

# IJA

THE  
ITALIAN JOURNAL  
ON  
ADDICTION

Numero Monografico

## Il gioco d'azzardo patologico in Italia

Volume 2, Numero 3-4, 2012

IJA Organo Ufficiale della:



THE  
ITALIAN SCIENTIFIC  
COMMUNITY  
ON ADDICTION



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione  
**Dipartimento Politiche Antidroga**



*Ministero della Salute*

In collaborazione con:



**unieri**  
United Nations  
International Crime and Justice  
Research Institute



**Società Italiana  
di Neuroscienze**



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione  
**Dipartimento Politiche Antidroga**

## Italian Journal on Addiction

Rivista Bimestrale online sulle dipendenze

Volume 2, Numero 3-4, 2012

Tribunale di Roma - Registro n. 173/2011 del 26/05/2011

ISSN 2239-5652



L'Italian Journal on Addiction è il periodico ufficiale d'informazione scientifica del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e della Italian Scientific Community on Addiction,

che pubblica e diffonde i più attuali orientamenti della ricerca e della politica sanitaria a livello internazionale, sulle dipendenze ed i fenomeni correlati, per promuovere il dialogo tra i ricercatori e i professionisti impegnati sul campo e permettere agli operatori del settore di conoscere ed applicare gli interventi più efficaci riconosciuti a livello internazionale.

## Direzione e Redazione:

Dipartimento Politiche Antidroga

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Via Po, 16/A - 00198 Roma (Italy)

Telefono: +39 06 67796350 - Fax: +39 06 67796843

Email: [dipartimentoantidroga@governo.it](mailto:dipartimentoantidroga@governo.it)

Email: [redazionejournaldpa@governo.it](mailto:redazionejournaldpa@governo.it)

## Direzione:

Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga - PCM

*Direttore Responsabile*

Fabrizio Oleari

Capo Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione  
Ministero della Salute

Elisabetta Simeoni

Dipartimento Politiche Antidroga - PCM

Luciana Saccone

Dipartimento Politiche Antidroga - PCM

Alessandra Liquori O'Neil

United Nations Interregional Crime and Justice  
Research Institute

## Comitato Tecnico Scientifico:

Giovanni Serpelloni (Italia), Giovanni Addolorato (Italia),  
Lucio Annunziato (Italia), Roberto Ciccocioppo (Italia),  
Mario Cruciani (Italia), Maurizio Gomma (Italia), Woody  
Hopf (USA), Samuel Kombian (Kuwait), Lorenzo Leggio  
(USA), Enrico Malizia (Italia), Francesco Mari (Italia),  
Marisa Roberto (USA), Fabrizio Schifano (Italia).

## Segreteria di Redazione:

Eugenio Francesco Valenzi, *coordinatore editoriale*

Sonia Amelio, Arianna Cioffi

## Comunicazione Istituzionale:

Fiorella Calò

## Si ringraziano per la collaborazione:

Pietro Canuzzi, Vincenzo Marino, Tiziana Mattioni, Roberto  
Mollica, Gabriele Zanardi

## Pubblicato in collaborazione con:



*Ministero della Salute*



**Società Italiana  
di Neuroscienze**

## Sito web:

L'IJA è disponibile online gratuitamente all'indirizzo:  
[www.italianjournalonaddiction.it](http://www.italianjournalonaddiction.it)

## Copyright:

La proprietà letteraria è riservata alla rivista. I testi pubblicati non possono essere riprodotti senza l'autorizzazione scritta dell'Editore.

## Hanno contribuito alla realizzazione di questo numero le seguenti strutture:

- Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri
- Ministero della Salute
- Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
- Dipartimento Dipendenze, ULSS 16 Padova
- Università di Urbino “Carlo Bo”
- Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Psichiatria e Psicologia
- Università degli Studi “G. D’Annunzio”, Istituto di Psichiatria
- Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASUR Area-Vasta n. 3, Civitanova Marche
- Dipartimento Salute Mentale, ASUR Area-Vasta n. 2, Ancona
- Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive - S.I.I.Pa.C.
- Gruppo Incontro di Pistoia
- Progetto Altro Azzardo
- Unità Operativa Dipendenze Patologiche, AUSL di Rimini
- Centro monitoraggio epidemiologico sulle dipendenze - DSM-DP, AUSL Bologna
- Progetto Orthos
- Dipartimento Patologia delle Dipendenze, ASL TO3
- Gruppo clinico del Coordinamento Regionale del Piemonte degli operatori GAP
- Dipartimento per le Dipendenze Azienda ULSS 8 Castelfranco Veneto
- Servizio Tossicodipendenze Chieti, ASL 02 Lanciano Vasto
- Servizio Tossicodipendenze, ASL Lodi
- Associazione di promozione sociale, Azzardo e Nuove Dipendenze - AND
- Associazione per lo studio del gioco d’azzardo e i comportamenti a rischio - ALEA
- Ambulatorio GAP UOC Interdistrettuale Dipendenze, ULSS 17 Este Monselice
- Servizio per le Dipendenze, ASL Cagliari
- Ambulatorio per la Prevenzione e il Trattamento della Dipendenza nel Gioco d’Azzardo, Dipartimento Dipendenze AULSS 16, Padova
- Centro Riabilitativo Dipendenze Patologiche, La Promessa Onlus - Roma
- Centro per il trattamento di Giocatori d’azzardo e loro familiari , Campoformido UD
- Servizio Tossicodipendenze di Albenga, ASL Milano
- Dipartimento Dipendenze, AULSS 13 Mirano Venezia
- Comunità terapeutica Villa Soranzo, Tessera Venezia
- Dipartimento Salute Mentale integrato, ASL 1 Imperia
- Centro Disturbi Affettivi, Pavanello, Ponte di Brenta PD
- Centro di Solidarietà Don Vincenzo Milani Onlus, Mestre
- Università di Siena, Dipartimento Sanità Pubblica

## In questo numero

### Editoriale

- 6 Il gioco d'azzardo patologico in Italia  
*Giovanni Serpelloni*

### Dipartimento Politiche Antidroga

- 7 Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione  
*Giovanni Serpelloni, Claudia Rimondo*

### Ministero della Salute

- 45 Dipendenze comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: sintesi del progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi - Regione Piemonte  
*Pietro Canuzzi*

### Contributi Originali

#### Diagnosi

- 61 Diffusione, conseguenze e ruolo dei fattori emotivi in relazione al gioco d'azzardo problematico in un campione di giovani adulti  
*Natale Canale, Chiara Verzeletti, Guglielmo Cavallari, Massimo Santinello*
- 68 Impulsività, alessitimia e stili d'attaccamento in giocatori d'azzardo patologici e loro familiari  
*Vitantonio Chimienti, Rolando De Luca*
- 74 Prima del trattamento per il gioco d'azzardo patologico: le caratteristiche di personalità influenzano l'accesso ai servizi?  
*Gianluigi Conte, Lucio D'Alessandris, Massimo Vasale, Raffaella Franza, Fabrizio Fanella, Elisabetta Righino, Mauro Pettorruso, Lisa Allegretti, Federico Tonioni, Marco Pascucci*
- 79 Gioco d'azzardo patologico e modello narcisistico delle dipendenze  
*Mario G. L. De Rosa, Antonella Mozzanti, Adalgisa Natalia, Giuseppina Sanza, Alice Sanguigni*
- 85 Valutazione psicodiagnostica di giocatori d'azzardo patologici  
*Cesare Guerreschi, Marta Ghisi, Ilaria Seresin, Francesco Boz*
- 88 Relazione tra gioco d'azzardo patologico, alessitimia, sintomi dissociativi e impulsività: un confronto fra un gruppo di giocatori in trattamento e un gruppo di controllo  
*Giuseppe Iraci Sareri e Alessio Gori*
- 93 Giocatori d'azzardo patologici e tratti di personalità: quali correlazioni?  
*Manuela Tattini, Maristella Salaris, Daniela Casaboni, Emma Pegli*

#### Epidemiologia

- 98 Stima della prevalenza di soggetti con gioco d'azzardo patologico nell'area metropolitana di Bologna e analisi del sommerso  
*Raimondo Maria Pavarin, Silvia Marani, Elsa Turino, Nicola Limonta, Samantha Sanchini, Marco Colaninno*
- 103 Gioco d'azzardo e detenzione, una ricerca nelle carceri milanesi  
*Riccardo Zerbetto, Cinzia Foglia*

#### Organizzazione

- 109 La fase di accoglienza dei pazienti gamblers nei servizi per il gioco d'azzardo patologico della Regione Piemonte: modalità e procedure  
*Remo Angelino, Sonia Bertinat, Marisa Corsello, Rossana Daverio, Raffaella Ferrari, Luca Giachero, Federica Masarin, Luca Rossi*
- 121 Gioco d'azzardo patologico: quale ruolo per il medico di medicina generale  
*Graziano Bellio, Amelia Fiorin*
- 128 Gioco d'azzardo patologico: sperimentazione di un modello d'intervento presso il Ser.T. di Chieti  
*Michele Rella, Vincenza Fusco, Paola Fasciani*

Prevenzione	133	A che gioco giochiamo? Servizi, operatori e pazienti <i>Concettina Varango, Antonietta Cataldo, Carolina Russo, Giovanna Agazzi, Claudio Filippi, Giancarlo Iannello</i>
	139	Strategie di prevenzione del gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti in Italia. L'utilizzo di strumenti evidence-based per distinguere tra promozione e prevenzione <i>Daniela Capitanucci</i>
Trattamento	148	Un intervento multimodale integrato per il gioco d'azzardo patologico: l'individuo e la famiglia <i>Arianna Camporese, Donatella Simonato</i>
	153	Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: dalla terapia di gruppo all'auto mutuo aiuto <i>Giampaolo Carcangiu, Paola Atzori, Simona Floris, Andrea Manfredi, Caterina Anna Melis, Rossella Sitzia, Anna Loi</i>
	160	Trattamento di gruppo per il gioco d'azzardo patologico: studio preliminare <i>Stefano Cardullo, Antonio Stivanello, Guglielmo Cavallari</i>
	165	Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: studio preliminare di un modello terapeutico-riabilitativo di gruppo <i>Gianluigi Conte, Lucio D'Alessandris, Massimo Vasale, Raffaella Franza, Fabrizio Fanella, Elisabetta Righino, Mauro Pettorruso, Lisa Allegretti, Federico Tonioni</i>
	175	L'esperienza di Campoformido: i dieci gruppi terapeutici per ex giocatori d'azzardo e loro familiari <i>Rolando De Luca</i>
Valutazione	181	L'applicazione dei metodi d'azione nella conduzione di gruppi psicoterapici per giocatori d'azzardo patologici <i>Maria Cristina Perilli, Claudio Nicolai</i>
	187	Ricerca sugli outcomes di Orthos: programma residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo <i>Riccardo Zerbetto, Adriano Schimmenti, Daniela Poli, Vincenzo Caretti</i>
	195	Il gioco patologico in un programma residenziale per la dipendenza da alcol/cocaina: effetti sugli esiti e sui processi terapeutici <i>Mauro Cibir, Serena Vanini, Ina Hinnenthal, Angelo Benevegnù, Nicola Nante</i>

## Contributi Originali

Già pubblicati	201	Terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo Patologici: risultati a 6, 12 e 18 mesi di trattamento <i>Gianni Savron, Rolando De Luca, Paolo Pitti - Pubblicato su Rivista di psichiatria, 2007, 42, 3 189</i>
	215	Gambling un'altra faccia della dipendenza: "Dipendenza senza droga". Risultati di una ricerca multicentrica <i>Concettina Varango, Albina Prestipino, Fabrizio Cheli - Pubblicato su Bollettino sulle Dipendenze, Volume XXX - N. 3/2007</i>

## Ricerche, Progetti ed Iniziative

222	Presentazione del Progetto Nazionale GAP per l'attivazione di strategie e per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche, coordinate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e al trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico e per il dimensionamento ed il monitoraggio del fenomeno <i>Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri</i>
-----	--

## Editoriale



# Il gioco d'azzardo patologico in Italia

Con la pubblicazione di questo numero monografico, dedicato al gioco d'azzardo patologico, l'Italian Journal on Addiction presenta una panoramica dell'organizzazione dei servizi e delle buone pratiche ad oggi acquisite in Italia per contrastare il fenomeno. In questo contesto, sono lieto che così tanti colleghi dai Dipartimenti delle dipendenze e dal privato sociale abbiano raccolto il mio invito di qualche mese fa ad inviare le loro esperienze di cura ed i programmi attivi sul territorio.

Dai contributi presentati, si evince da un lato la forte attenzione e la sensibilità degli operatori verso il problema, con l'esempio di strutture che hanno operato con maggiore tempestività e continuità, dall'altra, una disomogeneità negli approcci al trattamento, dovuta forse, in alcuni casi, ad una scarsa conoscenza del fenomeno o ad una carente condivisione delle esperienze.

Questo volume nasce proprio dalla volontà di favorire la maggiore condivisione e diffusione delle esperienze e dei dati raccolti: per questo abbiamo deciso di pubblicare i contributi pervenuti in redazione secondo il principio della massima inclusività, pur conservando i criteri della valutazione esterna e del rigore scientifico. Allo stesso tempo, invito tutti i lettori a visitare il sito web della Community scientifica del DPA ([www.dpascientificcommunity.it](http://www.dpascientificcommunity.it)), per consultare e reperire ulteriori materiali sul gambling, che non hanno trovato posto in questo numero: dalla presentazione di programmi di cura e riabilitazione, alla descrizione di servizi di prevenzione attivi sul territorio, agli sportelli di aiuto alle vittime del gambling compulsivo e alle loro famiglie.

In apertura del numero, i lettori troveranno la sintesi di un mio manuale "Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione", che presenta lo stato dell'arte delle conoscenze scientifiche più accreditate a livello internazionale sul fenomeno, i principali aspetti epidemiologici ed economici, i fattori di vulnerabilità, i meccanismi neuro-fisio-patologici e i processi cognitivo-emozionali che lo sottendono. Il manuale sarà disponibile online su [www.dronet.org](http://www.dronet.org) and [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it), vuole offrire un punto di vista multidisciplinare, per favorire la riflessione su come migliorare e rendere efficace, efficiente e sostenibile la presa in carico, l'offerta di cura e il processo di recovery dei giocatori patologici.

Buona lettura

## Problem Gambling in Italy

*This issue of the Italian Journal on Addiction addresses the problem of pathological gambling, through a collection of original contributions presenting the current programmes, experiences and practices implemented in Italy. In this regard, it is a pleasure for me to see so many colleagues responding, from the public Addiction Departments and from the private services, to my invitation, some months ago, to send a description of their programmes and experiences on problem gambling treatment and recovery.*

*The articles published in this issue show a variety of results: while the attention and sensibility of the professionals towards the problem is strong and widely diffused, outcomes are uneven, with some services providing continuing and stable offers and others lacking knowledge or experience.*

*This volume originates from the need to favour the broadest diffusion and sharing of experiences and data. This is why we accepted as many articles as possible among those received, that could pass the peer review process and were consistent with the minimum scientific standards for publication. All other relevant materials received, will be available on the DPA Scientific Community website ([www.dpascientificcommunity.it](http://www.dpascientificcommunity.it)): I invite all readers to access this website to obtain further materials on gambling that have not found a place in this volume: from the presentation of care and recovery programmes, to the description of prevention activities, to help-lines and outreach counselling services for gambling victims and their families.*

*Finally, I wish to draw the readers attention to a synthesis, at the opening of this volume, of a recent manual I wrote on "Pathological and problem gambling: general overview, physio-pathological aspects and vulnerability. An evidence-based approach to prevention, treatment and rehabilitation". The manual presents the international state-of-the-art on problem and pathological gambling, the main epidemiological and economic trends, the vulnerability factors, the neuro-physio-pathological mechanisms and the cognitive-emotional processes underlying it and aims to offer a reflection on how to build effective, efficient and sustainable services for the admission, treatment and recovery of pathological gamblers. (Shortly available for free downloading at [www.dronet.org](http://www.dronet.org) and [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it).)*

*Enjoy your reading,*

Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga - PCM

## Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione

Giovanni Serpelloni<sup>1</sup>, Claudia Rimondo<sup>2</sup>

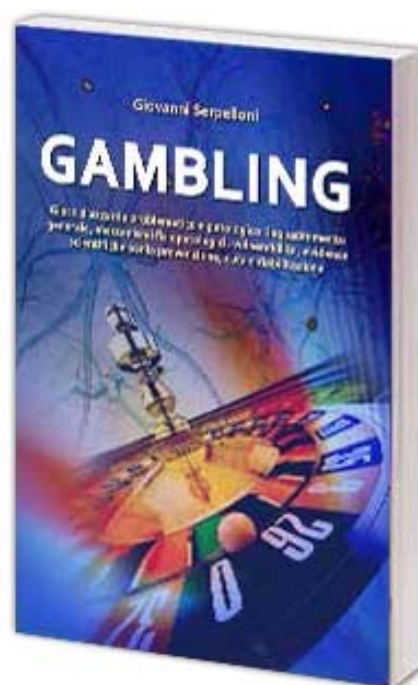
1 - Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

2 - Sistema Nazionale di Allerta Precoce, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

Nel nostro Paese, il gioco d'azzardo ha assunto dimensioni rilevanti e continua a subire una forte spinta commerciale. Tale comportamento di gioco può sfociare in una dipendenza comportamentale (gioco d'azzardo patologico), soprattutto in coloro con un'alta vulnerabilità a questa condizione, comportando gravi disagi per la persona e gravi problemi sociali e finanziari. A tal proposito, è necessario prendere in seria considerazione l'esigenza di introdurre forme di regolamentazione e di tutela della salute e dell'integrità sociale più stringenti.

L'articolo, quindi, riporta la sintesi di un più ampio documento omonimo che descrive il fenomeno del gioco d'azzardo patologico sulla base delle evidenze scientifiche, illustrandone i principali aspetti epidemiologici ed economici, i fattori di vulnerabilità, i meccanismi neurofisiopatologici e i processi cognitivo-emozionali che lo sottendono. La descrizione del fenomeno, supportata anche da dati di neuroimaging, riporta anche indicazioni pratiche per la sua diagnosi e valutazione e per la definizione di percorsi di cura e riabilitazione che si auspica i Dipartimenti delle Dipendenze possano acquisire anche mediante una riorganizzazione delle proprie strutture.

La versione integrale del documento è liberamente disponibile sui siti [www.dronet.org](http://www.dronet.org) e [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it)



*Pathological and problem gambling: general overview, physiopathological aspects and vulnerability. An evidence-based approach to prevention, treatment and rehabilitation*

*Gambling in Italy has increased considerably in recent years and continues to be exploited commercially.*

*In subjects with vulnerability traits, gambling can develop into a serious behavioural dependence, known as pathological gambling, causing social and financial problems to the persons affected, including families and the society at large. It is therefore necessary to consider the introduction of stricter regulations at the social and public health levels to ensure protection of vulnerable subjects. This article is a synthetic review of a broader manual, presenting pathological gambling on the basis of scientific evidences, illustrating the main epidemiological and economic aspects, the vulnerability factors, the neuro-physio-pathological mechanisms and the cognitive-emotional processes underlying it. The manual is also supported by neuroimaging data and reports practical guidelines for the diagnosis and evaluation and for the definition of care and rehabilitation strategies that Addiction Departments should adopt through a progressive structural reorganization. The full manual can be freely downloaded from the websites [www.dronet.org](http://www.dronet.org) and [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it)*

\* Sintesi tratta da Serpelloni G., "GAMBLING – Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione", in press

**Parole chiave:** *Gioco d'Azzardo Patologico, comportamento compulsivo, fattori di vulnerabilità*

**Keywords:** *Pathological gambling, compulsive behaviour; vulnerability factor*

**Contatti:** Prof. **Giovanni Serpelloni**

*Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Cons. dei Ministri  
Via Po, 16/A - 00198 Roma (Italy)*

*tel.: +39 06 67796350*

*e-mail: [dipartimentoantidroga@governo.it](mailto:dipartimentoantidroga@governo.it)*

## Introduzione

Il gioco d'azzardo, anche nel nostro Paese, ha assunto dimensioni rilevanti, anche se non ancora ben definite, e una forte spinta commerciale facilmente percepibile dalle innumerevoli pubblicità che, sempre più sono presenti sui media. Il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza comportamentale (Gioco d'Azzardo Patologico - GAP). Questa condizione è ormai riconosciuta come un disturbo compulsivo complesso e cioè una forma comportamentale patologica che può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall'incontrollabilità del proprio comportamento di gioco, e contemporaneamente la possibilità di generare gravi problemi sociali e finanziari oltre che entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale ma, anche e soprattutto, con quelle dell'usura. Infatti, da un punto di vista sociale, i soggetti affetti da GAP presentano un elevato rischio di compromissione finanziaria personale che ha evidenti ripercussioni in ambito familiare e lavorativo, fino ad arrivare a gravi indebitamenti e alla richiesta di prestiti usuranti. Questo è uno degli aspetti che collega il gioco d'azzardo patologico alla criminalità organizzata che investe energie e capitali nel gioco d'azzardo.

Va ricordato che il gioco d'azzardo, di per sé, è fonte di legittimo piacere e quindi non può essere vietato o proibito tout court, anche perché facente parte della cultura popolare e delle società ma, necessariamente, nel momento in cui vi sono effetti negativi documentati sulla salute di alcune persone è necessario prendere in seria considerazione l'esigenza di introdurre forme di regolamentazione e di tutela della salute e dell'integrità sociale più stringenti, soprattutto alla luce della forte evoluzione che questi giochi stanno avendo sulla rete internet dove diventa estremamente difficile esercitare controlli e introdurre forme di prevenzione.

Va sottolineato inoltre che molto spesso il GAP è associato all'uso di sostanze stupefacenti, abuso alcolico e presenza di patologie psichiatriche. Inoltre, colpisce particolarmente i giovani, ma anche gli adulti e gli anziani non ne sono esenti. Queste considerazioni, unite al corretto dimensionamento del fenomeno (con osservazioni scientifiche) che ha raggiunto livelli di guardia per le ricadute patologiche con cui si manifesta, sia in ambito sanitario che sociale, rendono pertanto necessaria l'attivazione di strategie e linee d'azione coordinate, scientificamente orientate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione e indirizzate, da un lato, alla filiera del gioco legale distribuita sul territorio nazionale e dall'altro

alle istituzioni socio-sanitarie cui competono le attività di cura e di recupero delle persone con diagnosi di gioco d'azzardo patologico.

Per poter affrontare il problema è necessario pertanto un approfondimento tecnico scientifico con un approccio multidisciplinare che permetta di evidenziare sia gli aspetti neurobiologici sia quelli psico-comportamentali, sociali e finanziari che stanno alla base di questo fenomeno, ormai diventato oltre che un problema di salute pubblica anche un problema sociale rilevante.

Questa pubblicazione vuole essere un contributo a focalizzare, sulla base delle evidenze scientifiche il fenomeno, al fine di evitare, come purtroppo sta già in parte accadendo, di operare scelte e programmazioni, sia a livello nazionale sia a livello regionale, basati più sulla spinta emotiva e sull'eclatanza mediatica, in balia quindi di tensori politici ed economici che spesso assecondano più politiche di consenso o di reddito che non l'interesse della popolazione e della salute pubblica.

Purtroppo, non si sottraggono da questa disputa neppure alcune organizzazioni del mondo del volontariato e quello del privato sociale che in alcuni casi, per fortuna la minoranza, vedono un'opportunità sia di visibilità sia di reddito nell'occuparsi di queste problematiche esasperandole e affrontandole con un approccio che molto poco si basa sulle evidenze scientifiche e sulla corretta interpretazione del fenomeno. C'è anche da segnalare una notevole resistenza riscontrata in vari parlamentari che si sono occupati e profusi nel presentare proposte di legge, verso l'approccio scientifico e nel riconoscere il gioco d'azzardo patologico proprio come una malattia che ha base genetiche, neurobiologiche e, di conseguenza, comportamentali, che come tale deve essere affrontata.

## Definizione di gioco d'azzardo patologico

Il gioco d'azzardo patologico può essere definito come una dipendenza comportamentale patologica caratterizzata da un persistente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo (Goudriaan 2004) e come un disturbo del controllo dell'impulso, secondo i criteri previsti dal DSM IV. Il gioco d'azzardo patologico rappresenta un grave problema di salute pubblica, crea problemi psico-sociali al soggetto coinvolto, è causa di problemi finanziari e può condurre a disturbi di natura antisociale (Potenza 2002, Petry 2002, Lejoyeux 2002, Potenza 2000). Inoltre, questa patologia è spesso associata a tassi elevati di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio (Petry 2002, Newman 2003).

1. Il soggetto presenta preoccupazioni relative al gioco (per esempio, è preoccupato di rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, o sta pensando a come ottenere il denaro per giocare)
2. Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori al fine di ottenere l'eccitazione desiderata
3. Fa ripetuti sforzi per controllare o limitare le attività di gioco, o di smettere di giocare
4. È inquieto, o irritabile, quando cerca di limitare le attività di gioco, o di smettere di giocare
5. Gioca per sfuggire ai problemi, o per alleviare uno stato d'animo disforico (per esempio, sensazioni di impotenza, colpa, ansia, depressione)
6. Dopo aver perso denaro al gioco, spesso torna per rivincerlo (inseguendo le proprie perdite)
7. Nasconde ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altre persone, per nascondere l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
8. Ha commesso reati, come falso, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo
9. Ha compromesso, o perso, una relazione importante, il lavoro, o delle opportunità di studio e carriera, a causa del gioco
10. Conta su altre persone perché gli procurino il denaro necessario a sanare una situazione finanziaria, che è diventata disperata a causa del gioco d'azzardo

Fig. 1 – Elementi che contraddistinguono il comportamento di disadattamento relativo al gioco d'azzardo. DSM IV, 2000.

Il GAP è da intendersi come la conseguenza secondaria di un comportamento volontario di gioco d'azzardo persistente in un individuo vulnerabile alla dipendenza che presenta cioè alterazioni preesistenti di tipo neurofunzionale dei normali sistemi neurobiologici della gratificazione (sistema di reward dopaminergico con iper-risposta anomala al gioco d'azzardo), del controllo degli impulsi (corteccia prefrontale con deficit dell'autocontrollo) e delle funzioni cognitive correlate (cre-

dienze e distorsioni cognitive in relazione alle reali possibilità di vincita).

Il gioco d'azzardo patologico ha un'eziologia, ancora non ben chiarita, che si basa su una vulnerabilità genetica ed una alterazione dei sistemi neuropsicobiologici e di anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori, in particolare dopamina, serotonina e noradrenalina (Ibanez 2003).

Il GAP è comunque una patologia prevenibile, curabile e gua-



Fig. 2 – Caratteristiche dei principali stadi del gioco d'azzardo. Serpelloni G., 2012.

ribile, con necessità di diagnosi precoce, cure specialistiche e supporti psicologici e sociali (Arizona Council on Compulsive Gambling 1999).

I principali segni e sintomi relativi alla dipendenza da gioco d'azzardo sono il forte desiderio di giocare e l'impossibilità di resistere a giocare d'azzardo (craving), l'insorgenza di sentimenti di inquietudine quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), la necessità di giocare con maggiore frequenza per riprodurre sempre il medesimo grado di euforia e gratificazione (tolleranza) (Goudriaan 2004). Il gioco d'azzardo patologico presenta inoltre, al pari della dipendenza da sostanze, un alto tasso di comorbidità psichiatrica (Cunningham-Williams 1998).

Il gioco d'azzardo può essere progressivo e può essere caratterizzato da tre principali stadi: gioco d'azzardo informale e ricreativo, gioco d'azzardo problematico, gioco d'azzardo patologico. Nella fig. 2 si riportano le principali caratteristiche di ciascuno stadio del gioco d'azzardo.

## Epidemiologia

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto ad oggi non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi che lo descrivano. Secondo il Ministero della Salute (2011), la popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone di cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo. La stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%.

Il profilo distintivo del giocatore d'azzardo problematico italiano adulto utilizza vari tipi di gioco d'azzardo (poligambling), dedica molto tempo al gioco e gioca molto frequentemente spendendo grandi quantità di denaro. Si tratta di un individuo giovane, maschio, che spesso ha una storia familiare

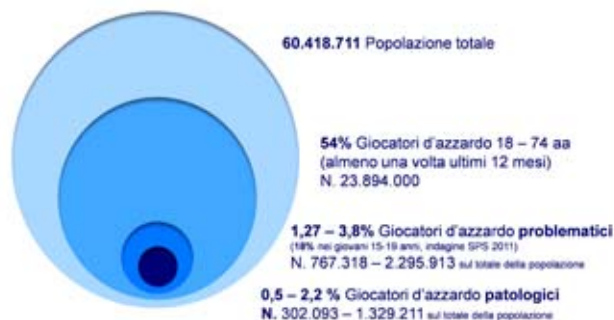


Fig. 3 - Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo. Serpelloni G. 2012.

di gioco d'azzardo. Mostra una scarsa capacità di gestione del denaro e spesso presenta debiti con persone ed organizzazioni. Manifesta inoltre problemi psicologici, spesso correlati a forme di stress (Barbaranelli 2008).

Molti studi sono stati eseguiti in Europa sull'argomento e la tabella 1 riporta quelli più significativi eseguiti tra il 2001 e il 2008 indicando la percentuale di adulti con gioco d'azzardo probabilmente patologico nei vari Stati Membri, sul totale della popolazione.

Un'indagine del DPA (eseguita su studenti 15-19 anni con questionario LIE-BET Q) ha mostrato la presenza di comportamenti problematici almeno una volta nella vita nel 21,4% dei soggetti maschi e nel 9,4% delle femmine, con una media sul totale del 15,4% (popolazione di riferimento: 34.328 soggetti)(DPA, 2012). Il sesso femminile inizia a giocare più tardi: i fattori scatenanti spesso sono lo stress, l'insoddisfazione, la depressione. Le femmine sviluppano di solito la dipendenza più precocemente e ricercano il trattamento in maniera maggiore e più precocemente rispetto ai maschi. Privilegiano il gioco del bingo e le slot-machine; hanno una maggior prevalenza dei disturbi dell'umore e un maggior tasso di suicidio; mostrano inoltre un minor coinvolgimento verso attività ille-

Paese	Anno	N.	Strumento	%
Belgio	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Danimarca	2006	8,153	SOGS-RA NODS	1.7 (nella vita) 0.7 (nella vita)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)
Finlandia	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Germania	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Gran Bretagna	2007	8,996	DSM-IV PGSI	0.6 (ultimo anno) 0.5 (ultimo anno)
Islanda	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Olanda	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Norvegia	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Svezia	2001	7,139	SOGS	2 (ultimo anno)
Svizzera	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)

*Il gioco d'azzardo patologico è relativo alla percentuale di potenziali giocatori patologici aggiunta alla percentuale di giocatori patologici probabili nella popolazione totale*

Tab. 1 – Problema del gioco d'azzardo in Europa. Sintesi delle più recenti indagini sulla prevalenza del gioco d'azzardo negli adulti, nei singoli Paesi Membri. Griffiths M., 2009..

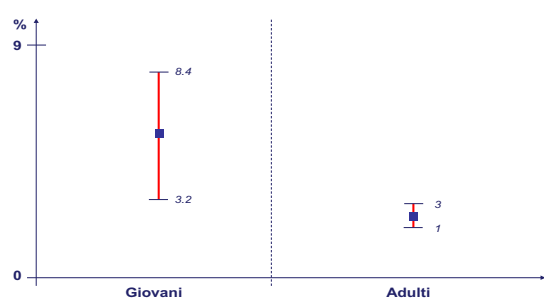


Fig. 4 - Prevalenza del gioco d'azzardo patologico nella popolazione. Shaffer HJ, et al., 1996.

gali (Welte JB et al., 2001).

L'indagine IPSAD 2007-2008 del CNR ha rilevato un rischio minimo nel 14,4%, un rischio moderato nel 4,6% e un gioco d'azzardo patologico nello 0,8% dei casi tra i soggetti nella fascia di età 15-64 anni.

Da alcuni autori (Rahman et al., 2012) è stata studiata la relazione tra età di iniziazione al gioco d'azzardo e il gioco d'azzardo patologico negli adolescenti rilevando che le persone che in giovane età si avvicinano al gioco d'azzardo sono attivate principalmente da forme non strategiche di gioco, quali le lotterie istantanee (gratta e vinci) e le slot machine. In uno studio sugli adolescenti, poi, è stata riscontrata una percentuale del 40% di giocatori d'azzardo da almeno 6 mesi. Di questi, il 32% erano giocatori d'azzardo occasionali con frequenza delle giocate mensile o inferiore e il 12% erano giocatori con alta frequenza di gioco (Raisamo et al., 2012).

Particolare attenzione deve essere rivolta anche agli anziani che tendono ad iniziare a giocare con bingo e slot machine per combattere la noia. Come evidenziato da Shaffer e colleghi (1996), la popolazione anziana giocatrice sembra dedicare ampio tempo all'attività di gioco e a spendere grandi quantità di denaro.

Infine, nel 2011 è stata avviata una indagine che ha coinvolto Regioni e Province Autonome Italiane e che ha permesso di rilevare parzialmente una quota di soggetti trattati presso i Dipartimenti delle Dipendenze/Ser.D. Il campione constava di 4.544 soggetti di cui l'82% maschi e il 18% femmine. Le fasce di età più rappresentate nei maschi erano quelle comprese tra i 35 e i 54 anni, mentre per le femmine, erano quelle comprese tra i 45 e i 64 anni. Le prestazioni erogate sono state varie e sono state fornite sia dai Ser.D. sia dalle strutture socio-riabilitative.

## Dati finanziari

Il gioco d'azzardo genera un forte flusso finanziario in entrata al Monopolio di Stato e ai concessionari/gestori. Una forte quota di tali entrate viene ripartita tra i vari vincitori (pay out). La quota percentuale delle entrate erariali ha subito un forte decremento passando dal 21,8% al 10,9% (anche se in termini assoluti si è passati dai 6,2 miliardi di euro agli 8,7). Per

contro, la quota percentuale dei concessionari è passata dal 15,1% del 2005 al 12,2% del 2011 (AAMS 2012). La maggior parte delle quote in entrata dei giochi d'azzardo riguarda le slot machine (56,3%), secondariamente le lotterie (12,7%), e quindi i giochi a distanza (10,5%). Nel 2011, è stato registrato un forte investimento in denaro da parte dei giocatori con importanti differenze tra le singole Regioni. Le Regioni che più hanno speso in termini assoluti in gioco d'azzardo sono state, nell'ordine, la Lombardia (14,8 miliardi), il Lazio (9,1 miliardi) e la Campania (8,9 miliardi). Tuttavia, se si valuta il denaro giocato pro capite, considerando la popolazione maggiorenne, nel 2011, le quattro regioni che hanno un maggior indice di spesa sono il Lazio, la Campania, l'Abruzzo, la Lombardia.

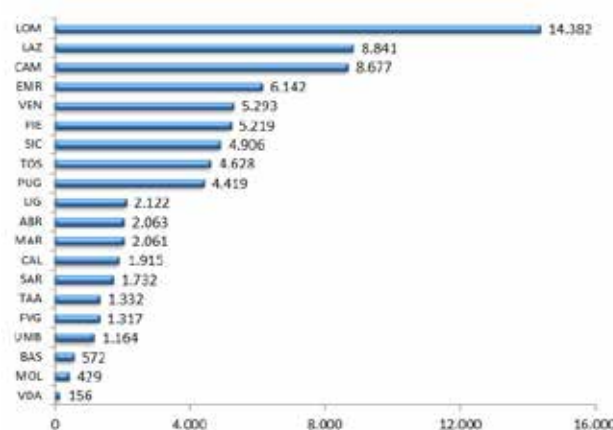


Fig. 5a - Distribuzione del denaro speso in termini assoluti (euro) in gioco d'azzardo per Regione, 2011.

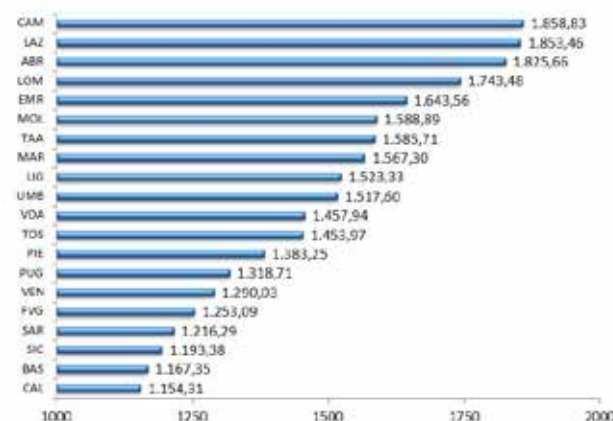


Fig. 5b - Distribuzione del denaro speso pro capite (euro) in gioco d'azzardo per Regione, 2011.

## Fattori di vulnerabilità e resilienza

Non tutti gli individui che giocano d'azzardo sviluppano una forma patologica di dipendenza: alcuni sono più propensi di altri a svilupparla in virtù di una serie di fattori propri individuali, ambientali e di alcuni fattori dipendenti dalle caratteristiche dei giochi.

I fattori individuali annoverano alterazioni neuro-psico-biologiche che si possono identificare in alterazioni dei sistemi della gratificazione e in una contemporanea bassa efficacia del controllo prefrontale degli impulsi. Oltre a questo, è necessario però anche un contesto sociale favorente, spesso caratterizzato da relazioni familiari problematiche, scarsa presenza di offerte attive di prevenzione, scarse regole e leggi di controllo e deterrenza (alta pressione pubblicitaria). Anche la tolleranza e la promozione attiva del gioco d'azzardo nel contesto sociale, nonché l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso alcolico, sono fattori in grado di incrementare il potenziale addittivo. La terza componente riguarda lo "stimolo" e le sue caratteristiche ed in particolare la facile disponibilità e accessibilità dei giochi, l'alta frequenza d'uso, l'intensità del gioco, la capacità di creare un effetto gratificante e nel contempo un effetto inibente su ansia, pensieri ossessivi, depressione, noia (Bouju 2011, Potenza 2011).

Nello sviluppo di gioco d'azzardo patologico, si sono dimostrati particolarmente a rischio i soggetti con temperamento "novelty seeking", con un'evoluzione del gioco d'azzardo che da iniziale "gioco sociale e socializzante" diventa poi "gioco individuale" e quindi "gioco isolato" nel momento in cui si sviluppa una dipendenza patologica. Lo sviluppo di questo tipo di dipendenza presuppone che ci sia uno stato di vulnerabilità preesistente al contatto con il gioco d'azzardo e spesso, anche, con le sostanze stupefacenti. Se questo contatto avviene, inoltre, in carenza di fattori protettivi (scarso attaccamento parentale, deficit del controllo familiare, bassa presenza di sistemi sociali protettivi, ecc.) vi è la possibilità che si attivino un percorso evolutivo e meccanismi auto-generanti verso una vera e propria forma di addiction. Pertanto, i livelli

di vulnerabilità in questa tipologia di persone sono due. Il primo caratterizzato da una maggior rischio di primo contatto e di "prova/ricerca dello stimolo". Il secondo caratterizzato da un maggior rischio di sviluppo e persistenza dell'addiction post-stimolo.

I principali fattori di vulnerabilità e le relative caratteristiche di rischio o di protezione vengono riportate in Tabella 2. Questi fattori, in base alla loro presenza ed espressività, variamente rappresentata sia a livello individuale, familiare che ambientale, possono creare una condizione generale più o meno orientata o resistente allo sviluppo di un percorso evolutivo vero il gioco d'azzardo problematico e/o patologico.

Va ricordato che i farmaci della classe dopamino-agonisti (utilizzati nella sindrome di Parkinson, nella sindrome delle gambe senza riposo e dei disturbi endocrini) possono indurre un aumento della tendenza al GAP (Raccomandazione CE del 7 novembre 2006 e informativa AIFA del febbraio 2007). Esistono inoltre prodotti naturali che possono aumentare la tendenza al gioco, quali semi di mostarda nera, semi di anice, semi di aneto, noci di pino, sciroppo di gelso, ecc. Sono stati riportati anche casi di mania psicotica durante il trattamento con erbe medicinali (Saatcioglu 2007).

## Percorso evolutivo: dal gioco d'azzardo ricreativo al gioco d'azzardo patologico

Il percorso evolutivo che alcune persone vulnerabili possono intraprendere nel momento in cui vengono a contatto con il gioco d'azzardo può manifestarsi in modi diversificati, sia in base alle caratteristiche dell'individuo, sia a quelle dell'ambiente in cui questo vive. Il gioco d'azzardo patologico è comunque da considerarsi una patologia progressiva che può colpire alcuni individui che reagiscono alla vincita e alla perdita di denaro in maniera diversa, che hanno un grado di consapevolezza e di autocontrollo diversi e quindi, di conseguenza, un comportamento di sperimentazione degli stimoli "vincita/perdita" molto diverso. Nella fig. 7 vengono riportati i possibili percorsi comportamentali che i soggetti possono intraprendere a seguito del contatto e della stimolazione con il gioco d'azzardo.

Il decorso comportamentale del gioco d'azzardo patologico può essere rappresentato attraverso 7 fasi (Rosenthal 1992, modificato da Serpelloni, 2012) in cui la prima fase, di solito, è rappresentata dalla vincita, da un senso di prestigio e potere, spesso accompagnata da onnipotenza.

La seconda fase è quella della perdita inaspettata con conseguente rincorsa della vincita desiderata, ma seguita da continue perdite, con un andamento a spirale.

La terza fase viene descritta come la fase della disperazione, con coinvolgimento in attività illegali, fantasie di fuga, e spesso con pensieri suicidi.

La quarta fase è la fase della rinuncia e della richiesta di trattamento con un incremento dei pensieri suicidi.

La quinta fase è quella del trattamento intensivo e del succes-



Fig. 6– Livelli di vulnerabilità alla dipendenza da gioco d'azzardo. Serpelloni G., 2012.

Espressione come fattore di rischio	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	Espressione come fattore di resilienza
FATTORI INDIVIDUALI		
Giovane	Età	Adulto/anziano
Maschile	Sesso	Femminile
Alterato	Sistema dopaminergico della gratificazione	Normale
Novelty seeker	Temperamento e carattere	Harm avoidance
Deficit di attenzione e iperattività (disturbi comportamentali)	Funzioni attentive e comportamenti	Attenzione e comportamenti normali
Alta attitudine, bassa consapevolezza e bassa percezione del rischio	Attitudini, consapevolezza percezione del rischio	Bassa attitudine, alta consapevolezza e alta percezione del rischio
Scarsa capacità con impulsività e alta e precoce aggressività espressa	Capacità di autocontrollo (efficacia della corteccia prefrontale) e livello di aggressività comportamentale	Buona capacità con basso livello di impulsività e aggressività espressa
Bassa o onnipotenza	Autostima	Alta
Bassa e utilizzo di strategie legate alle emozioni	Capacità e strategie di coping	Alta e strategie legate agli obiettivi
Basse	Capacità di comportamento adattivo	Alte
Alta	Estroversione	Moderata
Presenza di credenze irrazionali sulla fortuna e le proprie capacità di condizionare elementi di gioco dovuti al caso e assenza di consapevolezza della bassa probabilità di vincita	Credenze e distorsioni cognitive sul GA	Assenza di credenze irrazionali e presenza di consapevolezza della bassa probabilità di vincita
Timidezza eccessiva, bassa assertività	Modalità relazionali e grado di assertività	Estroversione, alta assertività
Assente o ridotta	Social conformity	Presente
Presenti	Patologie psichiatriche	Assenti
Presente (occasionale o abitudinario) e precoce	Uso di sostanze stupefacenti	Assente
Presente e precoce	Abuso di alcol	Assente
Presente e precoce	Tabagismo	Assente
Presente	Uso di farmaci incentivanti il gioco d'azzardo	Assente
Assente, insuccessi e non acquisizione di competenze scolastiche, uscita precoce dai circuiti scolastici	Impegno e competenze scolastiche	Presente con successo, acquisizione di competenze e permanenza nei circuiti scolastici
Bassa	Capacità di gestire il proprio denaro	Alta
FATTORI FAMIGLIARI		
Presente	Famigliarità per gioco d'azzardo patologico	Assente
Deboli e negativi	Legami familiari di attaccamento	Forti e positivi
Assente o discontinuo e incapace	Controllo educativo genitoriale, supervisione genitoriale dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari	Presente, costante e capace
Assenti, incoerenti o non fatte rispettare	Regole di condotta in famiglia	Presenti, coerenti e fatte rispettare
Presente	Uso di sostanze, abuso alcolico o farmaci non prescritti da parte dei genitori	Assente
Tollerante, di approvazione anche implicita del gioco d'azzardo	Atteggiamento dei genitori nei confronti del gioco d'azzardo	Non tollerante, di stigmatizzazione del comportamento del gioco d'azzardo
GRUPPO DEI PARI		
Alta prevalenza di gioco d'azzardo, atteggiamento di accettazione e promozione del gioco d'azzardo	Gioco d'azzardo nel gruppo dei pari	Assenza o bassa prevalenza di gioco d'azzardo, atteggiamento di non accettazione e stigmatizzazione del gioco d'azzardo
Assenti e/o orientati a modelli negativi	Atteggiamento del gruppo verso obiettivi di competenza sociale positiva	Presenti e persistenti

FATTORI AMBIENTALI		
Alta	Disponibilità, accessibilità del gioco d'azzardo sul territorio	Bassa
Povertà diffusa, alto grado di disoccupazione, basso livello di scolarizzazione, appartenenza a minoranze etniche	Condizioni sociali	Povertà ridotta, basso grado di disoccupazione, alto livello di scolarizzazione, appartenenza a maggioranza etnica
Presenza di organizzazioni criminali (es. Mafia, ecc.) e microcriminalità diffusa	Condizioni di legalità sociale	Legalità istituzionale presente e percepita, bassa microcriminalità
Assente o mal funzionante e non nota	Rete dei servizi territoriali per famiglie e giovani	Presente, nota, accessibile e ben organizzata
Tolleranti e normalizzanti l'uso indiscriminato	Politiche e cultura sociale	Anti GA, esplicite, fortemente regolamentate, controllate e permanenti
Presente, incentivata e tollerata	Pubblicità sul gioco d'azzardo	Assente e non tollerata
Presenti, con messaggi promozionali, accessibili e non controllate	Agenzie "educative" virtuali non regolamentate (Internet, TV e altri media, mondo dello spettacolo, ecc.)	Assenti o accessibili sotto controllo e regolamentate
Assente o poco attivo	Controllo e repressione del gioco d'azzardo illegale	Presente ed attivo

Tab. 2 – I principali fattori condizionanti e le possibilità di espressione (fattori di rischio e di resilienza) del gioco d'azzardo problematico e del gioco d'azzardo patologico. G. Serpelloni, 2012.

sivo follow up con tutte le difficoltà inerenti all'aderenza, alle prescrizioni e all'insorgere del craving durante il trattamento. La sesta fase è la fase della recidiva, che può durare anche molto tempo, e del successivo tentativo del ritorno alle cure. La settima fase può avere due alternative: può essere quella del comportamento controllato (etero e auto sostenuto) con astinenza dal gioco, o quella della continuazione del gioco patologico con aumento dei problemi finanziari e legali.

Il percorso evolutivo da gioco d'azzardo ricreativo a problematico e quindi patologico può presentare alcuni sintomi sentinella che è utile conoscere. L'intensificazione degli accessi al gioco, un aumento delle spese, la comparsa di pensieri ricorrenti di gioco, spesso accompagnati da distorsioni cognitive e fantasie di super vincite, con un aumento della ricerca di ambienti di gioco sempre più specializzati e quindi una polarizzazione del comportamento sono segni prodromici di una evoluzione in atto verso il gioco problematico. La comparsa di menzogne, di depauperamento delle risorse finanziarie,

accompagnato spesso da una modificazione delle abitudini alimentari e della puntualità, nonché da piccoli furti domestici, cambiamenti dell'umore, delle amicizie e dei luoghi di frequentazione con aumento dell'aggressività e del tempo dedicato al gioco dell'indebitamento, possono essere invece sintomi sentinella di una vera e propria evoluzione verso il gioco patologico.

## Neuro-fisio-patologia e principi di eziopatogenesi

Esistono vari studi sul gioco d'azzardo patologico che ne mettono in luce gli aspetti neurobiologici (Raylu 2002, Sharpe 2002, Potenza 2001), quelli psico-farmacologici (Kim 2001), la genetica (Ibanez 2003) e l'eziopatogenesi (Goudriaan 2004).

Il comportamento compulsivo rilevabile nel gioco d'azzardo

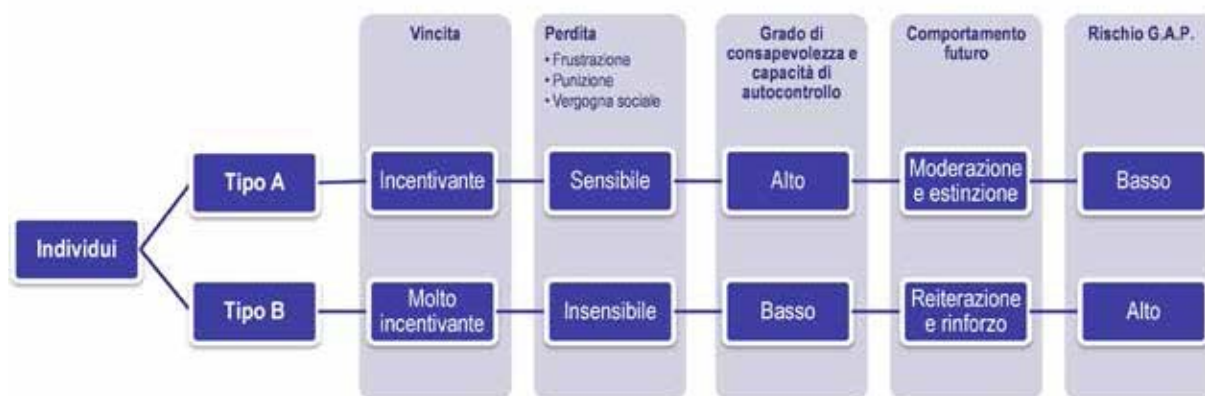


Fig. 7 – Percorsi comportamentali che le persone possono intraprendere nel momento in cui vengono a contatto e sono stimulate con il gioco d'azzardo. Serpelloni G., 2012.

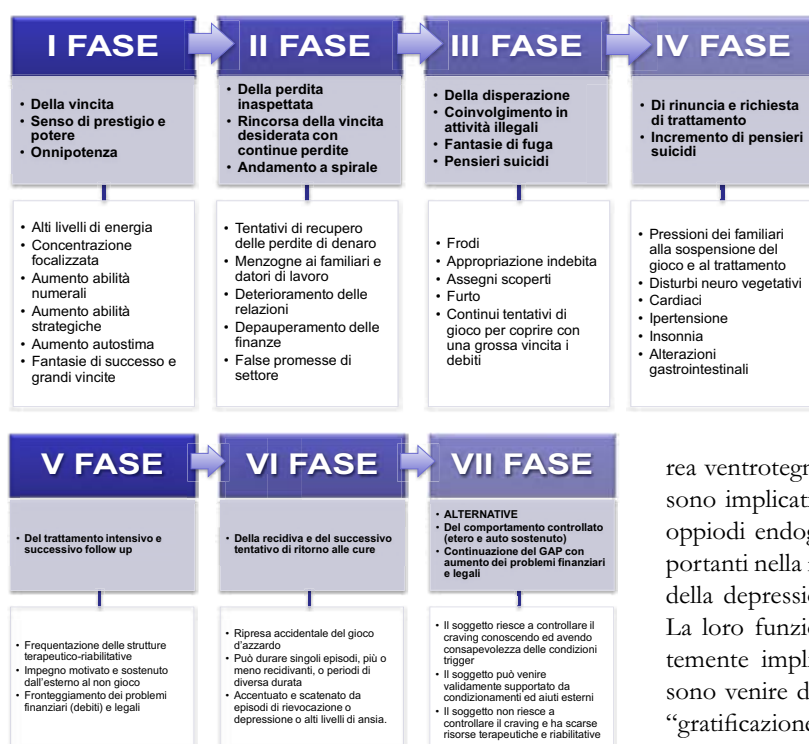


Fig. 8 – Fasi che caratterizzano il decorso comportamentale del gioco d'azzardo patologico. Rosenthal, 1992. Modificato da Serpelloni G., 2012.

patologico è una malattia che ha basi neuro-fisio-patologiche ormai abbastanza ben definite che colpisce persone particolarmente vulnerabili e cioè con fattori individuali, amplificati e slatentizzati da fattori socio-ambientali, che presentano importanti modificazioni dei sistemi quali la corteccia prefrontale (responsabile del controllo dei comportamenti volontari), il nucleo accumbens-sistema della gratificazione, il sistema degli oppioidi endogeni (implicato nella regolazione dell'ansia) e l'amigdala estesa (importante drive dei comportamenti aggressivi e delle sensazioni legate alla paura).

Il comportamento espresso dalla persona affetta da gambling patologico è la risultante di un insieme di fenomeni sostenuti da diversi fattori neuro-fisio-patologici. Il comportamento di gioco viene attivato da impulsi e stimoli visivi, uditivi, tattili, olfattivi, gustativi, o da un evocazione di memoria che possono andare a influenzare la percezione del soggetto e quindi attivare reazioni comportamentali. L'impulso quindi può essere sia esogenico, cioè proveniente dall'esterno, sia endogenico, cioè proveniente da ricordi ed evocazioni di memoria elaborati dallo stesso soggetto, indipendentemente che vi sia stato uno stimolo esterno oppure no.

I comportamenti compulsivi in generale, ed il gioco d'azzardo patologico in particolare, possono essere considerati conseguenza di una carente capacità di autoregolazione (Goudriaan 2004). Questi disturbi comportamentali possono essere causati da anomalie cerebrali di natura strutturale e/o funzionale coinvolte nel processo di autoregolazione e con-

trollo dei comportamenti dipendenti dalla corteccia prefrontale e dei circuiti subcortico-corticali che proiettano alla corteccia prefrontale (Jentsch 1999, Rogers 2001), aree queste molto rilevanti per le funzioni esecutive (Goldstein 2002).

L'amigdala, l'insula e il sistema noradrenergico svolgono una funzione di "drive" emozionale molto importante sia per quanto riguarda l'impulsività sia per l'istintività. Questi due macro-sistemi funzionali vengono influenzati dal sistema di reward (ricompensa) le cui più importanti strutture coinvolte sono il nucleo accumbens e l'area ventrotemporale (sistemi dopaminergici). In tali sistemi, sono implicati anche i sistemi degli endocannabinoidi, degli oppioidi endogeni e del gaba, che sono particolarmente importanti nella risposta allo stress e nella regolazione dell'ansia, della depressione, della noia, dell'aggressività e dell'euforia.

La loro funzione è importante e fondamentale perché fortemente implicati nelle risposte di gratificazione che possono venire dal gioco d'azzardo e che sono però un mix di "gratificazione dopaminergica" e tensione ansiosa derivante dalla contemporanea attivazione dei sistemi noradrenergici. L'attuale ricerca neurobiologica indica un'anomala regolazione del sistema di neurotrasmissione relativo al "processo di gratificazione" cerebrale nei soggetti con dipendenza da gioco d'azzardo oltre che da sostanze (Goldstein 2002). Nel caso del gioco d'azzardo patologico, il funzionamento anomalo si manifesta con un'alterata sensibilità alla ricompensa da vincita e alla perdita, o ad una combinazione di queste due variabili. L'anomala regolazione di neurotrasmettitori come la dopamina, presente nei soggetti con gioco d'azzardo patologico, ricopre un ruolo cruciale nei fattori di astinenza e del craving caratteristici dello stato di dipendenza (Ebert, 2002). Nel gioco d'azzardo patologico, infatti, sono stati riscontrati

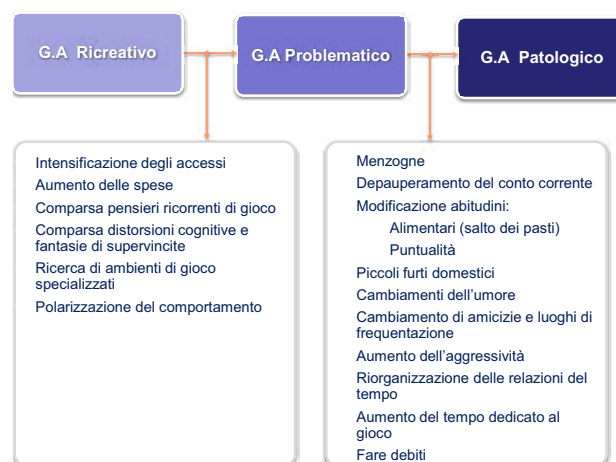
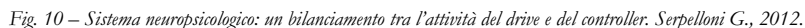


Fig. 9– Sintomi sentinella registrati durante il percorso evolutivo da gioco d'azzardo ricreativo a gioco d'azzardo patologico. Serpelloni G., 2012.



Va ricordato che oltre alla neurostruttura, l'individuo presenta un sistema cognitivo che viene costantemente modellato e adattato alle condizioni socio-ambientali attraverso lo sviluppo di credenze in grado di orientare fortemente le scelte e il comportamento della persona. Queste credenze, spesso sconfinanti in vere e proprie distorsioni cognitive nelle persone affette da gioco d'azzardo patologico, vengono sviluppate nel tempo e possono fissare il comportamento e reiterare e rendere permanente la dipendenza con un effetto circolare dove la neuroplasticità delle strutture cerebrali (cioè la loro modifi-

Effetto acuto di reward ed effetto tardivo (ricordo a medio termine)

Fig. 11 – Il “feel good system” regola l’effetto di ricompensa immediata e il “post effetto” di ricordo nel medio-termine. Serbelloni G., 2012.

.persistere nelle attività di gioco d'azzardo nonostante le conseguenze negative. Le anomalie riguardavano, in particolare, le aree temporali e la regione posteriore (Regard 2003).

Per spiegare meglio come gli stimoli gratificanti possano produrre un comportamento di ricerca, è necessario ricordare che la produzione di gratificazione da parte dei sistemi di reward crea sempre una memorizzazione a cui corrisponde la produzione di circuiti neuronali e modellamento cognitivo su cui si basa l'apprendimento della persona e quindi la successiva ricerca degli stimoli che lui considera gratificanti.

Per meglio comprendere la fisiopatologia del gioco d'azzardo, è utile considerare che normalmente l'individuo, soprattutto nelle prime decadi di vita, ricerca e sperimenta una serie di stimoli gratificanti. In base alla magnitudo di gratificazione ottenibile (e quindi, in ultima analisi, al livello di dopamina che essi sono in grado di evocare). Questi stimoli vengono selezionati e memorizzati come "stimoli efficaci" a produrre gratificazione. Altri stimoli che producono un basso livello di

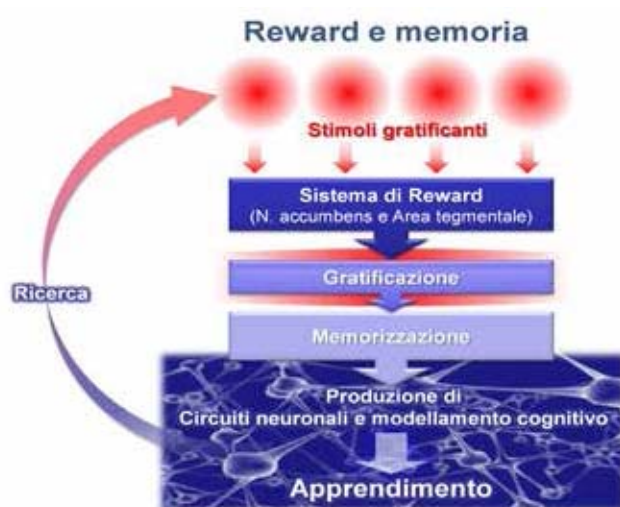


Fig. 12 – Gratificazione, memoria ed apprendimento. Serpelloni G., 2012.

