placebo) | 10-60 mg                      | 50 mg ( $\pm$ 8,3)        | I gruppi con paroxetina e con placebo hanno mostrato miglioramenti comparabili, la percentuale di risposta al placebo è stata alta                                     |

|                                                    |                        |                                                                             |                                                                                                        |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Clomipramina</b>                                | Hollander et al., 1992 | Studio in doppio cieco con controllo placebo                                | -                                                                                                      | -                   | 125 mg         | Remissione dei comportamenti di gioco a 3 settimane e mantenimento per le successive 7 settimane. La clomipramina è approvata dall'FDA per il trattamento dei disordini ossessivo-compulsivi negli adolescenti in quanto sicura ed efficace |
| <b>Oppiodi Antagonisti (naltrexone, nalmefene)</b> | Kim et al., 2001       | Protocollo in parallelo, 12 settimane, 1 settimana con introduzione placebo | 89 arruolati, 45 completanti (20 naltrexone e 25 placebo)                                              | 50-250 mg           | 188 mg (+96)   | Il gruppo con naltrexone ha registrato miglioramenti significativi rispetto al gruppo con placebo per quanto riguarda CGI e G-SAS                                                                                                           |
| <b>Stabilizzatori dell'umore</b>                   |                        |                                                                             |                                                                                                        |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Carbonato di litio SR</b>                       | Hollander et al., 2002 | Protocollo in parallelo, 10 settimane                                       | Arruolati 40 pazienti con diagnosi di spettro bipolare, 29 completanti (12 con litio e 17 con placebo) | 300-900 mg          | Non registrato | Il gruppo con litio è migliorato significativamente, rispetto al gruppo con placebo per quanto riguarda CGI, PG-YBOCS e CARS-M; hanno risposto 11 dei 12 completanti con litio                                                              |
| <b>Antipsicotici</b>                               |                        |                                                                             |                                                                                                        |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Olanzapina</b>                                  | Rugle, 2000            | Protocollo in parallelo, 7 settimane                                        | Arruolati 23 giocatori di video poker, 21 completanti (9 con olanzapina e 12 con placebo)              | 10 mg               | 10 mg (+0)     | Non sono rilevate differenze significative tra gruppo con olanzapina e gruppo con placebo                                                                                                                                                   |
| <b>Agenti glutamatergici</b>                       |                        |                                                                             |                                                                                                        |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>N-acetilcisteina (NAC)</b>                      | Grant et al., 2007     | Studio randomizzato doppio cieco vs placebo                                 | 27 adulti per 8+6 settimane                                                                            | 1476 (+ 311) mg/die | -              | Il NAC è risultato efficace sul sistema glutamatergico riducendo la ricerca di gratificazione nei comportamenti additive come il gioco d'azzardo                                                                                            |

Nota. CARS-M, Clinician-Administered Rating Scale for Mania; CGI, Clinical Global Impression Scale; G-SAS, Gambling Symptom Assessment Scale; PG-CGI, Pathological Gambling version of the Clinical Global Impression Scale; PG-YBOCS, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale modificata per Pathological Gambling; SSRI, Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina).

In tutti i trattamenti farmacologici, è importante valutare le strategie di dosaggio, la durata del trattamento, la compliance con altri trattamenti, gli effetti di refrattarietà ai trattamenti oltre agli effetti contrari di incremento del comportamento di gioco (Grant 2003). I trattamenti farmacologici, attraverso inibitori del *reuptake* della serotonina (Pallesse 2006) e gli antagonisti degli oppioidi e stabilizzatori dell'umore hanno efficacia a breve termine (Hollander 2005). Sono stati descritti anche trattamenti con il disulfiram per il suo contemporaneo effetto di inibizione della  $\beta$  idrossilasi e pertanto inibizione dell'incremento della dopamina e decremento della norepinefrina cerebrale, effetto controllato fino a 12 mesi (Mutschler 2010, Muller 2011).