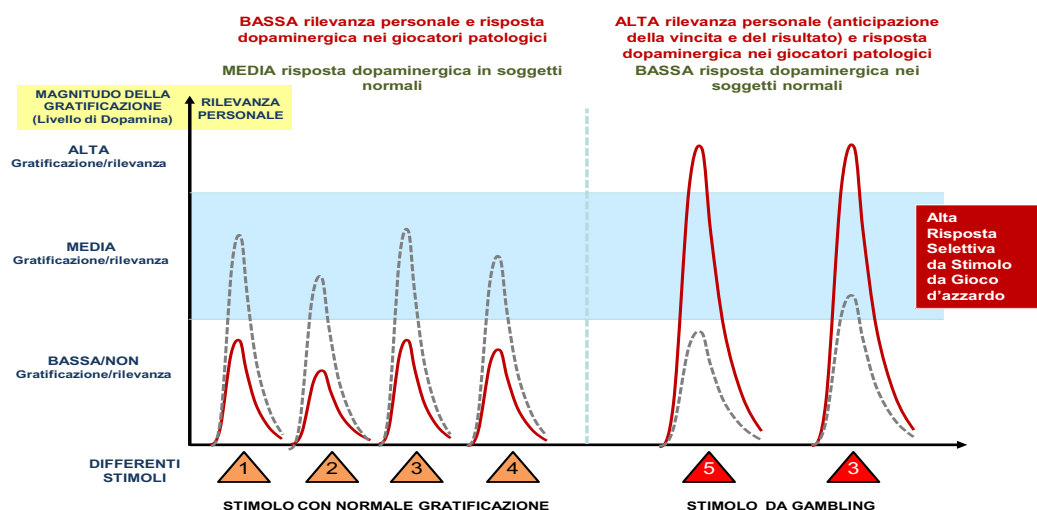
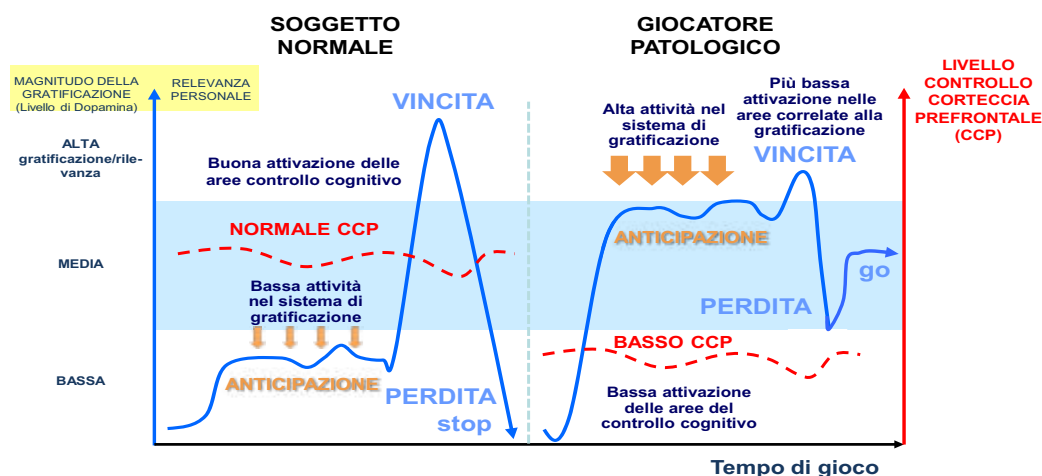


Fig. 13 – Diversa rilevanza e gratificazione negli stimoli derivanti dal gioco d'azzardo nei soggetti normali e nei soggetti con gioco d'azzardo patologico. Serpelloni G., 2012.



**Soggetti con GAP : maggior gratificazione nell'anticipazione, minor gratificazione postvincita, basso CCP**  
**Soggetti normali: minor gratificazione nell'anticipazione, maggior gratificazione postvincita, normale CCP**

Fig. 14 – Tempo dedicato al gioco d'azzardo e diversi livelli di gratificazione. Clark et al., 2009.



Fig. 15 - Caratteristiche generali di potenzialità additiva di uno stimolo.

ricompensa o addirittura che danno effetti avversi, non vengono memorizzati né inseriti nel sistema comportamentale abitudinario di ricompensa. Pertanto, l'individuo tenderà a non reiterare quel comportamento che non gli procura gratificazione. Nel tempo, la persona fisserà in abitudini comportamentali e specializzerà anche i fattori periferici utili per il miglioramento della fruizione dello stimolo selezionato come gratificante. E' importante ricordare, però, che ogni persona

ha una risposta differenziata ai vari stimoli e quindi ritiene e percepisce questi diversamente rilevanti. Di conseguenza, la magnitudo di un effetto gratificante, e quindi la rilevanza, per uno stesso stimolo, può essere diversa da persona a persona. Ciò dipende fondamentalmente dal tipo e dalla struttura dei sistemi di ricompensa del soggetto e da una serie di fattori cognitivi, oltre che neurobiologici, che sono in grado di creare aspettative, percezioni ed emozioni diversificate da soggetto a soggetto. I soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico percepiscono e apprezzano maggiormente, in termini di gratificazione prodotta, gli stimoli derivanti dal gioco d'azzardo rispetto alla popolazione normale e questo è in relazione alla diversa strutturazione dei loro sistemi dopaminergici e processi di gratificazione. Pertanto, essi tenderanno a selezionare e a reiterare la fruizione di questi stimoli rispetto agli altri normali stimoli di gratificazione. Se si associa questa disfunzione alle altre presenti a livello neurocognitivo, quali i disturbi del controllo dei comportamenti (impulsività e compulsività), la difficoltà di problem analysis e problem solving, scarsa flessibilità cognitiva, presenza di credenze irrazionali, ne esce un quadro sintomatologico complesso ma coerente che spiega il comportamento dei pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico.

Alcuni autori (Perty 1999; Clark 2009) hanno rilevato come nei giocatori d'azzardo patologici, così come pure nella dipendenza da sostanze, vi sia una più rapida risoluzione della soddisfazione da ricompensa rispetto alla popolazione non vulnerabile e contemporaneamente un'elevata riduzione della durata della soddisfazione derivata dalle ricompense. Questo

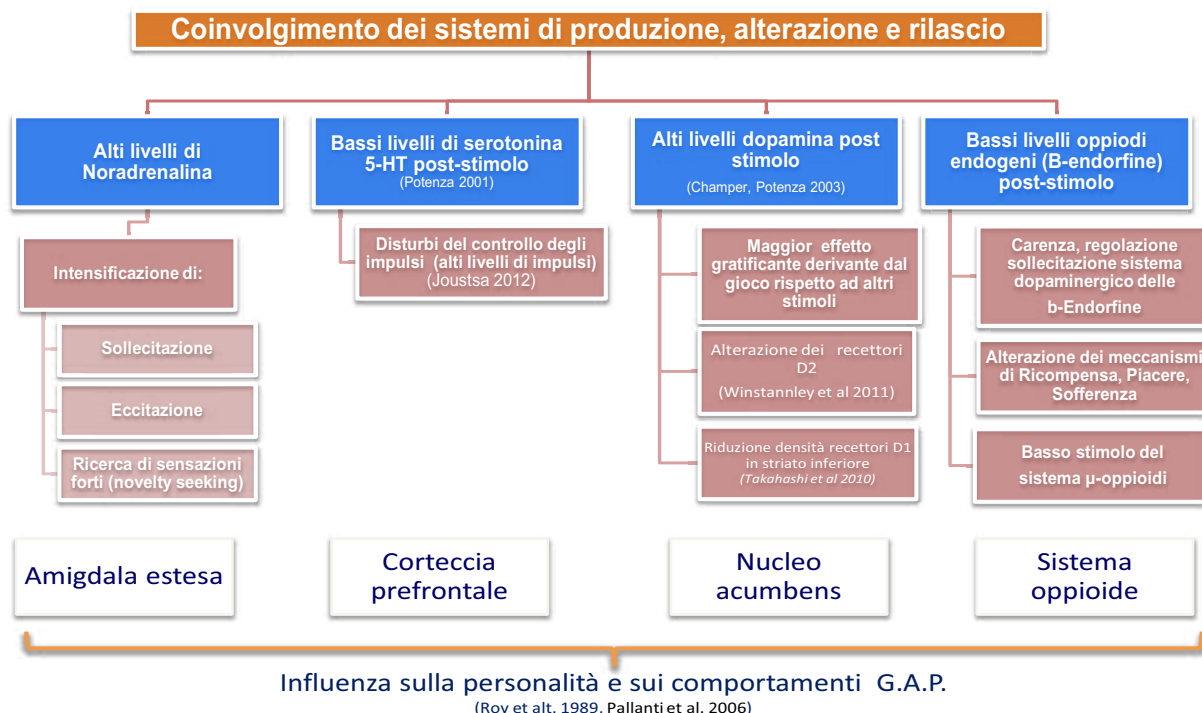


Fig. 16 – Principali sistemi di produzione, alterazione e rilascio coinvolti nel gioco d'azzardo patologico. Serpelloni G., 2012.

Geni	Alterazioni neurobiologiche	Conseguenze
SLC64A Gene trasportatore 5-HT	Abbassamento attività serotoninergica	Comportamenti impulsivi e compulsivi
D2A1 – Allele Faq – A1 Gene recettore Dopamina D2	Alterazione sistema dopaminergico Maggior presenza = Maggior gravità del GAP (Noble 2000)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD4 Gene recettore dopamina	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD1 Gene recettore dopamina D1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD2	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DAT1 Gene trasportatore dopamina	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
TPM Gene triptofano	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
ADMA2C Gene recettore	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
NMDA1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
PS1 Gene PS1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi

Tab. 3 – Geni coinvolti nel gioco d'azzardo patologico, alterazioni neurobiologiche associate e conseguenze sui comportamenti.

spiegherebbe la successiva ricerca di nuovi e ripetuti stimoli nell'immediato nei giocatori d'azzardo patologici.

E' stato visto inoltre che i giocatori patologici mostrano livelli di dopamina maggiori già durante l'anticipazione e l'attesa della ricompensa ma questa gratificazione è minore in caso di vincita (Clark 2009). La perdita al gioco, inoltre, produce un minor abbassamento dei livelli di ricompensa rispetto ai soggetti normali che, in caso di perdita, vengono disincentivati dal gioco.

Questo sbilanciamento nei giocatori problematici è la ragione per cui continuerebbero il gioco in maniera compulsiva ed è sostenuta dalle condizioni neuro-psico-biologiche precedentemente descritte che caratterizzano la vulnerabilità individuale (geneticamente determinata) delle persone predisposte a sviluppare dipendenza da gioco nel caso in cui vengano stimolate con gioco d'azzardo.

Come è chiaro, uno stimolo, per essere in grado di creare dipendenza, dovrebbe avere una serie di caratteristiche e condizioni che lo rendono potenzialmente pericoloso e più condizioni esso annovera, più il suo potenziale additivo aumenta. E' chiaro comunque che lo stimolo, per essere efficace in termini patologici, deve trovare un substrato neuro-psico-biologico predisposto nella persona vulnerabile. Resta scontato che il contesto socio ambientale può esercitare un fondamentale condizionamento sul soggetto sia attraverso la scarsità di regole e leggi di controllo e deterrenza, sia attraverso un'alta pressione pubblicitaria, ma anche l'espressione di una accettabilità e tolleranza sociale promuovente il gioco d'azzardo, se non addirittura elevarlo a comportamento virtuoso, emulante le abitudini di persone ad alta notorietà per motivi artistici o

sportivi o percepito come socialmente "smart" o "cool".

Le basi neurobiologiche del GAP, quindi, traggono origine dal coinvolgimento dei sistemi di produzione, alterazione e rilascio di vari neurotrasmettitori coinvolgendo varie strutture importanti del nostro cervello, come già anticipato, con un'influenza sulla personalità e sul comportamento della persona affetta da gioco d'azzardo patologico. Varie ricerche sulla base neurobiologica del gioco d'azzardo patologico indicano la presenza di livelli anomali di dopamina, serotonina e nell'attività dei neurotrasmettitori di noradrenalina (Ibanez 2003, Potenza 2001). Queste sono sostenute anche da anomalie neurochimiche che sostengono l'eziologia del gioco d'azzardo patologico (DeCaria 1996, Raylu 2002, Kim 2001, Sood 2003). Vari studi sperimentali hanno mostrato che esiste una base genetica sulla disregolazione di questi neurotrasmettitori (Ibanez 2003, Potenza 2001). La figura successiva riassume le principali nozioni sull'argomento ad oggi disponibili. Come già riportato, i sistemi neurobiologici coinvolti vengono inoltre messi in relazione con una genetica molecolare che interessa vari geni, come riportato nella tabella sottostante.

### Alterazione dei processi cognitivo-emozionali che sottendono il gioco d'azzardo patologico

Nel gioco d'azzardo patologico sono stati descritti alcuni processi e condizioni caratteristiche che spiegano ulteriormente la patologia. Riassumendo quanto detto finora, si è rilevato un aumento della rilevanza degli stimoli gratificanti associati

al gioco d'azzardo nelle persone vulnerabili seguito da un'alterazione del processamento della ricompensa e della punizione in relazione al condizionamento comportamentale. Si è rilevata inoltre un'alta impulsività con deficit dell'autocontrollo prefrontale. Questa problematica comporta anche una compromissione della capacità di decision making e soprattutto della stima della probabilità di vincita. Spesso infatti si riscontrano credenze erranee e distorsioni cognitive proprio su questo versante. Una caratteristica costante di queste persone è la propensione al rischio (novelty seekers) (Potenza, 2011). La generazione ed il mantenimento del comportamento di gioco d'azzardo patologico che avviene nelle persone vulnerabili passa attraverso una prima fase di ricerca e sperimentazione volontaria dello stimolo, il cosiddetto gioco informale o ricreativo. In questo modo, il soggetto sperimenta l'effetto gratificante ed eccitante che contemporaneamente può essere percepito come "sedativo/inibente" di pensieri negativi e/o ansie esistenziali producendo a volte un aumento dell'auto-stima e una socializzazione. Questi effetti portano di solito ad un rinforzo e ad una continuazione del comportamento passando quindi da un gioco informale/ricreativo ad un gioco problematico.

La continuazione del gioco problematico produce due effetti fondamentali: il primo consiste in un modellamento ed una modulazione cognitiva e simbolica che il soggetto struttura attorno al gioco, alle sue esperienze di vincita e di perdita, alle proprie abilità e alle fantasie di vario tipo che questo comporta. Il secondo consiste in un effetto strutturale neuro-plastico del cosiddetto "motore neurocognitivo" dove si ha da una parte la diminuzione del controllo volontario e della corteccia prefrontale, dall'altra un aumento del drive emozionale, dipendente soprattutto dall'amigdala. Il tutto comporta un apprendimento ed uno sviluppo di meccanismi/sistemi cerebrali autonomi che condizionano fortemente il comportamento del soggetto esprimendo quindi un gioco patologico

compulsivo fuori controllo.

Un altro aspetto molto importante nel passaggio tra il gioco ricreazionale, gioco problematico, gioco patologico è rivestito dall'arousal. L'attivazione autogenerata di tipo psico-comportamentale per eseguire prestazioni e/o compiti che coinvolge le strutture cerebrali dell'attenzione e del controllo volontario (corteccia prefrontale, sistema adrenergico e serotoninergico del comportamento) è ciò che viene definito "arousal autogeno". L'arousal autogeno può essere definito anche come il grado di intenzione volontaria del comportamento di un soggetto (autogenerato dall'individuo stesso) ed ha un importante significato soprattutto nella fase del gioco d'azzardo ricreativo e del gioco problematico. Infatti, è proprio la scelta volontaria della persona vulnerabile che lo porterà ad avvicinarsi al gioco d'azzardo, a sperimentarne gli effetti e a subirne, quindi, le conseguenze. L'arousal (e quindi l'intenzione e la volontarietà ad esprimere o inibire un certo comportamento) è importante anche nell'esprimere il controllo di determinati comportamenti nel momento in cui l'individuo ha la consapevolezza che tali comportamenti sono sconsigliati per se stesso o per gli altri, socialmente non accettati e fonte di condizioni negative da evitare. Questo aspetto riveste una particolare importanza, quindi, anche nell'identificazione e prevenzione precoce del craving e delle possibili recidive.

La regolazione della funzione di arousal è dipendente dalle strutture limbiche e mesolimbiche e le anomalie riscontrate in queste strutture (geneticamente determinate), negli individui affetti da gioco d'azzardo patologico, sono in grado di compromettere queste importanti funzioni. I comportamenti di ricerca di uno stato di euforia oppure di un grado maggiore di arousal, in caso si verificano perdite al gioco o di uno stato di disinibizione che spesso questi soggetti mantengono, dipendono proprio da anomalie funzionali e strutturali cerebrali (Ibanez 2003, DeCaria 1996, Lowman 2000).

E' importante ricordare che il sistema di arousal riceve input

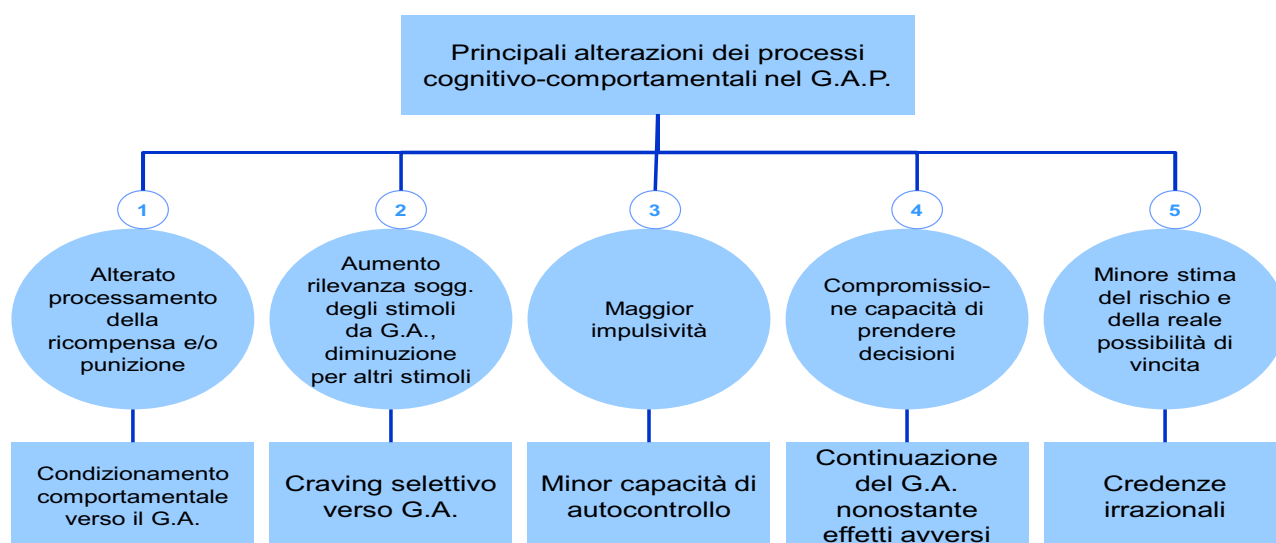


Fig. 17 - Principali alterazioni dei processi cognitivo-comportamentali nel gioco d'azzardo patologico. Serpelloni G., 2012.

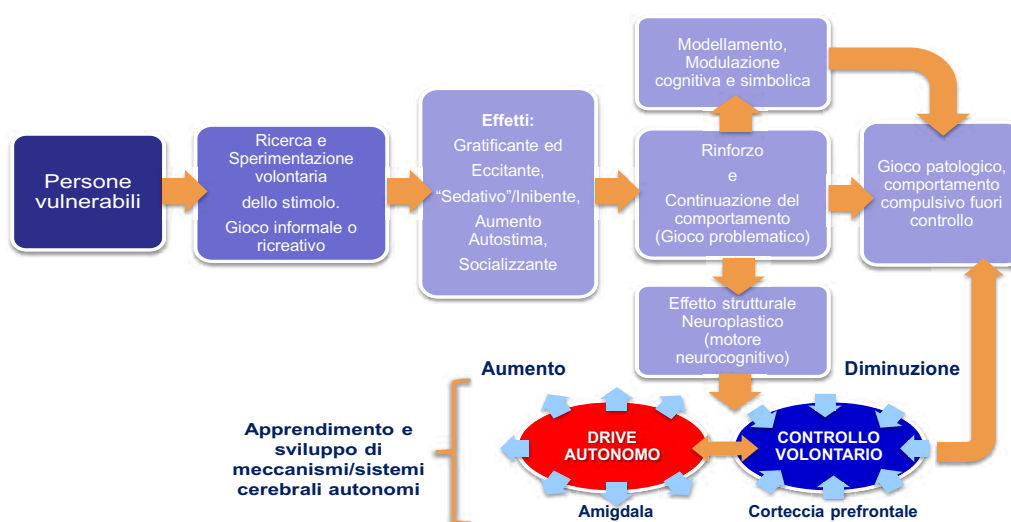


Fig. 18 - Generazione e mantenimento del comportamento di gioco. Serpelloni G., 2012.

sia dal sistema di inibizione comportamentale, sia dal sistema di attivazione comportamentale a loro volta attivati dall'ottenimento di una ricompensa o di una punizione. Il sistema di arousal reagisce a tali input favorendo o interrompendo il comportamento motorio, a seconda dell'intensità e del tipo di input forniti dai sistemi di attivazione o inibizione comportamentale.

Normalmente, all'aumentare del grado di arousal corrisponde una determinata performance psico-comportamentale. Bassi gradi di arousal hanno come conseguenza anche un basso grado di attivazione psico-comportamentale e una conseguente scarsa produttività, spesso accompagnata da un alto

grado di errore. L'arousal autogeno andrà via via aumentando in senso patologico, e cioè condizionando l'espressione di un comportamento motorio pro-gioco d'azzardo. Contemporaneamente, il soggetto con gioco d'azzardo patologico avrà deficitari i sistemi di inibizione comportamentale in seguito alle perdite che, se efficienti, potrebbero portare all'attivazione di un arousal positivo (in questo caso deficitario) per la sospensione dei comportamenti di gioco. All'aumentare del grado di arousal, aumentano anche il grado di attivazione e di produttività fino ad un break point oltre il quale, all'aumentare del grado di arousal, la performance psico-comportamentale diminuisce, conseguenza questa, di solito, dell'ingresso di

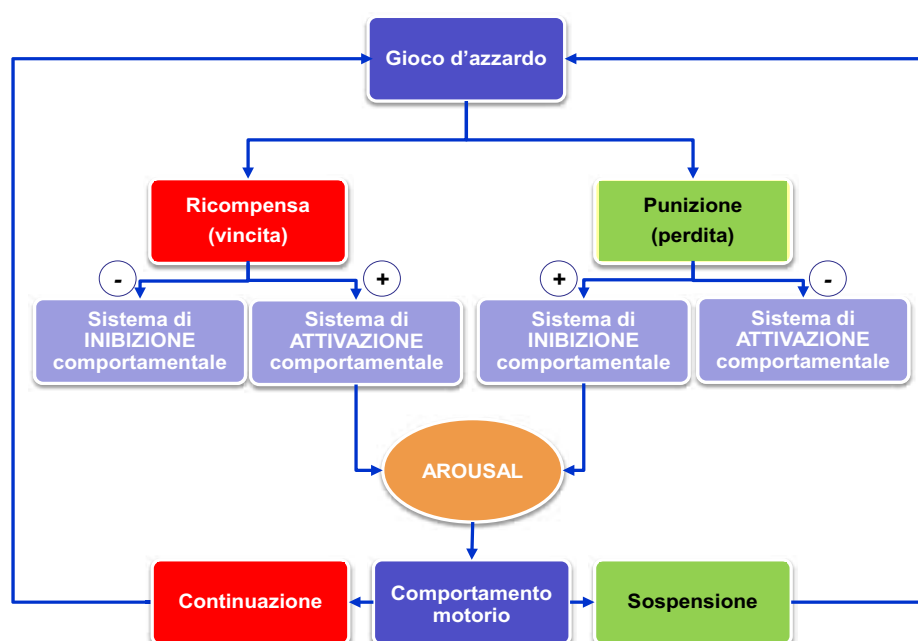
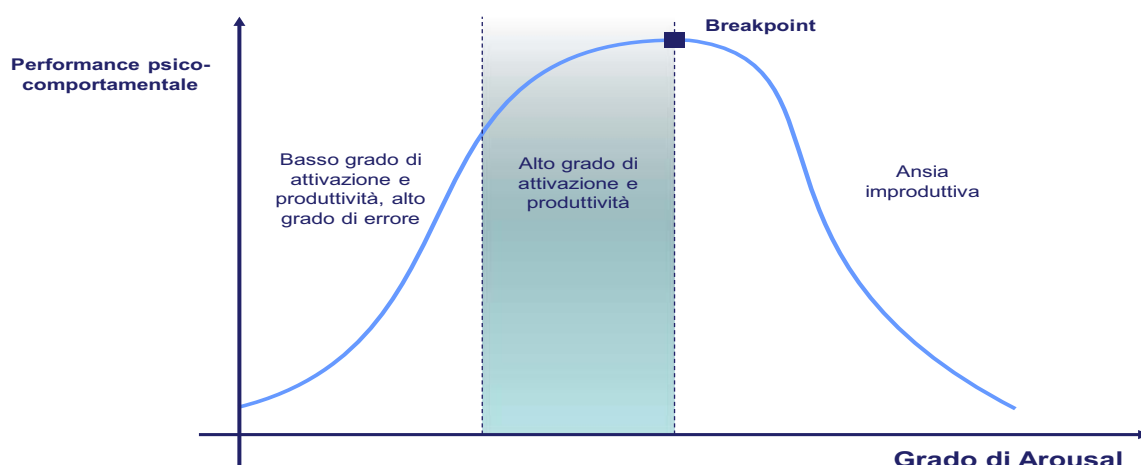


Fig. 19 – Processo fisiologico di attivazione del comportamento motorio in base al tipo di stimolo ricevuto. Serpelloni G., 2012.



**Arousal:** Attivazione **autogenerata** psico-comportamentale per eseguire prestazioni e compiti che coinvolge le strutture cerebrali dell'attenzione e del controllo volontario (corteccia prefrontale, sistema adrenergico e serotoninergico) del comportamento

Fig. 20 - Arousal autogeno: grado di intenzione volontaria nel comportamento. Serpelloni G., 2012.

ansia improduttiva.

Sempre nell'ambito della ricostruzione dei meccanismi del gambling patologico si sono inoltre rilevate delle alterazioni delle funzioni cognitive di valutazione ed in particolare una sovrastima delle basse probabilità di vincita ed una sottostima delle alte probabilità di perdita. Si è vista, alla PET, una densità inferiore dei recettori D1 e D2 nello striato in soggetti con GAP. E' stata inoltre riscontrata una correlazione positiva con le alterazioni di questi recettori con difficoltà nel dare il giusto peso alle decisioni durante le attività di gioco d'azzardo (Takahashi 2011).

## Principi di prevenzione

Anche per questa patologia, la prevenzione rappresenta l'azione principale per l'evitamento e la riduzione dei rischi e dei danni alla salute correlati al gioco d'azzardo.

Il target dell'intervento è rappresentato da (Jacobs 1989, Rosenthal 1992, Gambino 1993, Petry 1999, Ibanez 2002, Goldstein 2004, Crockford 2005, Pallanti 2006, Marazziti 2008, De Ruiter 2009, Clark 2009, Goudriaan 2009, SF Miedl 2010, Takahashi 2010, Goudriaan 2010, Buhler 2010, Hewig 2010, Joutsa 2011, Winstanley 2011, Martini 2011, Joutsa 2011, Pinhas 2011):

- Bambini (3-12 anni) con deficit del controllo comportamentale ed emozionale
- Adolescenti vulnerabili con presenza di disturbi comportamentali e temperamenti "novelty seeking" (propensione al rischio)
- Persone con familiarità di gioco d'azzardo patologico
- Persone giovani con disturbi del controllo dell'impulsività
- Persone che hanno false e distorte credenze sulla fortuna e la reale possibilità di vincita al gioco d'azzardo

- Persone con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico
- Persone prevalentemente di sesso maschile (70%) rispetto a quelle di sesso femminile (30%)
- Persone divorziate
- Adulti/anziani con carenti attività ricreative e socializzanti (anti-noia)

La prevenzione selettiva, rivolta a soggetti che non hanno ancora giocato d'azzardo ma che presentano un rischio specifico di malattia superiore alla media, legato alla presenza di fattori individuali e/o ambientali, avrà l'obiettivo di cogliere precocemente il deficit del controllo degli impulsi emotivi e comportamentali in giovanissima età, attraverso la diagnosi precoce del deficit prefrontale e un intervento precoce per il potenziamento dell'autocontrollo e della regolazione emotiva

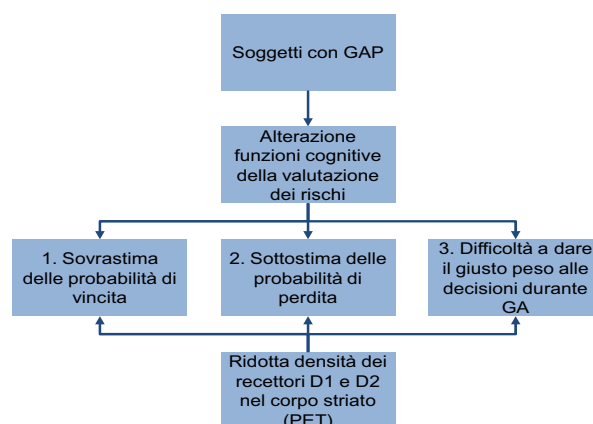


Fig. 21 - Alterazioni delle funzioni cognitive di valutazione nei soggetti con gioco d'azzardo patologico e correlati recettoriali dopaminergici. Serpelloni G., 2012.

e di supporto educativo alla famiglia. Si è dimostrata inoltre efficace l'azione di prevenzione specifica e precoce sulle distorsioni cognitive dei ragazzi relative al gioco d'azzardo. L'obiettivo di questa azione è quella di cambiare le credenze errate sul gioco d'azzardo (probabilità di vincita, capacità di influenzare il risultato di vincite casuali mediante riti o oggetti o abilità, ecc.).

Una particolare attenzione va inoltre posta sul marketing e la pubblicità in quanto fattori di forte impatto emotivo ed in grado di influenzare fortemente le persone vulnerabili al gioco d'azzardo a spendere forti somme per giocare (Paternak 1999, Ladouceur 1999, Volberg 2000, Mitika 2001, Sibbald 2001, Volberg 2002, Shaffer 2002, Korn 2005, Monaghan 2008, Binde 2009, Dyal 2009, Friend 2009, McMullan 2009, Gavriel Derevensky 2010, Fried B 2010, Binde 2010, McMullan 2010, Livingstone 2011 B, Lamont 2011, Planinac 2011, Sklar 2010). La pubblicità del gioco d'azzardo è quindi in grado di influenzare fortemente le persone vulnerabili a spendere forti somme per giocare. Al fine di evitare questo tipo di stimolo e prevenire quindi l'inizio di un comportamento di gioco problematico, e successivamente patologico, sono state individuate una serie di azioni che si ritiene opportuno possano venire adottate a livello nazionale. Tali misure, sulla base della letteratura scientifica (Paternak 1999, Ladouceur 1999, Volberg 2000, Mitika 2001, Sibbald 2001, Volberg 2002, Shaffer 2002, Korn 2005, Monaghan 2008, Binde 2009, Dyal 2009, Friend 2009, McMullan 2009, Derevensky 2010, Fried 2010, Binde 2010, McMullan 2010, Livingstone 2011 B, Lamont 2011, Planinac 2011, Sklar 2010), si sono rivelate efficaci nel ridurre il numero di giocatori d'azzardo. Di seguito ne riportano, in modo sintetico, le specifiche generali.

1. Ridurre fortemente l'impatto pubblicitario mediatico indiscriminato e incontrollato evitando la diffusione ambientale generalizzata e il possibile raggiungimento di target inconsapevoli e particolarmente sensibili.
2. Non utilizzare o restringere fortemente e regolamentare la pubblicità dei giochi d'azzardo in ambiente esterno (strade, piazze, locali, ecc.) e via mediatica (tv, radio, internet, giornali, ecc.), al pari di quelli del fumo di tabacco.
3. Pubblicizzare in maniera esplicita ed obbligatoria per tutti i giochi le reali possibilità di vincita (effetto cognitivo positivo sulle persone vulnerabili).
4. Vietare e sanzionare la pubblicità ingannevole e non veritiera (diretta o indiretta) relativamente alle probabilità di vincita (effetto deterrente).
5. Permettere solo la pubblicità semplice dei locali senza slogan o immagini incentivanti (direttamente o indirettamente) il gioco d'azzardo.
6. Non utilizzare testimonial "famosi, autorevoli ed accreditati" presso il grande pubblico per promuovere il gioco d'azzardo.
7. Non permettere il posizionamento di distributori automatici non controllabili sul territorio di riferimento (ad esempio, l'accesso dei minorenni a lotterie del tipo gratta e vinci deve essere verificabile).

8. Definire criteri di pubblicizzazione dei locali, escludendo quelli diretti al gioco evitando l'associazione con messaggi emozionali che evocano sesso, consumo di alcol o tabacco, "vacanze perenni" grazie alle vincite, "futuro migliore" con una semplice giocata, "rivincite sociali e personali" tramite la vincita al gioco, soluzioni di problemi economici, famigliari, ecc. tramite il gioco d'azzardo, emulazione di personaggi famosi e ricchi che sostengono il gioco d'azzardo, ecc.

9. Nelle varie pubblicità è necessario che si dichiari sempre che il gioco d'azzardo può creare dipendenza e generare una serie di effetti collaterali sulle condizioni di salute mentale, fisica e sociale.

10. Aumentare i prezzi per la partecipazione al gioco d'azzardo, evitando di porre vincite di basso valore monetario (ad esempio, gratta e vinci) ma molto diffuse e probabili (incentivi impropri a continuare a giocare) per tentare vincite maggiori ma molto più improbabili.

E' inoltre opportuno che azioni di prevenzione del gioco d'azzardo vengano realizzate non solo nell'ambito della pubblicità ma anche a livello ambientale, rivolgendosi a tutti i soggetti, le amministrazioni, gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione creando una coerenza comunicativa e di comportamento preventivo anti gioco d'azzardo in tutti gli ambienti che l'individuo frequenta e in cui vive. Per fare ciò, sono state individuate una serie di misure:

1. Concentrare l'attenzione della regolamentazione sulle slot-machine e il gioco on line (che mostrano un'alta prevalenza di utilizzo e di sviluppo di dipendenza) per ridurre la diffusione e l'accessibilità.
2. Controllare attivamente e non permettere l'accesso alle persone minorenni e ai soggetti vulnerabili qualsiasi forma di gioco d'azzardo (per i minori, il divieto è stato già previsto dalla Legge finanziaria 2011).
3. Ridurre il numero di sedi sul territorio dove poter giocare d'azzardo per limitarne la probabilità e la facilità di accesso.
4. Dislocare le suddette sedi lontano da scuole o luoghi di raduno giovanile.
5. Evitare la diffusione generalizzata delle slot-machine, circoscrivendole solamente ad alcune specifiche sedi di gioco.
6. Aumentare il costo delle singole giocate.
7. Attivare campagne di prevenzione nelle scuole (inizio già a 6 – 8 anni)
8. Attivare azioni di prevenzione selettiva orientate alla diagnosi precoce dei fattori di rischio in giovanissima età e dei comportamenti di gioco problematico.
9. Realizzare campagne informative per i genitori e gli insegnanti affinché tengano monitorati i figli/studenti anche relativamente alle proprie spese sia con denaro contante, sia con carte di credito (utilizzate per il gioco su internet).
10. Stampare supporti cartacei ed elettronici relativi a tutte le forme di gioco d'azzardo circa le reali probabilità di vincita e l'elenco dei possibili effetti collaterali (al pari delle sigarette).
11. Prevedere campagne specifiche per gli anziani da divulgare nei luoghi in cui essi si ritrovano.
12. Prevedere la realizzazione di campagne informative na-

zionali e periodiche sulle reti tv e radio (come per il fumo). Per gli adolescenti, va segnato che si sono dimostrati più efficaci programmi sulla salute (Jessor's 1998) che includono tutti i comportamenti a rischio (ad esempio droga, il consumo di tabacco, alcol e comportamento sessuale a rischio) e che promuovono comportamenti resilienti (Luthar 1993, Rutter 1987, 1989, Werner, 2000, Evans, 2003). I temi che si dovrebbero sviluppare negli interventi sui minori sono: aumento della capacità di problem solving, aumento delle capacità di astrazione e della competenza sociale (che comprende doti di flessibilità, capacità di comunicazione, comportamenti prosociali), aumento dell'auto-efficacia, dell'autocontrollo e del senso di scopo e progettualità per il futuro e della motivazione (Brown 2001; Dickson 2002).

E' da evidenziare che sempre più i giochi d'azzardo negli ultimi anni hanno sviluppato un nuovo mercato in Internet con l'impiego di tecnologie digitali che permettono un maggior coinvolgimento di larghi strati di popolazione e la possibilità di utilizzare carte di credito, abbassando quindi la percezione della perdita di denaro che normalmente si ha utilizzando, invece, il pagamento tramite contante o fish. Esistono infatti numerosi siti su cui è possibile giocare a poker o tentare la sorte con scommesse on line. Tali siti risultano per la maggior parte fruibili da chiunque, incluse anche persone minorenni le quali, per le loro abilità tecnologiche, risultano di fatto i soggetti maggiormente esposti a questo tipo di stimolo. Inoltre, poiché queste forme di gioco d'azzardo permettono spesso di mantenere l'anonimato o comunque di fornire generalità non completamente verificabili, risulta anche difficile tracciare l'uso che ne fanno i giocatori, in particolare i minorenni (Griffiths 2010).

In uno studio condotto da Tsitsika A. e colleghi (2011) (Tsitsika 2011) su 484 adolescenti intervistati, il 15,1% giocava d'azzardo online. Per costoro, sono stati contemporaneamente registrati disturbi della condotta e comportamenti borderline. Inoltre, la ricerca ha evidenziato che l'uso di Internet finalizzato al gioco d'azzardo, negli adolescenti, comporta un'alta probabilità di sviluppare un uso problematico di Internet. Ad integrazione di ciò, Wood e colleghi, già nel 2007, riportavano che su quasi 2000 giocatori d'azzardo online, il 42,7% era affetto da gioco d'azzardo problematico o patologico (Wood et al., 2007).

Il gioco d'azzardo su Internet, quindi, può comportare un aumento del rischio di sviluppare forme patologiche di gioco d'azzardo con tutte le conseguenze che ne derivano per la salute e la vita sociale della persona. Per questo sono state individuate una serie di misure volte a ridurre questo rischio e a prevenire che le persone sviluppino una dipendenza da gioco:

1. Incentivare il controllo dell'uso di internet da parte dei genitori. Se necessario, impostare dei blocchi di accesso a specifici siti web dove non si desidera che il proprio figlio navighi.
2. Mantenere il controllo da parte dello stato delle autorizzazioni dei siti di gioco d'azzardo.
3. Impedire alle aziende che gestiscono i siti di gioco online di inviare "spam" (messaggi pubblicitari indesiderati) ai po-

tenziali utenti.

4. Impedire la comparsa di "pop up" che promuovono il gioco d'azzardo sui siti che nulla hanno a che vedere con il gioco e che spesso sono dedicati a giovani.

5. Aprire una linea di segnalazione presso le Forze dell'Ordine per segnalare i siti di gioco d'azzardo online non autorizzati, alla stregua dei siti pedopornografici.

6. Attivare studi e ricerche sulle modalità di controllo e prevenzione del gioco d'azzardo patologico mediante gioco online.

## Caratteristiche cliniche del gioco d'azzardo patologico

Il gioco d'azzardo patologico presenta una varietà di caratteristiche cliniche in relazione sia alle caratteristiche individuali del soggetto, sia al tipo di gioco prevalentemente utilizzato dal paziente, ma anche alla possibile presenza di patologie correlate quali quelle psichiatriche, l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico e le condizioni sociali e finanziarie del soggetto.

Clinicamente, si possono distinguere le varie persone interessate dal fenomeno anche in base a delle macro-fasi evolutive che tengono conto sia della frequenza e dell'intensità di gioco ma anche delle condizioni avverse che questo procura (Shaffer 1997).

La gravità clinica è in relazione anche al tempo medio dedicato al gioco d'azzardo che può essere molto variabile da individuo a individuo. In uno studio di Grant JE (2001), tale tempo è risultato essere di 16 ore su persone adulte affette da gioco patologico.

La gravità clinica può essere anche indicata dalla perdita finanziaria media annuale, che definisce concretamente l'impegno e l'impatto negativo del gioco d'azzardo sul reddito annuo del soggetto. Un'ulteriore caratteristica comportamentale tipica delle persone con dipendenza da gioco d'azzardo (ma anche da sostanze stupefacenti e alcoliche) è l'uso della menzogna come meccanismo di difesa che è stato riscontrato nel 44% dei soggetti. Queste persone tendono anche a commettere reati e quindi a svolgere attività criminale nel 20-30% dei casi con azioni prevalenti quali: assegno scoperti, appropriazione indebita, furto, evasione fiscale (Grant 2001).

Nel sesso femminile è stata riportata attività di prostituzione in relazione al pagamento di debiti o finalizzata all'approvvigionamento di denaro.

Il gioco d'azzardo patologico è spesso associato a disturbi comportamentali e comportamenti antisociali che complicano ulteriormente il quadro clinico soprattutto nella fase di riabilitazione.

Da un punto di vista socio-ambientale, è frequente la presenza di problemi sul lavoro quali l'assenteismo, il calo delle prestazioni, fino alla perdita del lavoro stesso. Sono riscontrabili inoltre problemi in famiglia con conflitti con il coniuge e i figli, difficoltà economiche e di far fronte alle spese di

Livelli	Specifiche	Risposta al trattamento
Livello 0	Persone che non giocano d'azzardo	Non necessario
Livello 1	Persone che giocano in maniera ricreativa, informale, senza conseguenze avverse	Non necessario
Livello 2	Persone con gioco d'azzardo problematico con conseguenze avverse negative	Alta
Livello 3	Persone con gioco d'azzardo patologico (GAP): Con conseguenze avverse molto gravi e comorbidità Con soddisfazione criteri diagnostici	Bassa
Livello 4	Persone con GAP che richiedono supporto	Media

Tab. 4 – Livelli di gioco d'azzardo, relative specifiche e livello di risposta al trattamento. Serpelloni G., 2012.

sussistenza.

Nei casi più gravi di gioco d'azzardo patologico, è possibile riscontrare un'alta frequenza di tentativi di suicidio o di suicidi portati a termine spesso con condizioni associate di depressione, debiti consistenti e difficoltà relazionali (Raisamo S et al., 2012).

Come sopra accennato, il gioco d'azzardo patologico può essere associato a diverse patologie psichiatriche che frequentemente stanno alla base del disturbo e ne vengono accentuate con l'instaurarsi di queste dipendenze. Vari autori (Grant et al., 2010) hanno segnalato questo fenomeno. Nella tabella 5 vengono riportati i principali disturbi psichiatrici correlati al gioco d'azzardo e la loro prevalenza nella popolazione dei giocatori.

Il gioco d'azzardo patologico è anche associato ad un'alta presenza di Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) e alla dipendenza da alcol e da droghe (Carlton 1992, Ibanez 2001, Ibanez 2003).

## Diagnosi e valutazione

I criteri del DSM IV TR per il gioco d'azzardo patologico rappresentano il punto di riferimento standard per la diagnosi di questo comportamento di disadattamento persistente e ricorrente. Gli elementi costitutivi vengono di seguito riportati, tenendo conto che, per porre diagnosi di gioco d'azzardo patologico, è necessario che vi sia la presenza di almeno 5 (o più) degli elementi indicati. Non si considera, però, il comportamento legato al gioco d'azzardo in presenza di un episodio maniacale.

1. Il soggetto presenta preoccupazioni relative al gioco (per esempio, è preoccupato di rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, o sta pensando a come ottenere il denaro per giocare)
2. Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori al fine di ottenere l'eccitazione desiderata
3. Fa ripetuti sforzi per controllare o limitare le attività di gioco o di smettere di giocare
4. È inquieto, o irritabile, quando cerca di limitare le attività di gioco, o di smettere di giocare
5. Gioca per sfuggire ai problemi, o per alleviare uno stato d'animo disforico (per esempio, sensazioni di impotenza, colpa, ansia, depressione)

6. Dopo aver perso denaro al gioco, spesso torna per rivincerlo ("inseguendo" le proprie perdite)

7. Mente ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altre persone, per nascondere l'entità del coinvolgimento nel

Prevalenza	Disturbo psichiatrico
76%	Depressione maggiore
72%	Disturbo bipolare
38%	Ipomania
13-78%	Disturbo dell'umore e alti livelli di ansia
20%	Deficit di attenzione/iperattività
8-43%	Disturbi del controllo degli impulsi
28	Associazione con dipendenza da alcol
10-52%	Abuso di sostanze
15-40% (dall'1,1 al 3% nella popolazione generale)	Disturbo antisociale

Tab. 5 – Disturbi psichiatrici correlati al gioco d'azzardo e prevalenza.

gioco d'azzardo

8. Ha commesso reati, quali falso, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo

9. Ha compromesso, o perso, una relazione importante, il lavoro, o delle opportunità di studio e carriera, a causa del gioco

10. Conta su altre persone perché gli procurino il denaro necessario a sanare una situazione finanziaria, che è diventata disperata a causa del gioco d'azzardo

Caratteristica essenziale è un gioco d'azzardo persistentemente ripetuto, che continua e spesso aumenta nonostante le conseguenze sociali negative, come l'impoverimento, il danneggiamento delle relazioni familiari e la compromissione della vita personale.

Il processo diagnostico prevede che si debbano prendere in considerazione una serie di aree di valutazione utilizzando anche strumenti standard per l'inquadramento diagnostico, la stadiazione in gioco problematico o patologico e la valutazione dello stadio del cambiamento.

La prima area di valutazione è quella dello stato di salute e delle caratteristiche del paziente, prendendo in considerazione il sesso, l'età e tutto ciò che può comportare un diverso

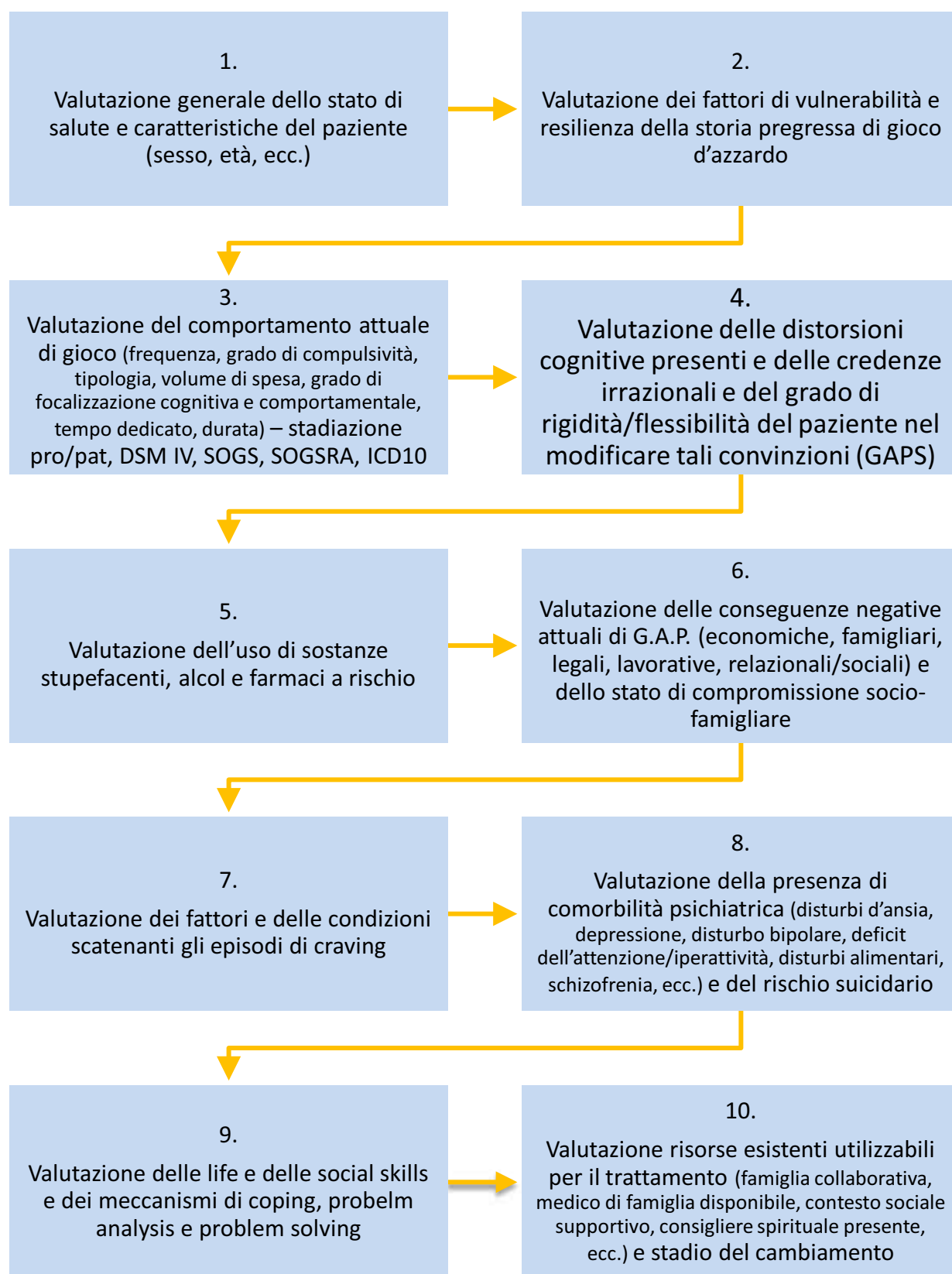


Fig. 22 - Processo diagnostico del gioco d'azzardo: aree di valutazione. Serpelloni G., 2012.

rischio di espressione per il gioco d'azzardo patologico. Un'anamnesi medica e psicologica risulta importante per valutare l'esistenza di eventuali problematiche che potrebbero complicare ulteriormente il quadro comportamentale.

La seconda area di valutazione riguarda l'analisi dei fattori di vulnerabilità e di resilienza e la ricostruzione della storia pregressa di gioco d'azzardo (inizio ed evoluzione) del paziente relativamente all'età di inizio e alle modalità con cui si è svolto ed è progredito il percorso da gioco ricreativo, a gioco problematico, a gioco patologico. Risulta fondamentale, in questa fase, focalizzare bene anche la presenza di eventuale familiarità verso questa patologia e/o patologie psichiatriche o uso di sostanze. Importante è anche valutare l'esistenza di pregressi periodi di astinenza, la loro durata e la motivazione reale, valutandone anche la correlazione con la situazione finanziaria del giocatore (Goudriaan 2004).

La terza area è quella della valutazione del comportamento attuale di gioco in modo da determinare esattamente l'indice di gravità partendo dall'oggettivazione della frequenza di gioco, del grado di compulsività, della tipologia dei giochi utilizzati, del volume di spesa mensile dedicato al gioco, del grado di focalizzazione cognitiva comportamentale che il gioco d'azzardo crea inibendo altre fonti di gratificazione e socializzazione, il tempo dedicato giornalmente al gioco e la durata di questa situazione patologica per valutarne il grado di cronicizzazione. Risulta fondamentale, inoltre, formulare una valutazione sulla stadiazione del paziente, utilizzando strumenti standard, quali possono essere i criteri del DSM IV, il questionario SOGS, compreso il SOGSRA specifico per gli adolescenti, e i criteri ICD10.

Nella quarta area di valutazione andranno indagate le distorsioni cognitive e le credenze irrazionali presenti per poter avere elementi per la successiva terapia cognitivo-comportamentale. E' 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. A tal fine, è possibile utilizzare delle check list o dei questionari standard quali il GAPS.

La quinta area di valutazione si dovrà dedicare all'individuazione di un eventuale uso contemporaneo di sostanze stupefacenti, alcol e farmaci che sono in grado di incentivare comportamenti di gioco d'azzardo.

La sesta area di valutazione viene eseguita per quantificare e mettere a fuoco le conseguenze negative attuali per il gioco d'azzardo patologico sia da un punto di vista economico, ma anche da un punto di vista delle relazioni familiari, lavorative, sociali in generale, nonché le eventuali conseguenze legali che potrebbero essersi attivate. In quest'area di valutazione è importante mettere a fuoco lo stato di compromissione socio-familiare anche per valutare la possibilità di valutare queste risorse nella fase di cura e riabilitazione.

La settima valutazione dovrà essere centrata sui fattori e le condizioni scatenanti gli episodi di craving. Questa valutazione risulta importante soprattutto per rendere consapevole il paziente di questi fattori e di come sia possibile, una volta

conosciuti e messi a fuoco e compresi nel loro potenziale patogenetico, come possono essere previsti, evitati e gestiti.

L'ottava area di valutazione dovrà indagare la comorbilità psichiatrica, valutando in particolare l'eventuale presenza di disturbi d'ansia, depressione, disturbo bipolare, deficit dell'attenzione/iperattività, disturbi alimentari, schizofrenia, ecc. Importante è rilevare anche ideazioni o segni di rischio suicidario.

La nona area da indagare è quella delle life e delle social skills che spesso sono compromesse in questi pazienti. E' utile comprendere e quantificare questo grado di compromissione nonché i meccanismi di coping, di problem analysis e di problem solving che il soggetto utilizza, proprio allo scopo di avere elementi che facciano comprendere meglio quale sia la strategia più adatta da utilizzare per il paziente.

Il processo diagnostico si potrebbe concludere (decima area) con la valutazione delle risorse e dei supporti esistenti utilizzabili per la cura e la riabilitazione, con una stima del grado di competenze, disponibilità e capacità reali per quanto riguarda la famiglia, il medico di medicina generale, un eventuale consigliere spirituale, altre figure supportive presenti nel contesto sociale.

## Gambling e Neuroimaging

Già in passato sono stati eseguiti vari studi di brain imaging (Potenza 2003, Bediana 2003, Best 2002, New 2002) che, utilizzando le tecniche di neuroimaging, hanno documentato che i pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico, sottoposti a stimolo visivo evocativo il gioco d'azzardo, avevano un risveglio dell'impulso al gioco con attivazione di alcune aree cerebrali con coesistenza di una diminuzione dell'attività della corteccia prefrontale ventro-mediale e conseguente deficit del controllo degli impulsi e dei processi decisionali.

Date le somiglianze tra gambling patologico e dipendenza da droghe, la ricerca nel neuroimaging sul gioco d'azzardo patologico ha fatto assunti e utilizzato paradigmi simili a quelli usati nella ricerca sui disturbi da uso di sostanze. In particolare, sono state investigate la risposta alla ricompensa (guadagno) e alla perdita, la reattività agli stimoli, l'impulsività e la presa decisionale (decision-making). In uno studio molto recente (Balodis 2012), è stata documentata nei giocatori d'azzardo vs controlli una riduzione dell'attività neurale nel nucleo striato ventrale, nella corteccia prefrontale e nell'insula. E' stata inoltre osservata un'attività ridotta del neurocircuito cortico-striale durante le fasi di elaborazione della ricompensa monetaria ottenuta con il gioco d'azzardo. Questo comporta, da parte del giocatore con dipendenza da gioco d'azzardo, delle alterazioni della capacità di valutazione e previsione della perdita che aggravano il quadro del gioco d'azzardo patologico. E' stata osservata anche una riduzione dell'attività striatale durante il periodo di anticipazione nell'aspettativa del guadagno, con una contemporanea tendenza al comportamento impulsivo. A questo proposito, De Ruiter (2009) ha documentato

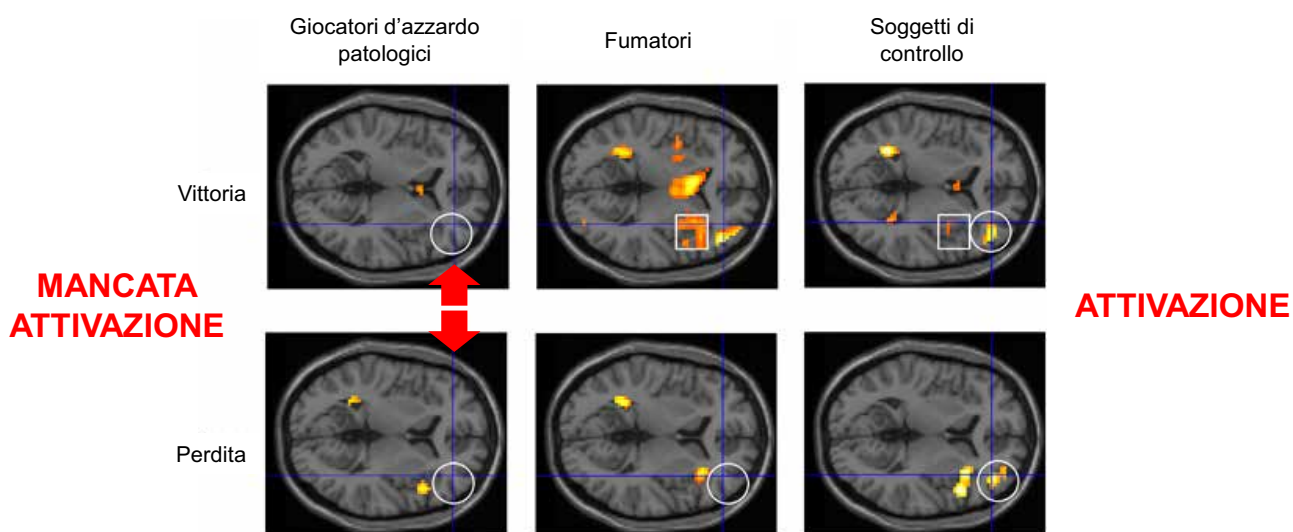


Fig. 23 - Mancata attivazione della corteccia prefrontale ventrolaterale destra (VLPFC) sia in condizione di guadagno monetario che di perdita.

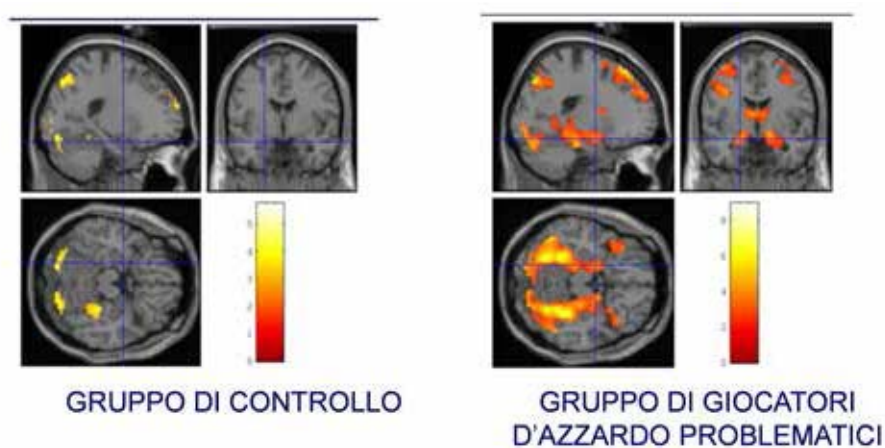


Fig. 24 - Reattività allo stimolo nei giocatori d'azzardo: gruppo di soggetti sani vs gruppo dei giocatori problematici.

## Ricompensa

Compito di reversal learning

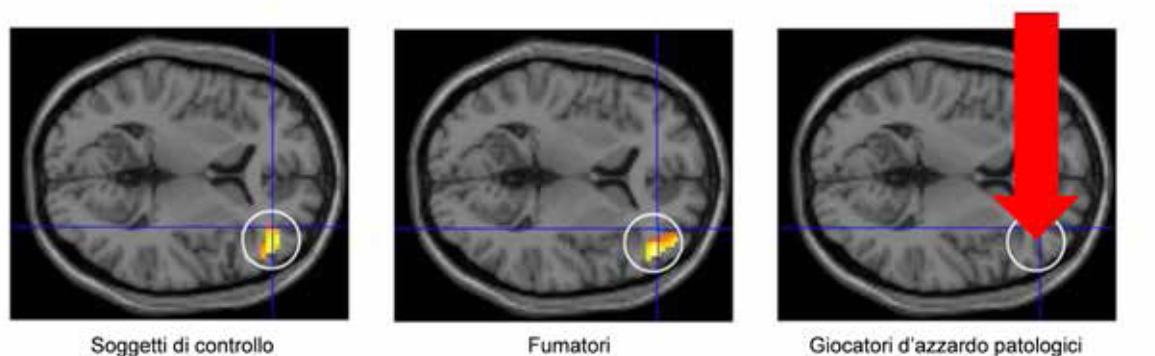


Fig. 25 - Gratificazione associata all'attivazione della VLPFC destra, corteccia occipital/parietale destra, operculum destro, nucleo caudate bilaterale e regioni subtalamiche.

## Punizione

Compito di reversal learning

## Perdita

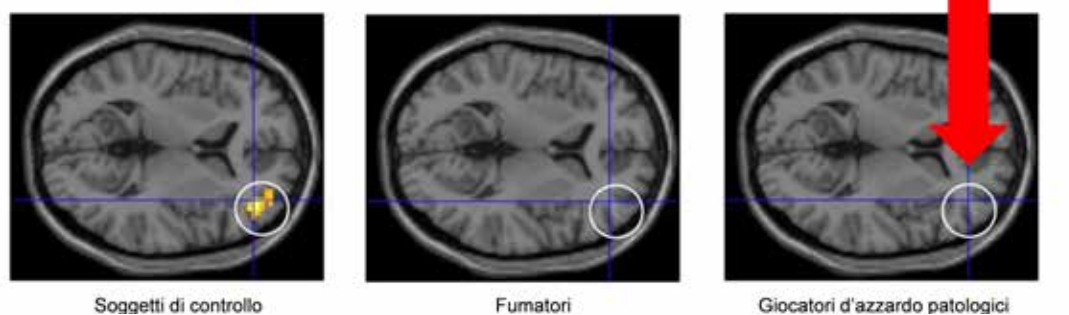


Figura 26 – Perdita associate all'attivazione dell'opercolo frontale destroy, dell'insula e della regione subtalamica.

che nei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico vi è una mancata attivazione della corteccia prefrontale ventro-laterale destra sia in condizioni di guadagno monetario che di perdita. Questo comporta un deficit del controllo comportamentale. E' stata studiata anche la reattività allo stimolo derivante dalla visione e dalla rievocazione di memoria del gioco d'azzardo nei giocatori problematici (Goudriaan2009). In costoro, è stata osservata una maggior attivazione delle aree limbiche (striato, ippocampo e amigdala) fortemente correlata con un maggior grado di craving nei giocatori più problematici. Una minor attivazione dell'area ventro-laterale della corteccia prefrontale è stata trovata nei giocatori problematici in vari studi che hanno indagato sia la ricompensa associata al gioco, sia la perdita. In ambedue i casi, tale minor attivazione è stata documentata con differenze significative rispetto al gruppo di controllo sano. Risultati simili sono stati registrati anche da Reuter (2005), Tanabe (2007) e Remijnse (2006). Ulteriori studi con sempre più potenti apparecchiature e incrociati con studi di neurofisiologia e neurofarmacologia potranno portare in futuro ad aumentare sempre di più le conoscenze in questo importante campo e a mettere a fuoco l'eziopatogenesi e quindi incrementare le possibilità di prevenzione, cura e riabilitazione.

## Principi di cura e riabilitazione

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 riguarda le funzioni cognitive, e quindi la mente, al fine di poter meglio controllare i disordini comportamentali; il secondo 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 (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, Mutschler 2010, Muller 2011, Martini 2011).

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



Fig. 27 – Opzioni di interventi per la riabilitazione da gioco d'azzardo patologico.

Stimolo	Evidenza neuroimaging	Conseguenze	Autore
Stimolo visivo evocativo il gioco d'azzardo	Attivazione di alcune aree cerebrali con coesistenza di una diminuzione dell'attività della corteccia prefrontale ventro-mediale	Conseguente comportamento compulsivo di cioco con deficit del controllo degli impulsi e dei processi decisionali.	Potenza, 2003, Bediana, 2003, Best, 2002, New 2002
Gioco d'azzardo	Nei sogg. con GAP: riduzione dell'attività neurale nel nucleo striato ventrale, nella corteccia prefrontale e nell'insula.	Alterazioni della capacità di valutazione e previsione della perdita	Iris M. Balodis, 2012
Durante le fasi di elaborazione della ricompensa monetaria ottenuta con il gioco d'azzardo	Attività ridotta del neurocircuito corticostriale	Alterazioni della capacità di valutazione e previsione della perdita che aggravano il quadro del gioco d'azzardo patologico	Iris M. Balodis, 2012
Durante il periodo di anticipazione nell'aspettativa del guadagno	Riduzione dell'attività striatale	Contemporanea tendenza al comportamento impulsivo	Iris M. Balodis, 2012
In condizioni di guadagno monetario che di perdita	Nei sogg. con GAP: mancata attivazione della corteccia prefrontale ventro-laterale destra	Deficit del controllo comportamentale.	De Ruiter, 2009
Visione e dalla rievocazione di memoria del gioco d'azzardo nei giocatori problematici	Maggior attivazione delle aree limbiche (striato, ippocampo e amigdala)	Maggior grado di craving nei giocatori più problematici.	Goudriaan et al., 2009
Ricompensa associata al gioco, sia la perdita	Minor attivazione dell'area ventro-laterale della corteccia prefrontale	Deficit del controllo comportamentale.	Reuter, 2005, Tanabe, 2007, Remijnse, 2006
Visione di filmati sul gambling a sogg. con GAP	Anomalie nell'attivazione dei lobi frontali e dei circuiti neurali subcorticali-corticali che proiettano alla corteccia frontale, insieme ad una diminuita attivazione della corteccia orbito-frontale e della corteccia prefrontale ventro-mediale	Deficit del controllo comportamentale con compulsione e applicazione ripetitiva nonostante l'assenza di ricompensa e la presenza di effetti avversi. Aspettative irrealistiche e previsione di ricompensa con ottimismo esagerato sui possibili risultati di gioco. Processi decisionali alterati con non corretta stima del rischio e delle conseguenze	Conversano et al., 2012
Immagini legate al gambling nei giocatori d'azzardo patologici	Ridotta attivazione nella corteccia prefrontale ventro-laterale di destra in risposta sia alla perdita che al guadagno monetario	Grave perseverazione comportamentale (compulsione) Diminuita sensibilità a ricompense e punizioni	De Ruiter et al., 2009
Esecuzione di un compito computerizzato di apprendimento in GAP	Attivazione della regioni della corteccia fronto-laterale e mediale	Produzione di prestazioni per eseguire compiti in relazione con il gioco d'azzardo	Dannon et al., 2011
Eventi di perdita monetaria	Diminuita deattivazione durante eventi di perdita monetaria in alcune delle aree importanti coinvolte nella ricompensa: il nucleo accumbens di sinistra ed il putamen di sinistra.	Continuazione del gioco	Greck et al., 2010
Visione di stimoli con rilevanza personale nei giocatori d'azzardo patologici	Diminuita attività neurale in tutte le aree importanti nella ricompensa	Continuazione del gioco	De Greck et al., 2010
Gioco quasi-realistico di blackjack (I soggetti con GAP dovevano decidere se scegliere o non scegliere una carta in situazioni di blackjack ad alto o basso rischio)	Aree talamiche, frontali-inferiori e temporali-superiori	Consistente aumento del segnale BOLD durante le situazioni molto rischiose ed una diminuzione nelle situazioni a basso rischio, i giocatori occasionali hanno presentato un pattern opposto	Miedl et al., 2010
Aspettative di ricompensa o di perdita in GAP	Sistema di ricompensa	Maggior attività durante l'aspettativa della ricompensa Aumento anomalo della codifica dell'aspettativa di ricompensa, che possono rendere i soggetti con GAP troppo ottimistici sui risultati del gioco	Van Holst et al., 2012
Nessuno	Materia bianca cerebrale in particolare nel corpo calloso e il cingolo	Estesa riduzione dell'integrità. Questa diffusa anomalia riscontrata ricorda molto i risultati di precedenti studi su soggetti con dipendenza da sostanze (Pfefferbaum A et al., 2009; Lane S et al., 2010), suggerendo una connessione tra la dipendenza chimica e quella comportamentale.	Joutsa et al., 2011

Nessuno. Comparazione tra soggetti con GAP e Tossicodipendenti	Corteccia frontale, lo striato e l'insula. In entrambe le dipendenze, sembrano essere coinvolti i sistemi dopaminergico e serotoninergico.	Alterazione dei processi decisionali relativi alla valutazione dei rischi/benefici, alle scelte e alle risposte impulsive	Leeman et al., 2011
--	--	---	---------------------

Tab. 6 - Sintesi delle alterazioni riscontrate al neuro imaging

deterrenti esterni quali la conflittualità con i famigliari o le problematiche legali legate all'indebitamento.

Questi fattori comunque possono essere importanti per sviluppare l'iniziale impulso al cambiamento.

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.

Negli anziani, in particolare, è necessario tenere conto di alcuni principi di trattamento specifici quali evitare gli stimoli al gioco e la frequentazione di giocatore e, soprattutto, trovare attività di intrattenimento alternative (antinoia) e socializzanti. 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 quindi delle terapie deve essere quello di identificare e tentare di cambiare le distorsioni cognitive agendo su due fronti: quello cognitivo e quello comportamentale. La terapia cognitiva 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. Esistono vari tipi di interventi di terapia cognitivo-comportamentale che possono essere utilizzati (Dowling, 2008) riassunte nella seguente figura e di seguito descritte.

Gli interventi di tipo educativo 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 (ad esempio 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 (ad esempio: Esistono «segni» predittivi le vincite? Come spiegare le vin-

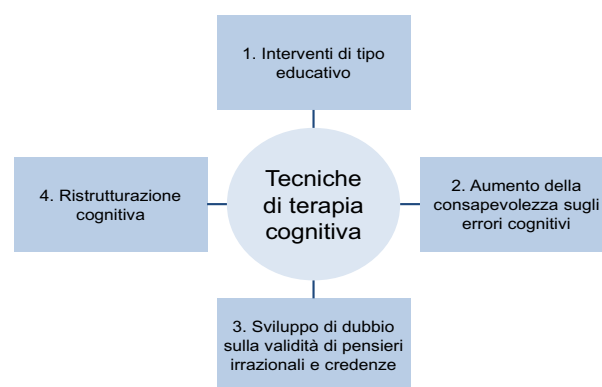


Fig. 28 – Interventi principali delle tecniche di terapia cognitiva. Serpelloni G., 2012.



Fig. 29 – Tecniche cognitivo-comportamentali: principali step.

cite? Come spiegare le perdite? Molte perdite predicono una vincita?).

La ristrutturazione cognitiva, che si pone l'obiettivo di affrontare il problema delle convinzioni e dell'impulso al gioco d'azzardo, insegna al paziente ad interiorizzare e a auto-monitorare e a comprendere l'azione del gioco d'azzardo, gli impulsi al gioco, il craving.

Gli approcci cognitivo-comportamentali focalizzano 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 ven-



Fig. 30 – Analisi e azioni dell'intervento cognitivo comportamentale.

gono 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, crea quindi una situazione patologica su cui gli approcci cognitivo comportamentali possono intervenire.

La tecnica cognitivo-comportamentale prevede 3 importanti step sequenziali (Figura 29).

Il primo step è quello dell'analisi funzionale con il 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 andandoli ad analizzare con una ricostruzione mnemonica e analizzando e tentando di identificare con il soggetto quali possono essere stati per lui i fattori scatenanti il primo impulso che ha portato poi ad esprimere il comportamento patologico. Molti pazienti hanno riferito che questi fattori sono spesso l'immediata disponibilità di denaro nel momento in cui viene ritirata la paga in denaro contante, troppo tempo libero non strutturato, conflitti e problemi interpersonali, la noia, sentimenti di rabbia e depressione. Nella fase di analisi è importante pren-

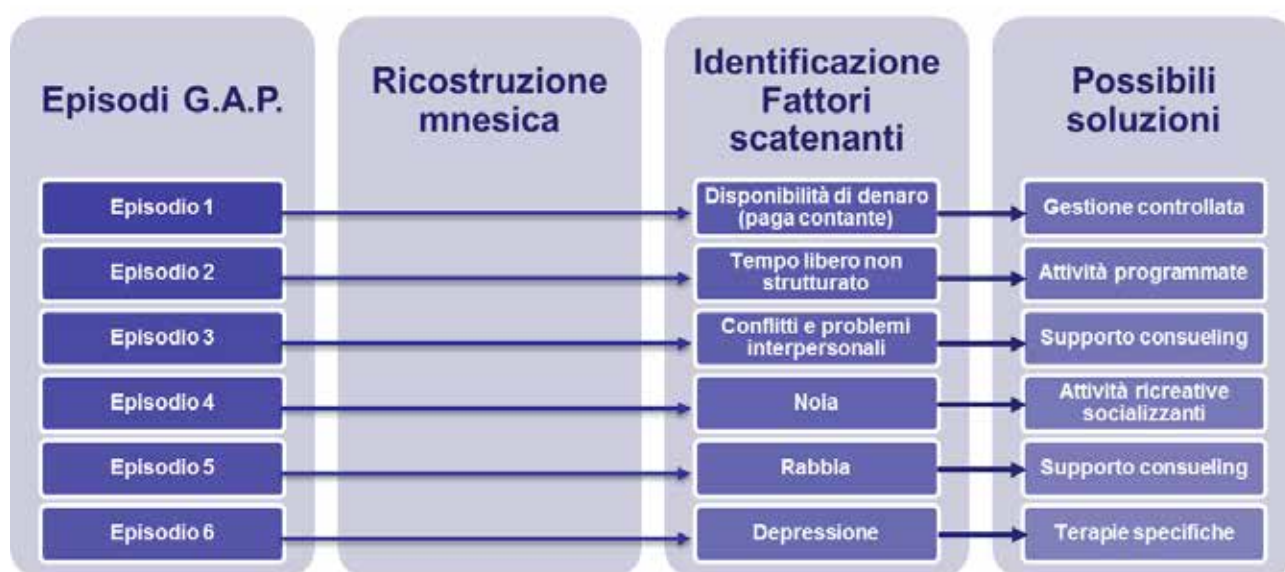


Fig. 31 – Fattori scatenanti gli episodi di gioco patologico d'azzardo e possibili soluzioni. Serpelloni G., 2012.

Farmaco	Studio di riferimento	Protocollo/Durata	Dimensioni del campione	Range di dosaggio giornaliero	Dose media Giornaliera DS	Risultato
<b>SSRI</b>						
Fluvoxamina	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.
Fluvoxamina	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.
Paroxetina	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
Paroxetina	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
Oppioidi Antagonisti (naltrexone, nalmeferene)	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
Clomipramina	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 disturbi ossessivo-compulsivi negli adolescenti in quanto sicura ed efficace
<b>Stabilizzatori dell'umore</b>						
Carbonato di litio SR	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>						
Olanzapina	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>						
N-acetilcisteina (NAC)	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 addizionali come il gioco d'azzardo

Tab. 7 – Descrittiva dei principali studi condotti sui farmaci impiegati nel trattamento del gioco d'azzardo patologico e risultati di efficacia.

dere in considerazione, oltre che i fattori scatenanti, anche le social skills, i meccanismi e le capacità di coping del paziente oltre che eseguire un'analisi delle credenze e delle distorsioni cognitive. Su ognuno di questi tre 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 pure la ristrutturazione cognitiva su credenze e convinzione errate. Per ognuno di questi fattori, 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 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 antioia e terapie specifiche per eventuali stati di depressione o ansiosi.

Hodgins e colleghi (2001) hanno inoltre 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 dell'impiego dei media per recuperare i pazienti, l'uso di manuali di autoaiuto, l'utilizzo di personale addestrato ad hoc, oltre che il counseling motivazionale telefonico. Si è mostrato anche interessante e strategico il sostegno per la prevenzione delle recidive tramite manuali di autoaiuto e supporto telefonico.

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.

Altri approcci che sono stati attuati soprattutto negli Stati Uniti sono le tecniche di "auto-esclusione" del paziente dalle sale da gioco. Questo approccio prevede che il nome di un giocatore, con il suo consenso, venga inserito in una "lista dei prescritti" a disposizione delle sale da gioco che quindi ne interdicono l'accesso o provvedono alla confisca delle sue vincite.

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

Infine, esistono una serie di opzioni farmacologiche che sono state sperimentate nel corso degli anni con risultati molto variabili (Grant, 2010). 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). In particolare, andrebbe ricordato che il trattamento farmacologico del gioco d'azzardo patologico deve tenere conto della presenza delle condizioni di comorbidità e, in tal caso, è importante distinguere se si è in presenza di un paziente con spettro bipolare, abuso/dipendenza di sostanze o depressione maggiore (Pallesen 2006, Kim 2001; Pallanti 2002, Hollander 2005, Grant 2003).

## Livelli Essenziali di Assistenza

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, non sono ancora rico-

nosciute né inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quindi tecnicamente e ufficialmente tale patologia non rientrerebbe nelle patologie per cui è previsto l'obbligo di erogazione di un set di prestazioni minime, gratuite, da parte dei sistemi sanitari regionali. Attualmente si è prevista mediante specifico decreto del Ministero della Salute, l'inserimento di specifici LEA per il gioco d'azzardo patologico che si spera possano essere rapidamente identificati ed inseriti.

Pertanto, inserire la diagnosi precoce e la cura del Gioco d'azzardo Patologico nei LEA è doveroso e non più procrastinabile. E' necessario però prevedere una serie di requisiti minimi di queste prestazioni da erogare, al fine di evitare che vi possano essere una moltitudine di prestazioni offerte non basate sulle evidenze scientifiche che porterebbero a dei multistandard assistenziali che spesso si sono rivelati in passato fonte di sprechi ed 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/alcolodipendenza, disturbi d'ansia, depressione, disturbi della personalità, altri disturbi degli impulsi – violenza familiare);
- farmaci: utilizzo di terapie farmacologiche con estrema cautela (i farmaci antidepressivi non dovrebbero essere usati per ridurre la gravità della patologia da gioco in pazienti affetti solo da questa patologia).

A scopo esemplificativo la tabella 8 riporta un elenco di prestazioni che dovrebbero rientrare nei LEA.

## Principi base per l'organizzazione dei dipartimenti delle dipendenze e monitoraggio del fenomeno

In Italia ad oggi non esiste un'organizzazione ben definita ed uniforme per affrontare correttamente i problemi derivanti dal gioco d'azzardo patologico ma anche per attivare interventi di prevenzione adeguati e diffusi e contemporaneamente ridurre fortemente la pressione pubblicitaria. Risulta importante considerare a questo proposito i vari livelli differenziati su cui bisognerebbe agire:

N	LEA
1	Diagnosi precoce dei comportamenti a rischio e dei fattori di vulnerabilità
2	Corretto assessment iniziale multidisciplinare (medica, psicologica, sociale, educativa, legale) orientato per problemi per i pazienti con GAP con successiva diagnosi specialistica con inquadramento mediante strumenti standard e tecniche validate
3	Diagnosi delle patologie eventualmente correlate
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 educativo alla famiglia
8	Diagnosi e trattamenti per la dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol
9	Programmi specifici per la prevenzione e gestione delle recidive
10	Programmi specifici per la valutazione e la prevenzione del rischio suicidario

Tab. 8 - Possibili Livelli Essenziali di Assistenza per il gioco d'azzardo patologico e problematico.

1. il livello locale territoriale dove insistono le sale giochi e le varie strutture dedicate al gioco d'azzardo
2. il livello nazionale dove la pubblicità attraverso i media diventa una componente rilevante da governare
3. il livello della rete internet che non presenta confini e di difficile gestione e controllo

Per quanto riguarda la diagnosi, la cura e la riabilitazione, le strutture che si dovrebbero attivare a cui affidare compiti specifici su questo problema sono senz'altro i Dipartimenti delle Dipendenze che dovrebbero attivare accessi specifici per la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione specialistica.

I Dipartimenti possiedono infatti tutte le varie competenze necessarie a questo proposito, essendo presenti al loro interno professionalità mediche, psicologiche, educative, di assistenza sociale ed avendo dimestichezza con pazienti affetti da dipendenze da sostanze o comportamenti.

I Dipartimenti delle Dipendenze dovrebbero essere in grado di fornire una serie di prestazioni assistenziali minime, quali quelle elencate precedentemente nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Importante, per quanto riguarda l'organizzazione, è anche il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale, soprattutto nella fase di individuazione precoce delle persone con disturbi da gioco d'azzardo problematico o patologico. I medici di medicina generale possono svolgere anche un ottimo ruolo di supporto, sostegno e rinforzo dei comportamenti positivi del paziente per evitare le recidive e gestire i momenti di crisi.

Un'altra importante collaborazione che i Dipartimenti delle Dipendenze devono instaurare al fine di migliorare e coordinare la risposta assistenziale, è quella con i Dipartimenti di Salute Mentale per i pazienti che presentano una comorbidità psichiatrica che ricordiamo essere una quota oscillante tra il 10 e il 40% dei casi (Dipartimento Politiche Antidroga, 2011, Thomas 2011, Sanju 2011, Lee 2011).

Per quanto riguarda il monitoraggio del fenomeno, esso costituisce uno strumento indispensabile per poter dimensionare tre importanti gruppi di popolazione:

1. persone vulnerabili, cioè con fattori individuali che le

espongono a rischio, in caso di contatti con stimoli di gioco d'azzardo, a sviluppare prima un gioco problematico e, secondariamente, un gioco patologico;

2. persone con comportamento di gioco d'azzardo problematico. Questo è un comportamento a rischio evolutivo che è importante diagnosticare il più precocemente possibile proprio per evitare che vi sia una evoluzione prognostica negativa verso forme più coinvolgenti sia la salute della persona, sia la sua sfera socio-familiare;

3. persone con gioco d'azzardo patologico, cioè affette dalla malattia, avendo cura di valutare anche l'indice di gravità differenziata in base alle fasi evolutive di questa dipendenza. Un panel di importanti indicatori standard messi a punto in questi anni sono rappresentati nell'elenco sopra riportato (Tab. 9 - Griffiths 2009, Sassen 2011, Yip 2011, Thomas 2011 modificato da G. Serpelloni 2012).

## Conclusioni

In conclusione, è possibile focalizzare quanto riportato in questo articolo, tenendo conto che molte cose devono ancora essere chiarite dalla ricerca e che quello che si pensa sia l'approccio migliore per il futuro è di tipo multidisciplinare, cioè un approccio che metta insieme necessariamente le neuroscienze, le scienze del comportamento, le scienze sociali ma anche la programmazione e l'organizzazione dei sistemi socio sanitari e quindi la politica e la legislazione.

Una base comune di partenza, però, deve derivare da una corretta e quanto più esaustiva lettura delle evidenze scientifiche disponibili nelle varie discipline prima nominate, salvo accettare di introdurre macroscopici errori, credenze irrazionali e distorsioni cognitive che alla fine porterebbero ad esprimere decisioni né appropriate, né efficaci.

Il gioco d'azzardo patologico presenta aspetti molto variegati e per poter interpretare la sua origine, le sue conseguenze per l'individuo, i comportamenti e le difficoltà di controllo degli stessi, oltre che le conseguenze sociali, è necessario quindi avere conoscenze approfondite in vari campi.

N	Indicatore
1	Prevalenza delle persone vulnerabili nella fascia 10 – 15 anni
2	Prevalenza dei giocatori ricreazionali divisi per fasce di età/popolazione generale
3	Prevalenza dei giocatori problematici/giocatori d'azzardo
4	Prevalenza dei giocatori patologici/giocatori d'azzardo
5	Incidenza delle persone vulnerabili nella fascia 10 – 15 anni
6	Incidenza dei giocatori ricreazionali divisi per fasce di età/popolazione generale
7	Incidenza dei giocatori problematici/giocatori d'azzardo
8	Incidenza dei giocatori patologici/giocatori d'azzardo
9	Prevalenza delle classi di gravità dei soggetti con G.A.P.
10	Percentuale di soggetti con G.A.P. con comorbidità psichiatrica e assunzione di sostanze
11	Percentuale di soggetti con problemi legali G.A.P. correlati
12	Quantità media soldi giocati ultimi 30 giorni (G.A.P, G.A.PRO, G.A.PAT) per persona
13	Tempo medio dedicato al gioco/die (G.A.P, G.A.PRO, G.A.PAT) per persona
14	Frequenza media di gioco d'azzardo (G.A.P, G.A.PRO, G.A.PAT) per persona
15	Tempo di latenza e di evoluzione tra G.A.R., G.A.PRO. e G.A.PAT.
16	N. delle persone in trattamento e cure erogate (prestazioni standard e giorni di trattamento/anno)
17	N. locali di gioco/N. abitanti
18	Quantità media di indebitamento per persona
19	N. slot machine/N. abitanti
20	N. punti Internet/N. abitanti
21	N. aziende italiane che gestiscono siti online
22	N. e tipi di siti attivi anche sul territorio italiano
23	N. accessi ai siti/mese
24	Stima dei costi assistenziali, sociali e dei benefici diretti derivanti dalle cure
25	Numero, tipo ed esito dei trattamenti erogati (outcome) (tempo libero da gioco d'azzardo, N. recidive a 6-12-24 mesi, reddito annuo)
26	Numero, tipo ed esito delle azioni di prevenzione messe in atto dalle Regioni e Province Autonome (P.A.)
27	Grado di accessibilità ai servizi
28	Grado di custode satisfaction
29	N. e tipo di attività di cura e riabilitazione messe a punto dalle Regioni e P.A.
30	Dati finanziari su volume delle entrate generali derivanti dal gioco d'azzardo, con quote differenziate tra payout della redistribuzione delle vincite, concessionari ed erario
31	Quote totali giocate per singola Regione e P.A. /anno
32	Quote procapite giocate per singola Regione e P.A./anno
33	Altri indicatori relativi alle azioni di contrasto per la prevenzione delle attività criminali correlate al gioco d'azzardo

Tab. 9 – Principali macro-indicatori epidemiologici per il gioco d'azzardo patologico. Adattamento a cura di Serpelloni G., 2012.

Quanto qui riportato vuole essere un insieme ragionato e selezionato di queste informazioni e vuole proporre un modello interpretativo aggiornato e documentato che parta però da un'analisi concreta e scientifica di quali siano le basi neuro-psico-biologiche individuali, i fattori sociali ed ambientali condizionanti (di rischio o di resilienza) tale comportamento. Siamo infatti convinti che non sia possibile affrontare il problema del gioco d'azzardo patologico e le sue conseguenze sociali, e quindi le necessarie azioni di prevenzione, cura e riabilitazione e di conseguenza la programmazione socio-sanitaria e la legislazione di supporto e regolamentazione, senza partire dalle evidenze scientifiche e da un approccio tecnico che permetta quindi un corretto inquadramento della pato-

logia a cui ci si trova davanti e del conseguente fenomeno sociale che deriva da questa malattia che ha necessità di trovare risposte sanitarie, sociali e legislative integrate per la sua corretta gestione.

I numerosi studi consultati e le osservazioni dei ricercatori fanno emergere una serie di importanti evidenze nelle persone affette da gioco d'azzardo patologico, partendo dalle carenze delle funzioni esecutive complesse (pianificazione, modulazione, capacità attentive e inibizione della risposta, non ultime le strategie di problem solving con tendenza a perseverare nei propri errori), da un'elevata sensibilità alla ricompensa, da livelli anomali e aumentati di eccitazione durante il gioco d'azzardo.

Questo aumentato livello di eccitazione può compromettere l'inibizione che si dovrebbe esercitare con l'autocontrollo e il processo decisionale. Proprio i diversi livelli di eccitazione che i pazienti possono mostrare in relazione al gioco d'azzardo possono essere fonte di un'ulteriore classificazione dei pazienti in sotto-tipi specifici.

Gli studi biochimici e genetici hanno mostrato anomalie dei sistemi della dopamina, della serotonina, della noradrenalina, delle beta-endorfine e la forte correlazione di queste anomalie con geni coinvolti proprio nella strutturazione e regolazione dei sistemi di questi neurotrasmettitori in soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico (Goudriaan 2004).

I soggetti che presentano vulnerabilità al gioco d'azzardo patologico, nel momento in cui vengono a contatto con stimoli ripetuti di gioco d'azzardo, ne possono sviluppare una patologia, e quindi una dipendenza.

La vulnerabilità quindi è stata messa in relazione proprio con questi deficit e con queste varianti genetiche che comportano una carenza funzionale dei sistemi della dopamina e che fanno sviluppare nel tempo al soggetto comportamenti che tentano di normalizzare e compensare questa carenza di dopamina.

E' stato visto anche che i soggetti con gioco d'azzardo patologico esprimono preferenze per ricompense immediate piuttosto che per ricompense tardive (Petry 2002, Petry 1999, Sharpe 1995), al contrario di quanto, invece, dovrebbe normalmente avvenire. Con la persistenza del comportamento di gioco d'azzardo è possibile inoltre che i circuiti della ricompensa vengano modificati dal gioco patologico e questo alla stregua della dipendenza da sostanze, anche se con modificazioni meno forti.

Importanti fattori sono tutte quelle condizioni che portano ad esplicitare una sindrome disinibitoria (carenza di autocontrollo) e quindi ad esprimere comportamenti di gioco eccessivo (Goldstein 2002, Sharpe 2002, Koob 2001, Goldstein 2001, Patterson 1993). Questo deficit di autocontrollo

è stato chiaramente associato alle aree frontali del cervello (Goldstein 2002) in associazione anche con quanto visto nella dipendenza da alcol e da droga (Goldstein 2001, Fillmore 2002), ed in particolare della corteccia prefrontale (Cavedini 2002, Rugle 1993).

Lo sviluppo del gioco d'azzardo patologico può avere diverse modalità di evoluzione (Blaszczynski 2002). In base a queste diverse modalità di evoluzione e di condizione di base esistenti nell'individuo, si potrebbero distinguere 3 diversi tipi di giocatori patologici con differenti comorbilità.

Il primo di questi percorsi si baserebbe primariamente su condizionamenti comportamentali e questo processo comportamentale influenzerà anche i circuiti cerebrali della ricompensa (Goudriaan 2004).

Un secondo percorso potrebbe essere quello dovuto a circostanze di vita, problemi emotivi (prevalentemente ansia e depressione) e chiaramente vulnerabilità biologica preesistente che rappresentano importanti fattori in grado di condizionare l'evoluitività da gioco d'azzardo ricreazionale, a gioco d'azzardo problematico e quindi patologico.

Il terzo percorso è quello dove i fattori collegati soprattutto all'impulsività con la presenza di ADHD oltre alle condizioni elencate sopra, potrebbe portare allo sviluppo di un terzo sottogruppo di giocatori d'azzardo patologico caratterizzati da una particolare impulsività e spesso anti-socialità.

I sottogruppi comportamentali del gioco d'azzardo patologico sono stati descritti anche in relazione al tipo di gioco preferito (ad esempio, corse di cavalli, casinò, slot machine, poker online). Anche questa è un'osservazione da tenere in considerazione sia durante gli interventi di prevenzione sia durante quelli di cura e riabilitazione. La disponibilità e l'accessibilità alle opportunità di gioco d'azzardo costituiscono poi un ulteriore fattore di propulsione facendo aumentare soprattutto il rischio per le persone vulnerabili ad intraprendere percorsi evolutivi verso il gioco d'azzardo patologico.

Sicuramente la problematica non è di facile inquadramento

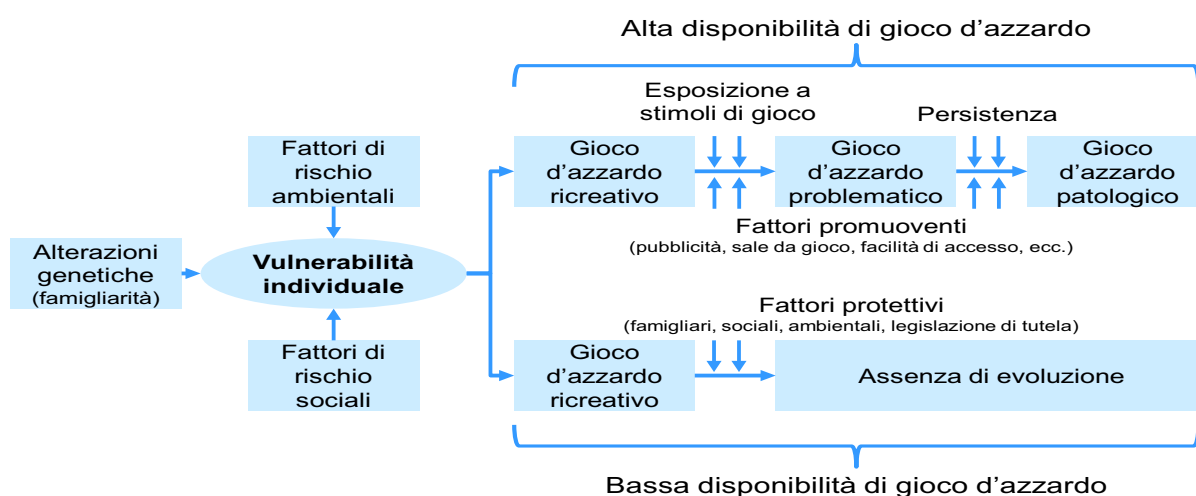


Fig. 32 – Possibile evoluzione del gioco d'azzardo nelle persone vulnerabili. Serpelloni G., 2012.

né comprensione, ma molti punti sono ormai abbastanza ben definiti tali da poter concludere che il gioco d'azzardo patologico è una vera e propria malattia con forte impatto sociale che ha bisogno di essere affrontata con tutti i criteri, l'organizzazione e la legislazione che è necessario utilizzare per qualsiasi patologia che manifesti, per altro, dei gravi problemi sanitari oltre che individuali, come nel caso in questione.

Infine, la necessità di intervenire tempestivamente sia a livello normativo che a livello di organizzazione sanitaria, non può più essere misconosciuta o rinviata. La problematica sta diventando sempre più grave e diffusa sul territorio nazionale interessando fasce giovanili, oltre che anziane, già molto spesso a rischio per uso di sostanze stupefacenti e/o abuso alcolico.

La contraddizione quindi, che deriva dal fatto che sia proprio lo Stato a gestire e a voler incrementare i vari giochi d'azzardo, con conseguente aumento dei giocatori patologici, non è accettabile proprio in virtù del fatto che lo stesso stato dovrebbe anche promuovere, difendere e tutelare la salute dei cittadini, soprattutto se vulnerabili.

Un equilibrio razionale e nel contempo etico può essere sicuramente raggiunto incrementando fortemente le azioni di prevenzione, riducendo altrettanto fortemente le azioni di promozione e di disponibilità di gioco e, nel contempo, assicurando cure efficaci, tempestive ed accessibili presso il servizio sanitario pubblico alle persone che abbiano sviluppato una dipendenza da gioco d'azzardo.

Vogliamo ricordare, infine, che il gioco d'azzardo patologico è una malattia sicuramente evitabile, prevenibile, curabile e guaribile affinché tutte le persone che ne soffrono e le loro famiglie possano sapere chiaramente, ed esserne pienamente consapevoli, che i loro problemi verranno giustamente presi in considerazione dagli operatori sanitari. Essi devono inoltre sapere che questi problemi sono sicuramente superabili sia con un percorso professionale, ma anche con un percorso umano, che ha, e deve avere, come *primum movens*, la speranza del paziente che da una patologia di questo genere si può guarire ridando fiducia, qualità di vita e benessere a se stessi e alla propria famiglia.

## Bibliografia

1. AA.VV. Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi. Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nov. 2011.
2. Albiero P. / (CUR.) (2012) Benessere psicosociale in adolescenza, Carocci Editore, Roma.
3. Ariyabuddhiphongs V. Before, during and after measures to reduce gambling harm. *Addiction*. 2011 Jan; vol. 106(1) pp. 12-3; discussion 13-4.
4. Baiocco R., Couyoumdjian a., Del Miglio C., (2005) "Il QMA: valutazione dei fattori di personalità, cognitivi e motivazionali associati ai comportamenti a rischio" in *Bollettino di psicologia applicata*, 246, p.43-54.
5. Balodis IM., et al. Potenza Diminished Frontostriatal Activity During Processing of Monetary Rewards and Losses in Pathological Gambling. *Biol Psych*. 2012.
6. Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
7. Barbaranelli C, Prevalence and correlates of problem Gambling in Italy, 8th European Conference on gambling studies and Policy Issues, Vienna, September 14-17 2010.
8. Barnes, G., Welte, J., Hoffman, J., & B. Dintcheff, (1999) "Gambling and alcohol use among youth: influences of demographic, socialization, and individual factors". In *Addictive Behaviors* 24(6):749-767 Fisher, S. 1992.
9. Barnes, G.M., Welte, J.W., Tidwell, M.-C.O., & Hoffman, J.H. (2011). Gambling on the lottery: Sociodemographic correlates across the lifespan. *Journal of Gambling Studies*, Advance online publication. doi:10.1007/s10899-010-9228-7.
10. Baroni S, Giannaccini G, Zanda G, Dell'Osso L. Decreased density of the platelet serotonin transporter in pathological gamblers. *Neuropsychobiology*. 2008;57(1-2):38-43. Epub 2008 May 2.
11. Bechara A. Risky business: emotion, decision making and addiction. *J Gambl Stud* 19: 23-51. 2003.
12. Benson, P., & Saito, R. (2000). *The Scientific Foundations of Youth Development*. Minneapolis: Search Institute.
13. Bergevin T, Gupta R, Derevensky J, Kaufman F. Adolescent gambling: Understanding the Role of Stress and Coping. *J Gambl Stud*. 2006 Jun;22(2):195-208. doi: 10.1007/s10899-006-9010-z. Epub 2006 Jul 12.
14. Best M, Williams JM, Coccaro EF. Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proc Natl Acad Sci Usa* 99: 8448-8453. 2002.
15. Binde P. Gambling, exchange systems, and moralities. *J Gambl Stud*. 2005 Winter;21(4):445-79.
16. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv* 49: 1434-1439, 1998.
17. Blanco C, Petkova E, Ibanez A, et al: A pilot placebo – controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 14:9 – 15, 2002.
18. Blaszczyński A, McConaghy N, Frankova A., Boredom proneness in pathological gambling. *Psychol Rep*. 1990 Aug;67(1):35-42.
19. Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health*. 2010 Sep; vol. 47(3) pp. 223-36.
20. Breen RB, Zuckerman M, 1999 Trad. Capitanucci D. GAPS: Gambling Attitudes and Beliefs Survey. 2004.
21. Brown JH. Youth, drugs and resilience education. *J Drug Educ*. 2001;31(1):83-122. Review.
22. Brown AD, Dorfman ML, Marmar CR, Bryant RA. The impact of perceived self-efficacy on mental time travel and social problem solving. *Conscious Cogn*. 2012 Mar;21(1):299-306. Epub 2011 Oct 21.
23. Browne, B., Brown, D. (2001). "Predictors of Lottery Gambling Among American College Students". *The Journal of Social Psychology*. 134 (3); 339-47.
24. Brunelle N, Cousineau M-M, Dufour M, Gendron A, Leclerc D, A look at the contextual elements surrounding Internet gambling among adolescents, Paper presented at the 8th Annual Conference of Alberta Gaming Research Institute, Banff Center, Alberta, Mar 2009
25. Bueno B, Moragas L, Gunnard K, Menchón JM. Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *Br J Clin Psychol*. 2012 Mar; vol. 51(1) pp. 54-71.
26. Bühler et al., Nicotine Dependence Is Characterized by Disordered Reward Processing in a Network Driving Motivation,
27. *Biological Psychiatry* 2010; 67(8):745-752.
28. Caillon J, Grall-Bronnec M, Bouju G, Lagadec M, Vénisse JL. [Pathological gambling in adolescence]. *Arch Pediatr*. 2012 Feb; vol. 19(2). pp. 173-9.
29. Campbell C, Derevensky J, Meerkamper E, & Cutajar J. Parents' Perceptions of Adolescent Gambling: A Canadian National Study, *Journal of Gambling Issues*, Issue 25, June 2011
30. Capitanucci D, Carlevaro T. Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico, "Hans Dubois" editore, 2004.
31. Castellani B, Rugle L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *Int J Addict*. 1995 Feb;30(3):275-89.

32. Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *Am J psychiatry* 160:1041-1052, 2003.
33. Chambers, RA, Potenza, MN, "Pathways of youth gambling problem severity".(2003). *Journal of Gambling Studies*, 19, 53-84.
34. Chambers RA, Potenza MN. Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *J Gambl Stud.* 2003 Spring
35. Chase HW, Clark L. Gambling severity predicts midbrain response to near-miss outcomes. *J Neurosci.* 2010 May 5;30(18):6180-7.
36. Clark et al., Gambling Near-Misses Enhance Motivation to Gamble and Recruit Win-Related Brain Circuitry, *Neuron.* 2009 February 12; 61(3): 481-490.
37. 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 May-Jun;20(3):130-48.
38. Crockford DN, Goodyear B, Edwards J, Quickfall J, el-Guebaly N. Cue-Induced Brain Activity in Pathological Gamblers, *BIOL PSYCHIATRY* 2005;58:787-795.
39. Crockford DN, el-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatry* 43:43-50, 1998.
40. Damon W, What is positive in youth development?, *Ann Am Acad of Polit Soc Sci* 2004; 591:13-24
41. Dannon PN, Kushnir T, Aizer A, Gross-Isseroff R, Kotler M, Manor D. Alternation learning in pathological gamblers: an fMRI Study. *Brain Imaging Behav.* 2011 Mar;5(1):45-51.
42. D'Emidio-Caston M, Brown JH. The other side of the story. Student narratives on the California Drug, Alcohol, and Tobacco Education Programs. *Eval Rev.* 1998 Feb;22(1):95-117.
43. de Greck M, Enzi B, Prösch U, Gantman A, Tempelmann C, Northoff G. Decreased neuronal activity in reward circuitry of pathological gamblers during processing of personal relevant stimuli. *Hum Brain Mapp.* 2010 Nov;31(11):1802-12.
44. De Ruiter MB, Oosterlaan J, Veltman DJ, Van den Brink W, Goudriaan AE. Similar hypo-responsiveness of the dorsomedial prefrontal cortex in problem gamblers and heavy smokers during an inhibitory control task. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 121, Issues 1-2, 1 February 2012, Pages 81-89.
45. 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 Mar;34(4):1027-38. Epub 2008 Oct 1.
46. Delfabbro, P., & L. Thrupp. (2003) "The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents". *Journal of Adolescence* 26(3):313-330.
47. Delfabbro P., Lahn J., Grabosky P., (2005) CENTRE FOR GAMBLING RESEARCH Adolescent Gambling in the ACT, Report to the ACT Gambling and Racing Commission.
48. Derevensky JL, Shek DT, Merrick J. Adolescent gambling. *Int J Adolesc Med Health.* 2010 Jan-Mar;22(1):1-2.
49. Derevensky JL, Temcheff C, Gupta R, Treatment of adolescent gambling problems: more art than science?, in Derevensky JL, Shek Daniel TL, Merrick J, Youth gambling. The hidden addiction, De Gruyter. 2011 Berlin/Boston
50. Derevensky, J. L., Gupta R., (2000) "Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions". *Journal of Gambling Studies* 16(2/3):227-251.
51. Dicey dealings: responsible gambling education strategy. -Department of Education and Children's Services. Government of South Australia (2007) Adolescent gamblers in Gambling and addictions 2009 international symposium.
52. Dickerson M, Hinchy J, Legg England S. Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *J Gambl Stud* 6:87-102, 1990.
53. Dickson, L. M., Derevensky, J.L., & Gupta R. (2002). The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework". *Journal of Gambling Studies*, 18, 97-159.
54. Dowling N, Smith D, Thomas T. A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behav Res Ther.* 2007 Sep;45(9):2192-202. Epub 2006 Dec 28.
55. Druine C. (2009). Belgium. In G. Meyer, T. Hayer, & M. Griffiths (Eds.), *Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions* (pp. 3-16). New York: Springer.
56. Echeburua E, Fernandez-Montalvo J, Baez C. Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural and cognitive Psychotherapy* 29: 379-383, 2001.
57. Echeburua E, Fernandez-Montalvo J, Baez C. Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. *Behav. Ther* 31: 351-364, 2000.
58. Echeburua E, Baez C, Fernandez-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in psychological treatment of pathological gambling: long term outcome. *Behavioural and cognitive Psychotherapy* 24: 51-72, 1996.
59. Ellenbogen S, Gupta R, Derevensky J.L., A cross-cultural study of gambling behaviour among adolescents, *J Gambl Stud.* 2007 Mar;23(1):25-39.
60. Engwall, D., Hunter, R. and Steinberg, M. (2004). Gambling and other risk behaviors on university campuses. *Journal of American College Health.* 52 (6): 245-255.
61. Evans R. I., (2003) "Some Theoretical Models and Constructs Generic to Substance Abuse Prevention Programs for Adolescents: Possible Relevance and Limitations for Problem Gambling". *J. Gambling Stud.* Volume 19, Number 3, Pages 287-302.
62. Felsher J.R., Derevensky, J.L., & Gupta, R. (2003). Parental influences and social modelling of youth lottery participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology.* 13, 361-377. doi:10.1002/casp.738.
63. Felsher, J.R., Derevensky, J.L., & Gupta, R. (2004). Lottery playing amongst youth: Implications for prevention and social policy. *Journal of Gambling Studies*, 20, 127-153.
64. Ferland F, Ladouceur, R. & F. Vitaro. 2002. Prevention of problem gambling: modifying misconceptions and increasing knowledge. *Journal of Gambling Studies* 18(1):19-30.
65. Finding consistent with Potenza et al. (2003) Using Stroop Task comparing PG with NC. De Ruiter, Oosterlaan, Veltman, van den Brink, Goudriaan, 2012, *Drug Alc Dep.*
66. Fisher S. "L'impatto del gambling sugli adolescenti" in Croce M., Zerbetto R. (a cura di) (2001) *Il Gioco & l'azzardo*" Franco Angeli.
67. Fisher Sue, Gambling and pathological gambling in adolescents, *Journal of Gambling Studies*, Volume 9, Number 3 (1993), 277-288, DOI: 10.1007/BF01015923
68. Fisher, S. (1999). "A prevalence study of gambling and problem gambling in British Adolescents". *Addiction Research* 7:509-538. *Gambling Studies* 9:277-287.
69. Floros GD, Siomos K, Fisoun V, Geroukalis D. (2012) Jan 21. [Epub ahead of print] Adolescent Online Gambling: The Impact of Parental Practices and Correlates with Online Activities. *J Gambl Stud.*
70. Friend A, DeFries JC, Olson RK. Parental education moderates genetic influences on reading disability. *Psychol Sci.* 2008 Nov;19(11):1124-30.
71. Friend A, DeFries JC, Olson RK, Pennington B, Harlaar N, Byrne B, Samuelsson S, Willcutt EG, Wadsworth SJ, Corley R, Keenan JM. Heritability of high reading ability and its interaction with parental education. *Behav Genet.* 2009 Jul;39(4):427-36. Epub 2009 Mar 19.
72. Gaboury A, Ladouceur R. Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. *J Prim Prev* 14: 21-28. 1993.
73. Gainsburt S., Seeking help online: a new approach for youth-specific gambling interventions, in Derevensky JL, Shek Daniel TL, Merrick J, Youth gambling. The hidden addiction, De Gruyter. 2011 Berlin/Boston.
74. Gambino B, Fitzgerald R, Shaffer HJ, et al. Perceived family history of problem gambling and scores on the SOGS. *J Gambl Stud* 9: 169-184. 1993.
75. Goldstein RZ, Leskovan AC, Hoff AL, Hitzemann R, Bashan F, Khalsa SS, Wang GJ, Fowler JS, Volkow ND. Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia.* 2004;42(11):1447-58.
76. Goldstein RZ, Volkow ND (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 159: 1642-1652.
77. Goudriaan AE, de Ruiter MB, van den Brink W, Oosterlaan J, Veltman DJ. Brain activation patterns associated with cue reactivity and cra-

- ving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: an fMRI study. *Addict Biol.* 2010 Oct;15(4):491-503. doi: 10.1111/j.1369-1600.2010.00242.x. Epub 2010 Sep 14.
78. Gaboury A, Ladouceur R: Erroneous perceptions and gambling. *J Soc Behav Pers* 4:411 – 420, 1989.
79. Gainsburt S., Seeking help online: a new approach for youth-specific gambling interventions, in Derevensky JL, Shek Daniel TL, Merrick J, Youth gambling. The hidden addiction, De Gruyter. 2011Berlin/Boston
80. Gambino B, Fitzgerald R, Shaffer HJ: Perceived family history of problem gambling and scores on the SOGS. *J Gambl Stud* 9:169 – 184, 1993.
81. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010 Sep; vol. 36(5) pp. 233-41.
82. Grant JE e Potenza MN, Il gioco d'azzardo patologico - Una guida clinica al trattamento, Springer ed, 2010
83. Grant JE, Potenza MN. Il gioco d'azzardo patologico, Argo TR, Black DW, Caratteristiche Cliniche, 37-58, 2010.
84. Grant JE, Kim SW: Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatr Scand.* 2003 Sep;108(3):203-7.
85. Grant JE, Kim SW. Dissociative symptoms in pathological gambling. *Psychopathology.* 2003 Jul-Aug;36(4):200-3.
86. Grant JE, Kim SW: Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *J Clin Psychiatry* 62:957-962,2001.
87. Grant JE e Potenza MN Adolescent program gambling: pharmacological treatment options in Derevensky JL et al, Youth gambling. The hidden addiction, De Gruyter, 2011
88. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL., N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study, *Biol Psychiatry.* 2007 Sep 15;62(6):652-7. Epub 2007 Apr 18.
89. Griffiths MD. The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *Br J Psychol* 85: 351 – 369, 1994.
90. Griffiths M. & I. Sutherland. (1998) "Adolescent gambling and drug use". *Journal of Community and Applied Social Psychology* 8(6):423-427.
91. Griffiths M. 1998. Why adolescents don't turn up for treatment. Paper presented at the 3rd Conference of the European Association for Gambling Studies, Munich.
92. Griffiths MD. (2002). Are lottery scratchcards a 'hard' form of gambling? e-Gambling: The Electronic Journal of Gambling Issues, 7, 111–121. Retrieved from <http://www.camh.net/egam>.
93. Griffiths M, Parke J. The social impact of Internet gambling. *Soc Sci Comput Rev* 20:312-320, 2002.
94. Griffiths M, Wardle H, Orford J, Sproston K, Erens B., Sociodemographic correlates of internet gambling: findings from the 2007 british gambling prevalence survey. *Cyberpsychol Behav.* 2009 Apr;12(2):199-202.
95. Griffiths MD, Parke J. Adolescent gambling on the internet: a review. *Int J Adolesc Med Health.* 2010 Jan-Mar; vol. 22(1) pp. 59-75.
96. Griffiths,MD Wood,R 2007. Adolescent Internet Gambling: Preliminary results of a national survey, *Education and Health* 25(2),23-26
97. Gupta, R & J Derevensky. 1997. Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies* 13(3):179-192.
98. Gupta, R & J Derevensky (1998a) "Adolescent gambling behavior: a prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling". *Journal of Gambling Studies* 14(4):319-345.
99. Gupta, R. & J. Derevensky (2000) Adolescents with gambling problems: from research to treatment. *Journal of Gambling Studies* 16(2/3):315-342.
100. Hewig J, Kretschmer N, Trippel RH, Hecht H, Coles MG, Holroyd CB, Miltner WH. Hypersensitivity to reward in problem gamblers. *Biol Psychiatry.* 2010 Apr 15;67(8):781-3.
101. Hinić D. Problems with 'Internet addiction' diagnosis and classification. *Psychiatr Danub.* 2011 Jun; vol. 23(2) pp. 145-51.
102. Hollander E, DeCaria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biol Psychiatry* 47: 813-7, 2000b.
103. Hollander E, Pallanti S, Baldini – Rossi N, et al: Sustained release lithium/placebo treatment response in bipolar spectrum pathological gamblers. Poster presented at the 42nd Annual New Clinical Drug Evaluation Unit Meeting, Boca Raton, FL, June 10 – 13, 2002.
104. Hollander E, Kaplan A, Schmeidler J, Yang H, Li D, Koran LM, Barbato LM. Neurological soft signs as predictors of treatment response to selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005 Fall;17(4):472-7.
105. Hollander E, Frenkel M, Decaria C, Trugold S, Stein DJ., Treatment of pathological gambling with clomipramine. *Am J Psychiatry.* 1992 May;149(5):710-1.
106. Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychol* 69:50-57, 2001.
107. Ibanez A, Blanco C, de Castro IP, et al. Genetics of pathological gambling. *J Gambl Stud* 19: 11-22. 2003.
108. Ibanez A, Blanco C, Saiz-Ruiz J. Neurobiology and genetics of pathological gambling. *Psychiatr Ann* 32: 181-185. 2002.
109. Jackson, A. (1999). The impacts of gambling on adolescents and children. Report prepared for the Department of Human Services, Victoria. Melbourne: School of Social Work, University of Melbourne.
110. Jackson, AC, Dowling, N, Thomas, SA, Bond, L, & Patton, G (2008). Adolescent gambling behaviour and attitudes: A prevalence study and correlates in an Australian population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 325–352.
111. Jacobs DF. A general theory of addictions: rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors, in *Compulsive Gambling: Theory, Research and Practice*. Edited by Shaffer HJ, Stein S, Gambino B, et al. Lexington, MA, Lexington Books, 1989, pp 33-64.
112. Jacobs DF, Marston AR, Singer RD, et al. Children of problem gamblers. *Journal of Gambling Behaviour* 5: 261 – 267, 1989.
113. Jimenez-Murcia S, Aymamí N, Gómez-Peña M, Santamaría JJ, Alvarez-Moya E, Fernández-Aranda F, Granero R, Penelo E, Bueno B, Moragas L, Gunnard K, Menchón JM. Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *Br J Clin Psychol.* 2012 Mar;51(1):54-71. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02012.x. Epub 2011 May 9.
114. Joutsa J, Saunavaara J, Parkkola R, Niemelä S, Kaasinen V. Extensive abnormality of brain white matter integrity in pathological gambling. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 194 (2011) 340–346.
115. Joutsa J, Johansson J, Niemelä S, Ollikainen A, Hirvonen MM, Piepponen P, Arponen E, Alho H, Voon V, Rinne JO, Hietala J, Kaasinen V. Mesolimbic dopamine release is linked to symptom severity in pathological gambling. *Neuroimage.* 2012 May 1;60(4):1992-9. Epub 2012 Feb 14.
116. Kairouz S, Paradis C, Nadeau L. Are online gamblers more at risk than offline gamblers? *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2012 Mar;15(3):175-80. Epub 2011 Dec 1.
117. Kertzman S, Lidogoster H, Aizer A, Kotler M, Dannon PN. Risk-taking decisions in pathological gamblers is not a result of their impaired inhibition ability. *Psychiatry Res.* 2011 Jun 30;188(1):71-7.
118. Khazaal Y, Chatton A, Bouvard A, Khiari H, Achab S, Zullino D. Internet Poker Websites and Pathological Gambling Prevention Policy. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming.* 2011 Dec 16.
119. Khazaal Y, Chatton A, Billieux J, Bizzini L, Monney G, Fresard E, Thorrens G, Bondolfi G, El-Guebaly N, Zullino D, Khan R., Effects of expertise on football betting. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2012 May 11;7(1):18.
120. Kim SW, Grant JE. An open naltrexone treatment study of pathological gambling disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 16: 285 – 289, 2001a.
121. Kim SW, Grant JE, Adson DE, et al: A double blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling disorder. *J Clin Psychiatry* 63: 501 – 507, 2002.
122. King D, Delfabbro P, Griffiths M, The Convergence of Gambling and Digital Media: Implications for Gambling in Young People, *J Gambl Stud* (2010) 26:175–187
123. Korn D, Gibbins R, Azmier J. Framing public policy towards a public health paradigm for gambling. *J Gambl Stud.* 2003 Summer;19(2):235-56.
124. LaBrie, R. A., Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., & Wechsler, H. (2003). Correlates of college student gambling in the United States. *Journal of American College Health*, 52(2), 53-62.
125. Ladouceur R, Dube D. and Bujold A. (1994). "Prevalence of patho-

- logical gambling related problems among college students in the Quebec Metropolitan area". *Canadian Journal of Psychiatry*. 39; 289-293.
126. Ladouceur R, Dubé D: Erroneous perceptions in generating random sequences: identification and strength of a basic misconception in gambling behaviour. *Swiss Journal of Psychology* 56: 256 – 259, 1997.
  127. Ladouceur R., Jacques C., Ferland F. et al. Prevalence of problem gambling a replication study 7 years later. *Can J Psychiatry* 44: 802-804, 1999.
  128. Ladouceur, R., Boudreault, N., Jacques, C., & F. Vitaro. (1999) "Pathological gambling and related problems among adolescents". *Journal of child and adolescent substance abuse* 8:55-68.
  129. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, Jacques C. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis*. 2001 Nov;189(11):774-80.
  130. Ladouceur R, Sévigny S. Symbols presentation modality as a determinant of gambling behavior. *J Psychol*. 2002 Jul;136(4):443-8.
  131. Lane S, Steinberg J, Ma L, Hasan K, Kramer L, Zuniga E, Narayana P, Moeller F. 2010. diffusion tensor imaging and decision making in cocaine dependence. *PLoS One* 5, e11591.
  132. Langhinrichsen-Rohling J, Rohde P, Seeley J. R., Rohling M. L., (2010) "Individual, Family, and Peer Correlates of Adolescent Gambling" in *Journal of Gambling Studies*, Volume 20, Number 1, Pages 23-46.
  133. LaPlante DA, Gray HM, Bosworth LB, & Shaffer HJ. (2010). Thirty years of lottery public health research: Methodological strategies and trends. *Journal of Gambling Studies*, 26(2), 301-329.
  134. Larimer ME, Neighbors C, Lostutter TW, Whiteside U, Crounce JM, Kaysen D, Walker DD. Brief motivational feedback and cognitive behavioral interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. *Addiction (Abingdon, England)*. 2011 Dec 21.
  135. Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ, Clark L. Impulsivity and response inhibition in alcohol dependence and problem gambling. *Psychopharmacology (Berl)*. 2009 Nov;207(1):163-72.
  136. Lee KM, Chan HN, Cheah B, Gentica GF, Guo S, Lim HK, Lim YC, Noorul F, Tan HS, Teo P, Yeo HN. Ministry of Health clinical practice guidelines: management of gambling disorders. *Singapore Med J*. 2011 Jun; vol. 52(6) pp. 456-8; quiz 459.
  137. Leeman RF, Potenza MN, Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology* 2011, pp. 1-22.
  138. Lesieur HR, Klein R. Pathological gambling among high school students. *Addict Behav*. 1987;12(2):129-35.
  139. Linden RD, Pope HG Jr, Jonas JM. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 47:201-203, 1986. Martin 2004.
  140. Linnert J, Peterson E, Doudet DJ, Gjedde A, Møller A. Dopamine release in ventral striatum of pathological gamblers losing money. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Oct;122(4):326-33.
  141. Linnert J, Møller A, Peterson E, Gjedde A, Doudet D. Inverse association between dopaminergic neurotransmission and Iowa Gambling Task performance in pathological gamblers and healthy controls. *Scand J Psychol*. 2011 Feb;52(1):28-34.
  142. Linnert J, Møller A, Peterson E, Gjedde A, Doudet D. Dopamine release in ventral striatum during Iowa Gambling Task performance is associated with increased excitement levels in pathological gambling. *Addiction*. 2011 Feb;106(2):383-90.
  143. Livingstone C, Adams PJ. Harm promotion: observations on the symbiosis between government and private industries in Australasia for the development of highly accessible gambling markets. *Addiction*. 2011 Jan; vol. 106(1) pp. 3-8.
  144. Luthar SS, Anton SF, Merikangas KR, Rounsaville BJ. Vulnerability to drug abuse among opioid addicts' siblings: individual, familial, and peer influences. *Compr Psychiatry*. 1992 May-Jun;33(3):190-6.
  145. Luthar SS. Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993 May;34(4):441-53.
  146. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000 May-Jun;71(3):543-62. Review.
  147. Luthar SS, Becker BE. Privileged but pressured? A study of affluent youth. *Child Dev*. 2002 Sep-Oct;73(5):1593-610.
  148. Luthar SS, Sexton CC. The high price of affluence. *Adv Child Dev Behav*. 2004;32:125-62. Review.
  149. Luthar SS, Goldstein A. Children's exposure to community violence: implications for understanding risk and resilience. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004 Sep;33(3):499-505. Review.
  150. Luthar SS, Latendresse SJ. Comparable "risks" at the socioeconomic status extremes: preadolescents' perceptions of parenting. *Dev Psychopathol*. 2005 Winter;17(1):207-30.
  151. Luthar SS, Latendresse SJ. Children of the Affluent: Challenges to Well-Being. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005 Feb;14(1):49-53.
  152. Luthar SS, Shoum KA, Brown PJ. Extracurricular involvement among affluent youth: a scapegoat for "ubiquitous achievement pressures"? *Dev Psychol*. 2006 May;42(3):583-97.
  153. Luthar SS, Sawyer JA, Brown PJ. Conceptual issues in studies of resilience: past, present, and future research. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Dec;1094:105-15. Review.
  154. Luthar SS, Barkin SH. Are affluent youth truly "at risk"? Vulnerability and resilience across three diverse samples. *Dev Psychopathol*. 2012 May;24(2):429-49.
  155. Maden T, Swinton M. & J. Gunn (1992) "Gambling in young offenders". *Criminal Behaviour and Mental Health* 2:300-308.
  156. Marazziti D, Golia F, Consoli G, Presta S, Pfanner C, Carlini M, Mungai F, Catena Dell'Osso M. Effectiveness of long-term augmentation with citalopram to clomipramine in treatment-resistant OCD patients. *CNS Spectr*. 2008 Nov;13(11):971-6.
  157. Marazziti D, Golia F, Picchetti M, Pioli E, Mannari P, Lenzi F, Conversano C, Carmassi C, Catena Dell'Osso M, Consoli G, Baroni S, Giannaccini G, Zanda G, Dell'Osso L. Decreased density of the platelet serotonin transporter in pathological gamblers. *Neuropsychobiology*. 2008;57(1-2):38-43. Epub 2008 May 2.
  158. Martini C, Daniele S, Picchetti M, Panighini A, Carlini M, Trincavelli ML, Cesari D, Da Pozzo E, Golia F, Dell'Osso L. A(2A) adenosine receptor binding parameters in platelets from patients affected by pathological gambling. *Neuropsychobiology*. 2011;63(3):154-9. Epub 2011 Jan 13.
  159. McComb JL, Sabiston CM. Family influences on adolescent gambling behavior: a review of the literature. *J Gambl Stud*. 2010 Dec; vol. 26(4) pp. 503-20.
  160. McConaghy N, Blaszczynski A, Frankova A. Comparison of imaginal desensitization with other behavioural treatments of pathological gambling: a two-to nine-year follow-up. *Br J Psychiatry* 159: 390-393, 1991.
  161. McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski A, et al. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *Br J Psychiatry* 142: 366-372, 1983.
  162. McCormick J, Delfabbro P, Denson LA. *J Gambl Stud*. (2011) Nov 25. Psychological Vulnerability and Problem Gambling: An Application of Durand Jacobs' General Theory of Addictions to Electronic Gaming Machine Playing in Australia.
  163. McMullan JL, Miller D. Wins, winning and winners: the commercial advertising of lottery gambling. *J Gambl Stud*. 2009 Sep;25(3):273-95. Epub 2009 Feb 25.
  164. Meyer G, Hauffa BP, Schedlowsky M, et al: Casino gambling increase heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biol Psychiatry* 48: 948-953, 2000.
  165. Miedl SF, Fehr T, Meyer G, et al., Neurobiological correlates of problem gambling in a quasi-realistic blackjack scenario as revealed by fMRI, *Psychiatry Research: Neuroimaging* 181 (2010) 165–173 Nov-Dec; vol. 20(6) pp. 495.
  166. Ministero della Salute – CCM, Dipendenze comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi – Regione Piemonte, 2012.
  167. Mitka M. Win or lose, Internet gambling stakes are high. *Jama* 285: 1005-2001.
  168. Monaghan S, Wood RT. Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. *Int J Adolesc Med Health*. 2010 Jan-Mar;22(1):113-28. Review.
  169. Monaghan S, Blaszczynski A. Electronic gaming machine warning messages: information versus self-evaluation. *J Psychol*. 2010 Jan-Feb;144(1):83-96.