In particolare, va ricordato che il trattamento farmacologico del gioco d'azzardo patologico deve tenere conto della presenza di condizioni di comorbidità. In caso di assenza di queste condizioni, il trattamento farmacologico consigliato dagli autori precedentemente riportati sono gli SSRI (inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina, 112-115R) o naltrexone (Pallessen 2006, Kim 2001). Gli antagonisti degli oppioidi e gli stabilizzatori dell'umore sembrerebbero avere, però, efficacia solo a breve termine (Pallanti 2002, Hollander 2005). In caso di comorbidità, invece, sarebbe necessario distinguere se siamo davanti ad un paziente con spettro bipolare, abuso/dipendenza di sostanze o depressione maggiore. Nel primo caso, gli autori consigliano di stabilizzare l'umore con litio o valproato e solo se il gioco d'azzardo patologico è refrattario, aggiungere SSRI o naltrexone. Nel caso di abuso/dipendenza da sostanze, sarebbe consigliato il naltrexone, mentre in caso di depressione maggiore sarebbero consigliati gli SSRI mirati sia al trattamento del gioco d'azzardo patologico sia della depressione.

E' importante valutare costantemente, in tutti i trattamenti, le strategie di dosaggio, la durata del trattamento, la compliance con altri trattamenti, gli effetti di refrattarietà ai trattamenti ma anche gli effetti contrari a quelli attesi di incremento del comportamento di gioco (Grant 2003).

Sono stati sperimentati e proposti anche altri trattamenti farmacologici ed in particolare quelli a base di disulfiram per il suo contemporaneo effetto di inibizione della betoidrossilasi e, quindi, di inibizione dell'incremento della dopamina e del decremento della norepinefrina cerebrale, così come documentato con un effetto controllato fino a 12 mesi (Muller 2011). Sperimentazioni sono state eseguite anche con nalmefene, in cui è stato documentato che gli effetti, però, sono legati al dosaggio e quindi alla personalizzazione delle terapie (Grant 2010).

Per gli adolescenti, in particolare, è stato proposto un tipo di trattamento ambulatoriale (Jeffrey et al., 2011) in cui vengono definiti degli obiettivi specifici che vengono rivisti durante tutto il processo di trattamento. E' importante che gli obiettivi siano definiti in base alle priorità del paziente, alla gravità della patologia e alla presenza di eventuale comorbidità. Piccoli cambiamenti graduali devono essere inseriti nella vita del giovane, quali, ad esempio:

1. evitare di portare con sé grandi somme di denaro,
2. limitare l'accesso a sportelli automatici da cui prelevare denaro,
3. evitare di trascorrere del tempo in bar, tabaccherie o altri luoghi dove ci possono essere occasioni di gioco.

Di fronte alle ricadute, si cerca di comprendere con il giovane le condizioni, le situazioni e quindi le motivazioni che l'hanno spinto a riprendere a giocare e si analizzano gli episodi di gioco. In questo modo, è possibile incoraggiare l'adolescente a prendere consapevolezza delle sue modalità di ricaduta, dei fattori scatenanti la ricaduta e a prevedere quindi le condizioni di rischio in anticipo, al fine di mettere in atto e mantenere dei cambiamenti a lungo termine nel suo comportamento.

Importante sarà che l'individuo non attribuisca le perdite al gioco ad un evento esterno, sottraendosi alle proprie responsabilità comportamentali, ma che sviluppi la consapevolezza che il comportamento dipende esclusivamente dalle proprie scelte. I cambiamenti andranno ricercati in maniera progressiva e i baseline saranno stabiliti e condivisi insieme al ragazzo. Per i

soggetti con distorsioni cognitive multiple, è consigliata la terapia cognitiva. Sarà importante, inoltre, stabilire le cause dello stress, dell'ansia, della depressione e di altri disturbi mentali che a volte si associano e sottendono il comportamento di gioco d'azzardo e valutare, quindi, le abilità di *coping* del soggetto. Su queste, in particolare, sarà necessario intervenire per rafforzare le strategie di *coping* positive e pro-sociali che contribuiscono a mantenere un comportamento di non gioco. Tali strategie andranno valutate e monitorate nel tempo. Infine, si dovrà supportare il giovane a ricomporre o costruire ex-novo delle relazioni interpersonali sane, lontane dal gioco d'azzardo, a riorganizzare il proprio tempo libero e a riprendere, o sviluppare, un'adeguata capacità di gestione del denaro.

### Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

In termini di sistemi assistenziali, le prestazioni che è necessario erogare per la cura e la riabilitazione dei pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico, purtroppo, anche se il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" (Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10 novembre 2012 – Decreto Balduzzi) li prevede, di fatto non sono ancora stati definiti e quindi tali prestazioni non sono ancora inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quindi, tecnicamente e ufficialmente, tale patologia fino a pochi mesi fa non rientrava nelle patologie per cui è previsto l'obbligo di erogazione di un set di prestazioni minime e gratuite, da parte dei sistemi sanitari regionali. Attualmente, è stato previsto dalla nuova legislazione, su proposta del Ministero della salute e del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'inserimento di specifici LEA per il gioco d'azzardo patologico che si spera possano essere rapidamente definiti, approvati ed acquisiti dalle Regioni. Pertanto, inserire la diagnosi precoce e la cura del Gioco d'azzardo Patologico nei LEA è adesso obbligo di legge doveroso e non più procrastinabile.

Al fine di contribuire ad una precoce messa a punto dei LEA per il gioco patologico d'azzardo è necessario, pertanto, cominciare a prevedere una serie di requisiti minimi di queste prestazioni da erogare, al fine di evitare, in attesa della definizione del decreto, che vi possano essere una moltitudine di prestazioni e di offerte, non basate sulle evidenze scientifiche. Tutto questo anche al fine di evitare situazioni che porterebbero all'acquisizione di multistandard assistenziali che molto spesso, in passato e per patologie analoghe come la dipendenza da sostanze, si sono rivelati presenti nelle varie regioni, nonché fonte di sprechi ed molto spesso inefficaci.

I requisiti minimi previsti per dei possibili LEA dovrebbero riguardare le seguenti aree:

- destinatari: soggetti affetti da gioco d'azzardo problematico o patologico o con comportamenti suggestivi di tale patologia
- diagnosi: diagnosi precoce anche del gioco d'azzardo problematico, valutazioni iniziali delle varie problematiche esistenti (*assessment problem oriented*) e inquadramenti diagnostici standardizzati per stabilire se la persona è effettivamente affetta da gioco d'azzardo patologico o problematico, attraverso strumenti scientificamente validati e condivisi
- cura e riabilitazione: utilizzo di terapie cognitivo-comportamentali e di gruppo o di auto aiuto, counseling di rinforzo motivazionale (che si sono dimostrate scientificamente efficaci)
- patologie correlate: valutazione e cura contestuale (se necessario) delle comorbidità spesso associate (uso di sostanze stupefacenti/tossicodipendenza, abuso di alcol/alcol dipendenza, disturbi d'ansia, depressione, disturbi della personalità, altri disturbi degli impulsi – violenza familiare)
- farmaci: utilizzo di terapie farmacologiche ma con estrema cautela (i farmaci antidepressivi non dovrebbero essere usati per ridurre la gravità della patologia da gioco in pazienti che sono affetti solo da questo tipo di patologia)

A scopo esemplificativo la tabella successiva riporta un elenco di prestazioni che dovrebbero rientrare nei LEA.

**Tabella 19 - Possibili Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per il gioco d'azzardo patologico e problematico.**

| N  | Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)                                                                                                                                                                     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Diagnosi precoce dei comportamenti a rischio e dei fattori di vulnerabilità dei giocatori d'azzardo                                                                                                        |
| 2  | Assessment iniziale multidisciplinare (medico, psicologico, sociale, educativo, legale) dei pazienti con GAP e successiva diagnosi specialistica (mediante strumenti standard – DSM - e tecniche validate) |
| 3  | Diagnosi delle patologie eventualmente correlate (psicologiche, psichiatriche, internistiche)                                                                                                              |
| 4  | Supporto generale mediante colloqui di counseling motivazionale                                                                                                                                            |
| 5  | Terapie cognitivo-comportamentali individuali e/o di gruppo in associazione con interventi di auto aiuto                                                                                                   |
| 6  | Trattamenti farmacologici specialistici per le comorbidità associate                                                                                                                                       |
| 7  | Supporto di counseling alla famiglia                                                                                                                                                                       |
| 8  | Diagnosi e trattamenti per la dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol                                                                                                                                  |
| 9  | Interventi specifici per la prevenzione e gestione delle recidive                                                                                                                                          |
| 10 | Interventi specifici per la valutazione e la prevenzione del rischio suicidario                                                                                                                            |