170. Monaghan S, Blaszczyński A. Impact of mode of display and message content of responsible gambling signs for electronic gaming machines on regular gamblers. *J Gambl Stud.* 2010 Mar;26(1):67-88.
171. Moore, S. & K. Ohtsuka. 2000. The structure of young people's leisure and their gambling behaviour. *Behaviour Change* 17(3):167-177.
172. Moran E. Varieties of pathological gambling. *Br Psychiatry* 116:593-597, 1970.
173. Mori, Social Research Institute/International Gaming Research Unit (2006, June). Under 16s and the National Lottery: Final report. Retrieved from GamCare: <http://www.gamcare.org.uk/pdfs/NLCreport.pdf> North American Association of State and Provincial Lotteries (n.d.). Did you know [Fact sheet]. Retrieved from <http://www.naspl.org/index.cfm?fuseaction=content&PageID/441&PageCategory>.
174. Müller CA, Banas R, Heinz A, Hein J. Treatment of pathological gambling with disulfiram: a report of 2 cases. *Pharmacopsychiatry.* 2011 Mar;44(2):81-3. Epub 2011 Feb 16.
175. Müller A, Rein K, Kollei I, Jacobi A, Rotter A, Schütz P, Hillemacher T, de Zwaan M. Impulse control disorders in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2011 Aug 15;188(3):434-8. Epub 2011 May 5.
176. New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, et al. Blunted prefrontal cortical 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography response to metachlorophenylpiperazine in impulsive aggression. *Arch Gen Psychiatry* 59: 621-629. 2002.
177. Noble EP. Addiction and its reward process through polymorphisms of the D2 dopamine receptor gene: a review. *Eur Psychiatry* 15: 79-89. 2000.
178. Oberg SA, Christie GJ, Tata MS. Problem gamblers exhibit reward hypersensitivity in medial frontal cortex during gambling. *Neuropsychologia.* 2011 Nov;49(13):3768-75. Epub 2011 Oct 1.
179. Olason, D.T., Sigurdardottir, K.J., & Smari, J. (2006). Prevalence estimates of gambling participation and problem gambling among 16–18-year-old students in Iceland: A comparison of the SOGS-RA and DSM-IV-MR-J. *Journal of Gambling Studies*, 22, 23–39.
180. Olason, D.T., Skarphedinnsson, G.A., Jonsdottir, J.E., Mikaelsson, M., & Gretarsson, S.J. (2006). Prevalence estimates of gambling and problem gambling among 13- to 15-year-old adolescents in Reykjavik: An examination of correlates of program gambling and different accessibility to electronic gambling machines in Iceland. *Journal of Gambling Issues*, 18, 39–55. Retrieved from <http://www.camh.net/egambling/issue18/pdfs/olason.pdf>.
181. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L, DeCaria C, Hollander E. Serotonin dysfunction in pathological gamblers: increased prolactin response to oral m-CPP versus placebo. *CNS Spectr.* 2006 Dec;11(12):956-64.
- 182.
183. Pallesen S, Molde H, Arnestad HM, Skutle A, Menzoni R, Holsten F. [Pharmacological treatment of pathological gambling]. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2006 May 11;126(10):1322-4.
184. Pallesen S, Molde H, Arnestad HM, Laberg JC, Skutle A, Iversen E, Støylen IJ, Kvale G, Holsten F. Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2007 Aug;27(4):357-64.
185. PasternaK AV, Fleming MF. Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Arch. Fam. Med.* 8: 515-520, 1999.
186. Pastwa-Wojciechowska B. The relationship of pathological gambling to criminality behavior in a sample of Polish male offenders. *Med. Sci. Monit.* 2011 Nov; vol. 17(11) pp. CR669-675.
187. Petry NM. Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *Jabnorm Psychol* 110:482-487 2001.
188. Petry NM, Casarella T. Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Drug alcohol depend* 56: 25-32, 1999.
189. Petry NM, Steinberg KL. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol Addict Behav* 2005;19:226–9.
190. Pfefferbaum A, Rosenbloom M, Rohlfing T, Sullivan EV. Degradation of association and projection white matter systems in alcoholism detected with quantitative fiber tracking. *Biol Psychiatry.* 2009 Apr 15;65(8):680-90. Epub 2008 Dec 21.
191. Pfefferbaum A, Rosenbloom MJ, Fama R, Sassoon SA, Sullivan EV. Transcallosal white matter degradation detected with quantitative fiber tracking in alcoholic men and women: selective relations to dissociable functions. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010 Jul;34(7):1201-11. Epub 2010 May 7.
192. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011 Oct;165(10):895-9.
193. Planinac LC, Cohen JE, Reynolds J, Robinson DJ, Lavack A, Korn D. Lottery promotions at the point-of-sale in Ontario, Canada. *J Gambl Stud.* 2011 Jun;27(2):345-54.
194. Potenza MN, Wareham JD, Steinberg MA, Rugle L, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S, Desai RA. Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011 Feb; vol. 50(2) pp. 150-159.e3.
195. Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, et al. Gambling urges in pathological gambling: a functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60: 828–36.
196. Potenza MN, Leung H-C, Blumberg HP, et al. An event-related fMRI Stroop study of pathological gamblers. *Biol Psychiatry* 53: 54s. 2003 a.
197. Potenza MN, Leung HC, Blumberg HP, Peterson BS, Fulbright RK, Lacadie CM et al (2003a). An fMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 160: 1990–1994.
198. Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, et al. An fMRI study of gambling urges in pathological gamblers. *Arch Gen Psychiatry* 60:828-836. 2003 b.
199. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, et al. Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J Psychiatry* 158:1500-1505, 2001.
200. Rahman AS, Pilver CE, Desai RA, Steinberg MA, Rugle L, Krishnan-Sarin S, Potenza MN. The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *Journal of psychiatric research.* 2012 Mar 10.
201. Raisamo S, Halme J, Murto A, Lintonen T. Gambling-Related Harms Among Adolescents: A Population-Based Study. *J Gambl Stud.* 2012 Feb 26. [Epub ahead of print].
202. Remijnse PJ, Nielen MM, van Balkom AJ, Cath DC, van Oppen P, Uylings HB et al (2006). Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63: 1225–1236.
203. Reuter et Al., Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system, *Nature Neuroscience*, vol 8, n 2, 2005.
204. Riley B, Smith D, Oakes J. Exposure therapy for problem gambling in rural communities: a program model and early outcomes. *Aust J Rural Health.* 2011 Jun; vol. 19(3) pp. 142-6.
205. Rosenthal RJ. Pathological gambling. *Psychiatr Ann* 22: 72-78. 1992.
206. Roy A, Custer R, Lorenz V, et al. Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatr Scand* 80: 37-39. 1989.
207. Rugle L: The use of olanzapine in the treatment of video poker pathological gamblers. Poster presented at the 1st annual conference of the National Center for Responsible Gaming, Las Vegas, NV, December 3 – 5, 2000.
208. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry.* 1987 Jul;57(3):316-31. Review.
209. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry.* 1985 Dec;147:598-611.
210. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health.* 1993 Dec;14(8):626-31, 690-6. Review. English, Spanish.
211. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci.* 2006 Dec;1094:1-12. Review.
212. Rutter M. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Negl.* 2007 Mar;31(3):205-9. Epub 2007 Apr 3.
213. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol.* 2012 May;24(2):335-44.
214. Saatcioglu O, Ugur Z, Kambaryan K, Yanik M., A psychotic disorder related to use of herbal preparation: case report. *Int J Psychiatry Med.* 2007;37(3):279-82.
215. Sahffer, H., Forman, D., Scanlan, K., and Smith, F. (2000). "Awareness of gambling-related problems, policies and educational programs among

- high school and college administrators". *Journal of Gambling Studies*. 16 (1); 93-101.
216. Sanju G, Gerada C. Problem gamblers in primary care: can GPs do more? *Br J Gen Pract*. 2011 Apr; vol. 61(585) pp. 248-9.
217. Sassen M, Kraus L, Bühringer G. Differences in pathological gambling prevalence estimates: facts or artefacts? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2011 Dec; vol. 20(4) pp. e83-99.
218. Sescousse et Al., The Architecture of Reward Value Coding in the Human Orbitofrontal Cortex, *The Journal of Neuroscience* 2010, 30(39):13095-13104.
219. Shaffer HJ, Kidman R. *Gioco d'azzardo patologico e sistema sanitario, in Il Gioco d'azzardo patologico* Grant JE, Potenza MN, Springer. 2010.
220. Shaffer HJ, LaBrie RA, LaPlante DA. et al. The Iowa Department of Public Health gambling treatment services: For years of evidence (Technical report n. 101102-200). Boston, MA, Harvard Medical School, 2002.
221. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta. Analysis. Boston, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions, 1997.
222. Shaffer HJ, Hall MN: Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: a quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *J Gambl Stud* 12: 193-214, 1996.
223. Sharpe L, Tarrier N, Schotte D, et al: The role of autonomic gambling arousal in problem gambling. *Addiction* 90: 1529-1540, 1995.
224. Shead NW, Derevensky JL, Gupta R. Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *Int J Adolesc Med Health*. 2010 Jan-Mar; vol. 22(1) pp. 39-58.
225. Shek Daniel TL and Sun Rachel CF, Prevention of gambling problems in adolescents: the role of problem gambling assessment instruments and positive youth development programs, in Derevensky JL, Shek Daniel TL, Merrick J, Youth gambling. The hidden addiction, De Gruyter. 2011 Berlin/Boston
226. Sibbald B. Casinos bring ill fortune, psychiatrists warn. *CMAJ* 164: 388, 2001.
227. Sklar A, Gupta R, Derevensky J. Binge gambling behaviors reported by youth in a residential drug treatment setting: a qualitative investigation. *Int J Adolesc Med Health*. 2010 Jan-Mar; 22(1):153-62.
228. Slutske WS, Moffitt TE, Poulton R, Caspi A. Undercontrolled Temperament at Age 3 Predicts Disordered Gambling at Age 32: A Longitudinal Study of a Complete Birth Cohort. *Psychological science*. 2012 Mar 28.
229. St-Pierre RA, Jeffrey L, Derevensky A, Gupta R, Martin I. a & International Gambling Studies, Publication details, including instructions for authors and subscription information: <http://www.tandfonline.com/loi/rigs20> Preventing lottery ticket sales to minors: factors influencing retailers' compliance behaviour.
230. Stea JN, Hodgins DC. A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011 Jun 1; vol. 4(2) pp. 67-80.
231. Stinchfield, R., Cassuto, N., Winters, K., & Latimer, W. (2002). "Prevalence rates of youth gambling: Are the current rates inflated?"
232. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioural treatment of pathological gambling: a controller study. *J Consult Clin Psychol* 65: 727-732, 1997.
233. Takahashi G, Noriyuki T, Shimoda K, Furonaka O, Osaki N, Shioya S, Yonehara S, Miyata Y. [18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography (FDG-PET) negative poorly differentiated adenocarcinoma of lung with mediastinal lymph node metastases]. *Kyobu Geka*. 2010 Dec; 63(13):1145-50.
234. Takahashi H, Matsui H, Camerer C, Takano H, Kodaka F, Ideno T, Okubo S, Takemura K, Arakawa R, Eguchi Y, Murai T, Okubo Y, Kato M, Ito H, Suhara T. Dopamine D<sub>2</sub> receptors and nonlinear probability weighting in risky choice. *J Neurosci*. 2010 Dec 8; 30(49):16567-72.
235. Tanabe J, Thompson L, Claus E, Dalwani M, Hutchison K, Banich MT (2007). Prefrontal cortex activity is reduced in gambling and nongambling substance users during decision-making. *Hum*.
236. Tavares H, Zilberman ML, Beites FJ, Gentil V. Gender differences in gambling progression. *J Gambl Stud*. 2001 Summer; 17(2):151-9.
237. Thomas SA, Merkouris SS, Radermacher HL, Dowling NA, Misso ML, Anderson CJ, Jackson AC. Australian guideline for treatment of problem gambling: an abridged outline. *Med. J. Aust*. 2011 Dec 19; vol. 195(11-12) pp. 664-5.
238. Todirita IR, Lupu V. Gambling Prevention Program Among Children. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2012 Feb 8.
239. Toneatto T. Cognitive therapy for problem gambling. *Cognitive and Behavioral Practice* 9:191 -199. 2002.
240. Tsitsika A, Critselis E, Janikian M et al. Association Between Internet Gambling and Problematic Internet Use Among Adolescents, *J Gambl Stud*. 2011 Sep; 27(3):389-400.
241. Tsouvelas G, Giotakos O. [Internet use and pathological internet engagement in a sample of college students]. *Psychiatrike*. 2011 Jul-Sep; vol. 22(3) pp. 221-30.
242. Turner NE, Preston DL, McAvoy S, Gillam L. The Use of Tobacco as Gambling Currency by Federal Offenders in Canada Before and After a Tobacco Ban. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2012 Feb 14.
243. Vachon J, Vitaro F, Wanner B, et al. (2004) Adolescent gambling: relationships with parent gambling and parenting practices. *Psychol Addict Behav*; 18:398-401.
244. Van Holst RJ, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE. Brain Imaging Studies in Pathological Gambling *Curr Psychiatry Rep* (2010) 12:418-425.
245. Van Holst RJ, Veltman DJ, Büchel C, van den Brink W, Goudriaan AE. Distorted Expectancy Coding in Problem Gambling: Is the Addictive in the Anticipation? *Biological Psychiatry* - 15 April 2012 Vol. 71, Issue 8, Pages 741-748.
246. Villella C., Martinotti G., Di Nicola M., Cassano M. and La Torre (2011) "G., Behavioural Addictions in Adolescents and Young Adults: Results from a Prevalence Study" *Journal of Gambling Studies* Volume 27, Number 2, Pages 203-214.
247. Vitaro, F., Arseneault, L. & R. Tremblay. 1997. Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry* 154(12):1769-1770.
248. Vitaro, F., Brendgen, M. Ladouceur, R. & R. Tremblay. (2001) "Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: mutual influences and common risk factors". *Journal of Gambling Studies* 17:171-190.
249. Volberg RA. Gambling and problem gambling among adolescent in Nevada Department of Human Resources 2001. Available at: <http://www.geminiresearch.com>, accessed May 13, 2002.
250. Volberg RA, Abbott MW, Ronberg S. et al. Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 104: 250-256, 2001.
251. Volberg RA. The future of gambling in the United Kingdom. *BMJ*. 2000 Jun 10; 320(7249):1556.
252. Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC, Parker J., Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity, *J Stud Alcohol*. 2001 Sep; 62(5):706-12.
253. Welte JB, Barnes GM, Wieczorek WF, et al: Gambling participation in the US – results from a national survey. *J Gambl Stud* 17:81 – 100, 2001.
254. Welte, J., Barnes, G., Wieczorek, W., Tidwell, M., & J. Parker. (2004) "Risk factors for pathological gambling". *Addictive Behaviors* 29(2):323-335.
255. Wiebe, J., & Falkowski-Ham, A. (2003, November). Understanding the audience: The key to preventing youth gambling problems. Report prepared by the Responsible Gambling Council.
256. Welte, J., Barnes, G., Wieczorek, W., Tidwell, M., & J. Parker. (2004) "Risk factors for pathological gambling". *Addictive Behaviors* 29(2):323-335.
257. Welte, J.W., Barnes, G.M., Tidwell, M.-C.O., & Hoffman, J.H. (2009). The association of form of gambling with problem gambling among American youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 105-112.
258. Werner EE. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*. 2004 Aug; 114(2):492.
259. Werner EE. Children and war: risk, resilience, and recovery. *Dev Psychopathol*. 2012 May; 24(2):553-8.
260. Winstanley CA, Cocker PJ, Rogers RD. Dopamine modulates reward expectancy during performance of a slot machine task in rats: evidence for a 'near-miss' effect. *Neuropsychopharmacology*. 2011 Apr; 36(5):913-25. Epub 2011 Jan 5.

261. Winstanley CA. The utility of rat models of impulsivity in developing pharmacotherapies for impulse control disorders. *Br J Pharmacol.* 2011 Oct;164(4):1301-21.
262. Winters KC, Anderson N. Gambling involvement and drug use among adolescents. *J Gambl Stud.* 2000 Autumn;16(2-3):175-98.
263. Woods RT, Griffiths MD. Adolescent perceptions of the National Lottery and scratchcards: a qualitative study using group interviews. *J Adolesc.* 2002 Dec;25(6):655-68.
264. Wood, RTA, & Griffiths, MD (2004). Adolescent lottery and scratchcard players: Do their attitudes influence their gambling behaviour? *Journal of Adolescence*, 27, 467–475. doi:10.1016/j.adolescence.2003.12.003 *International Gambling Studies* 191.
265. Wood RT, Williams RJ. Problem gambling on the internet: implications for internet gambling policy in North America, *New Media & Society* June 2007 9: 520-542.
266. Yip SW, Desai RA, Steinberg MA, Rugle L, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S, Potenza MN. Health/functioning characteristics, gambling behaviors, and gambling-related motivations in adolescents stratified by gambling problem severity: findings from a high school survey. *Am J Addict.* 2011 Nov-Dec; vol. 20(6) pp. 495.
267. Yeoman T, Griffiths M. Adolescent machine gambling and crime. *J Adolesc.* 1996 Apr;19(2):183-8.

# Dipendenze comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: sintesi del progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi - Regione Piemonte

Pietro Canuzzi

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione, ufficio VII

**Q**uesto articolo presenta in estrema sintesi le risultanze del progetto nazionale sulle dipendenze comportamentali e sul gioco d'azzardo patologico, attivato dal Ministero della Salute - Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e affidato per la sua esecuzione alla Regione Piemonte. Allo studio, iniziato nel maggio del 2008 e concluso nel novembre del 2010, hanno partecipato la Regione Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia. L'articolo completo, contenente i risultati originali, è stato pubblicato nel Bollettino sulle Dipendenze, volume XXXIV - N. 1/2011.

*Behavioral addictions/Pathological gambling: a summary of the national pilot project for the monitoring and coordination of activities/programs – Piedmont Region*

*This article presents the results of an Italian project on behavioural addictions and pathological gambling, financed by the Ministry of Health - National Center for Prevention and Disease Control (CCM) and implemented by the Piedmont Region. The study, which began in May 2008 and ended in November 2010, saw the participation of the following Regions: Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Campania, Puglia and Sicilia. The complete article, containing the original results, is published on the Bulletin on Addiction, Volume XXXIV - N. 1/2011.*

**Parole chiave:** *Dipendenze comportamentali, Gioco d'azzardo patologico, Ministero della Salute*

**Keywords:** *Behavioral addictions, Pathological gambling, Ministry of Health*

**Contatti:** Dott. **Pietro Canuzzi**

Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione, ufficio VII

V.le Giorgio Ribotta, 5 00144 - Roma

e-mail: [p.canuzzi@salute.it](mailto:p.canuzzi@salute.it)

## Introduzione

**D**a alcuni anni, accanto allo scenario oramai “abituale” di uso problematico di sostanze psicoattive legali ed illegali (droghe, alcol, tabacco), sempre più ampio e articolato, si va profilando con sempre maggiore nettezza l'emergere e la crescente diffusione di una problematica diversa nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlata, quella dei consumi psicoattivi problematici “sine substantia”, in cui cioè quadri clinici assimilabili o equiparabili a quelli della classica tossico-dipendenza e/o dei disturbi da abuso/dipendenza da alcol si riscontrano in persone che non hanno una storia di consumi di sostanze concrete psicoattive, ma bensì di comportamenti ripetuti, compulsivi e, in definitiva, problematici o francamente invalidanti.

Si tratta, in particolare, di persone con storia di abitudine al gioco d'azzardo (“gambling”) nelle sue varie forme, da quelle

dei classici giochi da lotteria e delle tradizionali scommesse sportive, a quelle più recentemente introdotte nel nostro Paese (lotterie a vincita immediata, sale bingo, gratta e vinci e così via) e a quelle che coinvolgono – come ulteriore fattore di rischio – l'elemento tecnologico (sia le tecnologie di intrattenimento come i video-giochi, che quelle di comunicazione come internet o i telefoni cellulari).

Il gioco d'azzardo patologico (d'ora in poi GAP) è stato riconosciuto ufficialmente come disturbo psichiatrico a sé stante dall'American Psychiatric Association nel 1980: nel 1994, il GAP è stato classificato nel DSM-IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) come “disturbo del controllo degli impulsi non classificati altrove”.

Il DSM-IV ha definito il GAP come un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative; l'ICD-10 lo ha inserito tra i disturbi delle abitudini e degli impulsi. In ambito

clinico è dimostrata in letteratura una forte associazione di comorbidità con altri quadri diagnostici quali depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, abuso di sostanze (alcol, tabacco, sostanze psicoattive illegali), disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline), deficit dell'attenzione con iperattività, disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa). La prevalenza tra la popolazione adulta del GAP secondo il DSM-IV è dell'1-3%, con maggiore prevalenza tra familiari e parenti di giocatori ed in soggetti con un basso grado di istruzione rispetto alla popolazione generale; dal punto di vista sociale, l'impatto del GAP ha ripercussioni persino più pesanti dell'uso problematico di droghe (divenuto in larga misura "interclassista"), andando ad incidere prevalentemente su fasce sociali deboli sul piano economico e socio-culturale.

**Quadro organizzativo:** La configurazione attuale dell'erogazione di attività di accogliimento e trattamento dei soggetti affetti da GAP è estremamente disomogenea e frammentaria, per lo più lasciata alla iniziativa di singoli Servizi/Dipartimenti, prevalentemente nell'area della "patologia delle dipendenze". Ciò rende impossibile delineare attualmente, stante anche l'assenza di informazioni strutturate, la situazione organizzativa. Per quanto riguarda la regione Piemonte oltre la metà delle "vecchie" ASL hanno attivato una qualche forma di assistenza ai giocatori patologici, il più delle volte senza formalizzazione di Servizi veri e propri ma con distacchi funzionali di alcune unità di personale.

**Problemi emergenti:**

- non vi sono dati istituzionali nazionali rispetto alla dimensione del fenomeno;
- non esiste un riconoscimento formale della condizione come "patologia" sia ai fini della erogazione di prestazioni socio-sanitarie da parte del SSN (si auspica che dovrebbe divenirlo nella attuale revisione dei Livelli essenziali di assistenza) sia per l'applicazione delle misure alternative alla pena previste dal DPR 309.90 per tossicodipendenti ed alcolisti;
- praticamente del tutto assenti sono i programmi di prevenzione, siano essi di tipo universale o selettivo;

**Soluzioni proposte:**

- sensibilizzare le istituzioni affinché mettano in campo idonee politiche rispetto al "gambling";
- favorire azioni di tipo normativo/amministrativo che, nella logica della difesa intersettoriale della salute pubblica, riconsiderino la attuale strategia di "vendita" del gioco legale;
- sviluppare una progettualità nazionale con l'obiettivo di una migliore definizione del quadro dei bisogni e dell'offerta di servizi;
- supportare la attività istituzionale ad affrontare in modo razionale l'evolvere del fenomeno.

**Fattibilità:** Il responsabile scientifico ha svolto nell'anno 2006 il ruolo di referente scientifico per conto del Ministero della

Solidarietà Sociale presso il CNR per la redazione della Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. E' inoltre Direttore del Dipartimento "Patologia delle dipendenze" dell'ASL To3 che ha attivato al proprio interno, unico in Italia, per la presa in carico delle persone affette da GAP, 3 ambulatori territoriali, un percorso residenziale breve, un modulo di Comunità Terapeutica specifico per giocatori. Il Gruppo di Epidemiologia Clinica dell'Istituto di Fisiologia clinica del CNR di Pisa, conduce da diversi anni, in convenzione con il Ministero per la Solidarietà Sociale le principali survey nazionali sui consumi psicoattivi in Italia, IPSAD per la popolazione generale ed ESPAD per la popolazione scolastica della scuole superiori.

Azioni concrete da parte delle Amministrazioni Centrali dello Stato.

Il Legislatore con la Legge n. 220 del 13 dicembre 2010 ha stabilito che con decreto interdirigenziale del Ministero dell'Economia e delle Finanze d'intesa con il Ministero della salute e la Conferenza Unificata venga adottato un decreto inerente la Prevenzione, il contrasto e il recupero dei fenomeni di ludopatia conseguenti a gioco compulsivo. Il decreto è attualmente all'esame della Conferenza Unificata.

La sintesi dello studio qui presentata si divide in 2 sezioni:

- 1 - L'ITALIA CHE GIOCA: uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco.
- 2 - La rete dei Servizi Pubblici e Privati che si occupano di Gioco d'Azzardo Patologico.

## L'ITALIA CHE GIOCA: uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco

*Istituto di Fisiologia Clinica - CNR - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari*

*\*Dipartimento "Patologia delle dipendenze" ASL TO 3 Regione Piemonte, Direzione scientifica del Progetto "Il gioco è una cosa seria"*

Il gioco d'azzardo<sup>1</sup> è un fenomeno in forte espansione. Negli ultimi anni questa attività ha coinvolto quote sempre più ampie della popolazione, divenendo così di rilevante importanza economica e di notevoli proporzioni sociali. Nonostante le crescenti difficoltà economiche delle famiglie italiane ci sono sempre più persone che amano giocare d'azzardo. La passione per il gioco non conosce crisi e i dati pubblicati dall'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), relativi al trend 2003-2009, parlano chiaro.

Dal 2003 in poi, il comparto del gioco legalizzato ha registrato raccolte di ammontare sempre maggiore. L'aumento del numero di giocatori è stato determinato da più fattori come la continua differenziazione dei giochi esistenti, la diffusione capillare di luoghi dove giocare (la trasformazione delle tabaccherie in veri e propri piccoli "casinò", le slot machine nei bar, la crescita esponenziale delle forme di azzardo online) e

una maggiore accessibilità in termini di somme necessarie da impegnare per iniziare a giocare. Si è riscontrata dunque un'evoluzione nell'offerta e nella pratica del gioco d'azzardo che ha generato un aumento della quantità di denaro investito. Nella maggior parte dei casi il gioco d'azzardo e le scommesse sportive rappresentano una forma di divertimento praticata occasionalmente, nel tempo libero. In alcuni casi però tale pratica può sfuggire al controllo del giocatore, diventando una forma di "addiction" (gioco d'azzardo patologico) non sempre facile da definire in maniera esaustiva. Con l'obiettivo di comprendere meglio i comportamenti legati al gioco e le caratteristiche dei giocatori e di coloro che sviluppano una dipendenza dal gioco, è stato realizzato uno studio a livello nazionale<sup>2</sup>.

1 Per "gioco d'azzardo" ci si riferisce a qualsiasi gioco in denaro interamente fondato sull'alea, indipendentemente dal fatto che si tratti di gioco lecito o meno;

2 Lo studio IPSAD® 2007-2008 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs), è un'indagine di prevalenza finalizzata al monitoraggio di comportamenti di dipendenza/addiction nella popolazione generale, secondo gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e Tossicodipendenze di Lisbona (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA). Il questionario utilizzato raccoglie informazioni sull'abitudine al gioco in denaro, sull'intensità della propensione al gioco, sul gioco d'azzardo patologico, attraverso la scala Canadian Problem Gambling Index Short Form.

### Sono 15 milioni gli Italiani che giocano: il 38,3% della popolazione. Il giocatore: uomo tra i 25 e i 44 anni, istruito; single e con una buona occupazione

La ricerca è stata realizzata attraverso la compilazione anonima di un questionario ricevuto per posta. Il campione di soggetti intervistati è stato scelto casualmente dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati.

Sono circa 15 milioni gli Italiani che riferiscono di aver giocato somme di denaro una volta nel corso della vita (38,3% della popolazione 15-64 anni), questa stima è relativa al 50% dei maschi e al 29% delle donne che hanno partecipato allo studio.

L'identikit del giocatore "una tantum" descrive un uomo giovane, tra i 25 e i 44 anni, con un livello di istruzione medio alto che vive da solo o con amici ed ha un lavoro affermato, come l'imprenditore o il dirigente. Giocano meno le casalinghe e i pensionati, le persone con figli oppure i commercianti o i liberi professionisti. Si gioca di più nelle regioni del sud Italia, infatti dalle prevalenze regionali, risulta più diffuso il gioco tra i residenti del Molise (57,5%), seguiti dalla popolazione campana e da quella siciliana (rispettivamente 51,5% e il 50,7%). I territori regionali con percentuali più basse di giocatori sono invece la Valle D'Aosta e il Trentino Alto Adige con il 31,9%.

### Sono i giovani tra i 25 e i 34 anni a giocare maggiormente. Si gioca di più nelle regioni del Sud Italia

Nello studio si chiede alle persone quanto disapprovino chi gioca e quanto pensino che sia rischioso giocare, infatti, insieme alla approvazione/disapprovazione rispetto al gioco, uno dei principali processi psicologici che si manifesta nei giocatori riguarda l'atteggiamento verso il rischio nelle pratiche di gioco. Il comportamento di risk-taking (assunzione di rischio) cresce con l'aumentare della familiarità degli individui con il gioco che produce forte eccitazione sia per la suspense nell'attesa del risultato, sia in seguito alla stimolazione per l'eventuale vincita.

Il 71% della popolazione italiana percepisce come rischioso il gioco d'azzardo ma solo il 60% disapprova i giochi in cui si vincono o perdono soldi. Tra le donne tali percentuali si attestano rispettivamente intorno al 76% e 66%, mentre tra gli uomini intorno al 66% e 54% (percezione del rischio e disapprovazione).

Circa il 10% degli intervistati tra i 15 ed i 64 anni (oltre 3 milioni di persone), quindi, pur avendo la consapevolezza della pericolosità del gioco per i rischi ad esso connessi, non esprime un giudizio negativo sul fatto che lo si pratichi.

Analizzando gli stessi concetti separatamente all'interno della categoria dei giocatori e di quella di coloro che non hanno mai giocato, emerge che il 61% dei giocatori percepisce il rischio rispetto alle pratiche di gioco ed il 42% lo disapprova; invece tra i "non giocatori" l'80% ritiene rischioso tale comportamento e il 74% lo disapprova. Ciò significa che sia la percezione che la connotazione negativa dell'aspetto "rischioso" è nettamente inferiore tra i giocatori; tra di essi oltre 1/3 (39%) non percepisce il gioco come rischioso (il doppio rispetto al 20% dei non giocatori) e tra coloro che invece il rischio lo rilevano circa 1 su 3 non disapprova il comportamento (contro meno del 10% dei non giocatori che definiscono rischioso il gioco).

### Chi gioca percepisce meno il rischio e lo disapprova meno

Confrontando coloro che hanno dichiarato di aver giocato d'azzardo almeno una volta nella vita con quelli che non lo hanno mai fatto è stato possibile identificare alcune variabili di tipo socio-demografico associate al gioco d'azzardo.

Welte (2002) afferma che avere un livello socio-economico alto è maggiormente associato al gioco d'azzardo. Sono però gli individui con un basso livello economico ad essere più frequentemente giocatori problematici. Sono state riscontrate inoltre correlazioni positive tra gioco d'azzardo e abuso di alcol e di sostanze illecite (Welte 2004).

Oltre ad essere giovane e di sesso maschile, i fattori individuali correlati al gioco sono il possesso di un diploma di scuola media superiore o un livello di istruzione maggiore e il vivere da solo.

Associazioni positive si sono riscontrate inoltre tra chi ha altri

comportamenti a rischio come l'uso di sostanze legali come l'alcol (binge drinking) o le sigarette (consumo quotidiano) e di sostanze illegali (uso negli ultimi dodici mesi). Il gioco è inoltre associato a varie tipologie di comportamenti aggressivi.

L'indicatore di confronto scelto è il rapporto tra la probabilità di essere giocatore nei soggetti che presentano la caratteristica in esame e la probabilità di esserlo tra i soggetti che non presentano la caratteristica in esame (Odds-Ratio). Un  $OR > 1$  definisce caratteristiche "positivamente" associate al profilo di giocatore, viceversa un  $OR < 1$  definisce caratteristiche "negativamente" associate. La significatività statistica di tale confronto è espressa dall'intervallo di confidenza (IC) che non deve contenere il valore 1.

### Chi ha un reddito alto gioca di più

I risultati fin qui presentati risultano ancora più interessanti se messi in relazione con i dati ufficiali dell'AAMS, organo del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Complessivamente, nel 2009 sono stati giocati circa 54 miliardi di euro. Un progresso di 6 miliardi, rispetto ai volumi del 2008, e di 38 miliardi rispetto al 2003. In termini percentuali, tutto questo si traduce in una crescita del 13% in un anno (tra il 2008 ed il 2009) e del 40% in 6 anni (tra il 2003 ed il 2009) (figura 3). La stima per l'anno 2010 attesta il valore su oltre 60 miliardi di euro.

Nel corso del 2008 il contributo erariale del settore del Lotto ha raggiunto 1 miliardo e 565 milioni, contro 1 miliardo e 747 milioni del 2007 e quasi 2 miliardi nel 2006.

Con 24 miliardi e 951 milioni giocati nel 2009, gli apparecchi da intrattenimento e da divertimento con vincita in denaro (slot machine), rappresentano da soli quasi la metà del comparto dei giochi pubblici. Il dati del 2007 e del 2008 equivalgono rispettivamente a 18,8 miliardi di euro e 21 miliardi e 685 milioni (fig. 3). Dal primo ingresso nell'ambito dei giochi, gli apparecchi hanno fatto registrare incassi esponenziali, passando da 367 milioni di raccolta nel primo anno, 4 miliardi e 474 milioni nel secondo e 11 miliardi nel 2005, fino ad arrivare ai quasi 25 miliardi del 2009.

Il Superenalotto nel 2009 ha fatto registrare il miglior risultato in termini di volumi giocati degli ultimi sette anni: 3 miliardi e 687 milioni, 1 miliardo e 178 milioni in più rispetto al 2008.

### Nel 2009 sono stati giocati 54 miliardi di euro. Le macchine da gioco elettroniche rappresentano da sole quasi la metà del comparto dei giochi pubblici

Dal Superenalotto affluiscono nelle casse erariali 1 miliardo e 235 milioni, che rappresentano circa il 16% delle entrate totali. Le lotterie tradizionali, istantanee e telematiche, rappresentano, con 9 miliardi e 435 milioni, poco più del 18% della raccolta totale del 2009 e il 19% di quella dell'anno precedente (9 miliardi e 274 milioni).

I giochi a base sportiva, come i concorsi a pronostico, big e scommesse sportive a quota fissa, contribuiscono per l'8% sul totale degli incassi nel 2009 e nel 2008, rispettivamente con 4 miliardi e 167 milioni e 4 miliardi e 85 milioni, dato in discesa rispetto al 2003 che rappresentava il 10,4% sul totale degli introiti. Nell'ambito dei giochi a base ippica, (totip, scommesse ippiche, vincente, accoppiata, tris, quarté e quinté), si osservano simili raccolte di gioco negli anni presi in esame.

Tra il 2003 e il 2006, in media il settore ippico ha incassato circa 2 miliardi e 900 milioni, mentre scendono le cifre dei giochi pubblici ippici legati alle corse dei cavalli, nel triennio 2007-2009, con un incasso di 1 miliardo e 978 milioni nell'ultima annualità in studio.

La raccolta complessiva del Bingo nel 2009 scende sotto gli 1,5 miliardi di euro e per il terzo anno consecutivo fa registrare il segno meno, mentre dal 2003 al 2005 si sono registrate tendenze di incassi in aumento. Infine, per quanto concerne la spesa media pro capite per il gioco e considerando solo la popolazione Italiana maggiorenne, indipendentemente dal fatto che si sia giocato o meno in denaro nella vita, nel 2009 l'importo investito da ogni italiano ha superato per la prima volta i 1.000 euro. Prendendo in esame la prima annualità in cui la quota investita era pari a 326 euro, nel 2006 questa è quasi raddoppiata ed è risultata pari a 956 euro nel 2008.

### Oltre i 1.000 euro la spesa procapite nel 2009

## IL GIOCO TRA I RAGAZZI

La "febbre del gioco" non risparmia i ragazzi. Poco più di un milione di studenti italiani delle scuole superiori dice di aver giocato soldi almeno una volta nel corso del 2009, e sono i maschi a giocare di più rispetto alle femmine.

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un incremento del numero di studenti coinvolti nel gioco d'azzardo e, sebbene in Italia sia vietato ai minori di 18 anni, nel 2009 circa 420.000 studenti e 250.000 studentesse minorenni hanno giocato d'azzardo.

Tra i giochi preferiti dai giovani di entrambi i generi risulta in pole position il Gratta e vinci, seguito dalle Scommesse Sportive e Lotto/Superenalotto.

Tipicamente maschili sono invece le macchine da gioco elettroniche. Tra gli studenti giocatori il 6% ha puntato, perdendo o vincendo, più di 50 euro nell'ultimo mese ed il 0,4% ha un profilo di rischio problematico. Anche in questo caso sono i ragazzi a far rilevare i profili più gravi. Il fenomeno è largamente diffuso nel Sud Italia. Nonostante siano di più i maggiorenni a giocare, tra i minorenni il 55,5% degli studenti maschi e il 34,6% delle studentesse riferisce di aver fatto giochi in cui si vincono o perdono soldi almeno una volta nel corso dell'ultimo anno. In generale, in tutta Italia, il fenomeno interessa circa 450.000 studentesse e 720.000 studenti, ovvero il 47,1% dei giovani delle scuole medie superiori.

## Più di un milione di studenti ha giocato con soldi nel 2009

Per valutare la diffusione del gioco tra gli studenti è stato condotto uno studio esplorativo a livello nazionale secondo gli standard adottati dall'indagine europea ESPAD. La metodologia prevede la compilazione di un questionario anonimo, auto-compilato all'interno delle classi delle scuole selezionate casualmente.

Nel 2000, il 39% degli studenti italiani ha riferito di fare giochi in cui si vincono o perdono soldi con una frequenza riportata compresa tra "poche volte l'anno" e "quasi ogni giorno". Questa percentuale aumenta gradualmente nel corso degli anni, giungendo nel 2009 intorno al 51,6%.

Tra gli studenti il fenomeno è maggiormente diffuso nelle regioni del Sud Italia: la Campania in testa, seguita dalla Basilicata e la Puglia. Le aree in cui invece i giovani riferiscono in misura minore di giocare denaro si concentrano nel Nord-Est: il Trentino Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto.

Lo studio ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), è una indagine di prevalenza con l'obiettivo di monitorare i consumi di sostanze psicoattive (lecite ed illecite) e diversi comportamenti a rischio nella popolazione italiana scolarizzata, secondo gli standard metodologici condivisi a livello Europeo (Hibell et al. 2009) e definiti dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e Tossicodipendenze di Lisbona (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA). Il questionario utilizzato raccoglie inoltre varie informazioni sull'abitudine al gioco in denaro, sull'intensità della propensione al gioco, sulle somme giocate, la tipologia, i luoghi prediletti e sul gioco d'azzardo patologico, attraverso la scala South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA), strumento costruito per la valutazione, negli adolescenti, del grado di problematicità connesso alla pratica del gioco d'azzardo.

## In 10 anni gli studenti giocatori sono aumentati del 25%. Il gioco è più diffuso al Sud

La diffusione del gioco nella popolazione scolarizzata non sembra assumere quindi distribuzione differente a livello regionale rispetto a quanto osservato nella popolazione generale.

Ad essere maggiormente attirati dal gioco sembrerebbero i maschi del Sud Italia: circa due studenti su tre hanno riferito di aver giocato negli ultimi dodici mesi. Il fenomeno, tuttavia, non risparmia le coetanee meridionali, in particolare in Sicilia dove le studentesse "giocatrici" sono quasi il doppio del Veneto.

Al fine di capire meglio la natura del "legame" che gli studenti hanno col gioco d'azzardo, si è indagata la tipologia e i posti più frequentati per giocare tra tutti i "giocatori". E' noto che la partecipazione a più tipologie di giochi è fortemente predittiva del gioco d'azzardo patologico. Giochi che forniscono

un feedback immediato rispetto al risultato sono più coinvolgenti rispetto ad altre forme di gioco, quindi hanno una maggiore probabilità di produrre dipendenza (Griffiths, 1995). In Italia, abbastanza diffuso risulta l'impiego di apparecchiature informatiche che implicano due fattori importanti: primo l'affrettata ripetitività del tentativo successivo che non consente la rielaborazione del gioco precedentemente effettuato, secondo l'esiguità della singola giocata che abbassa la soglia di percezione del danno derivante da tale comportamento. L'aumento della disponibilità di questi dispositivi come le macchine elettroniche da gioco è riconosciuto come un fattore associato all'aumento del gioco d'azzardo problematico.

## la partecipazione a più tipologie di giochi è fortemente predittivo del gioco d'azzardo patologico

Circa i due terzi degli studenti 'giocatori' in Italia ha preferito dilettarsi con il "Gratta e vinci" e altre lotterie istantanee, nell'ultimo anno si è passati dal 59% (dato 2008) al 63%. Pratica ampiamente diffusa, soprattutto tra gli studenti di genere maschile, è l'effettuare scommesse sportive. La terza tipologia di gioco in ordine, che ha inoltre subito un incremento nell'ultimo anno, è il Lotto/Superenalotto (dal 20% nel 2008 al 26% nel 2009).

Le preferenze per le tipologie di gioco sono abbastanza diverse tra i generi; se i maschi preferiscono giochi che coinvolgono lo sport come le "Scommesse sportive" (vedi calcio, ippica, etc.) o gli "skill game" che prevedono l'utilizzo di carte come il "Poker", la maggior parte delle studentesse predilige giochi più 'immediati' come il "Gratta e vinci o Lotto istantaneo". Non sembrano esserci invece differenze di genere per quanto riguarda il "Lotto/Superenalotto" e gli "Altri giochi con le carte".

## I giochi preferiti: Gratta e vinci e Lotterie istantanee. I ragazzi preferiscono gli Skill game

I giovani italiani prediligono situazioni di gioco solitario: il gratta e vinci/lotto istantaneo risulta infatti il gioco in denaro preferito nell'intera penisola. Per tutta l'area del nord Italia segue, al secondo posto, il lotto/superenalotto fatta unica eccezione per la Lombardia e l'Emilia Romagna dove al secondo posto troviamo le scommesse sportive. Nelle regioni del centro, sud ed isole al secondo posto tra le preferenze dei giovani ritroviamo le scommesse sportive fatta eccezione per Umbria, Marche, Lazio e Abruzzo in cui risultano preferiti altri giochi con le carte ed in Sardegna, lotto/superenalotto così come nelle regioni del Nord.

L'analisi dei contesti di gioco può essere un importante indicatore per comprendere le motivazioni che spingono i giovanissimi a trascorrere il tempo giocando soldi. I ragazzi preferiscono i locali pubblici non dedicati esclusivamente al gioco (bar, tabaccherie, pub...), le case private e le sale scommesse. Il gioco virtuale (internet, telefono cellulare) viene effettuato in poco meno del 10% dei casi.

## I posti preferiti per giocare: bar tabaccherie, pub

Di grande interesse anche lo studio delle differenze di genere; mentre “bar, tabacchi e pub” sono sia per i ragazzi che per le ragazze risultano il contesto di gioco preferito così come la “casa propria o di amici”; differenze si osservano per quel che riguarda le “sale dove si effettuano scommesse”, tali luoghi sono al terzo posto nelle preferenze dei maschi. Al terzo posto per le “giocatrici” invece ci sono le “Sale giochi”, sebbene siano frequentate il doppio dai coetanei. Non sembrano esserci differenze di genere invece per ciò che riguarda le “Sale bingo”.

I bar, tabacchi e pub appaiono come i luoghi preferiti dagli studenti di tutte le regioni d'Italia: fanno eccezione solo la Puglia e la Sicilia in cui tali luoghi risultano i privilegiati al pari del gioco effettuato a casa propria o di amici. Al terzo posto tra i luoghi di gioco preferiti dagli studenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni sono le sale scommesse. Eccezione a tale andamento generale sono la Campania e Calabria dove i valori percentuali che fanno riferimento a tali luoghi sono molto simili a quelli rilevati per il gioco effettuato a casa di amici. Differenze sostanziali si osservano nelle isole: mentre la Sicilia ha una distribuzione molto simile alle regioni del Sud Italia, la Sardegna sembra avvicinarsi alle preferenze dell'Italia Nord Occidentale. Il gioco virtuale (su internet) è maggiormente diffuso nel Meridione e in Sicilia, mentre almeno un giocatore su dieci in Veneto è stato in un casinò.

Particolarmente interessante risulta l'analisi della frequenza del gioco e l'entità delle somme giocate negli ultimi trenta giorni, caratteristiche fortemente predittive del gioco d'azzardo patologico.

La frequenza di gioco negli ultimi dodici mesi è molto diversa tra i generi: se la metà dei maschi ha giocato dalle 3 alle 19 volte, la metà delle femmine ha solo “provato” giocando una o due volte. Un 15% degli studenti giocatori invece ha giocato “20 o più volte”, dato in aumento rispetto al 2008: nello scorso anno si attestava infatti intorno al 13%; incremento dovuto soprattutto ad un maggior numero di “giocatori frequenti” tra i maschi.

La maggior parte dei “giocatori”, ha speso nell'ultimo mese al massimo 10 euro, tuttavia esiste un 6% degli studenti “giocatori” che riferisce di aver speso cifre che vanno oltre i 50 euro nell'ultimo mese; tali valori rimangono sostanzialmente stabili rispetto a quanto rilevato nel corso dell'anno 2008.

## Analisi della frequenza del gioco. Il 6% degli studenti ha speso più di 50€ nell'ultimo mese

Gli studenti coinvolti in vari comportamenti a rischio come ad esempio l'uso o l'abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali, l'essere coinvolti in rapporti sessuali non protetti, l'aver avuto guai con la polizia o l'aver speso più di 50 euro la settimana senza il controllo dei genitori hanno una maggiore probabilità di essere “giocatori”.

Un'associazione positiva col gioco si rileva anche per ciò che

concerne attività sedentarie nel tempo libero, come giocare spesso col PC, navigare spesso in internet o stare davanti alla TV più di 4 ore al giorno.

Leggere spesso libri per piacere ed avere degli hobby sono invece caratteristiche che non si associano all'aver giocato. Sono inoltre protettive rispetto al comportamento in studio l'aver cura di oggetti, animali e persone, l'essere soddisfatto di sé e della propria situazione finanziaria, nonché del proprio rapporto con i genitori i quali esercitano un certo controllo nei confronti del figlio.

## Il gioco è associato all'uso di sostanze psicoattive

### IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il gioco, che costituisce per molti un semplice strumento di piacere legato ad alcuni momenti della vita, per altri può diventare una malattia caratterizzata da dipendenza e da importanti problemi psicologici oltre che da risvolti dannosi a livello economico, lavorativo, sociale, familiare, relazionale ecc. Perdere denaro al gioco può spesso innescare una coazione al gioco, motivata dall'esigenza di recuperare il denaro perso (la cosiddetta “rincorsa della perdita”); molti giocatori problematici ritornano regolarmente a giocare per tentare di recuperare il denaro perso. Questa modalità può portare il giocatore ad investire quantità di denaro sempre maggiori per rifarsi delle perdite subite con il rischio di ritrovarsi a registrare perdite di denaro sempre maggiori.

Nel 1980 il gioco d'azzardo patologico (GAP) è stato inserito, dall'APA (American Psychiatric Association), nella terza versione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM III). Il GAP ha assunto così il valore di una vera e propria patologia psichiatrica rimanendo classificato, all'interno dei disturbi del controllo degli impulsi, anche nel DSM III-R (1987), nel DSM IV (1994) e nel DSM-IV-TR (2001).

L'APA ha stabilito che per diagnosticare una sindrome da GAP devono essere soddisfatti un criterio di inclusione: “persistente e ricorrente comportamento maladattivo legato al gioco d'azzardo che compromette le attività personali, familiari e lavorative”; ed un criterio di esclusione: “il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un episodio maniacale”.

Il sistema classificatorio DSM IV, invece, propone i seguenti criteri diagnostici e la seguente definizione: “Il soggetto deve mostrare un persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo disadattivo, in cui il bisogno di giocare è incontrollabile, e si deve riconoscere in almeno 5 delle situazioni elencate di seguito:

- è eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (per esempio, il soggetto è continuamente intento a rivivere esperienze trascorse di gioco, a valutare o pianificare la prossima impresa di gioco, a escogitare i modi per procurarsi denaro con cui giocare);
- ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori

per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato;

- ha ripetutamente tentato di ridurre, controllare o interrompere il gioco d'azzardo, ma senza successo;
- è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- gioca d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico (per esempio, sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);
- dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite);
- mente ai membri della propria famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
- ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo
- ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
- fa affidamento sugli altri per reperire il denaro per alleviare una situazione economica disperata causata dal gioco (una "operazione di salvataggio").

Il GAP è compreso nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi non altrove classificati, insieme alla cleptomania, alla piromania, alla tricotillomania e al disturbo esplosivo intermittente. Queste patologie presentano alcuni punti in comune con il GAP, come:

- l'incapacità di resistere agli impulsi, ai desideri o alla tentazione di compiere atti nocivi per se stesso o per gli altri;
- un senso crescente di tensione o eccitazione affettiva prima di compiere l'azione;
- un senso di piacere, di gratificazione o di liberazione mentre si commette l'azione;
- atti notevoli compiuti senza pensare ai loro effetti sulla vita.

La sistemazione che il GAP ha trovato nel DSM è oggi molto criticata e il dibattito nella letteratura scientifica è tuttora in corso. Negli ultimi anni si è molto discusso se considerare il GAP come un disturbo del controllo degli impulsi oppure come una forma di addiction. Alcune indagini attribuiscono un ruolo fondamentale all'impulsività nel comportamento di gioco, sottolineando correlazioni tra il gioco d'azzardo e le disfunzioni nel controllo degli impulsi. Altre ricerche identificano il GAP come dipendenza, intesa come assoggettamento fisico dell'individuo da parte di una sostanza che agisce e modifica il funzionamento chimico dell'organismo.

Attualmente prevale quest'ultima posizione e la task force che sta preparando il DSM V ha accettato la proposta di riclassificare il GAP insieme agli altri disturbi additivi da sostanze psicoattive nella neoistituita categoria "Addictions and related disorders" che sostituisce, proprio per includere il GAP, la precedente "Substance use disorders".

Diversi sono stati gli strumenti utilizzati per la diagnosi del disturbo da GAP: quelli presi in prestito dalla clinica tradizionale come il Minnesota Multiphasic Personality Inventory

(MMPI), o il 16 Personality Factors (16 PF) e quelli costruiti appositamente come il South Oaks Gambling Screen (SOGS) e il Canadian Problem Gambling Index (CPGI).

Le cause dell'abitudine al gioco d'azzardo sono molte e possono essere correlate a diversi fattori, come la storia personale del soggetto, l'ambiente culturale in cui un individuo vive, le esperienze di vita che hanno contribuito a definire gli aspetti di personalità, oppure all'influenza che il gioco ha avuto nell'esistenza individuale o ancora a come il soggetto percepisce il gioco.

Nella letteratura scientifica sono riferite alcune correlazioni ricorrenti con il gioco d'azzardo problematico, ma nonostante tutto non è ancora stato possibile effettuare inferenze certe, riguardanti i reali motivi del disordine comportamentale rispetto alle pratiche di gioco. La manifestazione di comportamenti problematici nell'ambito del gioco, infatti, non può essere attribuita a singole cause, ma alla presenza di più fattori (Lavanco, Varveri, 2001).

Come illustrato precedentemente, lo studio condotto, ha rilevato una maggiore propensione al gioco soprattutto nei giovani maschi ed in particolare nelle regioni del Sud Italia.

Esso ha però inteso anche valutare, con strumenti specifici, la presenza o meno di aspetti problematici rispetto al gioco. In prima istanza è stato somministrato lo strumento "Lie/BET questionnaire"<sup>1</sup>, test di screening utilizzato in contesti non clinici che permette in maniera semplice di discriminare tra gioco "sociale" e gioco "problematico".

Il 12% degli italiani che giocano denaro ha riferito di aver percepito l'impulso a giocare somme di denaro sempre più consistenti (Uomini 14%, Donne 10%), mentre i giocatori che tengono nascosta l'entità del denaro speso sono il 6%; questo aspetto si rileva in misura maggiore negli uomini (Uomini 8%; Donne 3%).

L'insieme di due risposte affermative individua la possibile problematicità alle pratiche di gioco: sono il 3,3% i soggetti che rispondono affermativamente ad entrambe le domande (Uomini 4,6%, Donne 1,7%), una percentuale equivalente a circa 500.000 persone.

1 "Lie/BET questionnaire" di Johnson et al. (1998), strumento di screening veloce per il gioco d'azzardo problematico/patologico. Il test si compone di due domande: una riguarda l'impulso ad aumentare la quantità di denaro spesa nel gioco e l'altra riguarda l'abitudine a tenere nascosta l'entità del gioco ai familiari. La risposta affermativa alle due domande indica una relazione problematica con il gioco.

### Mezzo milione di italiani afferma di mentire sull'entità di soldi spesi e di sentire l'impulso di aumentare la posta in gioco

L'impulso ad aumentare la quantità di denaro spesa nel gioco e l'abitudine a tenere nascosta l'entità del gioco ai familiari assumono proporzioni differenti a seconda della area geografica di residenza. Gli italiani che tendono in misura maggiore a giocare importi sempre più elevati sono i residenti nel ter-

itorio della Calabria, seguiti dai giocatori della Basilicata e quelli dell'Abruzzo, mentre sono i marchigiani ad avere meno frequentemente comportamenti di questo genere.

Le regioni dove viene maggiormente celato l'importo di denaro speso nel gioco sono la Calabria e la Basilicata, assieme alla Puglia ed alla Valle d'Aosta.

Il presente studio ha previsto inoltre la rilevazione delle problematiche connesse al gioco attraverso uno dei più conosciuti strumenti di screening per il gioco, il Canadian Problem Gambling Index (CPGI)<sup>2</sup>.

Il Canadian Problem Gambling Index è un questionario strutturato che approfondisce temi centrali per i giocatori, al fine di distinguere comportamenti di gioco sociale e patologico; è di facile e rapida compilazione e può essere utilizzato sia per una valutazione iniziale sia per confermare un'ipotesi diagnostica.

E' costituito da 9 item relativi agli stili comportamentali inerenti il gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi, quali: senso di colpa nel giocare, perdita di controllo del comportamento, il cercare di recuperare il denaro perso, gli effetti sulla salute ed i problemi finanziari. Le categorie di risposta sono le stesse per ognuno dei 9 item: "mai", "a volte", "spesso" e "quasi sempre", rispettivamente con punteggio 0, 1, 2 e 3.

L'80% dei giocatori ha un profilo "non a rischio". Il 20% circa, pari a 3 milioni di persone, potrebbe invece essere a rischio, in misura differente, per tale disturbo: il 14,4% rischio minimo, il 4,6% rischio moderato. Una quota pari allo 0,8% della popolazione (circa 120.000 persone) risulta invece appartenere propriamente al profilo del giocatore patologico.

Il CPGI ha un range di punteggio compreso tra 0 e 27 che descrive diversi livelli problematici di gambling. Un punteggio di 0 indica che non esiste alcun problema, uno compreso fra 1 e 2 indica una modalità di gioco d'azzardo a basso rischio, fra 3 e 7 a rischio moderato, mentre un punteggio che si attesta fra 8 e 27 indica una condizione problematica/patologica rispetto al gambling.

### 3 milioni di Italiani sono a rischio di sviluppare una dipendenza dal gioco

Il ritratto del "gambler" (giocatore con profili di rischio da moderato a grave) illustra un individuo giovane, tra i 15 e i 24, che vive con la famiglia di origine o da solo con a carico un figlio. E' di sesso maschile con un livello di istruzione medio basso e spesso non ha un lavoro fisso oppure è occupato come operaio o artigiano. Analizzando la distribuzione geografica dei "gambler", si può osservare che le regioni che hanno una quota maggiore di giocatori con profilo di rischio moderato o grave sono la Puglia, la Calabria, la Campania, l'Abruzzo e il Veneto. La prevalenza in queste regioni si attesta infatti tra il 7,5% e il 9,2%, mentre risulta inferiore la quota di soggetti con potenziale rischio rispetto al gioco nei territori della Sicilia, della Toscana, del Piemonte e del Friuli Venezia Giulia (5% - 7,5%). Tra i giocatori residenti negli altri territori regionali della penisola, la percentuale dei soggetti

con un profilo rischioso rispetto al gioco risulta compresa tra il 2,3% e il 5%.

Confrontando il dato relativo alla prevalenza dei giocatori problematici con quello della prevalenza di soggetti giocatori complessivamente intesi, si osserva che la Puglia, la Calabria e la Campania, oltre ad avere prevalenze elevate di giocatori, sono anche le regioni con una maggiore percentuale di soggetti con un profilo di rischio moderato/grave.

### Gambler: uomo giovane, con livello di istruzione mediobasso, precario

La Valle d'Aosta, oltre ad essere la regione in cui si gioca meno è anche quella in cui la percentuale dei giocatori problematici risulta meno elevata; il rapporto giocatore/gambler è di 1 a 15, ovvero ogni 15 residenti che giocano 1 ha un profilo di rischio moderato-grave. In media questo rapporto, per l'intero territorio nazionale, è di 1 a 8, ma si evidenziano situazioni particolari. Da un lato esistono regioni dove si gioca molto come ad esempio il Molise - il 57% dei residenti afferma di giocare di tanto in tanto - ma solo una minima parte dei giocatori presenta un profilo di rischio per il GAP; in questa regione il rapporto gambler/giocatori è di 1 ogni 10. Dall'altro vi sono regioni, come ad esempio il Veneto dove a fronte di poco più di 1/3 di residenti che dichiara di avere giocato in denaro (il 34 % dei residenti gioca occasionalmente), si osserva un rapporto molto più elevato tra fra gambler e giocatori, 1 a 4; qui sembrano quindi esserci meno giocatori, ma essi sono con probabilità nettamente più alta più gravi. Lo studio dei fattori associati ai profili di giocatore problematico rispetto a quelli di giocatore non problematico è molto utile a comprendere il fenomeno.

Il gioco patologico è spesso associato all'essere di genere maschile, giovane e con un basso livello economico, basso livello di educazione scolastica ed alla disoccupazione. Inoltre, sembra essere influenzato da fattori ambientali come l'inserimento sociale e il background culturale, con differenze a livello regionale (Cunningham et al 2001; Petry et al 2005; Tavares 2010). I giocatori d'azzardo patologici hanno un rischio molto più elevato rispetto alla media di commettere reati e/o avere comportamenti aggressivi (Mishra 2010).

La probabilità di avere un'attitudine problematica rispetto al gioco è tre volte maggiore nei maschi rispetto alle femmine. È inoltre è quattro volte più elevata in chi ha avuto esperienze di risse o problemi legali rispetto a coloro che non ne hanno mai avute.

Sono inoltre più a rischio coloro che hanno avuto comportamenti sessuali pericolosi per la salute, comportamenti aggressivi, oppure hanno avuto problemi con parenti/amici/colleghi.

Tra le caratteristiche "negativamente" associate al profilo di "gambler" si evidenziano il possedere un titolo di studio medio alto, ciò significa che chi ha un percorso di studio universitario ha meno probabilità (quasi la metà) di essere un giocatore problematico rispetto a chi non la possiede.

Contrariamente a quanto rilevato nel confronto tra coloro che hanno dichiarato di aver giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e quelli che non lo hanno fatto, non si sono rilevate associazioni statisticamente significative tra l'uso di sostanze illegali e il gioco problematico.

Quindi, se chi fa uso di sostanze illegali ha più probabilità di giocare d'azzardo rispetto a chi non ne fa uso, lo stesso non accade per quanto riguarda il gioco problematico.

Come nella popolazione adulta anche quella giovanile si rivela molto sensibile al fascino del gioco; senza dubbio invogliati dal tartassamento mediatico sempre più studenti si lasciano fascinare dalle emozioni associate all'azzardo, e se in Italia gioca saltuariamente il 47% degli studenti fra i 15 ed i 19 anni, uno studente ogni 4 presenta un profilo di rischio moderato-grave.

La maggior parte degli studenti "giocatori" (67,5%) ha tuttavia un profilo di gioco "non a rischio"; quasi il 22% presenta un profilo di rischio basso, mentre circa l'11% presenta un profilo di rischio moderato - grave. Il profilo di gioco è stato stimato utilizzando il "South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents" (Wiebe J M et al, 2000)

### Fra gli studenti/giocatori 1 su 4 è a rischio di sviluppare una dipendenza dal gioco

Anche fra gli studenti nel confronto fra il dato relativo alla prevalenza del gioco problematico e quello della prevalenza degli studenti giocatori in termini generali, si verifica una certa omogeneità di comportamenti in regioni come la Calabria e la Campania, dove si osservano alte prevalenze di gioco parallelamente ad alte prevalenze di studenti giocatori a rischio, circa 1 studente ogni 4 studente "giocatore presenta un profilo di rischio moderato-grave.

La Valle d'Aosta, come per la popolazione adulta, oltre ad essere la regione in cui si gioca meno è anche quella in cui la percentuale dei giocatori problematici risulta meno elevata; il rapporto giocatore/gambler è di 1 a 8. In media questo rapporto per l'intero territorio nazionale è di 1 a 4. Esistono regioni dove si gioca molto come ad esempio il Molise (il 54% degli studenti afferma di giocare di tanto in tanto) dove solo una parte dei giocatori inferiore alla media nazionale presenta un profilo di rischio per il GAP; in questa regione il rapporto gambler – giocatore è di 1 ogni 5.

Mentre, come per la popolazione generale, in Veneto e in Trentino a fronte di un 36 % degli studenti che gioca occasionalmente si osserva un rapporto 1 a 3 fra gambler e giocatori; qui sembrano quindi esserci meno giocatori ma più gravi in proporzione maggiore.

Così come nella popolazione generale, sono i ragazzi ad avere profili di rischio più gravi: all'interno del profilo di rischio riferibile al gioco patologico o gambling, il rapporto tra le prevalenze maschili (0,6%) e quelle femminili (0,1%) è di una studentessa ogni 4 studenti; tale proporzione diminuisce nel caso del profilo di rischio moderato (1 ogni 3) e di quello di rischio minimo (1 ogni 2). L'assenza di rischio, tra coloro che

giocano, riguarda invece il 58,5 dei maschi ed il 78,2% delle femmine. Il confronto con l'anno precedente evidenzia che, nel 2009, gli studenti che presentano un profilo di rischio totalmente assente sono in diminuzione (-3,4% in un anno, dal 69,7 al 67,5%); tra i maschi aumentano coloro che presentano un profilo di rischio minimo, rimane invariata la proporzione di coloro che presentano un rischio moderato mentre diminuisce leggermente la quota di studenti con rischio elevato (gioco d'azzardo patologico/gambling); tra le ragazze aumentano quelle con profili di rischio basso e moderato mentre rimangono invariate le studentesse con rischio elevato.

### Sono i maschi ad avere profili di rischio più gravi il rapporto è 1 a 4

Gratta e vinci e lotto istantaneo sono i giochi preferiti anche dagli studenti che presentano un profilo di rischio medio-grave, al secondo posto per diffusione le scommesse sportive, guadagnano invece posizioni le macchinette elettroniche (genericamente definiti video poker) e il Poker texano.

Tenendo sempre a mente che la legislazione Italiana in teoria vieterebbe ai minorenni di avere accesso al gioco d'azzardo, e considerando che l'11% dei minorenni "giocatori" presenta un profilo di rischio moderato-grave, si è cercato di tracciare un ritratto del minorenne giocatore problematico e si è visto che gioca mediamente a tre giochi, (contro i 2 dei coetanei non a rischio) se è maschio ha 17 predilige le "Scommesse Sportive" e preferisce posti come "Bar/tabacchi/pub" e "Sale Scommessa". In media riferiscono di aver giocato a 3 giochi diversi negli ultimi dodici mesi.

Differente il profilo invece tra le studentesse: sono più giovani - età compresa tra i 15 ed i 16 anni - giocano al "Gratta e Vinci/Lotto Istantaneo" preferibilmente in "Bar/tabacchi/pub" e negli ultimi dodici mesi riferiscono in media di aver giocato a 2 differenti giochi, rispetto ad un solo gioco delle coetanee non a rischio.

### Video poker e poker texano più diffusi fra chi ha un profilo gambler

In accordo con una recente review condotta sul problema gambling tra gli adolescenti (Blinn-Pike 2010) gli studenti che hanno avuto nel recente passato comportamenti a rischio per la propria persona, come l'essere stati coinvolti in risse, l'aver avuto incidenti, l'aver avuto problemi legali, l'aver avuto esperienze sessuali a rischio risultano avere una maggiore propensione a sviluppare una dipendenza dal gioco.

Di contro coloro che della propria persona si prendono cura partecipando spesso ad attività sportive, leggendo libri per piacere, praticando hobby, prendendosi cura della casa e o di animali domestici evidenziano una minor rischio di diventare giocatori problematici.

Solitamente gli adolescenti con profilo problematico hanno difficili rapporti familiari e poco interessamento da parte dei genitori, oltre ad una bassa autostima. Fondamentali infatti

risultano gli aspetti relativi alla vita familiare, sia in termini di soddisfazione generale del rapporto con i propri genitori sia del grado di attenzione/controllo che questi esercitano sul ragazzo, sia della percezione della condizione economica. I ragazzi che hanno riferito di aver avuto gravi problemi nel rapporto coi genitori hanno una probabilità più che doppia di diventare gambler, mentre fattori protettivi sarebbero il sentirsi accolto dai genitori, l'essere soddisfatti del rapporto coi genitori, il percepire attenzione da parte degli stessi. Sul versante del controllo e delle regole familiari fattori protettivi sono l'aver genitori che sanno con chi si esce la sera mentre, l'aver speso più di 50 euro la settimana senza il controllo dei genitori risulta un fattore di rischio.

Appartenere ad una famiglia "non tradizionale" espone al rischio del gioco in denaro con profilo di rischio moderato o grave due volte di più che far parte di una famiglia tradizionale, mentre avere una condizione economica alta ed essere soddisfatto della situazione finanziaria della famiglia appaiono invece fattori protettivi. Coloro che riferiscono di aver avuto gravi problemi nel rapporto con gli insegnanti hanno una probabilità doppia di sviluppare gioco problematico, mentre appare protettivo l'aver un rendimento scolastico medio-alto. Sono associati al profilo di "gambler" i comportamenti direttamente o indirettamente legati all'uso di sostanze psicoattive: avere fatto uso di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica, avere amici o fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe, aver fatto uso di cannabis, cocaina, eroina, allucinogeni, stimolanti.

### Gli studenti gambler hanno problemi a scuola e rapporti difficili con i genitori

Per individuare le particolarità dei giovani giocatori con profilo moderato o grave di gioco d'azzardo è stato implementato un modello di regressione logistica che stima le misure di rischio (Odds Ratio o "Rapporto tra Odds") associate alle variabili raccolte nel questionario utilizzato nello studio e che indica quanto ogni variabile sia associata al comportamento in studio.

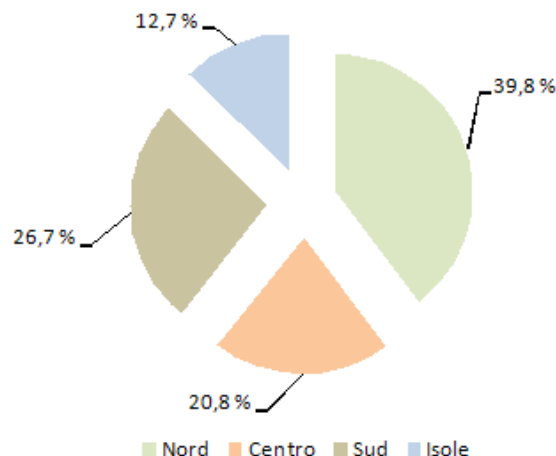
Laddove l'odds ratio assume un valore superiore ad 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva col comportamento in studio ed è quindi assimilabile ad un fattore di rischio. Se invece l'Odds Ratio risulta negativo la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio, in questo caso al profilo moderato o grave di giocatore d'azzardo patologico.

E' necessario sottolineare che attraverso questo metodo non è possibile andare ad indagare se un fattore sia legato all'altro in termini di relazione causa-effetto. Gli aspetti indagati risultano tra loro semplicemente associati e l'interpretazione dei dati è da considerarsi una questione molto delicata e verso la quale orientare ulteriori approfondimenti che tengano conto anche delle istanze culturali e di sviluppo delle persone intervistate.

### Bibliografia

1. Afifi T O, Cox B J, Martens P J, Sareen J, Enns M W (2010) Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Res.* 178(2):395-400.
2. AAMS - Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato <http://www.aams.gov.it/>
3. Barnes G M, Welte J W, Hoffman J H, & Dintcheff B A (1999) Gambling and alcohol use among youth: Influences of demographic, socialization, and individual factors. *Addictive Behaviors* 24(6): 749-767.
4. Beutel M E, Brähler E, Glaesmer H, Kuss D J, Wölfling K, Müller K W (2010) Regular and Problematic Leisure-Time Internet Use in the Community: Results from a German Population-Based Survey. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* Nov 10
5. Blinn-Pike L, Worthy S L, Jonkman J N (2010) Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health.* 47(3):223-36.
6. Boudreau B, Poulin C (2006) The South Oaks Gambling Screen<sup>®</sup> revised Adolescent (SOGS-RA) Revisited: A Cut-point Analysis. *J Gambl Stud.* Dec 19.
7. Cunningham-Williams RM, Cottler LB (2001) The epidemiology of pathological gambling. *Seminars Clinical Neuropsychiatry* 6:155-166.
8. Del Colle E, Bagnara S, Antolini F, Castrucci R e Barrile E (2006) Comunicazione e diffusione dei dati ed aspetti distortivi. Rapporto di Indagine 06.04, Settembre 2006, Presidenza del Consiglio
9. De Leeuw E D (1990) Data Quality in Mail, Telephone, and Face to Face Surveys: A Quantitative Review, Technical Report No 1°, Response Effects in Surveys, Vrije Universiteit, Amsterdam.
10. De Winter M, Cohen P e Langemijer M. Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys. EMCDDA Scientific Report, Project CT.97.EP02
11. Di Fiandra T e Mariani F (1984) Sistema di Monitoraggio dell'Abuso di Droghe. Progetto Finalizzato Tossicodipendenze. Consiglio Nazionale delle Ricerche.
12. EMCDDA (2010) Drug use in the general population <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page008-en.html>
13. Emond M S, Marmurek H H (2010) Gambling related cognitions mediate the association between thinking style and problem gambling severity. *J Gambl Stud.* 26(2):257-67.
14. Frank M L (1992) Correlation between substance abuse and compulsive gambling among adolescents and young adult populations. *Epidemiologic trends in drug abuse.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
15. Götestam K G, Johansson A, Wenzel H G, Simonsen I E. (2004) Validation of the lie/bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep.* 95(3 Pt 1):1009-1013.
16. Griffiths M (1995) Adolescent gambling. New York: Routledge. Hansen M, Rossow I (2007) Adolescent gambling and problem gambling: does the total consumption model apply? *J Gambl Stud.* 24(2):135-149.
17. Hopley A A, Nicki R M (2010) Predictive factors of excessive online poker playing. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 13(4):379-385.
18. Johnson E E, Hamer R M, Nora R M (1998) The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study. *Psychol Rep.* 83(3 Pt 2):1219-1224
19. Johnson E E, Hamer R, Nora R M, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C (1997) The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep.* 80(1):83-88.
20. Ladouceur R, Ferland F, Poulin C, Vitaro F, Wiebe J (2005) Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth. *Psychol Addict Behav.* 19(3):271-276.
21. Langhinrichsen-Rohling J, Rohde P, Seeley J R, Rohling M L (2004) Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. *J Gambl Stud.* 20(1):23-46.
22. Magoon M E, Ingersoll G M (2006) Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *J Gambl Stud.* 22(1):1-22
23. Martins S S, Ghandour L A, Lee G P, Storr C L (2010) Sociodemographic and substance use correlates of gambling behavior in the Canadian general population. *J Addict Dis.* 29(3):338-351.

24. Matthews N, Farnsworth B, Griffiths M D (2009) A pilot study of problem gambling among student online gamblers: mood states as predictors of problematic behavior. *Cyberpsychol Behav.* 2009 12(6):741-745
25. Mishra S, Lalumière ML, Williams RJ (2010) Gambling as a form of risk-taking: Individual differences in personality, risk-accepting attitudes, and behavioural preferences for risk. *Personality and Individual Differences* 49(6):616-621
26. Olason DT, Sigurdardottir KJ, Smari J (2006) Prevalence estimates of gambling participation and problem gambling among 16-18-year-old students in Iceland: a comparison of the SOGS-RA and DSM-IV-MR-J. *J Gambl Stud.* 22(1):23-39.
27. Petry NM, Stinson FS, Grant BF (2005) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 66:564-574.
28. Sacco P, Torres L R, Cunningham-Williams R M, Woods C, Unick G J (2010) Differential Item Functioning of Pathological Gambling Criteria: An Examination of Gender, Race/Ethnicity, and Age. *J Gambl Stud.* Jul 11
29. Sackett D L (1979) Bias in analytic research. *J. Chronic Dis.* 32:51-63.
30. Stinchfield R (2010) A critical review of adolescent problem gambling assessment instruments. *Int J Adolesc Med Health.* 22(1):77-93.
30. Tavares H, Carneiro E, Sanches M, Pinsky I, Caetano R, Zaleski M, Laranjeira R (2010) Gambling in Brazil: Lifetime prevalences and socio-demographic correlates. *Psychiatry Res.* 180(1):35-41.
31. Villella C, Martinotti G, Di Nicola M, Cassano M, La Torre G, Gliubizzi M D, Messeri I, Petrucci F, Brià P, Janiri L, Conte G (2010) Behavioural Addictions in Adolescents and Young Adults: Results from a Prevalence Study. *J Gambl Stud* Jun 18
32. Volberg RA, Gupta R, Griffiths MD, Olason DT, Delfabbro P (2010) An international perspective on youth gambling prevalence studies. *Int J Adolesc Med Health.* 22(1):3-38.
33. Welte J W, Barnes G M, Wieczorek W F, Tidwell M C O, Parker J C (2002) Gambling in participation in the U.S. – result from national survey. *Journal of Gambling Studies* 18:313-337.
34. Welte J W, Barnes G M, Wieczorek W F, Tidwell M C O, Parker J C (2004) Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors* 29:323-335.
35. Welte J W, Barnes G M, Tidwell M C, Hoffman J H (2010) Gambling

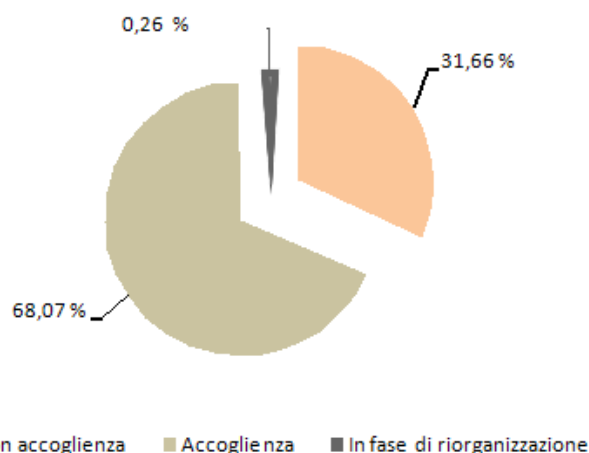


Graf. 1.1 - Ripartizione dei servizi per le tossicodipendenze rispondenti, per area geografica.

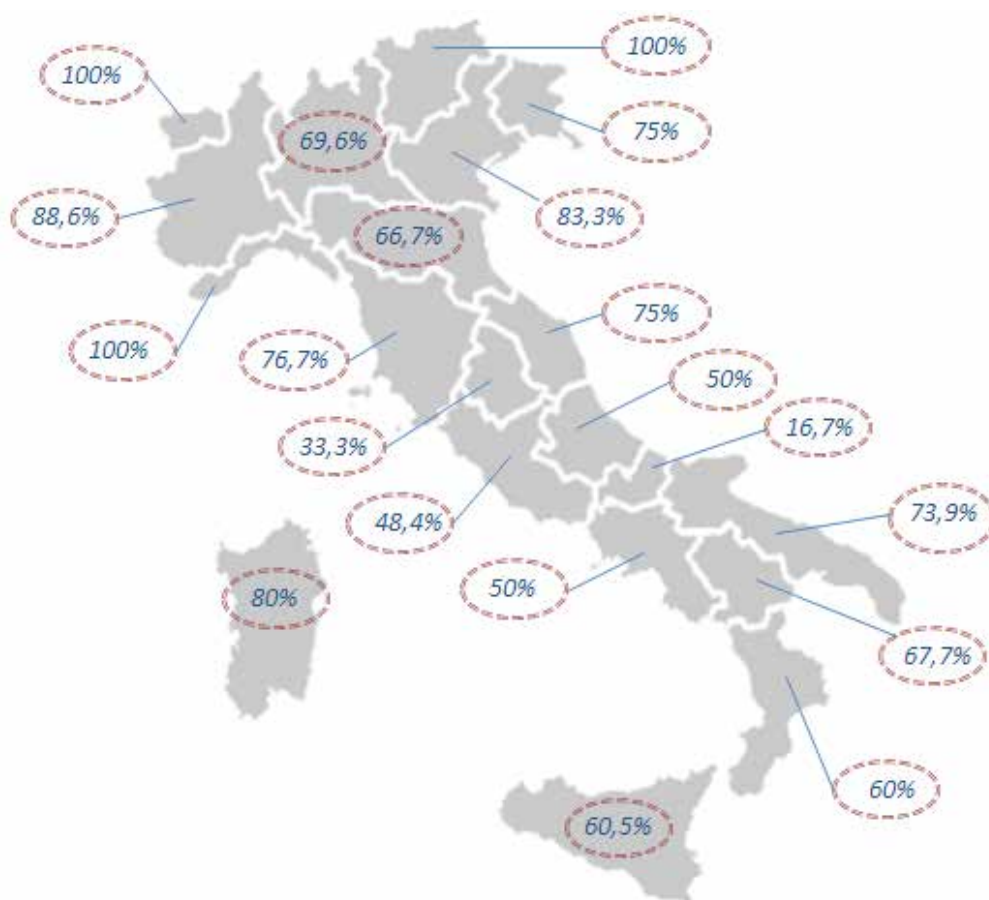


Graf.1.2 - Ripartizione dei servizi per le tossicodipendenze rispondenti all'indagine rispetto a quelli esistenti per Regione.

- and Problem Gambling Across the Lifespan. *J Gambl Stud.* May 25.
36. Wickwire E M, Whelan J P, Meyers A W, Murray D M (2007) Environmental correlates of gambling behavior in urban adolescents. *J Abnorm Child Psychol.* 35(2):179-190.
37. Wiebe J M, Cox B J, Mehmehl B G (2000) The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA): further psychometric findings from a community sample. *J Gambl Stud.* 16(2-3):275-88.
38. Winslow M, Subramaniam M, Qiu S, Lee A (2010) Socio-demographic profile and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling. *Ann Acad Med Singapore.* 39(2):122-128.
39. Yi S, Kanetkar V (2010) Coping with Guilt and Shame After Gambling Loss. *J Gambl Stud.* Sep 21
40. Young M M, Wohl M J (2010) The Canadian Problem Gambling Index: An Evaluation of the Scale and Its Accompanying Profiler Software in a Clinical Setting. *J Gambl Stud.* Oct 27.



Graf. 1.3 - Distribuzione percentuale dei servizi che si occupano delle problematiche relative al GAP.

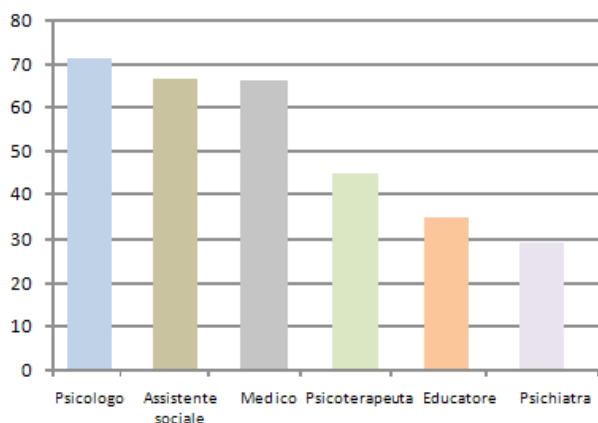


Graf. 1.4 - Ripartizione dei servizi per le tossicodipendenze rispondenti all'indagine che raccolgono domanda di trattamento per problematiche GAP.

## La rete dei Servizi Pubblici e Privati che si occupano di Gioco d'Azzardo Patologico

La rilevazione è stata eseguita con un aggiornamento di quella condotta dal Gruppo Abele di Torino in collaborazione con ALEA (Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio) "Il gioco d'azzardo in Italia – I dati e la ricerca" Supplemento al nr. 8 - 9/2009 di Animazione Sociale.

Alla rilevazione condotta dal Gruppo Abele, in collaborazio-



Graf. 1.5 - Distribuzione percentuale delle figure professionali che si occupano delle problematiche relative al GAP.

ne con ALEA (Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio) avevano aderito 410 strutture, 379 erano Servizi pubblici delle Az. ASL territoriali, rappresentati in modo pressoché esclusivo dai Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), e 31 erano strutture del privato-sociale.

### 1. I servizi pubblici che si occupano di GAP

Su 556 SerT presenti sul territorio nazionale (Ministero della Salute, 2005), 379 hanno aderito all'indagine, rappresentando il 68,2% dei servizi. Il 40% dei servizi rispondenti si trova nelle regioni del Nord Italia, il 20,8% al Centro, il 26,7% al Sud ed il restante 12,7% nelle Isole.

Oltre il 60% dei SerT presenti in ciascuna Regione ha aderito all'indagine, fatta eccezione per i servizi della Regione Liguria, dove solo il 19% ha partecipato all'indagine conoscitiva.

Tra i SerT rispondenti, il 68% risulta organizzato per accogliere le domande di trattamento dei soggetti affetti da problematiche connesse al GAP, il 31,7% non offre alcun servizio e per lo 0,3% tale servizio risulta in fase di strutturazione. Dalla distribuzione territoriale si evidenzia che nella maggior parte delle Regioni italiane circa il 50% dei SerT rispondenti ha attivato un servizio di accoglienza di soggetti con problematiche GAP, fatta eccezione per le Regioni e Marche dove tale servizio è offerto rispettivamente dal 17% e dal 33% circa delle strutture rispondenti.

Nelle regioni del Nord Italia circa il 70% dei SerT rispondenti

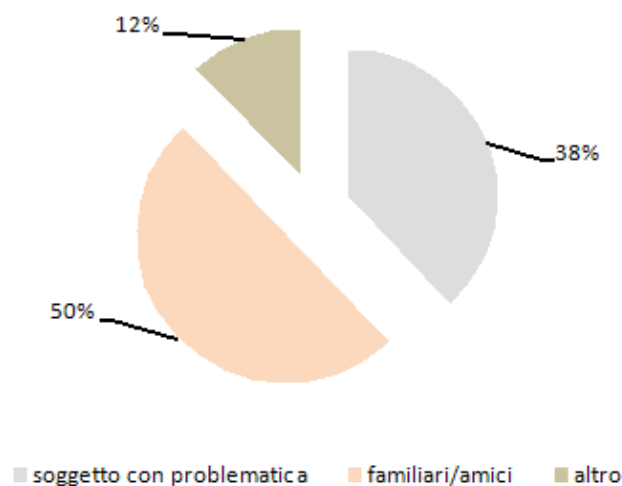
ha attivato un servizio per il trattamento di problematiche connesse al GAP, nella regione Sardegna oltre l'80% e nelle regioni del Centro e del Sud mediamente il 60%.

L'analisi dei dati relativi all'anno di inizio delle attività di accoglienza e cura delle problematiche connesse al GAP, rileva che le regioni Lazio, Veneto, Puglia e Sardegna risultano le "pioniere", in quanto già tra il 1990 e hanno impostato le prime azioni riguardanti il fenomeno. L'anno successivo sono state avviate offerte di servizi ed attività in Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna, mentre a partire dall'anno 2000 fino ad oggi, si registra un incremento su tutti i territori regionali con strutture per l'accoglienza specifica di soggetti con problematiche GAP.

Ad oggi, circa il 60% dei servizi presenti sul territorio nazionale dichiara di avere, all'interno della struttura e/o facente parte di una équipe di lavoro, un referente per il GAP.

All'interno dei servizi che offrono trattamento ed assistenza ai soggetti con problematiche connesse al GAP, gli psicologi risultano la figura professionale che maggiormente si occupa dell'accoglienza e del trattamento (71,4%), seguono gli assistenti sociali e i medici (66%), mentre con percentuali tra il 30 e il 40% si attestano le figure professionali degli psicoterapeuti, educatori e psichiatri.

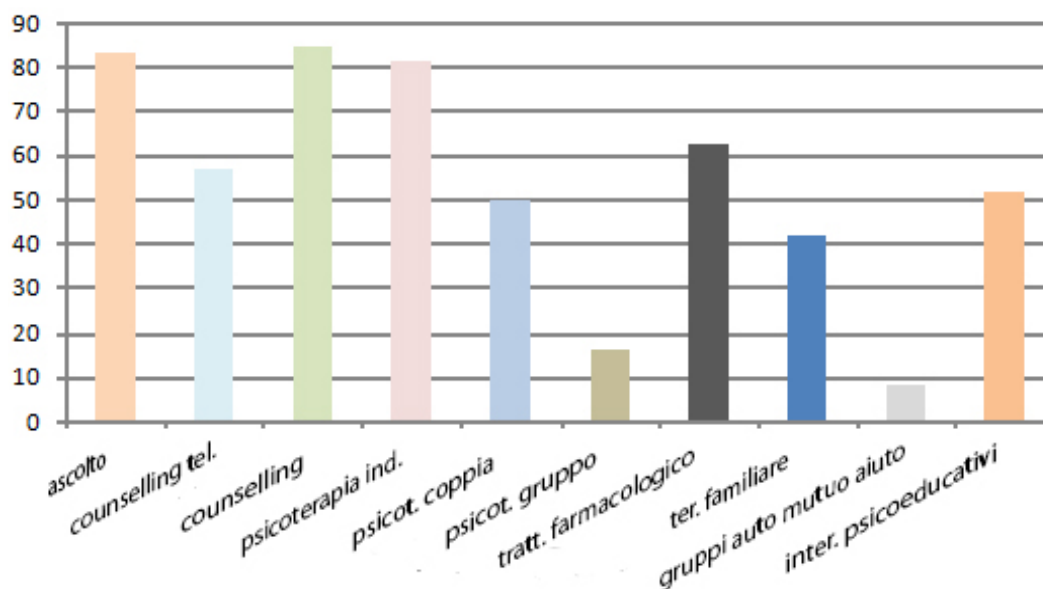
L'utenza con problematiche GAP trattata nei SerT aderenti all'indagine, nell'anno 2007, risulta composta di 1259 soggetti, il 46% dei quali (n=577) risulta in trattamento con una



Graf. 1.6 - Distribuzione percentuale delle modalità di invio per le problematiche relative al GAP.

diagnosi principale connessa al GAP, mentre per il 54% (n=682) si tratta di una poli-dipendenza con uso di sostanze o da alcool. Il grafico successivo evidenzia che mediamente il 50% dei soggetti in carico ai servizi per problematiche GAP risulta inviato dai familiari, mentre sono il 38% i soggetti che effettuano spontaneamente una richiesta di trattamento.

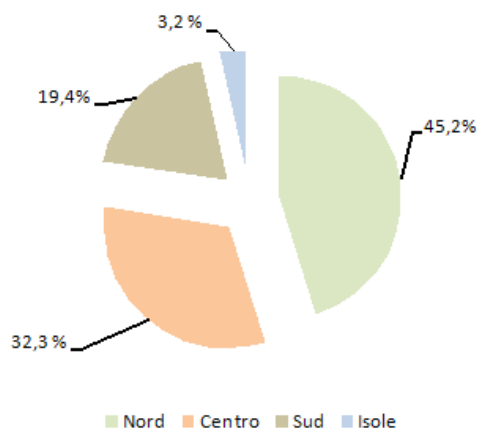
Nella categoria "altro", sono state incluse modalità di invio quali il medico curante, i servizi di salute mentale, il datore di



Graf. 1.7 - Distribuzione percentuale delle prestazioni erogate ai soggetti con problematiche relative al GAP.

%	soggetto con problematica	familiari	altro
Valle d'Aosta	33,3	33,3	33,3
Piemonte	40,7	48,1	11,1
Lombardia	40,7	44,4	14,8
Veneto	41,9	51,6	6,5
Friuli	42,9	42,9	14,3
Trentino	40,0	40,0	20,0
Liguria	44,4	33,3	22,2
Emilia Romagna	36,4	48,5	15,2
Toscana	30,6	52,8	16,7
Marche	33,3	66,7	0,0
Umbria	33,3	33,3	33,3
Lazio	37,0	48,1	14,8
Abruzzo	50,0	50,0	0,0
Molise	50,0	50,0	0,0
Basilicata	25,0	50,0	25,0
Puglia	39,2	51,0	9,8
Campania	33,3	57,1	9,5
Calabria	42,9	57,1	0,0
Sicilia	35,3	55,9	8,8
Sardegna	50,0	50,0	0,0

Tab. 1.1 - Distribuzione percentuale per Regione, delle modalità di invio per le problematiche relative al GAP.



Graf. 1.8 - Ripartizione delle strutture private rispondenti, per area geografica.

lavoro, internet ecc..

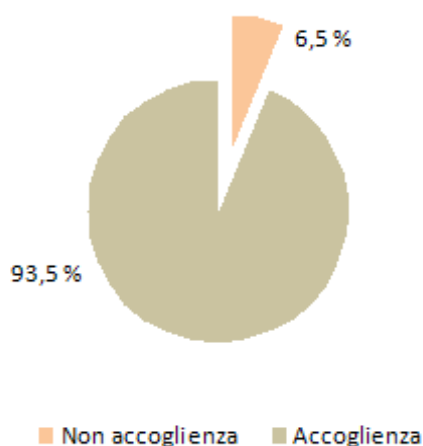
Analizzando il dato a livello regionale, si evidenzia una tendenza analoga: sebbene una buona percentuale di soggetti si presenti spontaneamente ai servizi per richiedere un trattamento per problematiche legate al GAP, risultano principalmente i familiari a fare una richiesta di aiuto. Esaminando nel dettaglio le tipologie di trattamento, si osserva che la maggior parte dei trattamenti riguardano l'ascolto, il counselling e la psicoterapia individuale. Segue, con percentuali intorno al 60%, il trattamento farmacologico, mentre risultano poco superiori al 50% quelli riferiti al counselling telefonico, alla psicoterapia di coppia e agli interventi psico educativi.

## 2. La rete dei Servizi Privati

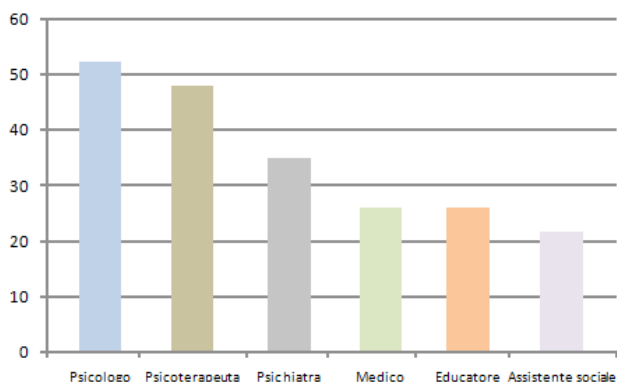
L'offerta di servizi ed attività riguardanti il trattamento delle problematiche connesse al GAP da parte di Associazioni, Cooperative e Comunità private, è stata analizzata attraverso la partecipazione all'indagine di 50 strutture distribuite sul territorio Nazionale. Sul totale delle strutture private rispondenti, il 45,2% si colloca nelle regioni del Nord Italia, il 32,3% del Centro, il 19,4% del Sud ed il restante 3,2% nelle Isole.

La quasi totalità delle strutture private intervistate, a parte alcune presenti nelle regioni Lazio e Toscana, offrono servizi e trattamenti specifici per soggetti con problematiche legate al GAP. Il 93,5% delle associazioni, cooperative e comunità aderenti all'indagine ha dichiarato di accogliere domande di trattamento riguardanti i soggetti con problematiche relative al gioco d'azzardo patologico, mentre sono il 6,5% le strutture che non offrono tale servizio.

Come per i SerT, anche le strutture private iniziano le attività di accoglienza e cura del GAP negli anni 1999-2000, in particolare le strutture presenti nelle regioni Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Trentino Alto Adige. Tra il 2000 e il 2004

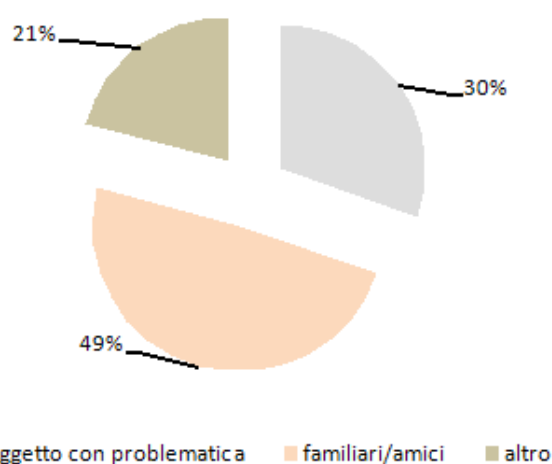


Graf. 1.9 - Distribuzione percentuale delle strutture private che si occupano delle problematiche relative al GAP.



Graf. 1.10 - Distribuzione percentuale delle figure professionali che si occupano delle problematiche relative al GAP.

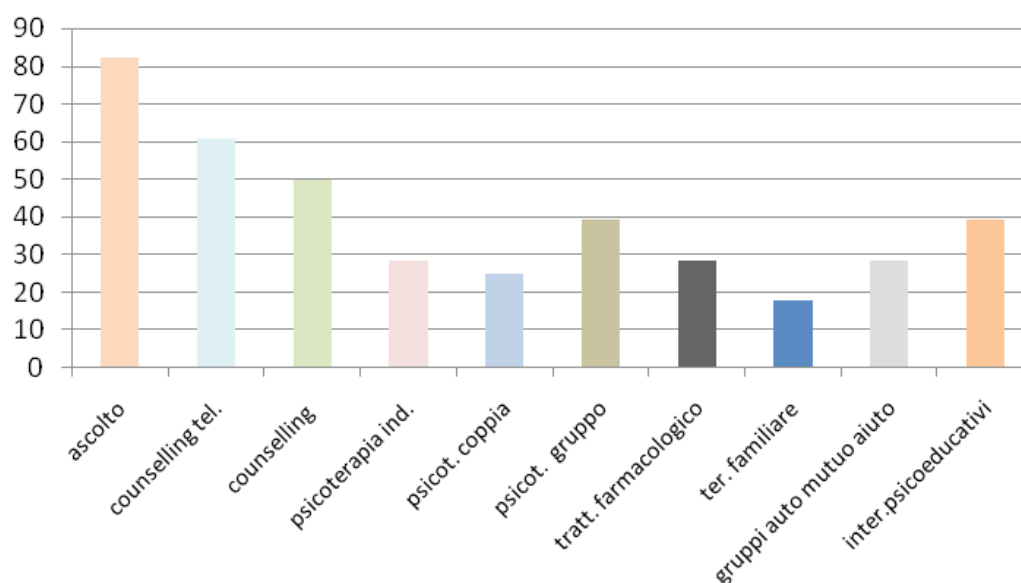
vengono attivati servizi di accoglienza nelle strutture private presenti in Lazio, Campania e Lombardia. L'anno successivo sono state avviati servizi ed attività anche in Piemonte, ed Emilia Romagna, mentre dal 2005 ad oggi si registra l'attivazione di servizi di accoglienza specifica di soggetti con problematiche GAP anche nelle regioni Marche, Liguria, Puglia e Calabria. Più dell'80% delle strutture private partecipanti all'indagine dichiara l'esistenza, di un referente per il Gioco d'Azzardo Patologico. Tale figura è presente o all'interno del servizio o facente parte di una equipe di lavoro. I referenti sono per la maggior parte rappresentanti da psicologi e psicoterapeuti, rispettivamente il 52% e il 47,5%, seguiti da Psichiatri (35%), Medici, Educatori ed Assistenti Sociali (20%). Presso le strutture private aderenti all'indagine, nell'anno



Graf. 1.11 - Distribuzione percentuale delle modalità di invio per le problematiche relative al GAP.

%	soggetto con problematica	familiari	altro
Piemonte	33,3	33,3	33,3
Lombardia	38,5	46,2	15,4
Veneto	33,3	33,3	33,3
Friuli	0,0	100,0	0,0
Trentino	20,0	60,0	20,0
Liguria	0,0	100,0	0,0
Emilia Romagna	50,0	0,0	50,0
Toscana	22,2	44,4	33,3
Marche	50,0	50,0	0,0
Lazio	40,0	60,0	0,0
Basilicata	0,0	100,0	0,0
Puglia	50,0	50,0	0,0
Campania	25,0	50,0	25,0
Calabria	0,0	0,0	100,0
Sicilia	0,0	100,0	0,0

Tab. 1.2 - Distribuzione percentuale per Regione, delle modalità di invio per le problematiche relative al GAP.



Graf. 1.12 - Distribuzione percentuale delle prestazioni erogate ai soggetti con problematiche relative al GAP.

2007, sono stati trattati 1133 soggetti con problematiche relative al gioco d'azzardo patologico. L'80,8% di questi (n.915) risulta in trattamento per diagnosi principale GAP, mentre il 19,2% (n.218) presenta anche una situazione di dipendenza o di abuso da sostanze o da alcool. Come fatto registrare per i servizi delle tossicodipendenze, anche nelle strutture private, il canale di invio più rappresentativo è quello del nucleo familiare del soggetto con problematiche GAP. Il 30% dei soggetti effettua spontaneamente una domanda di trattamento, mentre il 21% è stato inviato alle strutture dal Medico curante, dai servizi di salute mentale o dal datore di lavoro. La medesima distribuzione si evidenzia anche a livello regionale: nonostante la maggior parte dei soggetti si presenti

volontariamente ai servizi per effettuare una richiesta di trattamento per problematiche legate al GAP, sono soprattutto i familiari a fare una richiesta di aiuto.

Per quanto riguarda le tipologie dei trattamenti erogati dalle strutture private a soggetti con problematiche legate al GAP, l'ascolto risulta il trattamento più erogato, seguito da interventi di counselling effettuati all'interno della struttura e telefonici, rispettivamente il 61% e il 50%. Si attestano intorno al 40% i trattamenti di psicoterapia di gruppo e gli interventi psico educativi, mentre risultano intorno al 30% gli interventi psicoterapici individuali e di coppia, il trattamento farmacologico, quello familiare e quelli eseguiti nei gruppi di auto mutuo aiuto.

# Diffusione, conseguenze e ruolo dei fattori emotivi in relazione al gioco d'azzardo problematico in un campione di giovani adulti

Natale Canale<sup>1</sup>, Chiara Verzeletti<sup>1</sup>, Guglielmo Cavallari<sup>2</sup>, Massimo Santinello<sup>1</sup>

1 - Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

2 - Dipartimento per le Dipendenze, ULSS 16 - Padova

**Obiettivi:** la diffusione del gioco d'azzardo patologico e la disponibilità delle opportunità di gioco tra gli studenti universitari hanno avuto un aumento nell'ultimo decennio. Gli obiettivi del presente studio sono: stimare la diffusione e le conseguenze del gioco d'azzardo problematico tra gli studenti universitari italiani e studiare il ruolo di specifici fattori emotivi sul gioco d'azzardo problematico.

**Metodo:** un questionario self-report è stato somministrato a 313 studenti universitari (54.3% femmine,  $M = 22.4$ ;  $d.s. = 2.8$ ).

**Risultati:** i risultati indicano che la frequenza del gioco d'azzardo problematico tra gli studenti universitari è del 5.5%, con un rischio maggiore per i partecipanti maschi. Si evidenziano inoltre relazioni significative tra gioco d'azzardo problematico e a rischio e l'emozione negativa (spaventato), l'emozione positiva (orgoglioso) e la frequenza di gioco.

**Conclusioni:** questo studio suggerisce che gli studenti universitari sono una popolazione a rischio per il gioco d'azzardo problematico. I risultati, inoltre sottolineano il bisogno di considerare gli stati emotivi come fattori che influenzano i comportamenti di gioco d'azzardo.

## Diffusion of problem gambling among young adults, its consequences and related emotional factors

*Objectives: the prevalence of pathological gambling and the gambling opportunities among college students have increased in the last decade. The objectives of this study are to assess the frequency and the consequences of problematic gambling among Italian university students and to study the role of specific emotional factors on problematic gamblers.*

*Method: a self-report questionnaire was administered to 313 university students (54.3% females, average mean 22.4;  $s.d. = 2.8$ ).*

*Results: results showed that the frequency of problem gambling was 5.5%, with a higher risk among male participants. Significant relationships were found between problem and pathological gamblers and negative emotions (scared), positive emotions (proud) and gambling frequency.*

*Conclusions: this study suggests that university students are a target population for problem gambling. The results showed the need to consider emotional states as factors influencing gambling behaviors.*

**Parole chiave:** Gioco d'azzardo problematico, emozioni, emozioni positive e negative, giovani adulti

**Keywords:** Problem gambling, emotions, positive and negative emotional states, young adult

**Date:** inviato: 07/05/2012 - accettato: 29/08/2012

**Contatti:** Dr.ssa Chiara Verzeletti  
Via Belzoni, 80, 35133 Padova  
tel.: 049/8278494;  
e-mail: chiara.verzeletti@unipd.it

## Introduzione

L'accessibilità al gioco d'azzardo e la proporzione di giocatori sono aumentate sensibilmente negli ultimi venti anni configurando questo comportamento come problematico dal punto di vista sociale e del benessere individuale. Nelle

società occidentali, la definizione del gioco d'azzardo si riferisce allo scommettere denaro o altro materiale di valore su un evento dal risultato incerto e stabilito dal caso, con il primario intento di una vincita addizionale. Presenta la caratteristica principale dell'irreversibilità della scommessa, per la quale il capitale una volta puntato non può essere restituito

se perduto. L'American Psychiatric Association nel 1994 inquadra e definisce il gioco d'azzardo patologico nel DSM-IV, all'interno dei Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove. Esso *"è considerato un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo, in grado di compromettere le attività personali, familiari o lavorative"*<sup>1</sup>. Nel DSM IV, la perdita di controllo del comportamento di gioco conduce sia a una catena di altre perdite, sia a una progressiva pervasività del gioco nella vita dell'individuo.

Diversi studi dimostrano come giocatori d'azzardo adolescenti e giovani adulti possano essere considerati più a rischio per lo sviluppo di forme di gioco d'azzardo patologico rispetto alla popolazione adulta<sup>2</sup>. La prevalenza di gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti e giovani adulti, sembra essere da 2 a 4 volte più elevata rispetto agli adulti con una diffusione che varia dal 4 al 7%<sup>3-6</sup>.

Per quanto riguarda il quadro italiano, i dati a disposizione sono ancora limitati. Secondo il rapporto EURISPES 2009, il gioco d'azzardo non patologico coinvolge fino al 70-80% della popolazione adulta, con una maggiore diffusione tra gli uomini<sup>7</sup>. Secondo i dati Espad 2009, l'11,1% degli studenti di 15-19 anni ha un profilo di rischio moderato-grave di gioco patologico<sup>8</sup>. Un'indagine condotta dalla Società italiana d'intervento sulle patologie compulsive su 2800 studenti tra i 13 e i 21 anni, riporta come i giocatori sociali, sono l'85%, quelli problematici il 10% e quelli patologici il 5%; evidenziando come già nella fascia d'età adolescenziale e nella prima età adulta il fenomeno del gambling sia sempre più diffuso e parte della cultura giovanile<sup>9</sup>. Considerando, ad esempio, la categoria degli studenti universitari, la prevalenza stimata di giocatori d'azzardo è passata secondo studi metanalitici dal 1999 al 2007 dal 5% all'8%<sup>10</sup>. Una possibile spiegazione di tale incremento potrebbe risiedere nell'aumento delle disponibilità e delle nuove opportunità di gioco d'azzardo<sup>10</sup>. Anche in Italia, si è registrato un significativo incremento delle opportunità di gioco<sup>11</sup>. La rapida crescita delle opportunità di gioco d'azzardo nell'ultimo decennio può essere sintetizzata tramite due indicatori. Il primo, di carattere quantitativo, si riferisce al guadagno che deriva dai giochi che, secondo i dati ufficiali di AAMS (Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato), è passato dai 14,3 miliardi del 2000 ai 79,8 miliardi di euro del dicembre 2011<sup>12</sup>. Il secondo, di carattere qualitativo, si riferisce al cambiamento dell'offerta dei giochi che sono maggiormente in grado di favorire fenomeni di dipendenza, compulsività, isolamento e progressione<sup>13</sup>.

Un altro elemento importante relativo all'aumento della prevalenza del gioco d'azzardo patologico e non, è la discrasia esistente tra i guadagni e i relativi costi sociali. Studi volti ad approfondire l'impatto del gioco sulla salute e sul benessere degli individui hanno mostrato importanti conseguenze del gioco d'azzardo a livello individuale, interpersonale e di comunità<sup>14</sup>. A livello individuale, si hanno problemi di salute sia fisica quali, ad esempio, sindromi di astinenza con sintomi come dolori addominali, tremori, mal di testa<sup>15</sup> e sia mentale, ad esempio: depressione, ansia, tentativi di suicidio, e dipen-

denze da droghe e alcol. Il fenomeno si associa inoltre a una riduzione della performance degli studi e dell'efficienza del lavoro; commissione di reati per garantirsi le opportunità di gioco d'azzardo (es., frodi e furti); difficoltà economiche con perdite consistenti di denaro<sup>16-19</sup>. A livello interpersonale, si segnalano difficoltà relazionali tra i giocatori e i loro altri significativi che includono, ad esempio, rottura di relazioni significative, abbandono della famiglia, violenza domestica.<sup>20-23</sup> Infine, a livello di comunità, si riscontra una diminuzione della produttività lavorativa, un aumento delle spese di sanità pubblica (sia per cure mediche e farmacologiche che per il fornire servizi di trattamento, counseling e altre tipologie) e un incremento degli episodi di criminalità. Il gioco d'azzardo presenta quindi importanti conseguenze multilivello in grado di compromettere non solo il benessere dell'individuo ma anche i suoi contesti di vita, assumendo connotazioni specifiche in funzione della fascia d'età del giocatore. In particolare, il gioco d'azzardo patologico o problematico negli studenti universitari è associato con scarse performance accademiche, impulsività, e coinvolgimento in altri comportamenti a rischio come il consumo di droghe<sup>24,25</sup> e binge drinking nelle ultime due settimane<sup>26</sup>.

Nonostante l'elevata prevalenza del fenomeno tra gli studenti universitari<sup>10,27,28</sup>, pochi studi hanno approfondito le caratteristiche del gioco nei giovani adulti. Tale carenza potrebbe essere dettata dalla fascia d'età dei soggetti che si trova tra l'adolescenza e il periodo adulto, motivo che potrebbe escluderli dagli studi che contemplano più spesso gli uni o gli altri<sup>10</sup>. Secondo Arnett, infatti, gli studenti universitari dovrebbero essere considerati come una fascia d'età specifica, definita "adulti emergenti"<sup>29,30</sup>.

Dal punto di vista delle determinanti, Blaszczynski e Nower (2002) delineano tre sottogruppi di giocatori d'azzardo patologici, cioè i soggetti vulnerabili emotivamente, gli impulsivi e i condizionati a livello comportamentale<sup>31</sup>. Se esistono differenze individuali che portano a tipi distinti di vulnerabilità al gioco d'azzardo problematico, allora queste vulnerabilità possono essere approfondite anche mediante lo studio di fattori emotivi che contribuiscono a determinare una vulnerabilità individuale<sup>32</sup>. Relativamente agli studi sull'impatto delle emozioni sul gioco d'azzardo problematico o patologico gli studi in letteratura sono ancora carenti.

Giocatori d'azzardo emotivamente instabili e vulnerabili giocano d'azzardo per alterare i propri stati d'animo e/o soddisfare dei desideri psicologici<sup>31</sup>. Evidenze di studi focalizzati su diverse attività di gioco mostrano che sia gli stati d'animo sia la possibilità che il gioco può offrire di evadere dalla realtà rinforzano il comportamento del gioco d'azzardo problematico e patologico<sup>33,34</sup>. Il gioco d'azzardo patologico tra gli studenti che sono soliti giocare al poker online è associato, ad esempio, a forme di stato d'animo negativo dopo aver giocato e alla motivazione del gioco per evadere e fuggire dai problemi. Gli stati d'animo negativi sono esperiti come una conseguenza del gioco d'azzardo, che permette il soddisfacimento del bisogno per alcuni giocatori, di modificare il proprio stato

d'umore<sup>35</sup>. Inoltre, il gioco d'azzardo è utilizzato come strategia per gestire e regolare le proprie emozioni<sup>36,37</sup>. I giocatori, infatti, sarebbero contraddistinti sia da un certo grado di vulnerabilità emotiva sia da difficoltà a regolare interamente le proprie emozioni. Le principali modalità di regolazione delle emozioni considerate in letteratura sono: la rivalutazione cognitiva e la soppressione espressiva<sup>38</sup>. Pur essendo entrambe comunemente usate nella vita quotidiana, studi di ricerca dimostrano una maggiore efficacia dell'uso della rivalutazione cognitiva rispetto alla soppressione espressiva per l'impatto positivo in termini di conseguenze affettive-cognitive-sociali e di benessere individuale<sup>39,40</sup>. Nonostante l'elevato impatto delle strategie di regolazione emotiva sul benessere e il comportamento individuale, il loro ruolo sul gioco d'azzardo è stato considerato solo marginalmente dalla letteratura.

Il presente studio si pone due macro obiettivi: (1) quantificare la diffusione del fenomeno in una popolazione di studenti universitari, ipotizzando che i maschi presentino una maggiore frequenza e gravità di gioco d'azzardo rispetto alle femmine<sup>4,41</sup>; (2) indagare il ruolo sul fenomeno gioco d'azzardo problematico dei fattori emotivi, in particolare le emozioni esperite e le strategie di regolazione delle emozioni; ipotizzando che valori di affect negativo siano associati al gioco d'azzardo problematico, e che i giocatori a rischio e problematici utilizzino maggiormente come strategia di regolazione delle emozioni la soppressione rispetto alla rivalutazione cognitiva<sup>42</sup>.

## Metodo:

### Partecipanti e procedura

Gli atteggiamenti e le abitudini che caratterizzano il fenomeno del gioco d'azzardo sono stati indagati attraverso la somministrazione di un questionario anonimo self-report agli studenti universitari della città di Padova. La compilazione si è svolta al termine delle lezioni, in biblioteche e aule studio/PC reclutando studenti volontari e disposti a partecipare alla ricerca. Ogni somministrazione è stata preceduta da una breve presentazione del questionario e dallo scopo generale della ricerca. Il tempo impiegato dai soggetti per completare il questionario variava dai 15 ai 20 minuti circa.

Il campione è composto da 313 soggetti di età compresa tra i 18 e i 43 anni ( $M = 22.4$ , d.s. = 2.8; 54.3% femmine).

### Strumenti

Di seguito sono riportati i principali strumenti presenti all'interno del questionario.

1. *Frequenza e gravità del gioco d'azzardo*. La frequenza così come la problematicità del gioco d'azzardo sono state indagate tramite il South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents SOGS-RA43. Il SOGS-RA è strutturato in due parti. Nella prima sezione è chiesto di indicare sia il tipo di attività

di gioco d'azzardo in cui loro partecipano o hanno partecipato nella vita, sia la frequenza dei singoli comportamenti di gioco d'azzardo. La frequenza di gioco è esprimibile su una scala Likert a 3 punti, che va da 1. "mai" a 3. "una volta a settimana o più". La frequenza di gioco è stata inoltre indagata adattando un item della scala GQPN-Gambling Quantity and Perceived Norms— riferito alla norma attuale di frequenza di gioco<sup>44</sup>. Le modalità di risposta adottate nel seguente studio, che vanno da "mai" a "più di una volta a settimana", sono state accorpate nelle seguenti tipologie: mai, annuale, mensile e settimanale. La seconda sezione del SOGS-RA è costituita da 12 item a risposta dicotomica, che rappresentano i segni e i sintomi dei problemi legati al gioco d'azzardo patologico e le relative conseguenze. Per il calcolo del punteggio si attribuisce un punto a ogni risposta affermativa dei 12 item. Per quanto concerne la categorizzazione, un punteggio 0-1 è indice di giocatori non problematici, 2-3 di giocatori a rischio, 4-12 attesta la condizione di giocatori d'azzardo problematici<sup>45</sup>.

2. *Emozioni esperite e Strategie di Regolazione delle emozioni*. Le emozioni provate dai soggetti sono state indagate tramite il PANAS-Positive Affect Negative Affect Schedule— una scala a 20 item creata da Watson e colleghi (1988), che contiene dieci item corrispondenti a forme di umore positivo e dieci item che descrivono forme di umore negativo<sup>46</sup>. Il soggetto deve indicare per ogni item il grado d'intensità con cui sperimenta ciascun'emozione, riferendosi a come si sente generalmente. La modalità di risposta è su scala Likert a 5 punti, che va da 1. "per niente d'accordo" a 5. "totalmente in accordo". L'affidabilità della scala è  $\alpha = .78$  per il Panas totale,  $\alpha = .76$  per la sottoscala delle emozioni positive e  $\alpha = .86$  per la sottoscala delle emozioni negative. La regolazione delle emozioni è stata misurata tramite la versione italiana dell'ERQ-Emotion Regulation Questionnaire a 10 item<sup>40</sup>. Si compone di due scale corrispondenti a due differenti strategie di regolazione emotiva, la rivalutazione cognitiva e la soppressione espressiva. È caratterizzata da una scala Likert a sette punti che va da 1. "per niente d'accordo" a 7. "totalmente d'accordo". Nel presente studio, i valori dell' $\alpha$  di Cronbach sono pari a .81 per la soppressione espressiva e .85 per la rivalutazione.

### Analisi statistiche

Relativamente alla variabile gioco d'azzardo sono stati accorpate in un unico gruppo i giocatori a rischio e quelli problematici. In letteratura, infatti, è sottolineato come i soggetti a rischio evolvono velocemente verso la direzione dei giocatori problematici<sup>47</sup>. Inoltre, tale classificazione permette di evidenziare chiaramente le differenze di comportamento tra chi gioca in modo sociale e chi invece inizia a perdere il controllo o l'ha già perso. La variabile dipendente gioco d'azzardo, è quindi dicotomica (gioco non problematico vs. gioco a rischio e gioco problematico). Dopo aver valutato la frequenza e la gravità del gioco d'azzardo sono state indagate le differenze

di genere utilizzando il test chi-quadro (obiettivo 1). L'effetto del genere è stato altresì indagato attraverso una regressione logistica per blocchi (IC 95%), per testare l'ipotesi del coinvolgimento delle emozioni sul gioco d'azzardo, inserendo nel primo blocco le variabili socio demografiche, nel secondo le emozioni positive e nel terzo quelle negative (obiettivo 2).

## Risultati

Per esaminare il coinvolgimento nel gioco d'azzardo degli studenti universitari, in Tab. 1 sono riportate le frequenze e le percentuali di gioco autoriferite dai partecipanti, suddivise per genere. Il 13,4% dei maschi rispetto al 5,3% delle donne dichiara di giocare mensilmente, l'8,5% settimanalmente rispetto allo 0,6% delle donne. La frequenza di gioco risulta maggiore nel genere maschile ( $\chi^2(3)=21,35$ ;  $p<.001$ ).

La preferenza dei giochi d'azzardo tra gli studenti universitari divisa per frequenza e tipologia di gioco è riportata in Tab. 2. I risultati evidenziano che i maschi preferiscono, con una frequenza di gioco di almeno una volta la settimana,

rispetto alle donne, i seguenti giochi: new-slot e video giochi simili 2,8% ( $\chi^2(2)=7,18$ ;  $p<.05$ ); giochi da casinò 3,5% ( $\chi^2(2)=6,84$ ;  $p<.05$ ); totocalcio, totogol, totip e scommesse sportive 6,3% ( $\chi^2(2)=34,27$ ;  $p<.001$ ); giochi a carte a soldi (poker) 8,4% ( $\chi^2(2)=11,01$ ;  $p<.01$ ); giochi a biliardo o altri giochi di abilità a soldi 4,2% ( $\chi^2(2)=7,74$ ;  $p<.05$ ). Nel genere femminile, le donne che indicano di giocare o aver giocato meno di una volta a settimana manifestano come preferenza di giochi: gratta e vinci (54,1%), Lotto e SuperEnalotto (36,9%), giochi a carte a soldi (poker) (25,9%) e Bingo e Win for Life (17,6%).

Relativamente alla diffusione del gioco d'azzardo problematico, sono riportati in Tab. 3 i dati riguardanti la frequenza dei soggetti che soddisfano i criteri diagnostici per essere considerati giocatori d'azzardo problematici<sup>45</sup>. Nel presente studio, l'11,1% dei soggetti risulta a rischio, mentre il 5,5% è un giocatore problematico. Nel genere maschile è maggiore la diffusione del gioco d'azzardo problematico ( $\chi^2(2)=23,85$ ;  $p<.001$ ). Rispettivamente è a rischio di gioco problematico il 17,9% dei maschi e il 5,4% delle femmine; risultano giocatori problematici il 10% dei maschi rispetto all'1,8% delle

FREQUENZA AUTORIFERTA			
	Maschi N(%)	Femmine N(%)	Totale N(%)
Mai	52(36,6%)	89(52,4%)	141(45,2%)
Annuale	59(41,5%)	71(41,8%)	130(41,7%)
Mensile	19(13,4%)	9(5,3%)	28(9%)
Settimanale	12(8,5%)	1(0,6%)	13(4,2%)
$\chi^2(3)$	21,35***		

Tab. 1: Frequenze e percentuali di gioco autoriferito per genere. - \*\*\* $p<.001$

SOGS-RA	MASCHI N(%)	FEMMINE N(%)	TOTALE N(%)
Non problematico	101(72,1%)	155(92,8%)	256(83,4%)
A rischio	25(17,9%)	9(5,4%)	34(11,1%)
Problematico	14(10%)	3(1,8%)	17(5,5%)
$\chi^2(2)$	23,85***		

Tab. 3: Frequenze e percentuali dei soggetti non problematici, a rischio e problematici secondo i criteri del SOGS-RA per genere. Problematico - \*\*\* $p<.001$

Tipologia di gioco	Maschi			Femmine			$\chi^2$
	Mai N(%)	Meno di una volta a settimana N(%)	Una volta a settimana o più N(%)	Mai N(%)	Meno di una volta a settimana N(%)	Una volta a settimana o più N(%)	
New-slot e video-giochi simili	120(83,9%)	19(13,3%)	4(2,8%)	156(91,8%)	14(8,2%)		7,18*
Gratta e vinci	73(51%)	65(45,5%)	5(3,5%)	76(44,7%)	92(54,1%)	2(1,2%)	3,69
Bingo	124(87,3%)	17(12%)	1(0,7%)	140(82,4%)	30(17,6%)		3,08
Win for life e lotterie istantanee	118(82,5%)	23(16,1%)	2(1,4%)	140(82,4%)	30(17,6%)		2,50
Giochi da casino (black jack, slot machine, roulette ecc)	114(79,7%)	24(16,8%)	5(3,5%)	146(86,4%)	23(13,6%)		6,84*
Lotto e Superenalotto	86(60,1%)	54(37,8%)	3(2,1%)	106(63,1%)	62(36,9%)		3,65
Totocalcio, totogol, totip e scommesse sportive	97(67,8%)	37(25,9%)	9(6,3%)	158(92,9%)	12(7,1%)		34,27***
Giochi a carte a soldi (poker)	80(55,9%)	51(35,7%)	12(8,4%)	122(71,8%)	44(25,9%)	4(2,4%)	11,01**
Gioco in borsa	136(95,8%)	5(3,5%)	1(0,7)	168(98,8%)	2(1,2%)		3,17
Gioco su internet	117(81,8%)	19(13,3%)	7(4,9%)	153(90)	11(6,5%)	6(3,5%)	4,71
Gioco a biliardo o altri giochi di abilità a soldi	105(73,4%)	32(22,4%)	6(4,2%)	143(84,1%)	26(15,3%)	1(0,6%)	7,74*

Tab. 2: Frequenze e percentuali circa i diversi tipi di gioco o scommesse che i soggetti fanno oppure hanno fatto nella propria vita per genere. - \* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$ ; \*\*\* $p<.001$

	MASCHI N (%)	FEMMINE N (%)	TOTALE N (%)
DISCUSSIONI CON LA FAMIGLIA O PROBLEMI A SCUOLA O AL LAVORO	15(38,5)	6(50)	21(41,2)
GIOCARE PIU' DI QUANTO SI ERA PREVENTIVATO	25(64,1)	4(33,3)	29(56,9)
SENSO DI COLPA RIGUARDO IL MODO DI GIOCARE O A COSA SUCCEDDE QUANDO SI GIOCA	18(46,2)	5(41,7)	23(45,1)
DISCUSSIONI CON LA FAMIGLIA O GLI AMICI PER IL GIOCO	17(43,6)	7(58,3)	24(47,1)
TEMPO SOTTRATTO AL LAVORO O ALLO STUDIO	24(61,5)	4(33,3)	28(54,9)

Tab.4: Frequenze e percentuali (dei soggetti a rischio più problematici) di item del SOGS-RA che hanno ricevuto risposta affermativa per genere (presentati i soli a maggiore frequenza).

BLOCCO	R	VARIABILI	B	p-value	OR	95% CI	
						Inferiore	Superiore
1-SOCIODEMOGRAFICHE	12,5%	GENERE MASCHIO	1.85	.001	6,36	3,01	13,42
2-EMOZIONI POSITIVE	16,7%	ORGOGLIOSO	.49	.01	1,64	1,15	2,33
3-EMOZIONI NEGATIVE	20%	SPAVENTATO	.40	.05	1,49	1,09	2,03

Tab.5: Coefficienti del modello di regressione logistica per blocchi (presentate le sole variabili significative nel modello): variabile dipendente "gioco d'azzardo problematico e a rischio" (punteggi al SOGS-RA categorizzati).

femmine.

Le principali aree in cui si ripercuotono le conseguenze concernenti il gioco problematico sono riassunte in tab. 4, dove sono riportati i dati relativi alla frequenza di risposte affermative agli item del SOGS-RA nel gruppo di soggetti che sono risultati essere a rischio e problematici. Nello specifico è possibile notare come, il 56,9% dichiara che sono soliti giocare di più rispetto a quanto avevano preventivato, il 54,9% dichiara di aver sottratto del tempo al lavoro o allo studio a causa dei giochi e delle scommesse, il 47,1% riporta di avere discussioni con familiari e amici a causa del gioco, il 45,1% afferma di sentirsi in colpa riguardo al modo in cui gioca o cosa succede quando gioca e infine il 41,2% dei soggetti ha risposto di avere discussioni con la famiglia o problemi con lo studio-lavoro. Per esaminare il ruolo del genere e del coinvolgimento delle emozioni sul gioco d'azzardo problematico e a rischio è stata condotta una regressione logistica per blocchi (Tab. 5). Il modello di regressione spiega il 20% della varianza del comportamento del gioco d'azzardo problematico e a rischio. Le variabili significativamente associate al gioco d'azzardo sono: il genere, l'emozione positiva orgoglioso e quella negativa spaventato. Non sono risultate significativamente associate le due strategie di regolazione delle emozioni, la rivalutazione cognitiva e la soppressione espressiva.

## Discussioni

Obiettivo generale del presente studio era analizzare la diffusione e le caratteristiche del gioco d'azzardo problematico tra gli studenti universitari, e indagare l'associazione di specifici fattori emotivi (emozioni esperite e strategie di regolazione

delle emozioni) con il gioco problematico.

Relativamente alla diffusione del fenomeno, è emerso che il 5,5% del campione indagato è un giocatore d'azzardo problematico, che ha avuto o ha problemi con il gioco d'azzardo. Questa percentuale è in linea con i dati di prevalenza presenti in studi meta-analitici internazionali che utilizzano il SOGS con studenti del college secondo cui la prevalenza di gioco problematico e a rischio in questa fascia d'età è in media del 7.9% (range 5,37% - 10.41%)<sup>10</sup>. I risultati attestano inoltre una maggiore frequenza e problematicità del gioco d'azzardo nel campione maschile (10%) in accordo con la letteratura internazionale<sup>4,41</sup>. Nello specifico i maschi a differenza delle femmine, oltre a riportare di giocare maggiormente soprattutto con una frequenza mensile e settimanale, presentano in misura maggiore un comportamento di gioco d'azzardo a rischio e problematico.

Per quanto riguarda le conseguenze, è emerso come il gioco d'azzardo ha un impatto sulla qualità della vita non solo dei singoli individui (giocare di più rispetto a quanto ci si era preventivato di fare, senso di colpa riguardo al modo in cui si gioca o cosa succede quando si gioca, non riuscire a smettere di giocare), ma può avere delle ripercussioni sia nella propria famiglia sia nei propri amici (in termini di discussioni e problemi) che per la comunità intera (problemi a scuola-lavoro, tempo sottratto al lavoro e allo studio a causa dei giochi e delle scommesse).

Riguardo al ruolo dei fattori emotivi sul fenomeno del gioco d'azzardo problematico e a rischio il presente studio evidenzia un'influenza delle emozioni provate. In particolare, tra un'ampia gamma di emozioni considerate, sono significativamente associate al gioco problematico e a rischio l'emozione di orgoglio, tra le emozioni positive, e l'esperire spavento, tra

le emozioni negative. L'esperienza emotigena dell'individuo, può quindi costituire un possibile fattore di rischio in grado di incrementare il gioco d'azzardo patologico. Anche se è stata significativa una sola emozione positiva, l'essere orgoglioso, questo dato risulta in linea con alcuni studi secondo cui provare emozioni positive quando si gioca d'azzardo potrebbe spingere le persone a compiere maggiori scommesse rischiose<sup>48</sup>. Più in generale, il ruolo delle emozioni positive, all'interno del fenomeno del gioco problematico, potrebbe anche essere letto tenendo in considerazione i risultati di alcuni studi secondo cui individui in uno stato d'animo positivo tendono a sovrastimare gli esiti positivi di un evento e ad adottare un comportamento più rischioso rispetto a quelli che provano uno stato d'animo negativo<sup>49</sup>. Nel presente studio, è significativamente associata al gioco d'azzardo anche l'emozione negativa spaventato. Precedenti studi suggeriscono come i giocatori d'azzardo problematici siano persone che generalmente provano e sentono dei sentimenti negativi, intesi come una dimensione di disagio soggettivo costituita dall'insieme di stati d'animo spiacevoli<sup>42</sup>. Questo dato potrebbe inoltre essere letto alla luce delle considerazioni di Blaszczynski e Nower (2002), secondo i quali i giocatori d'azzardo vulnerabili emotivamente giocherebbero per alleviare delle emozioni spiacevoli e negative<sup>31</sup>.

Questo studio presenta alcune limitazioni. Una prima criticità è relativa alla scelta di indagare le abitudini dei giocatori nel corso della loro vita per due ragioni: da un lato, perché potrebbero essere inclusi nella stima di prevalenza finale soggetti che non presentano più il problema ma che invece lo avevano in passato; dall'altro perché potrebbe favorire una sottostima della prevalenza lifetime, poiché i soggetti con il trascorrere del tempo, tendono a non riferire episodi di gioco patologico avuti nel passato<sup>50,51</sup>. I risultati presentano inoltre limiti legati alla generalizzabilità, essendo il campione di riferimento non rappresentativo della popolazione dei giovani adulti. Futuri studi dovrebbero indagare la prevalenza del gioco d'azzardo e la relazione dei fattori emotivi con il gambling in popolazioni più ampie, che tengano conto di differenti condizioni socio-culturali (es. giovani adulti con più basso livello d'istruzione). Infine, la causalità delle associazioni qui riportate dovrebbe essere indagata attraverso studi longitudinali che permettano di approfondire le determinanti emotive e cognitive del gioco d'azzardo con una maggiore distinzione tra stati affettivi provati nella quotidianità dall'individuo, e stati emotivi che invece precedono e succedono al comportamento di gioco.

Future ricerche potrebbero studiare il fenomeno del gambling, indagando la frequenza di gioco riferita agli ultimi dodici mesi, alla luce della considerazione che la storia naturale del gioco d'azzardo patologico è spesso maggiormente episodica piuttosto che cronica<sup>50</sup>. Inoltre alla luce del modello integrato del gioco d'azzardo problematico di Blaszczynski e Nower (2002) potrebbe essere utile considerare altri aspetti cruciali come l'impulsività - la ricerca di sensazioni e la motivazione al gioco, per cercare di approfondire maggiormente i sottogruppi di giocatori d'azzardo, cioè i soggetti condizionati a livello

comportamentale, gli impulsivi e i vulnerabili emotivamente. In considerazione dell'aumento dell'opportunità di gioco e dei costi sociali che tendono a delineare la situazione come problematica, sarebbero opportune iniziative diversificate: di monitoraggio sulla diffusione del fenomeno; di ricerca sulle cause, sviluppo, mantenimento del disturbo con enfasi sui fattori di rischio e di protezione e l'implementazione di interventi efficaci di prevenzione e trattamento.

Alla luce dei risultati del presente studio, un'azione preventiva efficace oltre a dover coinvolgere principalmente gli studenti universitari maschi, dovrebbe focalizzarsi nello specifico sia su quelle tipologie di giochi e scommesse che sono significativamente diverse tra maschi e femmine (tab. 2), sia sul ruolo degli stati emotivi in grado di influenzare i comportamenti di gioco (emozioni negative e positive). Sempre a livello preventivo si dovrebbe inoltre puntare primariamente a fornire utili indicazioni e informazioni su linee guida circa il denaro e il tempo impiegati per giocare d'azzardo. Alcuni studenti potrebbero solamente richiedere informazioni e assistenza circa il prendere decisioni che riguardano il gioco d'azzardo, mentre altri potrebbero avere bisogno di forme selettive e indicate di prevenzione e trattamento legate a un'elevata frequenza di gioco<sup>52</sup>.

In conclusione, in accordo con Faggiano (2009) risulta essenziale riconoscere il gioco d'azzardo patologico e problematico come un problema prioritario di salute pubblica<sup>11</sup>. Il presente studio fornisce delle indicazioni circa la frequenza e la gravità di questo fenomeno, rappresentando un primo tentativo volto a cercare di comprendere il fenomeno del gioco d'azzardo, anche alla luce del ruolo dei fattori emotivi, tra gli studenti universitari.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV). Milano: Masson; 1996.
2. Messerlian C, Gillespie M, Devereux JL. Beyond drugs and alcohol: including gambling in a high risk behavioural framework. *Paediatr Child Health*. 2007;12:199-2004.
3. Fisher S. A prevalence study of gambling and problem in British adolescents. *Addict Res*. 1999;7:509-38.
4. Gupta R, Derevensky JL. Adolescent with gambling problems: from research to treatment. *J Gambl Stud*. 2000;16:315-42.
5. Shaffer HJ, LaBrie R, Scanlan KM, Cummings TN. Pathological gambling among adolescents: Massachusetts gambling screen (MAGS). *J Gambl Stud*. 1994;10:339-62.
6. Shaffer HJ, Hall MN. Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: a quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *J Gambl Stud*. 1996;12:193-214.
7. EURISPES (2009). L'Italia in gioco. Available from: [http://www.eurispes.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=710:rapporto-italia-2009&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222/](http://www.eurispes.it/index.php?option=com_content&view=article&id=710:rapporto-italia-2009&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222/) (accessed June 6, 2011).
8. ESPAD (2009). The 2007 ESPAD report substance use among students in 35 European countries. Available from: [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_091006.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf) (accessed June 21, 2011).
9. EURISPES, Rapporto Italia 2007, Percorsi di ricerca nella società italiana. Available from: [http://www.eurispes.it/index.php?option=com\\_con-](http://www.eurispes.it/index.php?option=com_con-)

- tent&view=article&id=597:rapporto-italia-2007&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222 (accessed June 21, 2011).
10. Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Disordered gambling among college students: a meta-analytic synthesis. *J Gambl Stud.* 2007;23:175-83.
  11. Capitanucci D. Il gioco d'azzardo in Italia: i dati e la ricerca. Torino: Gruppo Abele periodici; 2009.
  12. AAMS - Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato -. Dati sulla raccolta giochi. Available from: <http://www.aams.gov.it/> (accessed June 30, 2011).
  13. Croce M. La diversa 'addittività' dei giochi ed i meccanismi psicologici del giocatore. *Personalità/Dipendenze.* 2002;8:342-3.
  14. Lin EYJ, Casswell S, Easton B, Huckle T, Asiasiga L, You RQ. Time and money spent gambling and the relationship with quality-of-life measures: a national study of New Zealanders. *J Gambl Issues.* 2010;24:33-53.
  15. Bianchetti R, Croce M. Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni. *Sociologia del diritto.* 2007;2:113-59.
  16. Australian Institute for Gambling Research. Report on the social and economic impacts of gambling in New Zealand. Sydney, Australia: Author; 2001.
  17. Barnes G, Welte J, Hoffman J, Dintcheff B. Gambling and alcohol use among youth: influences of demographic, socialization, and individual factors. *Addict Behav.* 1999;24: 749-67.
  18. National Gambling Impact Study Commission (1999). Gambling impact and behavior study: final report. Available from: <http://govinfo.library.unt.edu/ngisc/index.htm> (accessed June 18, 2011).
  19. Shaffer H, Korn D. Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annu Rev Publ Health.* 2002;23:171-212.
  20. Dickson-Swift V, James E, Kippen S. The experience of living with a problem gambler: spouses and partners speak out. *J Gambl Issues.* 2005;13. Available from [http://www.camh.net/egambling/issue13/jgi\\_13\\_dicksonSwift.html](http://www.camh.net/egambling/issue13/jgi_13_dicksonSwift.html) (accessed June 19, 2011).
  21. Lorenz V, Yaffee R. Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *J Gambl Behav.* 1988;4:13-22.
  22. Lorenz V, Yaffee R. Pathological gamblers and their spouses: problems in interaction. *J Gambl Stud.* 1989;5:113-26.
  23. Patford J. Linked lives: adult children's experiences of late onset parental gambling problems. *Int J Ment Health Addict.* 2007;5:367-80.
  24. Engwall D, Hunter R, Steinberg M. Gambling and other risk behaviors on university campuses. *J Am Coll Health.* 2004;52:245-55.
  25. Winters KC, Bengston P, Dorr D, Stinchfield R. Prevalence and risk factors of problem gambling among college students. *Psychol Addict Behav.* 1998;12:127-35.
  26. LaBrie RA, Shaffer HJ, LaPlante D, Wechsler H. Correlates of college student gambling in the United States. *J Am Coll Health.* 2003;52:53-62.
  27. Baboushkin HR, Hardoon KK, Derevensky JL, Gupta R. Underlying cognitions in gambling behavior among university students. *J Appl Soc Psychol.* 2001;31:1409-1430.
  28. Rockey DL, Beason KR, Howington EB, Rockey CM, Gilbert JD. Gambling by Greek-affiliated college students: an association between affiliation and gambling. *J Coll Stud Dev.* 2005;46:75-87.
  29. Arnett J. Emerging adulthood. New York: Oxford University Press; 2004.
  30. Arnett J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000;55:469-80.
  31. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction.* 2002;97:487-99.
  32. Leone AP, Gomes K, Orr ES, Kaploun KA, Abeare CA. Affective and cognitive correlates of gambling behavior in university student. *J Gambl Stud.* 2011;27:401-8.
  33. Griffiths MD. The role of subjective mood states in the maintenance of fruit machine gambling behavior. *J Gambl Stud.* 1995;11:123-35.
  34. Wood RTA, Griffiths MD. A qualitative investigation of problem gambling as an escape -based coping strategy. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practise.* 2007; 80:107-25.
  35. Wood RTA, Griffiths MD, Parke J. Acquisition, development, and maintenance of online poker playing in a student sample. *Cyberpsychol Behav.* 2007;10:354-61.
  36. Korman LM, Cripps E, Toneatto T. Problem gambling and anger: integrated assessment and treatment. In Zangeneh M, Blaszczynski A, Turner NE (Eds.), in the pursuit of winning: problem gambling theory, research and treatment. New York, NY: Springer Science + Business Media; 2008:251-69.
  37. Ricketts T, Macaskill A. Differentiating normal and problem gamblers: a grounded theory approach. *Addict Res Theory.* 2004;12:77-87.
  38. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation process: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85:348-62.
  39. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: personality process, individual differences, and life span development. *J Pers.* 2004;72:1301-33.
  40. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *Eur J Psychol Assess.* 2010;26:61-7.
  41. Molde H, Pallesen S, Bartone P, Hystad S, Johnsen BH. Prevalence and correlates of gambling among 16 to 19-year-old adolescents in Norway. *Scand J Psychol.* 2009;50:55-64.
  42. Matthews N, Farnsworth B, Griffiths MD. A pilot study of problem gambling among student online gamblers: mood states as predictors of problematic behavior. *Cyberpsychol Behav.* 2009;12:741-5.
  43. Winters KC, Stinchfield RD, Fulkerson J. Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *J Gambl Stud.* 1993;9:63-84.
  44. Neighbors C, Lostutter T, Larimer ME, Takushi RY. Measuring gambling outcomes among college students. *J Gambl Stud.* 2001;18:339-60.
  45. Winters KC, Stinchfield RD, Kim LG. Monitoring adolescent gambling in Minnesota. *J Gambl Stud.* 1995;11:165-83.
  46. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54:1063-70.
  47. Gupta R, Derevensky JL. Adolescent gambling behaviour: a prevalence study and examination of the correlates associated with excessive gambling. *J Gambl Stud.* 1998;14: 319-45.
  48. Cummins LF, Nadorff MR, Kelly AE. Winning and positive affect can lead to reckless gambling. *Psychol Addict Behav.* 2009;23:287-94.
  49. Nygren TE, Isen AN, Taylor PJ, Dulin J. The influence of positive affect on the decision rule in risk situations: focus on outcome (and especially avoidance of loss) rather than probability. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1996;66:59-72.
  50. Slutske WS, Jackson KM, Sher KJ. The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *J Abnorm Psychol.* 2003;112:263-4.
  51. Abbott MW, Williams MM, Volberg RA. A prospective study of problem and regular nonproblem gamblers living in the community. *Subst Use Misuse.* 2004;6:855-84.
  52. Stinchfield R, Hanson WE, Olson DH. Problem and pathological gambling among college students. Gambling on campus, new directions for student services. Winley InterScience. 2006;113:63-73.

Contributi originali  
diagnosi

## Impulsività, alessitimia e stili d'attaccamento in giocatori d'azzardo patologici e loro familiari

Vitantonio Chimienti<sup>1</sup>, Rolando De Luca<sup>2</sup>

1 - Università di Urbino "Carlo Bo", Urbino

2 - Centro per il trattamento di Giocatori d'azzardo e loro familiari, Campoformido

**Obiettivo:** il Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno clinico che presenta gli stessi sintomi di altre forme di dipendenza patologica verso un oggetto non chimico: il gioco. L'obiettivo di questo studio è esplorare il gioco d'azzardo da una prospettiva psicodinamica, considerando l'impulsività e l'alessitimia in relazione agli stili d'attaccamento, come costrutti nucleari della teoria della regolazione affettiva. Lo studio esplora i medesimi tratti nei familiari dei giocatori.

**Metodo:** la ricerca è stata condotta su 262 soggetti costituenti tre campioni: giocatori, 63 soggetti con diagnosi DSM di Gioco d'Azzardo Patologico, familiari, 89 familiari dei giocatori ed un campione di controllo di 110 soggetti estratti dalla popolazione generale. A tutti i soggetti è stata somministrata una batteria di scale: BIS-11, Barratt Impulsiveness Scale, TAS-20, Toronto Alexithymic Scale, and ASQ, Attachment Style Questionnaire.

**Risultati:** l'Analisi Multivariata della Covarianza ha evidenziato che le medie dei punteggi dell'impulsività, alessitimia, fiducia e secondarietà delle relazioni discriminano i giocatori dai controlli e che l'alessitimia e il disagio per l'intimità discrimina i familiari dai controlli. Non ci sono state differenze fra giocatori e familiari ai punteggi medi dell'alessitimia.

**Conclusioni:** la regolazione affettiva conferma di essere un utile approccio per la comprensione delle dinamiche del gioco d'azzardo patologico, oltre che fornire indicazioni per il trattamento dei familiari. Inoltre, la valutazione della regolazione affettiva può essere un utile modo per identificare i probabili fattori di rischio per i giocatori d'azzardo abituali.

### *Impulsivity, alexithymia and attachment styles in pathological gamblers and their relatives*

**Objective:** Pathological gambling is a clinical phenomenon that presents the same symptoms of other kinds of pathological addictions, except it has no substance use: it is based on the playing behavior. The aim of this research is to explore gambling from a psycho-dynamic perspective, by considering the impulse control and the alexithymia in relation to attachment styles, as a core of affection regulation theory. The research also explores the same traits in relatives of gamblers.

**Method:** research was conducted on 262 subjects clustered in three samples: 63 subjects with a DSM-IV pathological gambling diagnosis, 89 relatives of gamblers in treatment and a control group of 110 subjects from the general population. All subject were administered a battery of tests: BIS-11, Barratt Impulsiveness Scale, TAS-20, Toronto Alexithymic Scale, and ASQ, Attachment Style Questionnaire.

**Findings:** a Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) showed that mean scores of impulsiveness, alexithymia, comfort and secondary relationships discriminate gamblers from control, while alexithymia and intimacy avoidance discriminate relatives from control. There was not differences between gamblers and relatives to mean score of alexithymia.

**Conclusions:** affection regulation confirm to be a core theory to understand dynamics of pathological gambling, as well as to propose measures for the treatment of relatives. Moreover, assessing affection regulation can be a useful way to identify probable risk factors for social gamblers.

**Parole chiave:** Gioco d'azzardo patologico, Impulsività, Alessitimia, Regolazione affettiva, Attaccamento

**Keywords:** Pathological Gambling, Impulsiveness, Alexithymia, Affect regulation, Attachment

**Date:** inviato: 18/04/2012 - accettato: 02/07/2012

**Contatti:** Dott. **Vitantonio Chimienti**  
Phd, Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"  
Via Ubaldini, 17 61029 Urbino (PU)  
tel - fax: 0722 329690  
e-mail: vitantonio.chimienti@uniurb.it

\* La ricerca è stata in parte presentata al 52nd International ICAA Conference on Dependencies Shaping the Future. A Multisectorial Challenge, Estoril, Portugal. 12 Ott. 2009

## Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è considerato un disturbo mentale in cui il soggetto coinvolto non riesce a smettere di giocare nonostante persistenti ed evidenti disagi familiari, lavorativi e sociali<sup>1</sup>. E' nomenclato fra i Disturbi del Controllo degli Impulsi in tutti i manuali diagnostici (DSM, ICD, PDM) a causa del rilevante peso che il tratto impulsivo esercita nella vita delle personalità dei giocatori.

L'impulsività è un costrutto multidimensionale denotato dalla tendenza ad agire un comportamento o effettuare una scelta senza la mediazione riflessiva<sup>2,3</sup>. Un atto immediato in reazione ad uno stimolo fisico o psichico. Numerose ricerche testimoniano quanto l'impulsività sia la caratteristica strutturante la condotta dei giocatori<sup>4,5,6</sup>.

Il comportamento impulsivo costituirebbe proprio il nucleo del deficit nel compiere una scelta, lasciando optare per una preferenza rischiosa anziché per una sicura. Studi condotti con l'IOWA gambling task evidenziano questo aspetto in diversi campioni di soggetti con dipendenza patologica<sup>7,8</sup>, come in soggetti con GAP<sup>9</sup>.

Il comportamento impulsivo in molti casi non è che l'epifenomeno di un tratto impulsivo che pervade e caratterizza la personalità dei giocatori.

A conferma di ciò, l'impulsività nei GAP è risultata correlata al tratto *novelty seeking* della personalità secondo il modello di Cloninger<sup>10,11,12</sup> e al tratto *sensation seeking* secondo il modello di Zuckerman<sup>13,14</sup>, ricalcando un aspetto nucleare dei giocatori ascrivibile a tratti evolutivi della personalità. Come spesso evidente per la personalità dei soggetti con addiction, la covarianza di questi tratti spiega in parte, da un punto di vista diagnostico, la continua sovrapposizione sintomatologica fra GAP e Disturbi della Personalità (PD), in particolare con i Disturbi del Cluster B, specie il Disturbo Antisociale (ASPD) e il Disturbo Borderline (BPD)<sup>15,16,17</sup>.

Oltre che da un punto di vista squisitamente fenomenologico, possiamo a ragione considerare il GAP una vera e propria forma di dipendenza patologica, condividendo per l'appunto con le dipendenze la scelta di un oggetto ritenuto fonte di piacere (sostanza o comportamento), il decorso e le fasi della ascesa motivazionale all'effetto psicologico desiderato (tolleranza), l'impossibilità di tirarsi indietro malgrado gli effetti indesiderati (compulsione) e la necessità di perdurare nel comportamento nonostante i propri fallimenti e il disagio provocato agli altri, compresi i propri familiari.

A tal proposito la Task Force per la revisione del DSM-V ha considerato di inserire il GAP nella categoria *Substance Use and Addiction Disorder* proprio per la continuità sintomatologica manifestata nelle varie fasi di una qualsiasi dipendenza patologica<sup>18,19</sup>.

L'ipotesi dopaminergica seguita dagli studi neurobiologici evidenzia quanto i comportamenti di addiction e di craving siano strettamente correlati ai circuiti mesolimbici di *reward* e *antireward* adibiti al rinforzo di comportamenti normalmente tesi alla conservazione della specie<sup>20,21</sup>. Le reazioni di piacere

e di benessere verso oggetti naturali quali il cibo, il sesso, il gioco, le attività sociali gratificanti, costituiscono il feedback biologico di una sorta di sistema auto-regolatorio che inibisce e facilita l'espressione di comportamenti economicamente vantaggiosi, per sé e per gli altri<sup>22</sup>. Strettamente connessa ai circuiti dopaminergici vi è la regione cerebrale che MacLean ritiene implicata nella regolazione della distanza e vicinanza dall'altro per l'omeostasi emotiva, presente in tutti i mammiferi compreso l'uomo: il sistema limbico. Un sistema pre-corticale sviluppatosi per il processamento di segnali emotivi ed affettivi<sup>23</sup>.

Nelle dipendenze patologiche ad essere sotto scacco è proprio suddetto sistema.

Anche da un punto di vista psicodinamico, lo studio della regolazione affettiva ed emozionale si sta rivelando altrettanto proficuo nella comprensione dei fenomeni di dipendenza patologica, quanto di specifiche costellazioni di personalità<sup>24</sup>. La ricerca impulsiva e compulsiva di un oggetto, o comportamento, ritenuto fonte di piacere, permetterebbe la scarica di una tensione che altrimenti rimarrebbe a livello somatico<sup>25</sup>. Lo stato emotivo, e la relativa tensione prodotta, non potendo essere elaborata o simbolizzata in alcun modo, non può essere comunicata, venendo pertanto agita attraverso comportamenti che ne permettono la temporanea risoluzione<sup>26,27,28</sup>.

L'alessitimia, dal greco *a-lex-thymos* (nessuna parola per gli stati d'animo), indica l'incapacità di poter riconoscere ed esprimere i propri stati emotivi. Riscontrata maggiormente in pazienti psicosomatici, il costrutto alessitimico mette in risalto inoltre la povertà immaginativa e la conseguente concretezza del pensiero (pensiero operatorio) di soggetti che principalmente sono rivolti agli aspetti "materiali" delle loro azioni, non avendo nessuno spazio riflessivo per gli aspetti propriamente psicologici dei loro comportamenti<sup>29,30</sup>. Alcuni studi mettono in evidenza appunto quanto il tratto alessitimico si spalmi trasversalmente alle condizioni psicopatologiche, in particolar modo fra le dipendenze patologiche.<sup>31-34</sup> Così come nei GAP è stato riscontrato quanto il tratto alessitimico sia significativamente presente rispetto alla popolazione generale<sup>35-36</sup>.

Strettamente connesso al concetto di mentalizzazione e simbolizzazione dei propri stati emotivi gli studi sull'attaccamento evidenziano modalità relazionali distaccate e/o preoccupate nei confronti dell'altro significativo in soggetti che presentano un deficit nella modulazione degli stati emotivi e nel controllo degli impulsi<sup>37</sup>. Seppur non denotano caratteristiche necessariamente patologiche, gli stili d'attaccamento sottolineano la qualità del vissuto relazionale all'interno dei rapporti interpersonali. Alcuni studi evidenziano la presenza di sistemi d'attaccamento (regolazione della vicinanza/lontananza affettiva dall'altro) insicuri in soggetti con dipendenza patologica da sostanze così come da gioco d'azzardo patologico<sup>38,39,35</sup>.

Obiettivo del presente studio è esplorare la relazione fra il controllo degli impulsi e la regolazione affettiva, attraverso il costrutto dell'impulsività, dell'alessitimia e le dimensioni

degli stili d'attaccamento, nei Giocatori d'Azzardo Patologici e nei relativi familiari, enucleandone le possibili differenze con soggetti senza problematiche psicopatologiche.

## Materiali e metodo

La ricerca si è svolta su un totale di 262 soggetti di cui 63 soggetti hanno composto il campione clinico dei GAP, 89 soggetti il campione dei familiari in terapia e 110 soggetti sono stati selezionati random fra la popolazione generale. I soggetti componenti il campione clinico dei GAP sono stati diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV-tr per il Gioco d'Azzardo Patologico che, insieme ai soggetti componenti il campione dei familiari, sono in trattamento psicoterapeutico di gruppo presso il Centro per il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico di Campoformido.

A ciascun soggetto è stato somministrato un protocollo di ricerca, in busta chiusa e in modalità anonima, composto da una scheda per la rilevazione delle caratteristiche socio-anagrafiche e una batteria di questionari e test autosomministrati. Il campione clinico dei GAP è composto da 52 maschi (82,5%) e 11 femmine (17,5) con un'età media di 47,86 (10,75) anni, di cui il 49,2% sposato, il 17,5% single, il 17,5% separato e il 12% convivente.

Il campione dei familiari è composto da 14 (15,9%) maschi e 74 (84,1%) femmine con un'età media di 47,08 (10,70) anni, di cui il 67% coniugato, l'11,4 separati, il 10,2 single e il 10,2 convivente.

Il campione estratto dalla popolazione generale è composto da 43 (39,1%) maschi e 67 (60,9%) femmine con un'età media di 38,64 (9,26) anni, di cui il 49,1% coniugato, il 36,4% single, il 3,6% separato e il 10,9% convivente.

## Strumenti

Per la misurazione dell'impulsività si è utilizzata la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11, Patton et al, 1995)<sup>40</sup>, un questionario autosomministrato composto da 30 item e con possibilità di risposta su scala Likert da 0 a 4, nella versione italiana<sup>41</sup>, che misura tre sottotipi di impulsività: l'impulsività attentiva, l'impulsività motoria e l'impulsività da non pianificazione. I tre sottotipi, sommati fra loro forniscono la misura unidimensionale dell'impulsività.

Per la misurazione dell'alessitimia si è utilizzata la *Toronto Alexitymic Scale* (TAS-20, Bagby et al., 1994)<sup>42</sup>, un questionario autosomministrato composto da 20 item e con possibilità di risposta da 0 a 5, che valuta tre fattori Alessitimici fra loro interrelati: identificazione delle emozioni, espressione delle emozioni e pensiero orientato verso l'esterno<sup>43</sup>. I tre fattori sommati fra loro forniscono una misura dimensionale dell'alessitimia nonché la possibile presenza di Alessitimia patologica per un punteggio grezzo maggiore di 60.

Per la rilevazione degli stili d'attaccamento è stata utilizzata

l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ, Feeney et al 1994)<sup>44</sup>, nella versione italiana<sup>45</sup> (Fossati, 2003), un questionario autosomministrato composto da 40 item con possibilità di risposta da 1 a 6 che misura lungo un continuum dimensionale uno stile d'attaccamento sicuro: Fiducia in sé e negli altri, e quattro stili d'attaccamento insicuri: Secondarietà delle relazioni (tendenza a perseguire i propri scopi a scapito delle relazioni), Disagio dell'intimità (tendenza ad evitare relazioni di dipendenza), Bisogno di approvazione (timore di accettazione e conferma da parte degli altri), Preoccupazione per le relazioni (tendenza alla preoccupazione ansiosa nelle relazioni).

Per valutare l'ipotesi della regolazione affettiva all'interno di ciascun campione si è utilizzata la correlazione di Pearson fra ciascun costrutto preso in considerazione. Per valutare le differenze fra campioni alla regolazione affettiva, verificate le distribuzioni multivariate delle variabili<sup>46</sup>, si è condotta l'Analisi Multivariata della Covarianza (MANCOVA), controllando l'effetto del genere e dell'età. Per le differenze campionarie rispetto alle dimensioni dell'attaccamento sono state considerate le stime univariate della MANCOVA e le relative grandezze dell'effetto<sup>47</sup>. A scopo teorico, sono state rilevate le percentuali di soggetti con una possibile psicopatologia Alessitimica.

## Risultati

L'analisi delle correlazioni evidenzia valori dei coefficienti elevati e significativi tra BIS e TAS ( $r=0,663$ ;  $p<0,000$ ) e tra TAS e Fiducia ( $r=-0,523$   $p<0,000$ ) nel campione clinico dei giocatori, e valori modesti ma significativi di TAS e BIS con le altre dimensioni dell'attaccamento insicuro ( $0,433>r<0,290$ ). Nel campione dei familiari i valori dei coefficienti di correlazione più elevati si riscontrano fra TAS e Disagio per l'intimità ( $r=0,389$   $p<0,000$ ) e fra TAS e Secondarietà delle relazioni ( $r=0,389$   $p<0,000$ ), mentre nel campione non clinico i valori delle correlazioni sono risultati bassi, seppur significativi, fra TAS e BIS ( $r=0,191$   $p<0,046$ ) e tra TAS e le altre dimensioni dell'attaccamento insicuro ( $0,265<r>0,196$ ).

L'analisi multivariata della covarianza (MANCOVA) delle variabili dipendenti BIS e TAS, al netto delle differenze di genere e d'età mostra un effetto significativo nella differenza tra i centroidi delle medie fra i tre campioni (Wilks'Lambda=0,856,  $F(4,508)=10,221$ ,  $p=0,000$ ,  $\eta^2=0,074$ ). In particolare una differenza significativa di maggior intensità fra giocatori e controlli (Wilks'Lambda=0,866,  $F(2,168)=12,962$ ,  $p=0,000$ ,  $\eta^2=0,134$ ), e fra giocatori e familiari (Wilks'Lambda=0,911,  $F(2,144)=6,994$ ,  $p=0,001$ ,  $\eta^2=0,089$ ) rispetto al confronto fra familiari e controlli (Wilks'Lambda=0,940,  $F(2,191)=6,994$ ,  $p=0,003$ ,  $\eta^2=0,060$ ).

Il contributo univariato di ciascuna variabile e la relativa magnitudo dell'effetto mostrano una differenza significativa delle medie ottenute dai giocatori alla scala BIS rispetto ai familiari e al campione di controllo e una differenza significativa delle medie TAS fra giocatori e familiari rispetto ai controlli.

	Popolazione generale	Giocatori	Familiari	GAP-control		GAP-Famil		Famil-control	
	M (ds)	M (ds)	M (ds)	F	partial $\eta^2$	F	partial $\eta^2$	F	partial $\eta^2$
BIS-11	60,98 (8,28)	67,55 (9,73)	61,82 (8,53)	16,65**	,090	13,87**	,087	0,61	,000
TAS-20	41,20 (10,06)	52,51 (12,25)	48,89 (12,04)	20,03**	,106	1,88	,013	12,32**	,060
ASQ									
Fiducia	33,13 (4,31)	30,66 (5,55)		12,93**	,071	11,60**	,074	0,36	,004
Disagio			32,91 (5,60)						
per l'intimità	36,36 (6,31)	37,36 (6,55)		0,32	,002	1,31	,009	4,83*	,025
Secondarietà			40,05 (7,13)						
delle relazioni	14,69 (5,32)	18,76 (5,31)		5,44*	,031	8,08**	,053	0,64	,003
Bisogno di			14,93 (4,84)						
approvazione	19,42 (5,85)	21,50 (6,05)		3,51	,020	2,80	,019	2,17	,011
Preoccupazione			21,38 (6,06)						
per le relazioni	27,31 (6,67)	28,63 (6,81)		1,21	,007	0,00	,000	3,31	,01
			29,81 (6,61)						

Tab. 1 - *Stime univariate delle differenze alle medie TAS, BIS e pattern ASQ fra i campioni giocatori, familiari e popolazione generale, al netto delle differenze di genere ed età.*

(\*\*) valori di  $p < 0,000$

(\*) valori di  $p < 0,05$

Non vi sono differenze dei punteggi medi TAS fra giocatori e familiari. (Tab. 1)

L'analisi della covarianza delle variabili pattern d'attaccamento, rilevati con la ASQ, al netto delle differenze di genere e d'età, mostra valori inferiori e significativi ottenuti dai giocatori al pattern Fiducia (attaccamento sicuro) rispetto alla popolazione generale ed ai familiari, e valori elevati e discriminanti al pattern d'attaccamento insicuro Secondarietà delle Relazioni rispetto alla popolazione generale e ai familiari. I familiari riportano valori elevati e significativi al pattern Disagio per l'intimità rispetto ai giocatori e alla popolazione generale. (Tab.1)

All'interno della popolazione generale la presenza di alta alessitimia ( $>60$ ) è del 3,6%, di alessitimia borderline ( $50 < x < 60$ ) del 16,4% e assenza di alessitimia ( $<50$ ) del 80%. Nel campione dei familiari la presenza di alta alessitimia è del 17%, di alessitimia borderline del 37,5% e assenza di alessitimia del 52,3%. Nel campione dei giocatori, invece, la presenza di alta alessitimia è del 23,8%, di alessitimia borderline del 33,3% e assenza di alessitimia del 42,9%.

## Discussione

Dall'analisi dei dati emerge la stretta relazione che vi è fra il tratto impulsivo, la dimensione alessitimica e i pattern d'attaccamento insicuri nei giocatori d'azzardo patologici, rafforzata da una relazione inversamente proporzionale con la dimensione sicura dell'attaccamento. La comparazione con il campione di controllo e con il campione dei familiari conferma la letteratura sulla presenza preponderante del tratto impulsivo come costitutivo delle personalità dei giocatori, che li esporrebbe ad acting-out non mediati da un' opportuna riflessione e pianificazione del comportamento. Rafforzando in tal

modo l'ipotesi di una relazione di spettro fra DP del Cluster B del DSM e dipendenze patologiche.<sup>48,49</sup>

Nella combinazione con il tratto alessitimico, si rafforza l'ipotesi di giustificare la tendenza all'azione come un'incapacità di riconoscere e mentalizzare stati emotivi che rimangono quote di tensione da evacuare, giustificando la ricerca compulsiva di un'attività in grado di risolvere tale tensione (seeking behavior)<sup>50</sup>.

Associata ad uno stile d'attaccamento scarsamente fiducioso in sé e negli altri e ad una disposizione all'evitamento del contatto interpersonale per il raggiungimento di obiettivi e scopi personali, si evidenzia e si conferma ulteriormente il distacco emotivo ed affettivo che può caratterizzare lo stile di vita di soggetti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico. Questo confermerebbe da un lato, l'ipotesi psicodinamica allo studio delle dipendenze patologiche: considerare la regolazione degli impulsi, l'espressione emotiva e la modulazione degli affetti come ascrivibili ad una comune dinamica psicopatologica caratteristica di personalità organizzate a livello borderline<sup>51,52,34</sup>; e dall'altro permetterebbe di constatare quanto il "decorso" del gioco d'azzardo, al pari di una qualsiasi dipendenza patologica, possa rafforzare quelle dinamiche che espongono i soggetti coinvolti ad un livello di funzionamento simil-borderline. Questo giustificerebbe l'ipotesi di un'alterazione funzionale dei circuiti cerebrali adibiti al processamento di segnali emotivi e la conseguente incapacità di decision-making verso la scelta del comportamento più economicamente vantaggioso.

Un dato interessante che emerge dallo studio è la presenza di alessitimia, nella variante dimensionale e tipologica,<sup>34</sup> nel campione dei familiari. Al pari dei giocatori, riportano quote di alessitimia significativamente maggiori rispetto alla popolazione generale. Associato ad uno stile d'attaccamento tendente all'evitamento dell'altro per un vissuto di disagio all'interno

delle relazioni intime, mette in luce quanto i familiari, seppur in misura minore rispetto ai giocatori, agiscano modalità complementari al mantenimento del sintomo attraverso la medesima dinamica, caratterizzata da incapacità a riconoscere e verbalizzare i propri stati emotivi e difficoltà ad esprimerli all'interno della relazione. In parte, questo supporta i resoconti clinici e terapeutici che testimoniano quanto il GAP sia un sintomo che nella maggior parte dei casi è funzionale al mantenimento di un'omeostasi del sistema famiglia, che seppur altamente distruttivo, permette la non elaborazione di stati psicologici che implicano quote di dolore e resistenze maggiori<sup>53</sup>.

## Conclusioni

La presente ricerca testimonia quanto la regolazione affettiva ed emotiva possa essere un fertile campo di studio utile alla comprensione e allo studio delle dinamiche connesse al gioco d'azzardo patologico, sottolineando la validità di un'integrazione di approcci e discipline differenti, dalle neuroscienze alla psicodinamica<sup>24</sup>, per strutturare un intervento terapeutico e sociale adeguato.

Seppur con le limitazioni dovute al numero esiguo dei soggetti reperiti all'interno del disegno sperimentale e all'utilizzo di strumenti di misura autosomministrati, la ricerca presentata all'interno di questo studio necessita di ulteriori sperimentazioni in popolazioni campionarie di diversa provenienza, nonché di possibili verifiche a distanza di tempo per una conferma dei risultati. Ad ogni modo, fornisce implicazioni cliniche utili all'individuazione di focus di trattamento su specifici indicatori psicopatologici e permette di individuare specifici fattori di rischio che esporrebbero i giocatori a poter sviluppare una forma di dipendenza patologica dal gioco d'azzardo. Tali fattori, sarebbe opportuno verificarli, approfondirli e controllarli maggiormente in quei Paesi, come l'Italia, in cui l'accesso al gioco d'azzardo è libero e legale, in quanto l'esposizione diffusa e continua al "consumo", sta elevando la vulnerabilità all'abuso e alla dipendenza patologica, costituendo un fattore di rischio per la salute pubblica e il benessere sociale<sup>54</sup>.

## Bibliografia

1. APA, American Psychiatric Association, DSM IV tr. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quarta Edizione revisionata, 2000, Masson, Milano.
2. Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J., Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychol. Rep.* 1978, 43, 1247-1255.
3. Barratt, E. S. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. G. McCowan, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: theory, research, and treatment*. (4th ed.) Washington, DC: American Psychological Association. 1993, Pp. 39-56.
4. Blaszczynski, A., Steel, Z., McConaghy, N., Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction* 1997, 92, 75-87.
5. Petry, N.M. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend.* 2001, 63, 29-38.
6. Blanco, C., Potenza, M.N., Kim, S.W., Ibáñez, A., Zaninelli, R., Saiz-Ruiz, J., & Grant, J.E. A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. *Psychiatry Research*, 2009, 167, (1), 161-168.
7. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat. Neurosci.* 2005, 8, 1458-1463.
8. Bechara, A., Risky business: Emotion, decision-making and addiction. *J. Gambling Stud.* 2003, 19 (1), 23-51.
9. Linnet J, Møller A, Peterson E, Gjedde A, Doudet D. Dopamine release in ventral striatum during Iowa Gambling Task performance is associated with increased excitement levels in pathological gambling. *Addiction*. 2011, 106(2):383-90
10. Savron G., Pitti P., De Luca R. Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari. *Rivista di Psichiatria*, 2003, 38(5), 248-258
11. Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, Poli V, Brià P, Janiri L. The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Comprehensive Psychiatry*. 2006, 7, 350-356.
12. Nordin C., Nylander P.O. Temperament and character in Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2007, 5, 113-120.
13. Coventry, K. R., & Brown, R. Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, 1993, 88(4), 541-554.
14. Breen, R. B., & Zuckerman, M. 'Chasing' in gambling behavior: Personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences*, 1999, 27(6), 1097-1111.
15. Steel, Z., & Blaszczynski, A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 1998, 93(6), 895-905.
16. Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National problem gambling. Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66, 564-574.
17. MacLaren, V., Fugelsang, J., Harrigan, K., & Dixon, M. The personality of pathological gamblers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2011, 31, 1057-1067
18. APA, American Psychiatric Association, DSM V Development. Proposed revision. Substance-Related Disorder. (Apr. 2012) <http://www.dsm5.org>
19. O'Brien, C.P., Volkow, N., Li, T.K. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am. J. Psychiatry* 2006, 163, 764-765.
20. Le Moal M., Koob G.F. Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology* 2007, 17, 377-393
21. Volkow ND, Wang G-J, Fischman MW, Foltin RW, Fowler JS, Abumrad NN, Vitkun S, Logan J, Gatley SJ, Pappas N, Hitzemann R and Shea K Relationship between subjective effects of cocaine and dopamine transporter occupancy. *Nature (Lond)* 1997a, 386:827-830.
22. Olds J., Milner P., Positive reinforcement and other regions of rat brain. *J. Comp Psychol* 1954, 47:419-427
23. McLean P. *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions*. New York: Plenum; 1990.
24. Kernberg Otto F. Psychoanalytic affect theory in the light of contemporary neurobiological findings. *International Congress Series* 2006, 1286, 106-117
25. Krystal H. (1988) *Integration & Self- Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Tr. it. Affetto, trauma, alessitimia. Edizioni Scientifiche Ma.Gi. Roma 2007
26. Bion W.B. (1992) *Cogitations*. Armando Editore, Roma 1996
27. Bucci W. Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization. *Psychoanal Inquiry* 1997, 17:151-172.
28. Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. (2002) *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Raffaello Cortina. Milano 2005.
29. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: Hill OW, ed. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol 3. London: Butterworths, 1976, 430-39.
30. Caretti V., La Barbera D. (a cura di) *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Raffaello Cortina Editore. Milano, 2005

31. Haviland MG, Hendryx MS, Shaw DG, Henry JP. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr. Psychiatry*; 1994, 35: 124–128.
32. Speranza M, Corcos M, Stéphan P, Loas G, Pérez-Díaz F, Lang F, Venisse JL, Bizouard P, Flament M, Halfon O, Jeammet P. Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Subst Use Misuse*, 2004, 39(4):551–79.
33. Chimienti V. Aggressiveness, dissociation and alexithymia in drug addiction. Abstract book of 12th ISAM Annual Meeting, Bridging the gap between science and practical clinic in the addiction field, S29 Symposium. Milan, Italy. 7 Oct. 2010, pg. 55.
34. Chimienti V. Alessitimia e dipendenze patologiche. In *Le parole senza voce. Il costrutto alessitimico fra disturbi del controllo alimentare e dipendenze*. A cura di Zappa L., Caslini M., Clerici M., Franco Angeli, 2011
35. Chimienti V. Dissociation, affective regulation and attachment styles in chemical and non chemical addiction vs. normal Italian samples. *Proceeding Book of 25th Anniversary Annual ISSSTD Conference, Advances in understanding trauma and dissociation: personal life, social process and public health*. Chicago, IL. Nov. 2008, pg. 30
36. Lumley, M. A., & Roby, K. J. Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1995, 63, 201–206.
37. Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J.A., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L.E., Franciosi, G., Maffei, C. Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment in Human Development* 2009, 11, 165–182.
38. De Rick, A., Vanheule, S., Verhaeghe, P. Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse* 2009, 44, 99–114.
39. Thorberg, F.A. & Lyvers, M. Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder inpatients. *Addiction research and theory*, 2010, 18(4), 464–478.
40. Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1995, 51, 768–774.
41. Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., Barratt, E.S. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects. *Journal of Clinical Psychol* 2001, 57, 815–828.
42. Bagby R. M., Parker J. D. A., & Taylor G. J. The 20-item Toronto-Alexithymia-Scale-1. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J. Psychosom. Res.* 1994a; 38:23–32.
43. Bressi C, Taylor G, Parker J, Bressi S, Brambilla V, Aguglia E, Allegranti I, Bongiorno A, Giberti F, Bucca M, Todarello O, Callegari C, Vender S, Gala C, Invernizzi G. Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *J Psychosom Res*; 1996, 41:551–9.
44. Feeney, J.A., Noller, P., Hanrahan, M. Assessing adult attachment. In: Sperling, M.B., Berman, W.H. (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspective*. The Guilford Press, New York, 1994, pp. 128–152.
45. Fossati, A., Feeney, J.A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., Maffei, C., On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical subjects. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2003b, 20, 55–79.
46. Tabachnick B.C., Fidell L.S. *Using multivariate statistic*. 1996 New York: HarperCollins
47. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 1988. Hillsdale, NJ: Erlbaum
48. Clerici M., Carta I. Personality Disorders among Psychoactive Substance Users: Diagnostic and Psychodynamic Issues. *European Addiction Research* 1996;2:147–155
49. Maffei C., Movalli M., Broggi P. Le dipendenze nei disturbi della personalità. In Caretti V, La Barbera D, *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005
50. Panksepp J. *Affective Neuroscience: The foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford Universities Press, Oxford. 1998
51. Kernberg Otto F. (1992). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Raffaello Cortina Editore. Milano, 1993
52. Caretti V, Craparo G., Schimmenti A. Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction: uno studio sulla dipendenza da eroina. In *Addiction*. Caretti V. La Barbera D., (a cura di) Raffaello Cortina Editore. Milano 2010
53. De Luca R. (2011) *La terapia di gruppo oltre l'azzardo di stato*. Edizioni Goliardiche
54. Bastiani L, Gori M, Colasante E, Siciliano V, Capitanucci D, Jarre P, Molinaro S. Complex Factors and Behaviors in the Gambling Population of Italy. *J Gambli Stud*. 2011 Dec 4.

Contributi originali  
diagnosi

## Prima del trattamento per il gioco d'azzardo patologico: le caratteristiche di personalità influenzano l'accesso ai servizi?

Gianluigi Conte<sup>1</sup>, Claudia Ciciarelli<sup>1</sup>, Andrea Di Cesare<sup>1</sup>, Stefania Chiappini<sup>1</sup>, Roberta Testa<sup>1</sup>, Giovanni Martinotti<sup>2</sup>, Luigi Janiri<sup>1</sup>, Marco Pascucci<sup>1</sup>

1 - Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2 - Istituto di Psichiatria, Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara

**O**biettivi: nel gioco d'azzardo patologico le caratteristiche di personalità concorrono alla variabilità sintomatologica e, ipotizziamo, all'adesione ai trattamenti, oltre che al loro esito. Nel presente studio intendiamo valutare le differenze temperamentali e comportamentali fra giocatori d'azzardo patologici attivi e in trattamento. Metodi di studio: tramite il Temperament and Character Inventory (TCI) sono state valutate le dimensioni di personalità di due gruppi di giocatori d'azzardo, l'uno reclutato presso una sala scommesse, l'altro in trattamento riabilitativo presso il Day Hospital di Psichiatria del Policlinico Gemelli (Roma).

Risultati: i due gruppi sono omogenei rispetto alle caratteristiche sociodemografiche. Il TCI ha mostrato un'aumentata Novelty Seeking (NS) in entrambi i gruppi, che invece differiscono nettamente nella Self Transcendence (ST), aumentata nei giocatori attivi e diminuita in quelli in trattamento.

Significato: la compresenza nei due gruppi di un alto valore di NS confermerebbe la condivisione di caratteristiche temperamentali fra giocatori d'azzardo patologici e pazienti dipendenti da sostanze. Relativamente al valore della ST, i due gruppi del campione differiscono per la presenza minore o maggiore dei meccanismi psicogeni, associati al pensiero magico, che porterebbero il giocatore ad affermare di essere egli stesso in grado di determinare l'esito di un evento. I pazienti in trattamento sembrerebbero essere intenzionati ad affrontare un cambiamento e pertanto accedono ai programmi riabilitativi. Data la ST un tratto caratteriale, variabile nel tempo e influenzabile dall'ambiente, andrebbe pertanto stimolata una certa enfasi sugli aspetti motivazionali, soprattutto nella prima fase del trattamento.

*Before treatment: do the pathological gamblers' personality traits influence access to mental health services?*

*Objectives: In pathological gambling, as in all types of addiction, personality traits contribute to the variability of symptoms and, we argue in this article, to the adherence to treatment, as well as to its results. The aim of this study is to evaluate temperamental and behavioral differences between active gamblers and pathological gamblers under treatment.*

*Methods: Using the Temperament and Character Inventory (TCI) we assessed personality dimensions of two groups of gamblers, one constituted by gamblers recruited at a betting shop, the other made up of pathological gamblers in rehabilitation treatment at the Day Hospital of Psychiatry of Gemelli General Hospital (Rome).*

*Results: The two groups are homogeneous with respect to socio-demographic characteristics. The TCI results show increased values in Novelty Seeking (NS) dimension in both groups. However, they definitely differ in Self-Transcendence (ST), that is increased in the active players group and decreased in the treated gamblers group.*

*Conclusions: The presence in both groups of high values of NS confirms that pathological gamblers and drug-addicts share temperament characteristics. With regard to the value of ST, the two sample groups differ in the minor or major presence of those psychogenic mechanisms, associated with magical thinking, by which the player is convinced to be able to determine the outcome of an event. Gamblers under treatment seem to recognize the need for change and therefore they access rehabilitation programs. Given that the ST is a character trait, influenced by the environment and variable in time, motivational aspects should be emphasized in therapy, especially in the first phase of the rehabilitation group treatment.*

**Parole chiave:** *Gioco d'Azzardo Patologico, Personalità, Temperament and Character Inventory, Novelty Seeking, Self Transcendence*

**Keywords:** *Pathological Gambling, Personality, Temperament and Character Inventory, Novelty Seeking, Self Transcendence*

**Date:** inviato: 16/04/2012 - accettato: 29/08/2012

**Contatti:** Prof. **Gianluigi Conte**

Istituto di Psichiatria,

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", UCSC;  
tel.: 0630157275

e-mail: gianluigiconte@libero.it

## Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico (GAP), disturbo caratterizzato da una modalità ricorrente e maladattativa di gioco d'azzardo, è compreso nel DMS IV TR fra i Disturbi del Controllo degli Impulsi non altrove classificati (insieme a piromania, cleptomania, disturbo esplosivo intermittente, tricotillomania e disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato), caratterizzati da un'incapacità nel resistere ad una spinta verso un atto, potenzialmente auto-distruttivo, un'impennata dell'ansia prima di commettere il gesto ed un allentamento della tensione dopo aver ceduto all'impulso<sup>1</sup>.

Tali disturbi possono essere considerati unitariamente all'interno dello spettro compulsivo-impulsivo, seguendo la teoria proposta da Hollander e coll.<sup>2</sup>, secondo cui compulsività e impulsività rappresentano gli estremi di un continuum che va da una tendenza alla sovrastima del pericolo ed all'evitamento del rischio da un lato, ad una ridotta percezione della pericolosità di determinati comportamenti e ad una elevata ricerca del pericolo al lato opposto.

Il gioco d'azzardo patologico rientra in quelle situazioni intermedie fra i due poli del continuum: elemento comune ad entrambe le modalità è la difficoltà, o incapacità, a rimandare comportamenti impulsivi e ripetitivi da cui deriva una riduzione dell'ansia o comunque di uno stato di tensione, con la compresenza di elementi egosintonici ed egodistonici.

Nonostante ciò, i criteri diagnostici stabiliti per il GAP condividono molto anche con i Disturbi da Uso di Sostanze (progressiva perdita di controllo, ricerca di uno stato di euforia, craving, tolleranza, ripetuti tentativi di sospensione del comportamento, sintomatologia astinenziale), per questo il GAP è stato descritto come una dipendenza senza sostanza<sup>3</sup>.

Il GAP non è quindi considerabile come una patologia dall'interpretazione univoca, perché numerosi fattori contribuiscono a determinarne l'estrema variabilità (vulnerabilità individuale, disponibilità ambientale, tipo di gioco praticato, situazione premorbo, eventuali comorbidità, bias cognitivi, etc), soprattutto se considerato in una prospettiva dimensionale.

Tra gli aspetti da considerare ha notevole importanza la personalità del giocatore d'azzardo patologico, ovvero l'insieme delle caratteristiche psichiche e delle modalità comportamentali che definiscono il nucleo delle differenze individuali, nella molteplicità dei contesti in cui la condotta umana si sviluppa. La valutazione della personalità nei giocatori d'azzardo patologici ha una duplice valenza, diagnostica e terapeutica, perché la presenza di particolari caratteristiche personologiche

può contribuire alla gravità sintomatologica della patologia, nonché rappresentare un'eventuale fattore sfavorente il percorso terapeutico<sup>4</sup>.

La variabile personologica maggiormente riportata nei giocatori d'azzardo è la tendenza continua a ricercare stimoli e novità (Sensation Seeking secondo Zuckerman<sup>5</sup> o Novelty Seeking secondo Cloninger<sup>6</sup>); questa caratteristica si riscontra anche in soggetti con Dipendenza da Sostanze, ovvero alcolisti<sup>7</sup>, eroinomani<sup>8</sup>, abusatori di cocaina<sup>9</sup>.

La dimensione Self Transcendence (ST), autotrascendenza, è inoltre di particolare interesse, dando luogo ad una possibilità speculativa fra il rapporto specifico del giocatore con il Caso, sintetizzabile scherzosamente con la consueta esclamazione "che Dio me la mandi buona!"<sup>10</sup>.

Seguendo quindi un approccio dimensionale, il modello psicobiologico della personalità secondo Cloninger assume che fattori genetici ed ambientali abbiano un'influenza nello sviluppo di specifiche caratteristiche di personalità e che la stessa comprenda sia tratti del temperamento che del carattere<sup>10</sup>.

Il termine temperamento si riferisce alle differenze tra gli individui nelle loro risposte automatiche agli stimoli emozionali, che segue le regole del condizionamento associativo o dell'apprendimento procedurale di abitudini e abilità. Nell'apprendimento associativo, gli organismi imparano le relazioni che intercorrono fra uno stimolo e l'altro (condizionamento classico pavloviano) o quelle che intercorrono fra uno stimolo e il comportamento dell'organismo stesso, nei termini della formazione di un rapporto di previsione tra uno stimolo e una risposta (condizionamento operante skinneriano o apprendimento per prova ed errore).

I tratti temperamentali includono pattern di risposta emozionale basali, quali la paura, la rabbia e l'attaccamento. Il temperamento è dunque variabilmente definibile come quelle componenti della personalità ereditabili, interamente manifeste nell'infanzia e stabili per tutta la durata della vita.

All'opposto, il carattere si riferisce alle differenze tra gli individui, nei loro obiettivi lontani e valori, che sono basati sull'apprendimento per insight di intuizioni e concetti, attraverso la capacità di comprendere le relazioni tra gli eventi mediante la riorganizzazione concettuale delle percezioni e dell'esperienza sul proprio conto, sulle altre persone e sugli altri oggetti.

I tratti caratterologici descrivono le differenze individuali nelle relazioni sé-oggetto, che incominciano con l'attaccamento ai genitori nell'infanzia, quindi con la differenziazione sé-oggetto nei bambini ai primi passi, e continuano con una maturazione a gradini attraverso l'intero arco di vita.

Laddove il temperamento si riferisce al modo in cui siamo nati (la nostra predisposizione emozionale), il carattere è ciò che noi facciamo di noi stessi intenzionalmente<sup>11</sup>; Cloninger individua come formanti il temperamento le dimensioni di Novelty Seeking - NS (ricerca della novità), Harm Avoidance - HA (evitamento del danno), Reward Dependence - RD (dipendenza dalla ricompensa) e Persistence - P (perseveranza), mentre compongono il carattere la Self-Directedness - SD (auto-direttività), Cooperativeness - C (cooperatività) e Self Transcendence - ST (trascendenza).

In uno studio di Kim e Grant<sup>12</sup> che utilizzava il TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire), i giocatori d'azzardo patologico presentavano livelli più alti di NS e più bassi di HA rispetto a pazienti ossessivo-compulsivi e ad un gruppo di controllo.

Alcune discrepanze fra campioni diversi rispetto ai tratti di personalità hanno suggerito di approfondire le divergenze fra i giocatori attivi che non richiedono trattamento e quelli, pur'anche attivi, che decidono di porre termine alla dipendenza.

L'intento di questo lavoro è considerare le differenze in termini di caratteristiche di personalità fra un gruppo di giocatori d'azzardo attivi ed una popolazione clinica di giocatori d'azzardo patologici in trattamento presso un servizio dedicato. Ipotizziamo che possano riscontrarsi caratteristiche differenzianti i giocatori d'azzardo che ricercano un aiuto, rispetto a quelli che presentano una persistenza del comportamento maladattativo.

## Materiali e metodi

Sono stati reclutati due gruppi di soggetti. Il primo gruppo è costituito da 65 giocatori d'azzardo attivi, reclutati in una sala giochi di Roma tra i soggetti che hanno acconsentito a partecipare allo studio, d'età compresa fra i 18 ed i 65 anni, escludendo i soggetti con un disturbo psichiatrico maggiore o difficoltà a parlare Italiano. La sala giochi offriva la possibilità di giocare diversi tipi di gioco d'azzardo (scommesse, slot machine, video poker). Le interviste sono state condotte presso un luogo riservato e consistevano anche nella somministrazione di questi test:

*South Oaks Gambling Screen* (SOGS)<sup>13</sup>. Elaborato sulla base dei criteri del DSM-III è un questionario di 20 domande che evidenziano i tipi di giochi praticati, le attitudini ed i comportamenti nei confronti del gioco.

*Temperament and Character Inventory - Revised version* (TCI R)<sup>14,15</sup>. È un questionario vero/falso che misura le 4 dimensioni del temperamento (Novelty Seeking/NS - ricerca della novità, Harm Avoidance/HA - evitamento del pericolo, Reward Dependence/RD - dipendenza dalla ricompensa, e Persistence/PE - persistenza) e le 3 del carattere (Self Directness/SD - auto-direzionalità, Cooperativeness/CO - cooperatività e Self Transcendence/ST - auto-trascendenza).

Il secondo gruppo è invece composto da 65 giocatori d'az-

zardo patologici in trattamento riabilitativo presso il Day Hospital di Psichiatria e Farmacodipendenze del Policlinico "A. Gemelli" di Roma. I pazienti sono stati diagnosticati come giocatori patologici da un medico psichiatra seguendo i criteri diagnostici del DSM IV-TR e, per la maggior parte, seguono un percorso terapeutico riabilitativo di gruppo.

Le variabili di tipo quantitativo sono state descritte in termini di media e deviazione standard. Le variabili di tipo qualitativo sono state descritte in termini di frequenze assolute e relative (percentuali). L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando il software SPSS 13.0 per Windows.

## Risultati

Dei 65 giocatori attivi testati (rapporto m/f 1,8:1, età media 38,12 + 13,56 anni, intervallo 18-65 anni), secondo la SOGS 36 sono risultati giocatori d'azzardo non patologici e 29 giocatori d'azzardo patologici.

Considerando esclusivamente i giocatori d'azzardo patologici si evidenzia che il 48,1% è single, il 40,7% è sposato e l'11,1% è separato; il 48,4% vive con il partner, il 37% con la famiglia d'origine ed il 18,5% da solo.

Rispetto il livello d'istruzione, la maggior parte di soggetti ha un diploma di scuola media superiore (62,9%) e solo l'11,1% ha completato gli studi universitari; più della metà (55,5%) ha un impiego regolare.

Le slot o poker machine sono le più comuni fra i giocatori patologici, sono praticate dal 71%, successivamente vengono le scommesse sportive (70%), lotto e bingo (68%) ed infine i casinò (34%).

Il 18% del campione presenta familiarità per gioco d'azzardo patologico.

Il campione dei giocatori in trattamento è composto da 65

		Giocatori attivi (%)	Giocatori trattati (%)
Stato civile	Celibe/nubile	48,1	20,0
	Coniugato	40,7	60,0
	Divorziato/separato	11,1	16,9
	Vedovo	/	3,1
Convivenza	Da solo	18,5	12,3
	Famiglia di origine	37,5	16,9
	Partner	48,4	60,7
Titolo di studio	Licenza elementare	3,7	6,2
	Licenza scuole medie inferiori	22,2	
	Diploma scuole superiori	62,9	44,6
	Laurea	11,1	6,2
Occupazione	Disoccupato	3,7	9,2
	Tempo parziale	25,9	13,8
	Tempo pieno	55,5	52,3
	Pensionato	/	23,1
	Studente	18,5	1,5

Tab. 1. Caratteristiche socio demografiche.

pazienti, di età compresa fra i 24 ed i 75 anni (età media 50 + 14 anni), di cui l'80% è di genere maschile. Studiando lo stato civile del campione si nota che il 60% è coniugato, il 20% è celibe o nubile ed il 16,9% è separato o divorziato; 2 individui (3,1%) sono vedovi. Il 60,7% dei pazienti convive con il partner, 11 soggetti con la famiglia di origine, solo in 8 vivono da soli.

La maggior parte dei pazienti ha conseguito una licenza di scuola media inferiore (44,6%) o un diploma di scuola media superiore (43,1%); il principale tipo di impiego è quello a tempo pieno (52,3% dei casi), quindi vengono i pensionati (23,1%), gli impiegati part-time (13,8%), i disoccupati (9,2%) e, ultimo, 1 unico studente (1,5%).

Per quanto riguarda la tipologia di giochi praticata dai soggetti in esame, il 60,0% è rappresentato dalle slot machines, il 29,2% da lotto, bingo e gratta&vinci, il 27,7% da scommesse sportive ed il 23,1% da carte e casinò.

Il 20% del campione presenta familiarità per gioco d'azzardo patologico.

Considerando le caratteristiche di personalità (Tab. 1), i due gruppi presentano una concordanza nei risultati: è presente una aumentata NS rispetto ai valori della popolazione generale; la RD è in entrambi i gruppi più bassa, così come la HA e la CO (sebbene questi valori siano marcatamente inferiori nel gruppo dei giocatori attivi).

Il dato che differenzia nettamente i due gruppi è la valutazione della ST: nel gruppo dei giocatori attivi essa è molto più alta che nella popolazione generale, mentre i pazienti in trattamento presentano valori più bassi.

## Discussione

Questo studio presenta i risultati di un confronto delle caratteristiche di personalità di due gruppi di giocatori d'azzardo patologici, uno reclutato presso una sala giochi e quindi composto da giocatori attivi, l'altro invece composto da giocatori d'azzardo in trattamento riabilitativo, pazienti, quindi, che hanno esplicitato una richiesta d'aiuto per una problematica, evidentemente dopo il raggiungimento di un giusto livello di insight.

Le caratteristiche sociodemografiche dei due gruppi sono analoghe: non si evidenziano particolari differenze nello stato civile, nella condizione lavorativa e nei tipi di gioco praticati, ma si evidenzia che l'età media nel gruppo clinico è superiore a quella del gruppo non trattato, dato che è spiegabile con la lunga durata della "carriera" del giocatore patologico<sup>16</sup> prima del raggiungimento della consapevolezza di malattia.

Analogie si presentano anche nello studio della personalità secondo il modello psicobiologico di Cloninger: come già presentato, il dato prevalente è il riscontro di un alto valore di NS, fattore temperamentale correlato alla ricerca di nuovi stimoli e sensazioni ed associabile in generale alle condotte d'abuso; tale evidenza confermerebbe, nel nostro campione, la condivisione di particolari caratteristiche (innate, a questo

punto, perché temperamentali) fra il gioco d'azzardo patologico e la dipendenza da sostanze<sup>17</sup>.

Per quanto riguarda le dimensioni caratteriali, il dato principale è la differenziazione per quanto riguarda la Self Transcendence (autotrascendenza), che letteralmente significa "trascendere se stessi". In precedenti studi, i campioni reclutati non apparivano chiaramente selezionati fra quelli afferenti ai diversi trattamenti e quelli invece intervistati in altro modo, questo dato costituisce, a nostro avviso, un bias piuttosto potente.

Infatti l'autotrascendenza esprime la caratteristica di un soggetto di superare (trascendere) i propri vincoli formali, di oltrepassare i limiti della propria esperienza sensibile e di riuscire ad immaginarsi in un futuro di cui non ha ancora fatto esperienza. Significabile come la capacità di predirsi ed immaginarsi, alla luce delle proprie capacità e delle proprie scelte all'interno di un determinato e particolare contesto, può essere considerata indice di creatività, di altruismo e di spiritualità. Grazie a tale facoltà l'uomo riesce a sciogliere le catene che lo legano all'immanente, a tutto ciò che concerne la sfera dell'esperienza. Segnala la capacità di godere a pieno della maggior parte delle proprie attività senza doverne conoscere il risultato. Tuttavia, tale capacità, quando non confrontata con la realtà, può sfociare in un pensiero magico, in ingenuità, in un idealismo soggettivo.

L'autotrascendenza riguarda il concetto della nostra partecipazione nel mondo come totalità (per esempio relazioni oggetto-oggetto), il quale condurrebbe a non tener conto dell'imprevedibilità e dell'indeterminabilità specifica di ogni evento probabilistico, giungendo a considerare di avere un rapporto privilegiato con il caso. Proprio sulla base di tali meccanismi psicogeni, si innescherebbe il pensiero magico, che porta il giocatore ad affermare di essere egli stesso in grado di determinare l'esito di un evento, avvalendosi non soltanto delle proprie competenze di giocatore ma anche della capacità di poter influenzare gli eventi con la forza del proprio pensiero. Talune volte il pensiero magico è stimolato e alimentato in quei giocatori che realizzano una cospicua vittoria nelle prime giocate, evento che li spinge a pensare di essere diversi dagli altri, di avere un rapporto privilegiato con il caso e di poter affermare con convinzione: "io sono speciale".

Alle volte il giocatore mostra di avere intuizioni deliranti, legando ad una propria rappresentazione un convincimento illogico, senza un motivo reale, per sensazione, ed alle volte persino percezioni deliranti, che si evidenziano quando il fenomeno in sé reale viene interpretato in modo distorto. In realtà, ciò che meglio caratterizza e qualifica lo stato d'animo del giocatore, è la Wahnstimmung, uno stato d'animo delirante che costituisce il potenziale contenitore di percezioni deliranti. E' anche a causa di tale stato d'animo che viene meno l'applicazione del principio di identità e non contraddizione e che non viene colta la discordanza e l'incoerenza che dovrebbe palesarsi nel confronto rappresentativo di due o più determinazioni contraddittorie.

		Giocatori attivi	Giocatori trattati
		(%)	(%)
Tipo di gioco	Familiarità per GAP	18	20
	Slot/poker machine	71	60
	Scommesse sportive	70	27,7
	Lotto e bingo	68	29,2*
	Casino	34	23,1**

Tab. 2. *Caratteristiche di Gioco* - \* *Nei Giocatori Trattati sono considerati in questo gruppo anche i Gratta&Vinci* - \*\* *Nei Giocatori Trattati sono considerati in questo gruppo anche i Giochi di Carte.*

Tutto ciò sfocia in una difficoltosa non riducibilità di tale concezione di sé e del rapporto con il caso e con il mondo esterno. Tale difficoltà risulta incrementata anche dalla possibilità che il gioco fornisce di trovare temporanea soluzione al proprio malessere interiore, condizione che lo spinge e lo giustifica nel sovvertire l'ordine tradizionale del ragionamento, nell'anteporre le conclusioni alle premesse e nel ritenere di essere un soggetto privilegiato dal destino, che altro non è che la negazione assoluta del caso, cui il giocatore tenta appunto di sottrarsi. Proprio per questo riteniamo che per il giocatore

non sia in realtà importante l'esito dell'evento ma la possibilità che l'evento gli offre di poter evitare il confronto con il mondo reale e di rifugiarsi in un mondo immaginario dove il soggetto smette di sentire le proprie sofferenze collocandosi in una dimensione di assenza dell'"oggetto concreto".

Concludendo, i due campioni, dei giocatori attivi e di quelli che cercano il trattamento, differiscono proprio per il tratto di personalità caratteriale legato all'autotrascendenza, quasi che solo quelli che l'hanno ridotta abbiano intenzione di affrontare un cambiamento e possano accedere a programmi di trattamento. La differenziazione che Cloninger pone fra tratti temperamentali, stabili, e caratteriali, variabili nel tempo e influenzabili dall'ambiente, permette di stimolare l'enfasi su aspetti motivazionali nella prima fase del trattamento, basati fondamentalmente sull'acquisizione della totale incapacità di far fronte al controllo di se stessi.

Ricordiamo che la prima affermazione dei Gruppi Anonimi, ormai da ottant'anni, è una sorta di preghiera laica ad un'entità superiore, la cui funzione ci sembra essere fondamentalmente quella di ricordare all'utente che lui è quello inferiore: se non accetta questa posizione non si può iniziare un trattamento.

	Giocatori attivi		Giocatori trattati		Valori medi	
	media	+ DS	media	+ DS	media	+ DS
NS	26,1	5,02	22,031	4,52	20,6	5,6
HA	14,7	6,97	17,89	6,35	18,4	7
RD	14,2	4,03	13,17	3,90	16	3
P	4,5	1,5	4,25	1,74	4,5	2
SD	24,7	7,65	25,03	7,32	25,4	7,6
CO	25,2	5,31	28,75	6,53	31,4	5
ST	18,8	5,48	14,55	7,06	16	6

Tab. 3. *Risultati del test TCI.*

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC) American Psychiatric Press; 2000 (DSM-IV-TR).
- Hollander E. Obsessive-Compulsive- Related Disorders. Washington DC American Psychiatric Press 1993
- Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling. Semin Clin Neuropsychiatry 2001;6:217- 26.
- Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, Poli V, Brià P, Janiri L (2006): The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. Comprehensive Psychiatry 47:350-356
- Zuckerman M. The sensation seeking motive. In: Maher BA, editor. Progress in experimental personality research, vol. 7. New York Academic Press; 1974. p. 79-148.
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry 1987;44: 573- 88.
- Ravaja N, Keltikangas-Jarvinen K. Cloninger's temperament and character dimensions in young adulthood and their relation to characteristics of parental alcohol use and smoking. J Stud Alcohol 2001;62:98- 104.
- Vukov M, Baba-Milic N, Lecic D, Mijalkovic S, Marinkovic J. Personality dimensions of opiate addicts. Acta Psychiatr Scand 1995; 291:103- 7.
- Ball SA, Carroll KM, Babor TF, Rounsaville BJ. Subtypes of cocaine abusers: support for a type A/type B distinction. J Consult Clin Psychol 1995;63:115- 24.
- Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger CR. Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. Compr Psychiatry 1996;37:292- 8.
- Mulder RT, Joyce PR, Sellman JD, Sullivan PF, Cloninger CR. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. Acta Psychiatr Scand. 1996 Feb;93(2):99-104.
- Kim SW, Grant JE. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 2001; 104:205 - 12.
- Lesieur, HR; Blume, SB (1987): The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. Am J Psychiatry. 144(9): 1184-1188.
- Cloninger CR (1999): The Temperament and Character Inventory—Revised. St Louis (Mo): Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Martinotti G, Mandelli L, Di Nicola M, Serretti A, Fossati A, Borroni S, Cloninger CR, Janiri L (2008): Psychometric characteristic of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-revised, personality, psychopathology, and attachment styles. Compr Psychiatry. Sep-Oct;49(5): 514-522.
- Custer RL (1982). Pathological gambling. In Whitfield A. (A cura di). Patients with Alcoholism and other Drug Problems. New York: Year Book Publ.
- Leeman RF, Potenza MN (2011): Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders; a focus on impulsivity and compulsivity. Psychopharmacology (Berl). 2012 Jan;219(2):469-90. Epub 2011 Nov 5

# Gioco d'azzardo patologico e modello narcisistico delle dipendenze

Mario G. L. De Rosa<sup>1</sup>, Antonella Mozzanti<sup>2</sup>, Adalgisa Natalia<sup>1</sup>, Giuseppina Sanza<sup>1</sup>, Alice Sanguigni<sup>1</sup>

1 - Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASUR Area-Vasta n. 3, Civitanova Marche

2 - Dipartimento Salute Mentale, ASUR Area-Vasta n. 2, Ancona

**Obiettivo:** analizzare e verificare il rapporto tra personalità Narcisistiche e Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) negli utenti con diagnosi di GAP afferiti nel corso di un anno al Dipartimento delle Dipendenze del nostro territorio.

**Materiali e metodi:** il campione è composto da 15 soggetti (14 di sesso maschile e 1 di sesso femminile). La valutazione è stata effettuata applicando una Scala clinica specifica per il GAP (South Oaks Gambling Screen - SOGS), una griglia di raccolta per i dati socio-demografici, i criteri del DSM IV TR per la diagnosi di GAP ed eventuale comorbidità psichiatrica. Inoltre nella prospettiva di un'analisi qualitativa del disturbo psichico sono stati effettuati colloqui psicologici di valutazione orientati nell'Analisi del Craving.

**Risultati:** si è evidenziato che una percentuale significativa del campione presenta un Disturbo Narcisistico di Personalità anche con funzionamento Borderline e Disturbi dell'umore. La correlazione del GAP con la struttura patologica di Personalità manifesta uno specifico tratto psicologico di fondo relativo al desiderio di "riscatto" e di "restaurazione" di uno status psichico "quo ante" frustrato da eventi esistenziali.

**Conclusioni:** in relazione a questa condizione clinica si è ritenuto adeguato strutturare un trattamento psicoterapeutico individuale e di counseling verso i familiari dei soggetti in terapia. In particolare si è definito un trattamento con psicoterapie brevi (tre/sei mesi) ad orientamento psicodinamico centrate sull'analisi delle difese narcisistiche, sugli eventuali passaggi attraverso fasi di depressione "reattiva" e sull'instaurarsi di una relazione terapeutica empatica con il terapeuta.

## Pathological gambling and narcissistic model of addiction

**Objective:** Our study stems from the hypothesis that a narcissistic dimension underlies the phenomenon of addiction. The objective of this research is to analyze and verify the relationship between narcissistic personalities and pathological gamblers in substance users diagnosed with pathological gambling who referred over a year to the Department of Addiction of our territory.

**Materials and methods:** The sample was composed of 15 subjects (14 M and 1 F). The assessment was conducted by using both a specific clinical scale for Pathological Gambling (South Oaks Gambling Screen - SOGS), a grid for the collection of socio-demographic data, and the DSM IV TR diagnostic criteria for pathological gambling and possible psychiatric co-morbidity. Furthermore, within a perspective of qualitative analysis of mental disorder, we conducted psychological assessment interviews aimed at the analysis of the craving.

**Results:** The study results showed that a significant percentage of the sample displays a Narcissistic Personality Disorder associated with Borderline functioning and Mood Disorders. The correlation between the pathological gambling and the pathological personality structure reveals an underlying psychological trait related to the wish for "redemption" and "restoration" of a mental status that existed prior to the stressful and trauma-related life events.

**Conclusions:** Given this clinical condition, it was deemed appropriate to structure a treatment that included both individual psychotherapy and counseling to the families of individuals in therapy. Specifically, we provided short-term psychodynamic psychotherapy (three/six months) focused on the analysis of narcissistic defences, possible phases of "reactive" depression and on the development of an empathic therapeutic relationship with the therapist.

**Parole chiave:** dipendenza, gioco d'azzardo patologico, disturbo depressivo, narcisismo, pensiero-magico

**Keywords:** addiction, pathological gambling, mood disorder, narcissism, magical thinking

**Date:** inviato: 16/04/2012 - accettato: 05/07/2012

**Contatti:** Dott. Mario Graziano Loredano De Rosa

Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASUR Area-Vasta n.3

via Gabriele D'Annunzio, 43 - Civitanova Marche

tel.: +39 0733/823957

e-mail mario.derosa@sanita.marche.it

## Introduzione

Nel nostro servizio l'approccio teorico-interpretativo del Gioco d'Azzardo Patologico si rifà ai principi fenomenologici e psicodinamici che considerano la dipendenza, in ogni sua manifestazione problematica, come il risultato di una dimensione psichica di tipo narcisistica.

In questa prospettiva psicologica l'Io del paziente risulta fragile e mai integrato armonicamente con la dimensione di desiderio, derivandone incongruità personologiche che di fronte ad eventi frustranti a livello esistenziale determinano un ulteriore scompenso del già fragile assetto psichico. Queste persone presentano una disregolazione emotivo-affettiva che è in relazione ad un'incongrua intensità di desiderio e di intolleranza alla frustrazione, per cui di fronte ad una disconferma del loro Essere esperiscono un'emotività pervasiva e quindi un *mal-Essere* verso il quale "cercano" una soluzione. Nella nostra concezione il "craving" esprime proprio questa modalità di "ricerca" verso "oggetti esterni" che magicamente possano ridonare e ripristinare un *ben-Essere*.

Il "craving" si manifesta quindi come un equivalente psicosomatico di un *mal-Essere* che origina da una strutturazione personologica problematica, in particolare da una dimensione psichica di tipo Narcisistico-Onnipotente.

Le "difettualità" in queste personalità problematiche sono in grado di influenzare l'espressività sintomatologica della malattia fino a determinare quadri psicopatologici eterogenei nel campo delle dipendenze ma riconducibili comunque *all'area della strutturazione narcisistica* la cui valenza è sempre al limite tra il concetto di "ontologica sicurezza" e/o di patologia della personalità<sup>3</sup>.

Parafrasando questo concetto si può affermare che la dimensione "dell'irrazionale" con le sue istanze regressive costituite da pulsioni e fantasmi magico-onnipotenti può irrompere, in particolari momenti dell'esistenza della persona, quando la capacità di fronteggiamento viene meno, soverchiando le difese dell'Io e del Super Io ed abbandonandosi all'Onnipotenza. Quando, infatti, eventi di vita estremamente stressanti come fallimenti sia in ambito affettivo-relazionale che economico coinvolgono persone particolarmente sensibili alle frustrazioni, può accadere che, le stesse, vengano travolte da forti emozioni indecifrabili, a connotazione negativa, vissute come "minacciose" per l'integrità psichica ma anche fisica. Questo stato di sofferenza può trovare sollievo nel ricorso al "potere magico" che tutto può nel tentativo di contenere l'angoscia di destrutturazione. La persona che "gioca" ritiene quindi da un lato che sia possibile un *riscatto* rispetto ai fallimenti della vita e dall'altro che possa essere proprio lei la predestinata al successo. Tutto ciò richiede il ricorso ad una dimensione che è quella della magia, dell'irrazionale che soverchia ogni Logica, che nega ogni Principio di Realtà, che scongiora la perdita dell'essere nel mondo, dell'essere al mondo.

Perciò nel giocatore si realizza una condizione psicologica del tutto riconducibile a quella del bambino che crede che l'esterno non sia altro che una estensione del proprio Sé, per

cui è convinto che "fuori da sé" possa pervenire sempre una soddisfazione rispetto al proprio intenso bisogno di affermazione, di riscatto nei confronti di una frustrazione esistenziale da riparare perché vissuta come minacciosa per il proprio Essere. Ne deriva che il "giocatore" sviluppa una condizione di dipendenza dagli "oggetti magici del gioco" relativamente ad un vissuto di Onnipotenza che lo preserva dall'incombente pericolo di una destrutturazione del suo "essere nel mondo", per cui è continuamente versato nella ricerca-craving del "gioco" per esorcizzare la frammentazione del Sé.

Secondo Bergler, uno degli autori post-freudiani di maggiore interesse, per il giocatore patologico si innescherebbe anche un processo di riattivazione di specifici vissuti di rabbia e di ribellione esperiti nell'età dello sviluppo nei confronti delle figure genitoriali in quanto limitanti rispetto al soddisfacimento del proprio Principio del Piacere<sup>4</sup>. Il gioco compulsivo, pertanto, avrebbe lo scopo di eliminare, in modo illusorio, la frustrazione legata al Principio di Realtà, attraverso l'attivazione di una regressione verso l'Onnipotenza magica infantile in cui "tutti i desideri sono automaticamente soddisfatti".

Le nostre osservazioni cliniche rispetto ad una "dimensione Narcisistico-Onnipotente" all'origine del GAP sono supportate anche dai contributi di altri studi psicoanalitici, in particolare di Rosenthal (1984) e di Lesieur e Rosenthal (1992) che si sono dedicati specificatamente allo studio di soggetti con GAP<sup>5-6</sup>.

Secondo Rosenthal le persone dipendenti dal gioco, allo scopo di difendersi da un profondo stato di debolezza, sarebbero spinte continuamente a provare a loro stessi il proprio valore e le proprie capacità ricorrendo a meccanismi di difesa primitivi come la negazione, la scissione e la proiezione, ricostruendosi continuamente l'illusione di un'Onnipotenza<sup>7</sup>.

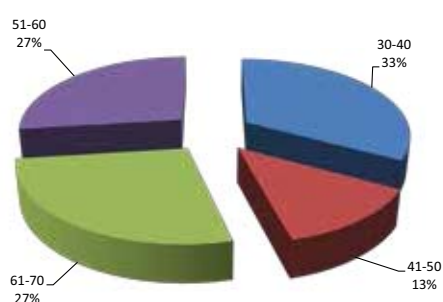
Sempre secondo Rosenthal l'attrazione più forte del gioco risiederebbe nell'imprevedibilità del risultato che spingerebbe continuamente a giocare nel vano e illusorio tentativo di "controllare l'incontrollabile"<sup>7</sup>.

## Materiali e metodi

Il campione è costituito da 15 soggetti con diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico (14 di sesso maschile, 93%, e 1 di sesso femminile, 7%) afferiti nel corso di un anno presso il nostro Dipartimento.

La valutazione dei soggetti è stata effettuata utilizzando i seguenti strumenti diagnostici:

- 1) Colloquio clinico strutturato secondo i criteri del DSM IV -TR.
- 2) Somministrazione della scala SOGS per la diagnosi di GAP e per rilevare l'intensità del disturbo.
- 3) Somministrazione di una griglia di raccolta per i dati socio-demografici.
- 4) *Analisi del craving*: questa tecnica psicologica originale permette di valutare i contenuti psichici correlati con il craving del soggetto e rilevare quindi il "senso" della dipendenza nella dimensione personologica<sup>8</sup>.



Graf. 1 - Eta'.

## Risultati

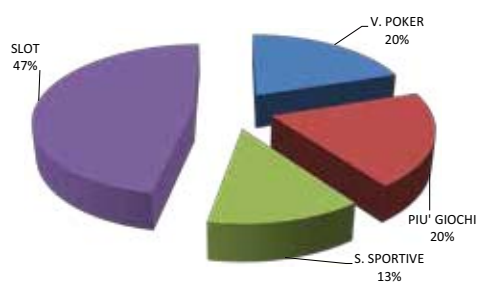
I soggetti del campione preso in esame presentano un'età media di 49.86 anni (DS=12.93), risultano inoltre piuttosto eterogenei rispetto alle diverse variabili di natura socio-demografica (vedi graf. 1).

La maggior parte dei soggetti (67%) è separata o priva di partner.

D'altra parte tra gli utenti coniugati (33%) una percentuale significativa rispetto ai non coniugati è supportata nel percorso terapeutico dalla presenza nel servizio di familiari di riferimento.

Il 53% del campione presenta un livello di istruzione medio-basso (scuola media inferiore) mentre il restante è distribuito in percentuali minori per quanto concerne la scuola media superiore (40%) e la scuola elementare (7%).

Risulta assente, nel nostro campione, un'istruzione di tipo universitaria.



Graf. 2 - Tipologia gioco.

Rispetto all'attività professionale è presente un'equa distribuzione tra soggetti lavoratori e non, il 27% è costituito da pensionati, il 20% da disoccupati mentre il 53% ha un lavoro a tempo pieno caratterizzato però da un reddito medio-basso (operaio, muratore, cameriere).

La tipologia di gioco d'azzardo più rappresentata è quella delle slot-machine (47% dei casi), segue l'uso dei video-poker (20%), anche on-line, ed infine le scommesse sportive (13%) (vedi graf. 2).

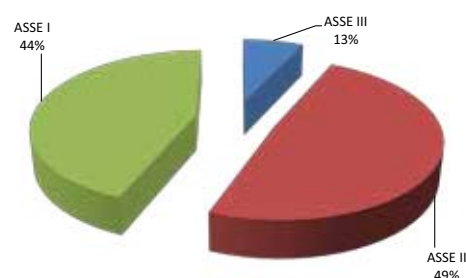
Si rilevano inoltre modalità di gioco diversamente integrate al "gioco primario" sopra descritto, tra queste le principali sono il bingo e il gratta e vinci con le sue varie versioni.

I soggetti afferenti presso il nostro Dipartimento hanno un

debito medio derivante dal gioco di € 46.857,14. Tuttavia, può essere utile rilevare il valore mediano (€ 50.000), poiché la variabilità del debito è piuttosto diversificata, in quanto due soggetti del campione hanno situazioni debitorie pari a circa 100.000 euro mentre il 53% del campione non è in grado di quantificare la reale perdita economica. Alcuni di loro hanno fatto cessioni del quinto dallo stipendio o hanno finanziarie in corso. Rispetto alla valutazione psicopatologica si evidenzia che l'intero campione presenta una diagnosi psichiatrica in comorbidità rispetto al GAP.

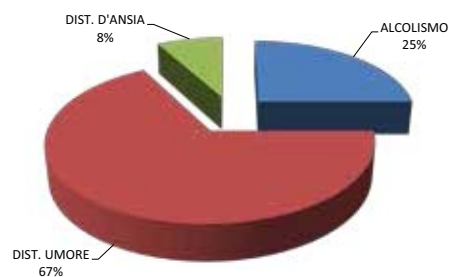
Più precisamente, facendo riferimento agli assi del DSM-IV TR, le comorbidità rilevate sono così suddivise: il 44% ha una diagnosi aggiuntiva in Asse I, il 49% in Asse II di Disturbo di Personalità e il 7% in Asse III (vedi graf. 3).

La sintomatologia depressiva al momento della nostra osser-



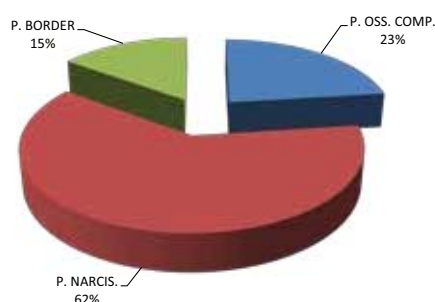
Graf. 3 - Comorbidità.

vazione prevale anche nei casi di Disturbo Bipolare tipo II. Si è osservato inoltre che lo stato depressivo rilevabile nella fase di "presa in carico" ha una valenza prevalentemente reattiva rispetto alle condizioni di fallimento e di precarietà vissute dal giocatore d'azzardo. Si deve osservare altresì che, durante il trattamento, con una certa frequenza insorge una sintomatologia depressiva che, a nostro giudizio, rappresenta un "transito depressivo" relato al declino delle difese narcisistiche dovuto allo sviluppo di una consapevolezza della propria problematicità. Questa condizione depressiva esprime quindi una fase importante per definire un percorso terapeutico con una prognosi favorevole (vedi graf. 4). Al contrario l'irrigidi-



Graf. 4 - Comorbidità asse I.

mento in posizioni narcisistiche e paranoidee ostacolano in questi pazienti un percorso di uscita favorevole. La diagnosi in Asse II è presente nel 49% dei soggetti, in particolare si evidenzia un Disturbo di Personalità Ossessivo Compulsivo nel 23%, un Disturbo Narcisistico di Personalità nel 62% e



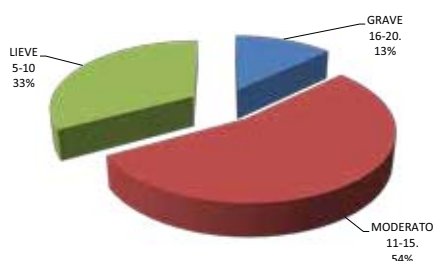
Graf. 5 - Comorbidità asse II.

un Disturbo Borderline di Personalità nel 15% dei casi (vedi graf. 5).

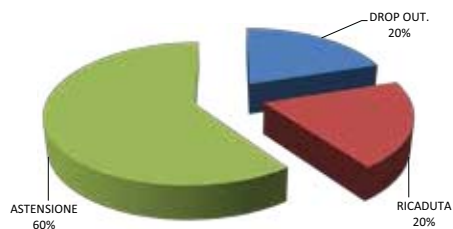
La dimensione Borderline viene interpretata nella nostra prospettiva clinica come correlata al disturbo Narcisistico di Personalità, da intendere come un funzionamento specifico di queste personalità, tesi già avvalorata dagli studi clinici di Otto Kernberg<sup>9</sup>. Due dei nostri pazienti hanno anche una diagnosi di Asse III essendo affetti da malattia di Parkinson in trattamento farmacologico.

I soggetti con Disturbo dell'Umore hanno ricevuto una terapia farmacologica con antidepressivi (triciclici o serotoninergici) e/o con sale sodico dell'acido valproico. I nostri dati, per quanto rilevati da un campione ancora esiguo, mostrano alcune evidenze significative. In particolare il punteggio medio risultato al test SOGS (cut off = 5) validato per la diagnosi del GAP è pari a 11 punti, mostrando un grado di pervasività del disturbo piuttosto grave (vedi graf. 6).

La durata del trattamento psicologico è risultata in un range



Graf. 6 - Risultati SOGS.



Graf. 7 - Aderenza al trattamento.

temporale di 3-6 mesi. La percentuale di drop-out, che coincide con l'interruzione del trattamento prima dei 3 mesi risulta essere del 20%, mentre la percentuale dei pazienti in totale astensione è del 60%, la ricaduta coincide con il 20%, avviene durante la presa in carico ed è indicativo di sospensione (vedi

graf. 7). Il follow-up prevede controlli mensili dei pazienti, anche per via telefonica per tutto l'arco di un anno.

## Discussione

Nel nostro campione, anche se i dati risultano preliminari, tramite l'*Analisi del craving* e i colloqui clinici si sono evidenziati in tutti i soggetti esaminati dei tratti personologici, che seppure sotto la soglia rispetto ai criteri diagnostici del DSM IV-TR per Disturbo Narcisistico, sono riferibili ad un funzionamento psicodinamico di tipo Narcisista-Onnipotente. In particolare sono risultati ricorrenti i seguenti elementi psicopatologici:

- 1) Scarsa o totale assenza della coscienza di malattia sia al primo contatto con il Servizio sia come tendenza propria del paziente che si protrae nel tempo in quanto espressione del meccanismo di difesa della "negazione", frequentemente associato alla "razionalizzazione".
- 2) Strettamente collegato al punto precedente è la strenua difesa del nucleo Onnipotente (es: "posso smettere quando voglio") indispensabile per il mantenimento dell'integrità psichica del paziente.
- 3) Presenza del meccanismo difensivo della "scissione" attraverso il quale il soggetto tende ad isolare dal resto della propria personalità la parte dedicata al gioco che si illude di poter controllare.
- 4) Utilizzo dello "spostamento" e del "vittimismo" come protezione del nucleo rigido di personalità.
- 5) Difficoltà da parte del terapeuta ad accedere alle fantasie di successo e di riscatto sociale che il soggetto coltiva ma che riferisce con un certo imbarazzo.
- 6) Il paziente ritiene e si aspetta che la "fortuna" gli conceda il meritato successo.
- 7) Presenza di una marcata "disregolazione emozionale" con rapidi viraggi dell'umore strettamente collegati all'andamento delle fasi del gioco.
- 8) Scarsa tolleranza alla frustrazione. Questa condizione appare paradossale data l'innegabile esposizione alla perdita che il soggetto esperisce quotidianamente. Spesso, correlato a questo, possono emergere vissuti aggressivi prevalentemente auto-diretti che talvolta, in fasi di intensa disperazione, possono tradursi in minacce o comportamenti auto lesivi e/o suicidari.
- 9) Intensi sentimenti di vergogna più che di colpa.
- 10) Vita affettiva e sociale marcatamente coartata. Sono scarse e superficiali le relazioni interpersonali fino ad essere caratterizzate da una tendenza allo "sfruttamento" dell'altro.
- 11) Ricorso alle menzogne senza percezione di un vissuto di colpa.
- 12) Presenza di un Pensiero Magico che si può organizzare in una strutturazione "schizotipica" per cui il soggetto crede di essere in grado di influenzare il proprio comportamento e quello del gioco.
- 13) Molti soggetti mostrano una significativa sensibilità somatico-sensoriale: avvertono, in presenza delle slot, una sorta

di ipersensibilità all'esposizione al suono e/o alla vista di certi segni correlati al contesto spaziale dove la persona va a giocare. Questa "suggestione" è tale da poter scatenare un intenso "craving" con un corteo sintomatologico di irrequietezza e di disagio anche fisico. Per questo gruppo di pazienti certe stimolazioni sensoriali sono in grado di determinare una specie di "trance dissociativa", una sorta di restringimento della coscienza dall'ambiente circostante con distacco dalla realtà.

## Conclusioni

Analizzate le principali definizioni di Narcisismo, date le applicazioni delle stesse nel campo delle tossicodipendenze, il riscontro nel nostro campione di tratti ascrivibili all'area del Narcisismo ci ha incoraggiati a cercare di definire meglio il GAP in chiave psicodinamica.

Il campione esaminato ha un'età media piuttosto elevata e si caratterizza per un denominatore comune per quanto riguarda la presenza, nella narrazione anamnestica, di frequenti e ingravescenti insuccessi, gravi fallimenti economici più frequenti di quelli in ambito affettivo-relazionale: questi ultimi insorti, prevalentemente, in conseguenza dell'instaurarsi del GAP.

Anche le condizioni economiche precarie associate agli eventi stressanti sopra descritti, minacciano il senso di coesione del Sé lasciando spazio ad un angoscioso sentimento di pericolo e di minaccia rispetto alla propria integrità nel corso della propria Esistenza.

La particolare suscettibilità alle frustrazioni esperita nei soggetti narcisisti crea, nell'incontro con i gravi fallimenti nelle più importanti aree della vita, il presupposto alla fuga dall'angoscia con la ricerca ossessivo-compulsiva del gioco.

Il Gioco d'Azzardo Patologico con le componenti magico-onnipotenti che rivela, si pone contemporaneamente come sintomo e come soluzione al dramma esistenziale che la persona esperisce e viene di conseguenza ricercato ossessivamente e/o impulsivamente per alleviare la sgradevole sensazione del pericolo correlato con il senso della "morte psichica".

La forza narcisistica che irrompe nel Sé a rischio di frammentazione e di dissoluzione, attraverso l'attivazione del rituale magico del gioco, garantisce il perdurare delle istanze Onnipotenti al fine di garantirsi una Presenza nel mondo.

Il trattamento che abbiamo definito presso il nostro Dipartimento riguardo a questa condizione problematica opera una *confrontazione* della persona rispetto al Principio di Realtà, l'intervento però non si limita solo ad un'educazione alla percezione adeguata del mondo esterno in quanto così si riproporrebbe di nuovo la dimensione psicologica del fallimento esistenziale che l'individuo ha esperito nella sua problematicità esistenziale, che è poi il motivo per cui queste personalità sono regredite nella dimensione "magica".

Perciò riteniamo importante associare l'*Educazione alla Realtà* con la proposizione di un *Progetto Esistenziale* che preveda delle *Possibilità* praticabili, tenendo conto delle risorse interne ed esterne di cui la persona dispone.

Infatti è sul tema della "*Possibilità*" che ruota la dinamica problematica del loro esistere: l'elemento del "*Potere*" è la "*chiave di volta*" con cui si può cercare di riattivare virtuosamente la loro esistenza prevedendo però un *Potere nella dimensione del reale e del Possibile* e non in una *dimensione magica*<sup>10</sup>.

Queste persone hanno "perso" la speranza nel "*Poter puntare*" in maniera vincente sulla propria esistenza per cui è importante ristrutturare un *Pensiero Progettuale Reale* che stimoli la loro capacità creativa e di fantasticare sul futuro senza aderire al magico. Ciò è importante perché è il Pensiero Progettuale che vive sconfitto e che determina il Senso Depressivo e Impotente che *apre le porte* alla ricerca di alternative e di fughe "irreali" come il consumo di droghe, di alcol e il GAP stesso. In queste *Possibilità* la persona si rifugia credendo così di allontanare il *mal-Essere* e di sperare nel *ben-Essere*, ma l'illusione è vana, è solo il triste prologo di un ben più grave dramma esistenziale.

E' ovvio che inizialmente è necessario fare una valutazione delle risorse psicologiche, sociali e relazionali della persona per definire un progetto personalizzato e attuabile. Rispetto ai "vulnus" psicologici il terapeuta dovrà supplire con il proprio Io-guida all'Io fragile del soggetto nell'operazione sia di educazione alla Realtà sia di Progettazione esistenziale.

In molti casi, come evidenziato nel nostro studio, il vissuto depressivo inizialmente appare marcato per cui può essere utile la prescrizione di farmaci antidepressivi per normalizzare il tono dell'umore. Il farmaco può essere utile anche nella fase del "transito depressivo" per facilitare la persona a superare quello stato d'animo determinato in terapia dal "crollo delle difese narcisistiche" che caratterizzano in maniera problematica il suo stile esistenziale. La Depressione rilevata in maniera significativa nel nostro campione è, a nostro avviso, da considerare come un sintomo-sentinella del vissuto di Impotenza che il soggetto avverte rispetto alla propria dimensione narcisistica personologica che sente "crollare".

Infatti generalmente l'individuo fa una richiesta d'aiuto quando vede "esaurita" la "Speranza" nel Riscatto Magico del gioco, però non avendo *Alternative Esistenziali Possibili* continua (*craving*) a praticare l'unico stile di vita (problematico) che conosce. Per questo è fondamentale costruire insieme un *Progetto Possibile*, affinché la persona trovi la forza, una nuova *Speranza Vitale* per uscire dalla dimensione magica che ormai ha assunto le forme fantasmatiche e spettrali dell'autodistruzione.

All'interno della clinica del GAP l'*Analisi del craving* risulta un metodo psicologico efficace sia nella prospettiva diagnostica che terapeutica.

Nella strategia clinico-psicologica dell'*Analisi del craving* rispetto al GAP si invita il soggetto a definire lo stato d'animo che precede il *craving* compulsivo (*pre-craving*) verso il gioco. Frequentemente il paziente riferisce di sentire solo una "smania", un *mal-Essere* che lo pervade. Questi elementi psicologici costituiscono l'indefinitezza del vissuto della persona che in genere non ha una sufficiente capacità nella percezione psichica interiore, per cui non fa altro che manifestare uno stato

di “somatizzazione” psichica.

Però se opportunamente aiutata ad identificare il proprio vissuto emergono stati emotivi caratterizzati soprattutto dalla rabbia e dallo smarrimento. In particolare l'*Analisi del craving* facilita l'*Ascolto interiore*, normalmente oscurato in questi individui.

Una volta elicitati e riconosciuti da parte del paziente i propri vissuti interiori si può procedere con un'educazione alla *Rappresentazione Immaginativa* che risulta molto importante per questi individui che non riescono a percepire e ad elaborare la propria interiorità.

Sappiamo d'altronde che il *pensiero magico* li pervade e cerca di orientarli nel mondo, ma è pur vero che il *pensiero magico* è una forma di Pensiero Immaginifico che si fonda quindi su un'Immaginazione che però devia dalla percezione della Realtà. Pertanto con l'applicazione di un'Immaginazione che origina dalla percezione della Realtà, queste persone, sentendosi affini al processo immaginativo (già usato ma in maniera disfunzionale con il *pensiero magico*), possono facilmente correggere la loro visione del mondo interno ed esterno se opportunamente guidate dal terapeuta.

Infatti in questi individui abbiamo visto che vige una dimensione psicologica primitiva e non a caso usano l'Immaginazione che è una funzione primordiale pre-logica dell'Essere Umano.

Perciò l'uso dell'Immaginazione risulta adeguato rispetto al funzionamento psicologico primitivo descritto, in quanto il livello “visivo” costituisce di norma la percezione sensoriale più comune e connaturata negli esseri umani, mentre la percezione psichica è frutto solo di un'educazione.

Nel corso dell'analisi sono emersi spesso intensi stati emotivi che evidenziano condizioni psicologiche di Inadeguatezza, di Impotenza rispetto al progetto di vita che la persona si era prefissata. In particolare diversi eventi di perdita spesso traumatici a sfondo affettivo o socio-economico sono alla base del senso di fallimento sperimentato. La persona di solito riferisce che ha vissuto uno o più eventi disconfermanti e che alla fine si è sentita minacciata e “persa” di fronte alle continue sconfitte della vita. I riferimenti classici della Realtà in questa condizione si dissolvono per cui avverte solo uno stato di confusione, di smarrimento, di disorientamento.

Approfondendo l'analisi si evidenzia spesso come la sfera del desiderio, già prima della regressione nella dimensione magica, fosse incongruamente correlata con la Realtà contingente. In definitiva il Progetto esistenziale di queste persone appare inadeguato perché presentano una carenza nelle risorse interne ed esterne, per cui la frustrazione esistenziale è un'evenienza facile a realizzarsi.

Lo stato di *mal-Essere* che questa condizione determina non viene inoltre percepito ed elaborato perché l'individuo non ne è capace per un deficit dello sviluppo delle funzioni psichiche, per cui vivendo ormai completamente in uno stato emotivo che offusca le già tenui funzioni logiche e di Realtà, scivola nella dimensione del *pensiero magico e onnipotente* che risulta come una difesa, seppure patologica, verso il contingente

dramma esistenziale che si sta sviluppando.

Nella dimensione del *pensiero magico e onnipotente* crede allora che può giungere ad un *Riscatto*, ad una *Riparazione e Redenzione* rispetto alla propria condizione di *mal-Essere* e di *Fallimento*.

Il fatto che scelga di *giocare* per realizzare ciò deriva spesso da precedenti esperienze personali o familiari o di conoscenti che già in passato o di recente hanno sperimentato il “gioco” come unica soluzione.

Per cui la persona percorre quest'esperienza, ma gradualmente il desiderio fa crescere d'intensità il *craving* verso il gioco.

Ciò che è interessante osservare è che con l'*Analisi del craving* facilmente si riesce ad individuare sia il motivo della frustrazione sia la fenomenologia psichica e relazionale che coinvolge il “giocatore”.

Questo permette di avere una conoscenza più profonda del funzionamento psichico del soggetto e di riuscire a strutturare più adeguatamente un *Progetto Esistenziale Possibile* che possa aiutarlo. Contemporaneamente si sviluppa un percorso psicoterapeutico il cui obiettivo è di aumentarne la consapevolezza rispetto al *Senso Disfunzionale* della sua Esistenza versata nel GAP, e quindi, riattivando le funzioni fisiologiche della *percezione*, dell'*elaborazione psichica* e della *Definizione Logica di Senso*, la persona può incrementare il livello di consapevolezza del proprio Senso Esistenziale derivandone una specifica ed adeguata strategia comportamentale che riarmonizza la sua condizione di vita.

## Ringraziamenti

Il presente lavoro è stato possibile grazie alla collaborazione e al continuo confronto clinico con i colleghi: Dr. Sergio Ardito, Dott.ssa Maria Grazia Illuminati, Dott.ssa Nina Orsini, Dott.ssa Melania Ciminari, Dott.ssa Maria Lisa Sampaolo e gli infermieri Enrico Guidotti, Lorenzo Possanzini e Katiuscia Rosati.

## Bibliografia

1. Lesieur HR, Blume SB. A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 1987; 4: 1184-1188.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4TR edn. 2000; Washington, DC, APA.
3. Laing RD. *L'io diviso*. 1969; Einaudi: Torino.
4. Bergler E. *The Psychology of Gambling*. 1957; International Universities Press, New York.
5. Rosenthal RJ. The Psychodynamics of Pathological Gambling: A Review of the Literature; in T. Galsky *The Handbook of Pathological Gambling*. 1984; Charles Thomas. Springfield, Illinois.
6. Rosenthal RJ, Lesieur H. Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *American Journal of Addictions*. 1992; 1; 150-154.
7. Rosenthal RJ. Pathological gambling. *Psychiatry Annals*. 1992; 22: 72-78.
8. De Rosa MGL, Pierini C, Grimaldi C. *Alcolismo: analisi del craving*. 2005; Franco Angeli, Milano.
9. Kernberg OF. *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. 1993; Raffaello Cortina: Milano.
10. De Martino E. *Il mondo magico*. 2007; Bollati Boringhieri: Torino

# Valutazione psicodiagnostica di un campione di giocatori d'azzardo patologici

Cesare Guerreschi, Marta Ghisi, Ilaria Seresin, Francesco Boz  
1 - Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive (S.I.I.Pa.C.)

**A** causa del crescente interesse manifestato nei confronti del fenomeno del gioco d'azzardo patologico e del potere invalidante di questa patologia, si è ritenuto opportuno effettuare questa ricerca per andare ad individuare la presenza di un eventuale profilo di personalità sottostante lo sviluppo della dipendenza. Dall'analisi dei risultati è possibile notare delle caratteristiche comuni a tutti coloro che hanno sviluppato una dipendenza da gioco, nonché delle correlazioni significative tra la gravità di gioco e le caratteristiche di personalità. L'analisi qualitativa dei dati provenienti dai Sogs ha permesso di mettere in luce gli elementi caratterizzanti il giocatore tipo.

## Psychodiagnostic evaluation of a sample of pathological gamblers

*Because of the growing interest towards the phenomenon of pathological gambling and the power of this debilitating disease, a research study was conducted to identify the presence of a possible personality profile underlying the development of this addictive behaviour. The analysis of the results showed common characteristics of all those who have developed a gambling addiction, as well as significant correlations between the severity of the gambling problem and personality characteristics. The qualitative analysis of data from the SOGS has allowed us to identify elements that characterize the gambler type.*

**Parole chiave:** Gioco d'Azzardo Patologico; Dipendenza; Personalità

**Keywords:** Pathological Gambling; Addiction; Personality

**Date:** inviato: 12/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. Cesare Guerreschi  
Società Italiana di Intervento  
sulle Patologie Compulsive (S.I.I.Pa.C.)  
Via Siemens 29 - Bolzano 39100  
tel.- fax: 0471-30049

## Obiettivi ed ipotesi della ricerca

L'intento dello studio è di effettuare una valutazione psicodiagnostica di un campione di giocatori d'azzardo patologici, valutando la tipologia di gioco preferita, l'ammontare del denaro speso, la familiarità con il gioco e le modalità con cui vengono reperiti i soldi per giocare, nonché individuare le caratteristiche psicopatologiche del campione e rilevare eventuali differenze di genere. Si intende, inoltre, individuare la presenza di eventuali differenze nei profili di personalità (MMPI-2) in base al livello di gravità della patologia di gioco (SOGS) e infine indagare l'associazione tra i dati dei due strumenti utilizzati MMPI-2 e SOGS.

## Materiali e Metodi

Il campione è composto da pazienti con diagnosi di gioco d'azzardo patologico che sono stati in cura presso S.I.I.Pa.C. (Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive).

Il campione è costituito da 310 (87%) uomini e 47 (13%) donne per un totale di 357 pazienti. A causa della diversa distribuzione tra i generi, si è proceduto a creare un sottogruppo appaiando i soggetti per età, 45 maschi e 45 femmine.

Sono stati somministrati i seguenti questionari in fase di assessment:

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) (Butcher e collaboratori, 1989; validazione italiana a cura di Paolo Pancheri e Saulo Sirigatti, 1995), un test suddiviso in scale di validità, scale cliniche di base, scale di contenuto e scale supplementari che permette di indagare molte dimensioni della personalità, tra cui quelle che si ipotizza essere strettamente correlate alla dipendenza da gioco.

SOGS (Lesieur e Blume, 1987), il test più utilizzato su scala mondiale per effettuare lo screening di giocatori sociali, problematici o patologici. In base al punteggio ottenuto si può evincere se il giocatore è problematico e quindi a rischio di sviluppare la dipendenza vera e propria (punteggio compreso tra 3-4) oppure se è già un giocatore d'azzardo patologico (punteggio maggiore o uguale a 5). Se il soggetto totalizza

da 0 a 2 punti non è un giocatore né patologico né a rischio. Si basa sui criteri diagnostici del DSM IV ed è un questionario di autovalutazione che fornisce molteplici informazioni quali: il tipo di gioco privilegiato, l'ammontare dei soldi spesi per giocare, la presenza di familiarità dello stesso, la frequenza dell'attività di gioco, il tempo speso al gioco, i mezzi per procurarsi il denaro necessario. Inoltre, fornisce informazioni sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, in particolare con quello lavorativo e familiare e permette anche di valutare la consapevolezza o meno del problema.

## Risultati

L'analisi della varianza univariata non ha rilevato alcuna differenza di genere nel punteggio totale dei questionari SOGS. Non si riscontrano differenze di genere nel livello di gravità del gioco patologico.

La tipologia di gioco messa in atto più frequentemente dal campione risulta essere il videopoker/slotmachine, sia per le femmine sia per i maschi, con una percentuale che supera il 50%. Al secondo posto, come preferenze di gioco si è riscontrato per le femmine il gioco del Lotto e Superenalotto, mentre per i maschi le scommesse sportive. Al terzo posto si è rilevato per le femmine il Gratta e Vinci, mentre per i maschi Superenalotto e scommesse ippiche.

Si rileva che la maggior parte dei giocatori patologici di entrambi i generi è arrivato a giocare più di 10.000,00 € al giorno.

Nelle femmine emergono padri giocatori, per i maschi è risultata una familiarità con persone importanti della loro vita (zii, cugini o in generale altri parenti).

Per quanto riguarda le modalità con cui i giocatori reperiscono il denaro da poter giocare, al primo posto, è emersa, per entrambi i generi, la vendita di titoli e obbligazioni in possesso. Molto presente è inoltre la decisione di rivolgersi ad usurai e infine di vendere proprietà e oggetti personali o di famiglia. Dall'analisi dei dati dei questionari MMPI-2 dei due gruppi omogenei non emergono valori medi che superino la soglia di significatività ( $> 65$ ), né per i maschi né per le femmine, ad esclusione della scala MAC-R=66,77 per i maschi. Tuttavia, per quanto riguarda le scale cliniche di base i valori medi più elevati vengono ottenuti nelle scale D e Pd.

Il confronto tra i due gruppi, maschi e femmine, attraverso un'analisi della varianza univariata (ANOVA) mette in luce delle differenze nella scala L, per cui le femmine tendono a distorcere maggiormente le risposte rispetto ai maschi per cercare di fornire un'immagine positiva di sé.

La scala Sc mostra delle differenze significative, evidenziando che le caratteristiche appartenenti allo spettro psicotico sembrano appartenere maggiormente alla sfera femminile piuttosto che a quella maschile.

Nelle scale di contenuto vi è una differenza statisticamente significativa tra maschi e femmine nella scala ASP (comportamenti antisociali), ad indicare che i giocatori d'azzardo

patologici di sesso maschile presentano maggiori comportamenti antisociali rispetto alle giocatrici femmine, nonostante nessuna delle due medie superi il cut-off di 65. I punteggi più elevati vengono raggiunti per entrambi i generi nelle scale ANX e DEP.

Nelle scale supplementari il punteggio medio più elevato, che supera il cut-off di 65 viene raggiunto dai maschi nella scala MAC-R di alcolismo. Da notare anche punteggi abbastanza elevati alla scala PK. Inoltre, i valori significativi ottenuti dal confronto delle scale MAC-R, APS e AAS sono indicativi di punteggi più elevati per i maschi rispetto alle femmine.

Emerge una correlazione positiva debole tra SOGS ed MMPI-2 nella scala Sc (schizofrenia) e una correlazione positiva moderata nella scala Ma (ipomania).

Per quanto riguarda le scale di contenuto si può notare una correlazione significativa moderata nella scala CYN (cinismo) e una correlazione significativa moderata nella scala ASP (comportamenti antisociali).

Infine, si può notare, analizzando i risultati delle scale supplementari che il campione presenta una correlazione statisticamente significativa moderata nella scala MAC-R (Scala Mac Andrew di alcolismo).

## Conclusioni

Alla luce dei risultati emersi nel presente lavoro è possibile affermare, in linea con i dati di letteratura, che alcune delle caratteristiche tipiche del giocatore d'azzardo patologico sono la presenza di sintomi depressivi, comportamenti di tipo antisociale e comorbidità con l'utilizzo di sostanze.

Tali risultati sono in linea con quanto rilevato da Morandi e collaboratori (2006) che hanno riscontrato elevazioni delle scale D, Pd e MAC-R; da Graham e Lowenfeld (1986), i quali hanno individuato, nei giocatori patologici, punteggi elevati di sociopatia e depressione nonché nella scala MAC-R; anche Grall-Bronnec e collaboratori (2010) hanno rilevato una comorbidità con la depressione maggiore, l'abuso di sostanze e i disturbi di personalità appartenenti al cluster B. Ulteriori studi in cui è possibile riscontrare la presenza di caratteristiche di tipo depressivo, antisociale e la comorbidità con l'abuso di sostanze sono quelli di González-Ibáñez (2005), di McCornick e Taber (2004), di Kofoed e collaboratori (1997), di Roston e collaboratori (1965) e di Skokauskas e collaboratori (2003). Tali caratteristiche sono riscontrabili altresì empiricamente in quanto la maggior parte dei giocatori giunge presso i servizi nella fase di gioco in cui hanno perso tutto il denaro e la condizione economica risulta essere disastrosa. I sintomi depressivi appaiono una possibile conseguenza della situazione in cui si vengono a trovare (mancanza di denaro, relazioni sociali e familiari compromesse, difficoltà lavorative ecc.), tuttavia non si può affermare con certezza che questi siano una conseguenza e non una causa. Il sintomo depressivo non deve essere trascurato poiché è possibile che questo si acuisca con il cessare forzato del comportamento di gioco. Per quanto ri-

guarda il comportamento antisociale spesso, nella storia della maggior parte dei giocatori, soprattutto maschi, si riscontrano episodi di furti, violenza, esplosioni di rabbia. Bisogna ricordare che il gioco d'azzardo patologico è una dipendenza di conseguenza, come molte persone affette da una dipendenza, anche il giocatore si ritrova a perseguire i propri obiettivi di ricerca di denaro per giocare, anche attraverso mezzi illeciti. La comorbidità con il disturbo di dipendenza da sostanze è abbastanza evidente e viene altresì riconosciuta e ammessa dai giocatori stessi. Da questo studio è emersa, tra le caratteristiche che accomunano i giocatori patologici, la presenza di sintomi d'ansia (ANX) e di sintomi tipici del Disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Tali dati sono in linea con quanto rilevato da Petry e collaboratori (2005), che hanno individuato la presenza di un disturbo d'ansia nel 61% del loro campione e da Winslow e collaboratori (2010), che hanno riscontrato che l'ansia era uno dei disturbi più comunemente osservati nel gruppo patologico. Morandi e collaboratori (2006) hanno riscontrato un'elevazione importante nella scala PK.

Le correlazioni emerse tra i due strumenti rafforzano l'ipotesi per cui a livelli di gioco d'azzardo patologico sempre più gravi, misurate attraverso il SOGS, corrispondono le caratteristiche fino ad ora trattate, misurate attraverso l'MMPI-2. Nel presente studio, è emerso che all'aumentare della gravità del gioco patologico i pazienti presentano un maggior numero di caratteristiche di tipo antisociale, disturbo come già accennato in comorbidità col gioco d'azzardo patologico. Infine, si può notare, analizzando le correlazioni con scale supplementari che il campione con elevati punteggi SOGS presentano, in misura maggiore, quelle caratteristiche di personalità che sono tipicamente alla base dello sviluppo di una dipendenza e

tendono a riconoscere di avere dei problemi nella sfera delle dipendenze da sostanza.

## Bibliografia:

1. Cocci V., Benci S., Bonicolini C., Dimauro P.E., (2006). Gioco d'azzardo patologico, funzionamento borderline e tratti antisociali. Un'indagine preliminare sugli aspetti di personalità dei giocatori d'azzardo attraverso l'utilizzo del test MMPI-2. *Personalità/Dipendenze*, 11: 73-90.
2. González Ibáñez A., Pastor C., Mercade P.V., Aymami N., (2005). Clinical and Behavioural Evaluation of Pathological Gambling in Barcelona. *Journal of Gambling Studies*, vol. 8(3), 299-310.
3. Grall-Bronnec M., Bouju G., Landréat-Guillou M., Vénisse J.L., (2010). Socio-demographic and clinical assessment, and trajectory of a sample of French pathological gamblers. *Encephale*, 36(6):452-60.
4. Graham, J. R., Lowenfeld, B. H. (1986). Personality dimensions of the pathological gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 58-66.
5. Kofoed, Lial M.D., M.S., Morgan, Timothy J. M.D., Buchkoski, Jerry Ph.D., Carr, Robert Ed.D., (1997). Dissociative Experiences Scale and MMPI-2 Scores in Video Poker Gamblers, Other Gamblers, and Alcoholic Controls. *Journal of Nervous & Mental Disease*, Volume 185, 58-60.
6. McCormick A., Taber I., (1988). Attributional style in pathological gamblers in treatment.
7. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 97(3), 368-370.
8. National Gambling Impact Study Commission (1999), Ngise
9. Petry NM, Stinson FS, Grant BF., (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5):564-74.
10. Roston, R. A. (1965). Some personality characteristics of male compulsive gamblers. *American Psychologist*, 20, 548.
11. Skokauskas N, Satkeviciute R, Burba B., (2003). Psychiatric comorbidity in pathological gambling. *Medicina (Kaunas)*, 39(9):838-44.
12. Winslow M, Subramaniam M, Qiu S, Lee A., (2010) Socio-demographic profile and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 39(2):122-8.

Contributi originali  
diagnosi

## Relazione tra Gioco d'Azzardo Patologico, alessitimia, sintomi dissociativi e impulsività: un confronto tra un gruppo di giocatori in trattamento e un gruppo di controllo

Giuseppe Iraci Sareri<sup>1</sup> e Alessio Gori<sup>2</sup>

1 - Gruppo Incontro di Pistoia. Progetto Altro Azzardo.

2 - Gruppo Incontro di Pistoia

**O**biettivi: data la centralità di impulsività, alessitimia e dissociazione nella dinamica del comportamento di gioco, il presente studio ha esaminato il ruolo di queste caratteristiche in relazione al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). L'obiettivo dello studio è stato quello di analizzare queste caratteristiche in due diversi gruppi di partecipanti.

Materiali e metodi: i partecipanti sono stati 100 soggetti (94 uomini, 6 donne) divisi in due gruppi: 1) un gruppo non clinico composto da 50 soggetti, e 2) un gruppo clinico composto da 50 giocatori patologici. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti: 1) *South Oaks Gambling Screen* (SOGS); 2) *Barratt Impulsiveness Scale-11* (BIS-11); 3) *Twenty-Items Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20); 4) *Dissociative Experience Scale Revised* (DES-II).

Risultati: i risultati hanno mostrato che il gruppo clinico ha ottenuto punteggi più elevati rispetto al gruppo non clinico a tutte le scale e le sottoscale. L'analisi correlazionale ha indicato che l'alessitimia è correlata positivamente con la dissociazione ( $r=.46$ ,  $p<.001$ ), l'impulsività ( $r=.44$ ,  $p<.001$ ) e con il punteggio totale del SOGS ( $r=.33$ ,  $p<.01$ ). I giocatori d'azzardo patologici con punteggi più elevati al SOGS hanno valori più elevati di impulsività, alessitimia, e dissociazione.

Discussione: i risultati del presente studio confermano l'ipotesi della presenza maggiori livelli di impulsività, alessitimia e dissociazione nei giocatori d'azzardo patologici rispetto al gruppo di controllo.

*The relationship between Pathological Gambling (PG), alexithymia, dissociative symptoms and impulsivity: a comparison between a group of pathological gamblers in treatment and a control group*

*Objectives: given that impulsivity, alexithymia and dissociation, appears central to the dynamics of gambling behavior, the present study examined the role of these features in pathological gambling (PG). This study analyzed these features comparing two different groups of participants.*

*Methods: a total of 100 participants (94 men, 6 women) were divided into two groups: 1) a non clinical sample composed of 50 subjects, and 2) a clinical sample composed of 50 pathological gamblers. We used the following measures: 1) South Oaks Gambling Screen (SOGS); 2) Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11); 3) Twenty-Items Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); 4) Dissociative Experience Scale Revised (DES-II). Results. Results showed that the clinical group obtained higher values than the non-clinical group for all the scales and subscales. Correlational analysis indicated that alexithymia is positively correlated with dissociation ( $r=.46$ ,  $p<.001$ ), impulsivity ( $r=.44$ ,  $p<.001$ ) and with the SOGS total score ( $r=.33$ ,  $p<.01$ ). Pathological gamblers with higher scores of SOGS also have higher values of impulsivity, alexithymia, and dissociation.*

*Discussion: results of the present investigation confirm the hypothesis of the presence of higher levels of impulsivity, alexithymia and dissociation in pathological gamblers than in the control group.*

**Parole chiave:** *alessitimia, sintomi dissociativi e impulsività, trattamento, gioco d'azzardo patologico*

**Keywords:** *pathological gambling, alexithymia, dissociative symptoms, impulsivity*

**Date:** *inviato: 01/04/2012 - accettato: 02/07/2012*

**Contatti:** Dott. **Alessio Gori**

*Gruppo Incontro - via San Biagio, 114 - 51100 - Pistoia*

*Centro di San Lorenzo - Piazza San Lorenzo, 1 - 50123 - Firenze*  
tel.: 3479693103

e-mail: [alessio\\_gori@libero.it](mailto:alessio_gori@libero.it)

## Introduzione

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) è caratterizzato da un comportamento di gioco che interferisce significativamente con il funzionamento lavorativo, interpersonale e finanziario dei giocatori ed è classificato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali come un disturbo del controllo degli impulsi (APA, 2000).

In ogni caso, l'associazione tra impulsività e Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) rimane un problema attuale nell'ambito della letteratura: qualche ricerca rileva alti livelli di impulsività nei giocatori patologici mentre altre citano risultati che non implicano differenze rispetto all'impulsività tra giocatori patologici e gruppi di controllo (Raylu & Oei, 2002), e altre ancora suggeriscono che solo l'impulsività di tratto sia associata al GAP (Lai et al., 2011).

Come l'impulsività, altri tratti psicopatologici sembrano essere in relazione al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP); in effetti, le ricerche suggeriscono che il GAP spesso si verifica in concomitanza con altri problemi comportamentali, tra cui abuso di sostanze, disturbi dell'umore, disturbi di personalità (Blaszczynski & Steele, 1998; Petry, Stinson & Grant, 2005) e disturbi della regolazione affettiva (Taylor, Bagby e Parker, 1997).

In particolare, riguardo ai disturbi della regolazione affettiva, è possibile ipotizzare che elevati livelli di alessitimia possano essere associati al GAP (Parker, Wood, Bond & Shaughnessy, 2005). Esistono anche prove che specifici geni, forse proprio quelli che sono coinvolti nella regolazione degli affetti o nella risposta allo stress, contribuiscano al GAP (Giddens et al., 2011). Un'altra caratteristica spesso citata nella letteratura in relazione all'alessitimia è la dissociazione (Grabe et al., 2000; Evren et al., 2008; Wise, Mann & Sheridan, 2000). Alcuni studi suggeriscono che i tratti patologici della dissociazione siano fortemente correlati con l'alessitimia (Grabe et al., 2000). Considerate queste evidenze, è possibile ipotizzare che queste caratteristiche (impulsività, alessitimia e dissociazione) siano collegate al GAP. In accordo con Caretti e La Barbera (2005), le persone affette da *addiction* (incluso il GAP) soffrono di un disturbo della regolazione degli affetti (alessitimia, incapacità di mentalizzare le emozioni, i sentimenti e gli impulsi) che impediscono loro di regolare e contenere le tensioni interne ed esterne; ed è per questo che questi soggetti sembrano essere guidati verso la dissociazione e tendano a ricercare stati alterati di coscienza attraverso comportamenti di dipendenza. Dato che impulsività, alessitimia e dissociazione, sembrano avere un ruolo centrale nella dinamica del comportamento di

gioco, questo studio ha esaminato il ruolo di queste caratteristiche nell'ambito del GAP. È stato ipotizzato che i giocatori patologici mostrino un maggiore livello di impulsività, alessitimia, e dissociazione rispetto ai soggetti senza una storia di comportamento di gioco. Inoltre, questo studio si è proposto di indagare l'indipendenza e la relativa associazione di queste caratteristiche (impulsività, alessitimia e dissociazione) con attenzione particolare al ruolo dell'alessitimia come predittore di impulsività, dissociazione e GAP.

## Materiali e metodi

### *Partecipanti e procedura*

I partecipanti a questo studio sono stati 100 soggetti (94 uomini, 6 donne) divisi in due gruppi: 1) un campione non clinico composto da 50 soggetti (47 uomini, 3 donne) con un'età media di 42.26 anni (DS=11.03), e 2) un campione clinico composto da 50 soggetti (47 uomini, 3 donne) con un'età media di 46.04 (DS=10.93). Il primo gruppo di partecipanti (campione non clinico) è stato un campione di convenienza reclutato per questo studio. Il secondo gruppo di partecipanti (n=50) era composto da pazienti che soddisfacevano i criteri del DSM per il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Questi soggetti sono stati reclutati in due centri specializzati per il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP): la Cooperativa Sociale "Gruppo Incontro" di Pistoia e la "Comunità Orthos" di Siena. Nel campione clinico 46 partecipanti erano italiani, 2 provenienti dal Sud America, 1 dalla Germania e 1 da Israele, mentre nel gruppo di controllo 49 soggetti erano italiani e uno proveniente dalla Germania. I partecipanti hanno completato le misure descritte nella sezione strumenti in forma di libretto. Tutti i partecipanti, che hanno volontariamente partecipato a questa ricerca, hanno fornito anche informazioni su sesso, età, istruzione e attività professionale. Non sono emerse differenze tra i due sottocampioni in relazione all'età, alla situazione familiare, alla presenza di figli, al livello di istruzione e di occupazione. Per il campione non clinico (gruppo 1) sono state effettuate sia somministrazioni individuali che in piccoli gruppi. Gli strumenti sono stati somministrati dagli psichiatri e psicoterapeuti coinvolti nel trattamento di questi pazienti. Tutti i pazienti hanno compilato un modulo per il consenso informato dopo la fase di *assessment*.

## Strumenti

*South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Lesieur & Blume, 1987). Il SOGS è uno strumento psicometrico ampiamente utilizzato a livello internazionale per valutare la presenza del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Il SOGS è una scala a 20-item derivanti dai criteri del DSM-III e DSM-III-R per il GAP. I rispondenti che ottengono un punteggio di 3 e 4 sono classificati come "giocatori problematici", e quelli che ottengono un punteggio di 5 o più sono classificati come "giocatori patologici". Il SOGS sembra possedere un'affidabilità soddisfacente, con coefficienti alfa di .69 e .86 rispettivamente per i campioni appartenenti alla popolazione generale e per i campioni di giocatori d'azzardo patologici (Stinchfield, 2002). Il SOGS ha dimostrato anche una validità soddisfacente, riuscendo a discriminare la popolazione generale e un campione di giocatori d'azzardo in trattamento ed esibendo elevate correlazioni con i criteri diagnostici del DSM-IV e correlazioni moderate con altre misure di gravità sul gioco d'azzardo problematico (Stinchfield, 2002). In questo studio è stata utilizzata la versione italiana di Guerreschi e Gander (2002).

*Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton et al., 1995). La *Barratt Impulsiveness Scale-11* (BIS-11; Patton et al., 1995) è un questionario self-report a 30 item ideato per valutare l'impulsività generale tenendo in considerazione la natura multifattoriale del costrutto. La struttura dello strumento permette la valutazione di sei fattori di primo ordine (attenzione, motoria, autocontrollo, complessità cognitiva, perseveranza, instabilità cognitiva) e tre fattori di secondo ordine (impulsività attentiva), impulsività motoria (motoria e perseveranza), impulsività non pianificata (autocontrollo e complessità cognitiva). Il punteggio totale è ottenuto sommando i fattori di primo o di secondo ordine. Gli item sono distribuiti su una scala a quattro punti (Raramente/Mai=1, Occasionalmente=2, Spesso=3, Quasi Sempre/Sempre=4). Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana a cura di Fossati e collaboratori (2001).

*Twenty-Items Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby et al., 1994a, 1994b; Taylor & Taylor, 1997). La TAS-20 è costituita da 20 item distribuiti su tre fattori. Questi fattori sono denominati come segue: F1 "Difficoltà di identificare i sentimenti", F2 "Difficoltà di descrivere i sentimenti", e F3 "Pensiero orientato all'esterno". Il formato di risposta prevede cinque categorie che variano da "fortemente in disaccordo" (1) a "fortemente d'accordo" (5). Il punteggio totale è calcolato sommando tutti gli item in modo tale che un punteggio elevato rifletta un più alto livello di alestitimia. Secondo le raccomandazioni di Taylor e collaboratori (1997) i punteggi maggiori di 61 sono considerati come indicatori di un profilo alestitimico. La versione originale della TAS-20 è caratterizzata da accettabili proprietà psicometriche. L'attendibilità della scala totale è uguale a .81, e l'attendibilità dei tre fattori è rispettivamente .78, .75, e .66 (F1, F2, F3; Bagby et al., 1994).

La validità della TAS-20 è anch'essa accettabile (Bagby et al., 1994a). In questo studio è stata utilizzata la versione italiana della TAS-20 (Bressi et al., 1996).

*Dissociative Experience Scale Revised* (DES-II; Carlson & Putnam, 1993). I sintomi dissociativi sono stati valutati utilizzando la versione self-report a 28 item della Dissociative Experiences Scale (DES). Questa scala riflette la gravità della dissociazione psicologica, valutando la frequenza di esperienze di amnesia (ad esempio lacune nella memoria), assorbimento (livello di attenzione su stimoli interni o esterni), e depersonalizzazione/derealizzazione (difficoltà a percepire che il Sé o il mondo siano reali). Ai rispondenti è richiesto di valutare varie esperienze dissociative che si verificano nella loro vita quotidiana. Ogni item è valutato su una scala che va da 0% a 100% e il punteggio individuale è il punteggio medio dei 28 elementi. I punteggi più elevati indicano maggiori livelli di dissociazione psicologica. Carlson e Putnam (1993) hanno concluso che la scala ha buone proprietà psicometriche anche se manca una coerente struttura delle subscale. La versione italiana utilizzata in questo studio è a cura di Caretti e La Barbera (2005).

## Analisi dei dati

Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software SPSS 17.0 for Windows.

Al fine di valutare la distribuzione dei dati sono state calcolate le statistiche descrittive (medie e deviazioni standard delle varie scale).

Le relazioni tra le variabili sono state valutate utilizzando il coefficiente *r* di Pearson. Il grado di correlazione espressa dal coefficiente *r* di Pearson varia da 0 (nessuna correlazione) e  $\pm 1$  (forte correlazione).

Per valutare le differenze tra i due gruppi di partecipanti è stato utilizzato il t-test per campioni indipendenti.

È stata applicata un'analisi di regressione lineare per valutare che i valori assunti dalle variabili dipendenti (punteggi al SOGS, alla DES-II, e alla BIS-11) dipendano dai valori assunti dalla variabile indipendente corrispondente (punteggi alla TAS-20).

Al fine di verificare l'esistenza di differenze sui livelli di impulsività, alestitimia, e dissociazione nel gruppo clinico in relazione ai punteggi ottenuti al SOGS è stata effettuata l'ANOVA a una via (one way ANOVA).

## Risultati

Le statistiche descrittive hanno mostrato che i punteggi al SOGS del gruppo clinico sono principalmente più elevati di dieci, e questo risultato conferma parzialmente la natura di questo gruppo di partecipanti e il suo coinvolgimento nel gioco d'azzardo. I dati emersi dalla TAS-20 indicano che le medie del gruppo clinico cadono nel range considerato dagli

autori come borderline.

L'analisi correlazionale ha indicato che l'alessitimia è correlata positivamente con la dissociazione ( $r=.46$ ,  $p<.001$ ), l'impulsività ( $r=.44$ ,  $p<.001$ ) e il punteggio totale del SOGS ( $r=.33$ ,  $p<.01$ ). Inoltre, il punteggio totale alla BIS-11 ha mostrato correlazioni significative con il punteggio totale del SOGS ( $r=.42$ ,  $p<.001$ ) e con il punteggio totale della TAS-20 ( $r=.44$ ,  $p<.001$ ), mentre ha mostrato una debole correlazione con il punteggio totale alla DES-II ( $r=.19$ ,  $p=.20$ ). Inoltre, il punteggio totale del SOGS ha mostrato correlazioni significative con il punteggio totale della BIS-11 ( $r=.42$ ,  $p<.001$ ), il punteggio totale della DES-II ( $r=.42$ ,  $p<.001$ ) e il punteggio totale della TAS-20 ( $r=.33$ ,  $p<.01$ ).

I risultati dei t-test hanno mostrato che il gruppo clinico ha ottenuto valori più elevati per tutte le scale e le sottoscale rispetto al gruppo non clinico. Tutte queste differenze sono statisticamente significative eccetto per la sottoscala "Impulsività non pianificata" della BIS-11 (vedi Tab. 1).

I risultati dell'analisi di regressione lineare hanno evidenziato che l'alessitimia sembra essere un buon predittore delle esperienze dissociative ( $F(1,48)=12,80$ ,  $p<.001$ ), con il 21% di varianza spiegata, come l'impulsività ( $F(1,48)=11,23$ ,  $p<.001$ ), con il 19% della varianza spiegata; mentre non appare un buon predittore del GAP misurato attraverso il SOGS ( $F(1,48)=2,66$ ,  $p=.11$ ).

Infine, i risultati dell'ANOVA ad una via hanno messo in luce che i giocatori patologici con punteggi più elevati al SOGS hanno ottenuto punteggi più elevati alle scale impulsività, alessitimia e dissociazione (vedi tab. 2). In particolare modo è emersa una differenza significativa nei punteggi alla DES-II tra i tre sottocampioni ( $F(2,47)=3,70$ ,  $p<.05$ ) come anche indicata nei confronti post-hoc tra il sottogruppo dei giocatori 1 (punteggio al SOGS 6-11) e il sottogruppo dei giocatori 3 (punteggio al SOGS 15-20) (Sheffè = -2.71,  $p <.05$ ).

## Discussione

L'obiettivo dello studio è stato quello di analizzare la relazione ipotizzata tra alessitimia, impulsività e dissociazione in relazione al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e di valutare le differenze in queste variabili tra il gruppo dei giocatori patologici e un gruppo di controllo.

I risultati hanno evidenziato che l'alessitimia è positivamente correlata con la dissociazione ( $r=.46$ ,  $p<.001$ ), l'impulsività ( $r=.44$ ,  $p<.001$ ) e con il punteggio totale al SOGS ( $r=.33$ ,  $p<.01$ ) e questo a testimonianza del fatto che la relazione tra queste variabili sia centrale nella dinamica dei comportamenti di gioco.

	CLINICAL GROUP N=50		NON CLINICAL GROUP N=50		df	t	p
	M	SD	M	SD			
<b>SOGS</b>	13.1	2.92	.30	.91	98	-29.57	.001
<b>DES-II</b>	19.6	11.13	7.33	5.31	98	-7.34	.01
<b>BIS-11</b>	72.98	11.46	58.7	8.93	98	-6.95	.01
<b>BIS-11 A</b>	21.42	6.24	14.16	3.16	98	-7.34	.01
<b>BIS-11 M</b>	24.72	5.14	18.64	3.63	98	-6.83	.01
<b>BIS-11 NP</b>	27.52	6.64	25.9	4.78	98	-1.4	ns
<b>TAS-20</b>	56.74	10.8	44.48	9.43	98	-6.05	.01
<b>F1</b>	19.52	5.88	11.86	5.04	98	-6.99	.01
<b>F2</b>	15.5	4.69	13.2	4.06	98	-2.62	.05
<b>F3</b>	21.92	4.53	19.46	4.42	98	-2.75	.05

Tab. 1 - t-test between the two groups

Note. SOGS = South Oaks Gambling Screen; DES-II = Dissociative Experience Scale; BIS-11 = Barratt Impulsiveness Scale; BIS-11 A = Attention impulsiveness; BIS-11 M = Motor impulsiveness; BIS-11 NP = Non-Planning impulsiveness; TAS-20 = Twenty-Items Toronto Alexithymia Scale; F1 = Difficulty in identifying feelings; F2 = Difficulty in describing feelings; F3 = Externally-oriented thinking.

	SUBGROUP 1 SOGS scores (6-11)		SUBGROUP 2 SOGS scores (12-14)		SUBGROUP 3 SOGS scores (15-20)	
	M	SD	M	SD	M	SD
<b>DES-II</b>	14.75	8.66	19.37	9.29	25.07	13.55
<b>BIS-11</b>	68.13	14.26	73.42	10.31	77.6	7.43
<b>TAS-20</b>	54.56	11.24	56.42	11.6	59.47	9.28

Tab. 2 - Descriptive of the three sub groups of gamblers

Note. DES-II = Dissociative Experience Scale; BIS-11 = Barratt Impulsiveness Scale; Twenty-Items Toronto Alexithymia Scale.

I risultati del t-test hanno mostrato la presenza di maggiori livelli di impulsività, alestitimia e dissociazione nei giocatori patologici rispetto al gruppo di controllo. Questi risultati supportano il modello di *addiction* di Caretti e La Barbera (2005) che teorizzano una relazione tra disturbi della regolazione affettiva e la ricerca di stati alterati di coscienza nei giocatori patologici.

I dati hanno messo in luce che l'alestitimia appare un buon predittore delle esperienze dissociative e dell'impulsività, mentre non lo sia della gravità del gioco. Si può argomentare che l'alestitimia potrebbe essere indirettamente legata al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), per esempio in relazione alla scelta del gioco piuttosto che alla gravità dello stesso. Comunque per verificare quest'ipotesi ulteriori studi si rendono necessari.

Questi risultati suggeriscono che i giocatori patologici con punteggi più elevati al SOGS abbiano valori più elevati di impulsività, alestitimia, e dissociazione. In particolare, i risultati suggeriscono una connessione tra gravità del gioco ed esperienze dissociative. Questi risultati potrebbero essere letti sia alla luce del modello di *addiction* di Caretti e La Barbera (2005) sia considerando la dissociazione come un meccanismo di difesa chiamato in causa dal sistema nervoso quando raggiunge la sua massima capacità di stimolazione (sia interna che esterna).

I risultati del presente studio confermano l'ipotesi della presenza di maggiori livelli di impulsività, alestitimia e dissociazione nei giocatori d'azzardo rispetto alla popolazione generale. I dati ottenuti sembrano indicare che il fenomeno dell'*addiction* sia un disturbo collegato ad una significativa incapacità di regolare le tensioni; questa incapacità faciliterebbe la ricerca di stati dissociativi attraverso comportamenti di dipendenza.

Per concludere, questi risultati rinforzano l'idea di sviluppare ricerche per il monitoraggio del fenomeno del gioco d'azzardo; potrebbe essere possibile studiare il GAP in relazione ai tratti di personalità per ottenere indicazioni degli esiti clinici e per prevenire le ricadute, migliorando così i trattamenti di questi soggetti.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Forth edition. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, D.C. Author. (tr. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision - DSM- IV-TR. Masson: Milano, 2002).
2. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a) The Twenty-Item Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
3. Bagby, R. M., Taylor G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-Item Toronto alexithymia Scale-II. Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 33-40.
4. Blaszczynski, A., & Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.
5. Bressi, C., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bressi, S., Brambilla, V., & Aguglia, E. et al., (1996). Cross Validation of the Factor Structure of the 20 Item Toronto Alexithymia Scale: an Italian Multicenter Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 551-559.
6. Caretti V., & La Barbera D., (2005). Alestitimia, valutazione e trattamento. Roma, Astrolabio.
7. Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experience scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
8. Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E., & Cakmak, D. (2008). Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 62 (1), 40-47.
9. Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barrat, E. S. (2001). Psychometric Properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in Nonclinical Subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 815-828.
10. Giddens, J. L., Xian, H., Scherrer, J. F., Eisen, S. A., & Potenza, M. N. (2011). Shared genetic contributions to anxiety disorders and pathological gambling in a male population. *Journal of Affective Disorders*, 132 (3) 406-412.
11. Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gansicke, M., & Freyberger H. J. (2000). The Relationship between Dimensions of Alexithymia and Dissociation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 128-131.
12. Guerreschi, C., & Gander, S. (2000). Versione Italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R. Lesieur e S.B. Blume", in C. Guerreschi (Ed.), *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico* Milano: San Paolo, pp. 137-142.
13. Lai, F. D. M., Ip, A. K. Y., & Lee, T. M. C. (2011) Impulsivity and pathological gambling among Chinese: is it a state or a trait problem? *BMC Research Notes*, 4, 492.
14. Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188.
15. Parker, J.D.A., Wood, L. M., Bond, B. J., & Shaughnessy, P. (2005). Alexithymia in Young Adulthood: A Risk Factor for Pathological Gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 51-55.
16. Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
17. Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (5), 564-574.
18. Raylu, N., & Oei, T.P.S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22 (7), 1009-1061.
19. Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27 (1), 1-19.
20. Taylor, G. J., & Taylor, H. L. (1997). Alexithymia. In M. McCallum e W. Piper (ed.), *Psychological mindedness*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
21. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of Affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press: Cambridge.
22. Wise, T. N., Mann, L. S., & Sheridan, M. J. (2000). Relationship between Alexithymia, Dissociation and Personality in Psychiatric Outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 123-127.

# Giocatori d'azzardo patologici e tratti di personalità: quali correlazioni?

Manuela Tattini<sup>1</sup>, Daniela Casalboni<sup>1</sup>, Maristella Salaris<sup>1</sup>, Emma Pegli<sup>1</sup>

*1 - Unità Operativa Dipendenze Patologiche A. USL di Rimini*

Lo scopo di questo studio è prevalentemente clinico: si intende analizzare la personalità e la psicopatologia dei giocatori d'azzardo patologico che si sono rivolti all'Unità Operativa Complessa Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Rimini, per sviluppare strategie terapeutiche efficaci e funzionali. Il campione dello studio è composto da 114 soggetti che non presentavano, al momento dell'accesso, altre problematiche di dipendenza. Tutti i soggetti hanno effettuato un percorso di osservazione diagnosi e soddisfatto i criteri diagnostici per il gioco d'azzardo patologico codificato con ICD X. Al 100% del campione è stato somministrato il test di personalità MMPI 2 e al 63,2% è stato somministrato il test BIS 11 che rileva l'impulsività da assenza di pianificazione, motoria e attentiva. Sono stati individuati i tratti caratteristici di personalità e si sono cercate relazioni significative tra genere, età e patologia. Sono state analizzate le scale relative al tema somatizzazioni e allo psicoticismo. Risultati interessanti riguardano i punteggi elevati nelle scale che rilevano impulsività, ideazione persecutoria, disturbi del tono dell'umore, ansia, sintomi ossessivo compulsivi, tendenza a fenomeni di conversione dell'ansia, somatizzazione e la presenza di vissuti traumatici. Rilevante il risultato relativo alla caratteristica di personalità di propensione alla dipendenza e a stili di vita connessi (ricerca di sensazioni forti, tendenza alla compulsione, rischio di abuso di sostanze). In sintesi i dati emersi confermano la complessità della patologia e i modelli bio-psico-sociali che teorizzano l'interconnessione tra i fattori predisposizione, tratti di personalità e fattori sociali<sup>1-2</sup>.

## Pathological gamblers and personality traits: which correlations?

*The scope of this study is mainly clinical: to analyse pathological gamblers personality and psychopathology, in order to develop useful and effective therapeutic strategies.*

*We analysed a sample of 114 pathological gamblers who contacted the Rimini Public Addiction Service; at their first contact they did not show any other addiction related problems. After a period of observation, all subjects were diagnosed and met the criteria for gambling addiction, according to the ICD X. The whole subject sample was administered the MMPI 2 personality test, while 67 subjects (63,2 %) were administered the BIS 11 test, to detect attentional, motor, and non-planning impulsiveness.*

*Personality traits and the correlations between gender, age and pathology were analysed as well as the scales related to psychosomatic reactions and psychoticism.*

*These analyses reveal high scores in the scales that detect impulsiveness, persecutory ideation, mood disorders, anxiety, obsessive-compulsive symptoms, tendency to conversion phenomena of anxiety and somatization phenomena, presence of traumatic feelings.*

*Furthermore, the subjects in the sample revealed personality traits tending to addictive behaviour and tendency to addictive life-styles (excitement-seeking, tendency to compulsion, substance abuse risk).*

*In sum, these results support the notion that the gambling addiction pathology is extremely complex and requires a multidimensional approach; an example may be found in the bio-psycho-social models that theorize the interconnection between predisposition factors, personality traits and social factors.*

**Parole chiave:** Gioco d'azzardo patologico, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2), Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS 11), Tratti di Personalità, Psicopatologia

**Keywords:** Pathological Gambling, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI- 2), BIS 11 (Barratt Impulsiveness Scale), Personality Traits, Psychopathology

**Date:** inviato: 16/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dr.ssa **Manuela Tattini**

U.O. Dipendenze Patologiche Via Tonti, 40 Rimini  
tel.: 0541/325110  
e-mail [mtattini@auslrn.net](mailto:mtattini@auslrn.net)

## Introduzione

Le evidenze empiriche degli ultimi anni mostrano come la nozione di dipendenza (utilizzata sino ad oggi nel DSM IV-TR per indicare solo la dipendenza da droghe o alcol) possa comprendere tutti quei quadri clinici definiti come nuove dipendenze, in cui l'oggetto della dipendenza non è una sostanza chimica ma comportamenti accettati o promossi dalla società contemporanea. Tra le sindromi da dipendenza "senza droga" troviamo: il gioco d'azzardo patologico, i disturbi alimentari, lo shopping compulsivo, l'uso di internet, il lavoro, l'iperattività sessuale, l'uso problematico di videogames o altre tecnologie. La "normalità" di tali situazioni ed il loro potenziale patologico pongono alcune difficoltà sul piano diagnostico, infatti mentre risulta abbastanza semplice identificare i comportamenti tossicomanici compresi nelle dipendenze classiche (alcol, droga), appare più incerta la definizione della dipendenza senza sostanza. Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è attualmente inserito nella categoria: "disturbi del controllo degli impulsi non altrove classificati" ma, il rilievo clinico di altre situazioni nelle quali l'adozione di comportamenti finalizzati alla fruizione di esperienze gratificanti dà luogo a condotte disadattative e compulsive fa riflettere sull'importanza di trovare all'interno della comunità scientifica un accordo sulla classificazione e sulla definizione dei quadri psicopatologici che riguardano, oltre al gioco d'azzardo patologico, anche le altre sindromi da dipendenza senza droga. L'esperienza clinica confermerebbe la fondatezza dell'utilizzo del termine "dipendenza" nel bisogno di ripetere l'esperienza, nei segni di dipendenza psicologica, di fenomeni di craving e nelle ripercussioni in ambito sociolavorativo. Inoltre, come nelle dipendenze da sostanze psicoattive o alcol, sono presenti problematiche sottostanti di tipo psicopatologico similari.

La valutazione psicodiagnostica del gioco d'azzardo patologico è resa difficile dall'esiguo numero di strumenti psicometrici validati statisticamente e dalla concomitanza di altri disturbi di pertinenza psichiatrica (comorbidità con disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità) e/o la co-presenza di più forme di dipendenza. L'assessment prevede, oltre all'indispensabile colloquio clinico ed ad una esaustiva raccolta anamnestica, l'utilizzo di test specifici quali i tests SOGS, Fisher DSM IV screen, etc.<sup>3</sup> e batterie testologiche che consentano di effettuare una precisa valutazione della personalità del soggetto, all'interno della quale inquadrare la condotta problematica. Gli strumenti utilizzati comprendono test aspecifici per l'analisi delle dimensioni personologiche (MMPI-2, TAS-20, DES, BIS, etc.)<sup>4</sup>.

## Metodo

Lo studio clinico si propone di analizzare i tratti di personalità e psicopatologici dei giocatori patologici afferenti e testati all'Unità Dipendenze Patologiche di Rimini.

Il campione dello studio è composto da 114 soggetti che

si sono rivolti all'Unità Operativa Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Rimini per una problematica di gioco d'azzardo patologico, confermata nel percorso di osservazione diagnostica, ai quali è stato successivamente somministrato il test di personalità MMPI 2 i cui risultati sono stati approfonditi in un colloquio clinico con il paziente.

Il test MMPI 2 prevede tre scale iniziali (L, F, K) che permettono di classificare la validità degli elaborati. Per il campione in oggetto sono stati presi in considerazione solo test validi.

Per tutti i soggetti del campione in esame sono state prese in considerazione le seguenti scale del test di personalità MMPI.

A) le scale di base, che evidenziano una psicopatologia: ipocondria (Hs), depressione (D), isteria (Hy), deviazione psicopatica (Pd), mascolinità/femminilità (MF), paranoia (Pa), psicastenia (Pt), schizofrenia (Sc), ipomaniacalità (Ma), isolamento sociale (Si),

B) le scale di contenuto, che evidenziano i tratti di personalità, scale: ansia (Anx), paure (Frs), ossessività (Obs), depressione (Dep), preoccupazioni per la salute (Hea), ideazione bizzarra (Biz), rabbia (Ang), cinismo (Cyn), condotte antisociali (Asp), personalità tipo A (Tpa)<sup>5</sup>, bassa autostima (Lse), disagio sociale (Sod), problemi familiari (Fam), difficoltà sul lavoro (Wrw), difficoltà di trattamento (Trt).

C) le scale supplementari ritenute rilevanti per la patologia specifica: alcolismo, tossicodipendenza (Mac-R), disturbo post traumatico da stress (Ps/Pk), scala di dipendenza potenziale Aps, scala ammissione di dipendenza (Aas).

Si è proceduto con l'analizzare gli MMPI 2 del nostro campione operando una prima differenziazione tra test patologici anche in una sola scala (anche 1 solo sintomo o 1 solo tratto di personalità patologico) e test non indicativi di patologia.

Sono state effettuate su tutto il campione e sul campione di soggetti risultati patologici, almeno in una scala di base o di contenuto, ricerche sulle percentuali delle frequenze delle scale di base in cui emerge patologia sintomatica, valori  $T \geq$  al valore 65, sulle frequenze delle scale di contenuto in relazione ai tratti di personalità patologici, punteggi  $\geq$  al valore  $T$  65 e sulle frequenze delle scale supplementari con punteggio  $T \geq$  a 65.

Questi dati sono stati elaborati statisticamente attraverso il *chi-quadro*<sup>6</sup> che consente di confrontare una distribuzione osservata di frequenze con la rispettiva distribuzione teorica e quindi stabilire se tra le due distribuzioni c'è una differenza significativa. Attraverso il *chi quadro* sono state calcolate le relazioni tra psicopatologia, tratti di personalità problematici e differenza di genere, maschile e femminile, ed età del campione suddividendolo in  $<$  di 40 anni e  $>$  di 40 anni.

Sono state ricercate, inoltre, le frequenze relative alla psicopatologia di conversione dell'ansia in disturbi fisici e ipocondria e alla psicopatologia di tipo psicotico, utilizzando la stessa metodologia statistica.

Per i 67 soggetti a cui è stato somministrato anche il test BIS 11<sup>7</sup> si sono ricercate le frequenze indicative di alta impulsività attentiva, motoria e assenza di pianificazione prendendo in

considerazione i soli valori  $\geq 69$  (valore minimo considerato indice di elevata impulsività)<sup>8</sup>.

## Selezione e descrizione del campione d'indagine

Il campione selezionato consiste in 114 persone che, effettuato la fase di osservazione diagnosi presso l'Unità Dipendenze Patologiche di Rimini per un problema di gioco ha ricevuto diagnosi di gioco d'azzardo patologico secondo ICD X (diagnosi prevalente) ed è stato testato con MMPI 2<sup>9</sup>. Nessuno dei soggetti era al momento in carico al Servizio per altre problematiche di dipendenza.

I soggetti analizzati si sono presentati per un problema di gioco: l'accesso è stato autonomo e talora caldeggiato dai familiari, medici di medicina generale o servizio psichiatrico. Ad alcuni dei soggetti del campione, oltre al test MMPI 2 è stato somministrato anche il test BIS 11 che misura l'impulsività da assenza di pianificazione attentiva e motoria. Il sottocampione testato con MMPI 2 e BIS consiste in 67 soggetti.

Il campione di 114 soggetti è composto da 20 femmine e 94 maschi di età compresa tra i 19 e i 69 anni. La fascia di età prevalente, pari al 70% del campione, è quella tra i 30 e i 59 anni. La maggior parte del nostro campione ha come gioco problematico prevalente i videogiochi (51,6%), il lotto, il super enalotto, gratta e vinci, lotteria e bingo (23,9%), le corse di animali, cavalli (8,9%), i giochi al casinò (6,3%), i giochi d'azzardo via internet (3,4%) e i giochi di carte al bar o in case per il 2,3%. La prevalenza del campione ha un'attività lavorativa e vive nella famiglia d'origine o in quella acquisita, ma è presente anche una percentuale più limitata che risulta disoccupato e single.

## Risultati

All'analisi dei 114 tests MMPI 2 elaborati i soggetti che presentano una psicopatologia o presentano tratti di personalità patologici sono il 93,0%, la grande prevalenza del campione preso in esame (106 soggetti). La quasi totalità del campione presenta almeno un sintomo psicopatologico o un tratto di personalità problematico (valore  $T \geq 65$ ). Questo dato conferma l'ipotesi che i giocatori patologici che si rivolgono al nostro Servizio hanno una situazione psicopatologica particolarmente problematica: in molti casi le conseguenze economiche, lavorative e familiari dovute alla dipendenza da gioco assumono molta rilevanza comportando un alto grado di stress e sintomatologia varia (stati depressivi, condotte devianti, eccitazione ipomaniacale, nervosismo e irritabilità per citare solo alcuni aspetti conseguenti o concomitanti), in altri casi, come emerge dall'analisi della frequenza di patologia alle varie scale, esiste una psicopatologia sottostante la problematica del gioco che alimenta la dipendenza e rende il quadro diagnostico più grave.

Allo scopo di verificare la specificità della patologia nel nostro campione si sono analizzate le frequenze della patologia (punti  $T \geq 65$ ) in tutte le scale di base, di contenuto e supplementari (MAC-R, Ps/Pk, Aps, Aas).

### 1. Scale di base

Il campione totale dei soggetti presenta per quello che riguarda le scale di base, scale che attestano una sintomatologia psicopatologica: una frequenza del 48,2% nella scala Deviazione Psicopatica (Pd), del 27,2% nella scala Paranoia (Pa), una frequenza del 25,4 % nella scala Depressione (D), del 23,7 % nella scala Ipomaniacalità (Ma), del 21,9% di patologia nella scala Ipocondria, del 21,1 % nella scala Psicastenia (Pt). Le scale che presentano frequenze sotto la soglia del 20% sono: Schizofrenia (Sc) con una frequenza del 17,5%, Isteria (Hy) con il 15,8%, Isolamento sociale (Si) all'11,4 %, Maschile/Femminile (M/F) con l'8,8%.

In sintesi per quello che riguarda la psicopatologia assume particolare pregnanza quella dell'impulsività, della condotta deviante (bugie, atti devianti ripartori ai deficit economici, irritabilità), del tono dell'umore (dalla depressione all'ipomaniacalità o entrambi nell'espressione di variazioni disforiche), dell'ideazione persecutoria, dell'ipocondria e dell'ansia, dei sintomi ossessivo compulsivi (psicastenia). Queste scale possono rappresentare l'area dei disturbi di personalità e/o l'area dei disturbi dell'umore, a seconda della frequenza individuale per soggetto della elevazione delle scale. Le elevazioni nella scala Ipocondria e Psicastenia possono essere a volte sintomatiche di problematiche di ossessività comportamentale derivante da problemi di ansia.

### 2. Scale di contenuto

L'analisi delle scale di contenuto ha evidenziato le frequenze del 34,2% nella scala Depressione (Dep), del 32,5% nella scala che indica la Difficoltà al Trattamento (Trt)<sup>10</sup>, del 29,8% nella scala Ansia (Anx), del 25,4% nella scala Cinismo (Cyn)<sup>11</sup>, del 23,7% nella scala Rabbia (Ang), del 22,8% nella scala Problemi Lavorativi (Wrw), del 21,9% nella scala Ossessività (Obs), del 21,1% nella scala Problemi Familiari (Fam), del 20,2% scala Autostima (Lse). Le frequenze di patologia nelle altre scale presentano valori percentuali minori del 20% sono: Preoccupazioni per la salute (Hea) 19,3%, Bizzarrie (Biz) 17,5%, Comportamenti Antisociali (Asp) 15,8%, Paura/Fobie (Frs) 13,2%, Disagio Sociale (Sod) 13,2%, Personalità Tipo A (Tpa) 12,3%.

Emergono come tratti la depressione e l'ansia ma anche una visione cinica del mondo e delle relazioni rappresentata dalla scala Cyn e anche dalla scala Trt (scarsa fiducia nel trattamento) spiegabile con una propensione a non fidarsi, a non confrontarsi con gli altri, a reprimere i sentimenti e le emozioni a favore delle azioni e degli agiti.

La frequenza del 23,7 % alla scala della rabbia, scala Ang, può essere riconducibile ad una problematica relativa alle dipendenze ma anche a disturbi di personalità cluster B<sup>12</sup>.

Le altre scale significative portano a riflettere sulle problematiche all'interno della famiglia, sul rapporto con il lavoro, sull'autostima e sulle caratteristiche di personalità di tipo ossessivo, quale risposta e difesa dall'ansia.

### 3. Scale supplementari

Analizzando la frequenza di patologia nelle scale supplementari emerge che circa la metà del nostro campione (46,5%) presenta una propensione a sviluppare problemi nell'area dell'alcolismo o della tossicodipendenza (scala Mac-R<sup>13</sup>) e il 29,8% possiede moltissime delle caratteristiche di stile di vita associate allo sviluppo di un disturbo di dipendenza (scala Aps).

Se prendiamo in considerazione la percentuale di soggetti risultati positivi alle scale Mac-R e Aps, si può notare come il 76,3 %<sup>14</sup> dei soggetti del campione presenti fattori predisponenti a sviluppare una qualche forma di dipendenza<sup>15</sup>; infatti circa 1/4 dei soggetti (24,6%) ammette di avere o avere avuto problemi derivati da abuso di alcol o droghe (scala Aas<sup>16</sup>).

La problematica del trauma è un'altra caratteristica che riguarda il nostro campione di giocatori d'azzardo patologici e conferma quanto questo elemento sia importante e correlato alla problematica: infatti circa 1/3 del campione (29,8%) presenta un Disturbo Post Traumatico da Stress (scala Ps/Pk).

### 4. Genere

Ulteriori dati sono stati ottenuti dividendo il nostro campione per genere maschile e femminile allo scopo di ricercare se emergessero differenze statisticamente significative per quello che riguarda le frequenze nelle varie scale di base, di contenuto, supplementari del test MMPI 2. Il campione femminile consiste in 20 soggetti, quello maschile in 94 soggetti. L'unica differenza statisticamente significativa è stata rilevata per quello che riguarda la scala dell'autostima Lse, nel genere femminile le frequenze a questa scala sono più alte, cioè le donne del nostro campione di gamblers hanno un'autostima più bassa degli uomini (chi square test = 0,021 p<0,005). Tra le donne del nostro campione il 40% ha una bassa autostima, mentre per il campione maschile la percentuale cala al 16%. Per tutte le altre scale non emergono differenze significative.

### 5. Età

E' stato ulteriormente diviso il nostro campione di gamblers in persone con meno di 40 anni e persone con più di 40 anni e si è ricercato l'emergere di differenze significative correlando tutte le scale del test con l'età suddivisa in due classi. Il cam-

pione risulta composto da 52 soggetti < 40 anni e 62 soggetti > di 40 anni.

In questo caso la differenza significativa statisticamente (punteggio chi square test 0,011 p<0,005) è emersa per la scala di base relativa alla Ipomaniacalità: i soggetti con età ≤ 40 anni presentano valori indicativi di patologia nel 34,6% contro il 14,5% dei soggetti con età maggiore di 40.

Per quello che riguarda le differenze significative in base all'età, il dato può essere spiegabile tenendo in considerazione il decremento naturale del tratto irrequietezza maniacale dovuto all'evolversi dell'età.

### 6. Sintomatologia somatica

Ad una prima analisi dei test effettuati si è rilevato la tendenza alla somatizzazione ed a utilizzare meccanismi di conversione dell'ansia, pertanto si è voluto ricercare se nel nostro campione il dato trovasse ulteriore conferma rispetto agli elementi emersi analizzando le scale di base.

Si sono quindi ricercate le frequenze alle scale che rappresentano per il nostro test MMPI 2 meccanismi di difesa dall'ansia: le scale Hs, Ipocondria e quella Hy Isteria. L'analisi sulla compresenza di valori sintomatici di patologia nelle scale sopracitate evidenzia la presenza di questi fenomeni nel 37,7 % dei casi.

### 7. Psicoticismo (indice PS di Ruesch e Bowman<sup>18</sup>)

Si è voluto, inoltre, ricercare la presenza nel nostro campione di soggetti con problematiche di tipo psicotico. La percentuale di soggetti che presentano un disturbo di tipo psicotico è del 18,9%. Nella tabella che segue vengono illustrate le percentuali di soggetti risultati positivi alle scale che indicano presenza di psicosi:

Scale di psicoticismo	% soggetti con valori ≥ 65
Schizofrenia (Sc)	2,8
Schizofrenia+Paranoia (Sc+Pa)	5,7
Schizofrenia+Psicastenia (Sc+Pt)	1,9
Schizofrenia+Paranoia+Psicastenia (Sc+Pt+Pa)	8,5
Totale (Solo Sc o abbinata a Pt e/o Pa)	18,9

### 8. Impulsività testata con BIS 11<sup>19</sup>

Il test somministrato a 67 soggetti, pari al 63,2% del campione, è un questionario composto da 30 items che prevedono affermazioni nei confronti delle quali i soggetti si devono po-

sizionare secondo una scala graduata a cui assegnare punteggi dall'1 al 4.

Vengono prese in considerazione sei caratteristiche collegate all'impulsività: l'attenzione, l'impulsività motoria, l'autocontrollo, la complessità cognitiva, la perseveranza, l'instabilità cognitiva. Queste caratteristiche vengono accorpate in tre categorie: impulsività attentiva, impulsività motoria, impulsività da non pianificazione. Dalla somma del punteggio ottenuto nelle tre categorie si ottiene un valore numerico. Il valore considerato nella norma è uguale a 63,8 con deviazione standard  $\pm 10$ , i valori indicativi di patologia di impulsività nei comportamenti d'abuso sono uguali e superiori a 69,3, con deviazione standard  $\pm 10,3$ .

In questo studio sono stati presi in considerazione i valori  $\geq$  a 69 come indicativi di impulsività problematica.

Risultato emergente nel nostro sottocampione è che il 50,7% dei soggetti presenta un valore  $\geq$  a 69, indice di alta impulsività.

Questo risultato conferma come il tratto sia caratteristico dei giocatori d'azzardo patologici.

## Discussione

Questo studio clinico conferma i recenti modelli teorici bio-psico-sociale che individuano nell'interconnessione tra fattori di predisposizione biologica, caratteristiche psicologiche e fattori sociali le cause dell'instaurarsi della patologia nelle dipendenze comportamentali. Inoltre viene confermato il modello sviluppato da Caretti e La Barbera che sottolinea il ruolo precipuo del fenomeno di dissociazione psicologica e del trauma nelle dipendenze patologiche.

Prevalgono nel nostro campione caratteristiche specifiche di personalità (predisposizione alla dipendenza e a stili di vita connessi) e la presenza di disturbi psicopatologici (disturbi dell'umore, di ansia e disturbi di personalità). Sono inoltre presenti elevati tratti di impulsività e la tendenza ad utilizzare meccanismi di difesa per controbilanciare l'ansia e fronteggiare eventi stressanti. Sono alti i dati relativi alla sintomatologia ipocondriaca e di conversione dell'ansia. La problematica del trauma è un'altra caratteristica che riguarda il nostro

campione di giocatori d'azzardo patologici, dato che conferma la letteratura vigente.

Lo studio ha carattere preliminare e verrà considerato oggetto di approfondimento successivo grazie al progressivo ampliamento del campione di indagine e alla possibilità di correlare i dati dei tratti di personalità ad altre caratteristiche personologiche quali l'alessitimia e l'impulsività da assenza di pianificazione, attentiva e motoria.

Emerge che il gioco patologico è una problematica sociale e un disturbo psichico di grande rilievo con rilevante condizione psicopatologica.

Tutte le storie dei nostri pazienti rivelano una situazione di disagio, di solitudine, di disperazione. Le conseguenze abbracciano interamente il soggetto, nella sfera psichica, familiare, lavorativa, economica, sociale, legale.

Ogni singolo paziente necessita di una proposta individualizzata riabilitativa, psicoterapica, farmacologica e di un notevole investimento nei Servizi Pubblici per le Dipendenze in termini di risorse professionali specializzate.

## Bibliografia

1. Caretti V., La Barbera D., Le nuove dipendenze: diagnosi e clinica, ed. Carocci, Roma, febbraio 2009;
2. Croce M., Zerbetto R., (a cura di), Il Gioco e l'Azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento, ed. Franco Angeli, 2001;
3. Capitanucci D., Carlevaro T., Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico, ed. "Hans Dubois", prima edizione, aprile 2004;
4. Hathway S.R., McKinley J.C., MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, trad. it. Sirigatti S., Pancheri P., MMPI-2. Adattamento italiano. O.S., Firenze, 1989;
5. Berstein E., Carlson, Putnam W., DES, Dissociative Experiences Scale, 1986 - Toronto Alexithymia Scale 20 item - TAS-20 (Parker et al., 1993; Bagby et al., 1994a,b);
6. Patton J.H., Stanford M.S., Barratt E.S., Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale, Journal of Clinical Psychology, 51, 768-774, 1995;
7. Blaszczynski A., Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies, Electronic Journal of Gambling Issue, March 2000;
8. Caretti V., La Barbera D., (A cura di) Le dipendenze patologiche. Clinica e Psicopatologia, Casa Editrice Astrolabio;
9. Pancheri P., De Fidio D., MMPI-2 Panda, Manuale d'Uso, Versione automatica a cura della Ripartizione Sistemi Informativi casa Divina Provvidenza Riscglie, Copyright 1999.

Contributi originali  
epidemiologia

## Stima della prevalenza di soggetti con gioco d'azzardo patologico nell'area metropolitana di Bologna e analisi del sommerso

Raimondo Maria Pavarin<sup>1</sup>, Silvia Marani<sup>1</sup>, Elsa Turino<sup>1</sup>, Nicola Limonta<sup>1</sup>, Samantha Sanchini<sup>1</sup>, Marco Colaninno<sup>1</sup>

1 - Centro monitoraggio epidemiologico sulle dipendenze - DSM-DP, AUSL Bologna

**Obiettivo:** fornire una stima attendibile e riproducibile, con costi e tempi accettabili, del numero oscuro dei soggetti con dipendenza da gioco (GPA) che non si rivolgono ai SerT.

**Materiali e metodi:** nel periodo 01/01/2000-29/02/2012, relativamente all'area metropolitana di Bologna, sono state analizzate le dimissioni dagli ospedali pubblici e privati con diagnosi sia principale che secondaria ICD IX 312.31 "Gioco d'azzardo patologico" e gli utenti pesi in carico al SERT con diagnosi ICD X F63 "Gioco d'azzardo patologico".

**Risultati:** si stima un numero di almeno 344 soggetti (che varia da 50 a 638) con dipendenza da gioco d'azzardo patologico, con una prevalenza dello 0.06% nella fascia 15/64 anni.

Il rapporto sconosciuti/conosciuti è di 4.4 tra i residenti e 4.7 sul totale.

**Discussione:** gli utenti dei servizi non sembrano rappresentativi della popolazione dei GPA, ma solo di una parte, quelli cioè "più gravi" e con altri tipi di disturbi concomitanti.

### *A survey on the prevalence of subjects with pathological gambling in the metropolitan area of bologna and analysis of undeclared data*

*Objective: objective of this study is to provide a reliable and reproducible estimate, with acceptable time and cost, of the dark figure of pathological gamblers (gpa) that do not seek treatment in public treatment center for drug addiction (sert).*

*Materials and methods: in the period 01/01/2000-29/02/2012, in the metropolitan area of Bologna, hospital discharges were analysed from public or private hospitals with ICD IX diagnosis (main or secondary) for "pathological gambling" (code 312.31) and subjects in treatment in the sert with icd-x diagnosis of "pathological gambling" (code f63).*

*Results: 344 subjects (range 50 to 638) were estimated to be affected by pathological gambling, with a prevalence of 0.06% in 15/64 years band. The ratio unknown/known is 4.4 among residents and 4.7 of the total.*

*Conclusions: health service users do not seem representative of the gpa population, except for those with a "most serious" pathology and with other types of co-occurring disorders.*

**Parole chiave:** gioco d'azzardo patologico, ricovero ospedaliero, SERT, numero oscuro

**Keywords:** pathological gambling, hospitalization, public treatment center for drug addiction, dark figure

**Date:** inviato: 06/09/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. Raimondo Maria Pavarin  
EMCA, DSM-DP, Ausl Bologna, Italy  
Via S. Isaia 94/A 45100 Bologna – Italy  
tel.: 0039 051/6584314  
e-mail: raimondo.pavarin@ausl.bologna.it

### Introduzione

La prevalenza del gioco d'azzardo patologico (GAP) tra la popolazione adulta varia dall'1% al 3%, e si stima che il 3% della popolazione generale negli Stati Uniti e nell'Europa dell'Ovest soddisfi i criteri di dipendenza dei giochi d'azzardo stabiliti dal DSM IV<sup>1</sup>, con percentuali più elevate tra chi utilizza i giochi on line, soprattutto nei paesi in cui internet è

molto diffuso<sup>2-4</sup>.

E' stata inoltre dimostrata una elevata comorbidità con altri disordini mentali, incluso depressione unipolare e disturbi bipolari, dipendenza da alcol e abuso di sostanze illegali, ideazione e tentativi di suicidio<sup>5-7</sup>. Questi disturbi sono associati ad angoscia emozionale e finanziaria sia tra i giocatori che tra i loro familiari<sup>8</sup>.

Dal 1988 la Regione Emilia Romagna ha dotato i SerT di

una cartella sociosanitaria informatizzata (prima GIAS, poi SISTER), dove è prevista una codifica specifica per il gioco d'azzardo e ciò permette il raccordo con flussi dati provenienti anche da fonti extra SerT, in particolare la scheda di dimissione ospedaliera.

Abbiamo pertanto due punti di raccolta specifici per studiare il fenomeno nel suo percorso temporale e per stimarne le dimensioni: 1) la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), 2) la cartella socio sanitaria del SERT.

Pur con i limiti di uno strumento nato per fini contabili, dove il dato epidemiologico viene sottostimato dalla necessità della valorizzazione economica del ricovero, il flusso SDO ci permette di analizzare l'evoluzione di alcuni aspetti della richiesta di intervento collegati alle caratteristiche anagrafiche ed alle patologie concomitanti. Nelle diagnosi di dimissione viene utilizzata la codifica ICDIX, dove il gioco d'azzardo patologico è inserito come patologia nel Gruppo V Disturbi Psichici "Gioco d'azzardo patologico" (codice 312.31) e nelle procedure diagnostiche e terapeutiche "Gioco d'azzardo e scommesse" (codice V693)<sup>9</sup>.

Nella cartella sociosanitaria del SERT per la diagnosi viene utilizzato l'ICD X nel quale, nell'ambito della categoria F63 "Altri disturbi delle abitudini e degli impulsi", vi è una codifica specifica per il gioco d'azzardo patologico (F 63.0). In questa categoria vanno esclusi l'eccessivo gioco d'azzardo in pazienti maniacali (F30), il gioco d'azzardo in disturbo antisociale di personalità (F60.2) e il gioco d'azzardo e le scommesse S.A.I. (Z72.8). Il disturbo consiste in episodi frequenti e ripetuti di gioco d'azzardo che dominano la vita del soggetto a scapito dei valori e degli obblighi sociali, lavorativi, materiali o familiari.

Obiettivo di questo studio è quello di fornire una stima attendibile e riproducibile nel tempo, con costi e tempi accettabili, del numero oscuro dei soggetti con dipendenza da gioco che non si rivolgono ai SERT.

L'utilizzo è rivolto alla programmazione ed alla progettazione di interventi di prevenzione specifici ed alla razionalizzazione dell'uso delle risorse. Verrà utilizzata l'analisi dei flussi informativi del SERT unitamente alla scheda di dimissione ospedaliera e verranno sperimentate metodiche utilizzate nel campo delle tossicodipendenze ed in altri campi della ricerca sanitaria.

## Materiali e metodi

### Il metodo cattura/ricattura

La tecnica di "cattura-ricattura" è un metodo di campionamento utilizzato principalmente in campo biologico e nelle applicazioni demografiche.

Originariamente sviluppati per stimare la dimensione di popolazioni animali quando non fosse possibile il semplice conteggio di tutti gli individui, i metodi di cattura-ricattura sono stati poi impiegati con successo nella stima dei tassi di sopravvivenza di animali selvatici e successivamente applicati

anche alle popolazioni umane<sup>10</sup>. Il metodo è stato utilizzato a livello internazionale per la stima del numero oscuro dei tossicodipendenti<sup>11</sup> ed ha trovato applicazioni recenti anche in Italia<sup>12-16</sup>.

Si basa sull'ipotesi che esistono due campioni casuali e indipendenti (catture) della stessa popolazione e che i soggetti siano univocamente riconoscibili. Le catture devono essere indipendenti: la probabilità di essere osservato da una fonte non deve influenzare la probabilità di essere osservato da altre fonti. Le catture devono essere "omogenee": all'interno di ogni fonte ogni individuo ha la possibilità di essere osservato. Il calcolo della stima è molto semplice ( $A \times B / C$ ) e si basa su tre fattori: i soggetti in carico al SERT (A), i soggetti dimessi dagli ospedali (B), i soggetti che sono stati sia al SERT che all'Ospedale (C). Per ulteriori approfondimenti vedi Salvany AD 2007<sup>17</sup>.

### Popolazione in studio

Per la stima del numero dei GAP nell'area metropolitana di Bologna il metodo è stato utilizzato elaborando i dati provenienti da due diverse fonti relativamente al periodo compreso tra lo 01/01/2000 ed il 29/02/2012:

- 1) Soggetti con almeno un trattamento terapeutico presso un SERT dell'ASL Bologna con diagnosi ICD X F 63.0 (gioco d'azzardo patologico);
- 2) Soggetti dimessi dagli ospedali pubblici e privati con diagnosi sia primaria che secondaria ICD IX 312.31 (gioco d'azzardo patologico).

Per ogni soggetto in carico al SERT sono state utilizzate le informazioni relative a data di presa in carico, data di nascita, città di nascita, città di residenza, sesso, stato civile, titolo di studio, condizione professionale, altre dipendenze, esito ultimo programma terapeutico.

I dati relativi ai soggetti dimessi dagli ospedali sono stati estratti dalla SDO e sono state utilizzate le informazioni relative a: sesso, luogo di nascita, data di nascita, luogo di residenza, altre patologie, durata del ricovero, proponente il ricovero, modalità di dimissione. Il controllo dei soggetti con più ricoveri è stato effettuato utilizzando il codice paziente.

### Studio di riproducibilità

Lo studio è stato condotto in "cieco", non sono stati utilizzati dati nominativi né il codice fiscale. Per identificare i soggetti sono stati utilizzati sesso, città di nascita e data di nascita. Per validare il metodo è stato effettuato uno studio di riproducibilità confrontando l'incrocio tra gli utenti eroinomani in carico ai SERT della città di Bologna nel corso del 2001 con i soggetti dimessi nel corso dello stesso anno dagli ospedali Maggiore e Bellaria di Bologna con diagnosi ICDIX 304 o 965.0 prima con l'uso del codice fiscale, poi con sesso, data di nascita e città di nascita. La riproducibilità è stata verificata col test Kappa per la concordanza di valori dicotomici (0.97).

2.4 Metodologia di lavoro - Il file degli utenti SERT è stato incrociato con quello dei dimessi dagli ospedali, si sono così ottenute tre variabili: i "comuni", i soggetti cioè in carico al

	Totale	73
età media all'ingresso	totale	47.3
	maschi	45.0
	femmine	56.8
	italiani	48.0
	stranieri	38.7
sezzo	% femmine	19.2
nazionalità	% stranieri	8.2
residenza	% non residenti	6.8
stato civile	% celibe/nubile	35.6
	% coniugato	42.5
	% separato	9.6
	% divorziato	8.2
	% vedovo	2.7
titolo di studio	% elementari	11.0
	% media inferiore	17.8
	% qualifica professionale	4.1
	% media superiore	17.8
	% livello universitario	5.5
condizione lavorativa	% disoccupato	8.2
	% lavori precari	1.4
	% occupato	31.5
	% pensione	11.0
	% studente	4.1

Tab. 1: caratteristiche utenti SERT.

SERT e dimessi da un ospedale, i soggetti solo in carico ad un SERT, e gli “sconosciuti”, i soggetti dimessi da un ospedale che non si sono rivolti al SERT.

Le analisi statistiche sono state effettuate con STATA 11.0

## Risultati

### Gli utenti dei SERT

La tab. 1 riporta nel dettaglio le caratteristiche degli utenti SERT.

Nel periodo considerato sono stati presi in carico complessivamente 73 soggetti, 19.2% femmine, 38.7% stranieri, 6.8% non residenti, con un consistente aumento a partire dal 2009. L'età media è di 47.3 anni, più elevata per le femmine rispetto ai maschi e per gli italiani rispetto agli stranieri.

Per quanto riguarda lo stato civile si segnala che il 43% era coniugato e che almeno un soggetto su cinque era vedovo o separato o divorziato.

Solo il 23% aveva un diploma di scuola media superiore, il 32% aveva una occupazione stabile, l'11% era pensionato, l'8% disoccupato.

La presa in carico dura mediamente 21 mesi, un soggetto su

presa in carico	durata media in mesi	21.3
esito programma	% completato	35.6
	% dimissione concordata	9.6
	% passaggio altra struttura	5.5
	% abbandono	9.6
	% chiusura d'ufficio	15.1
	% in corso	19.2
altre dipendenze	% alcol	2.7
	% cocaina	4.1
	% eroina	1.4
	% tabacco	1.4
anno ingresso	% 2002	4.1
	% 2003	8.2
	% 2004	5.5
	% 2005	8.2
	% 2006	8.2
	% 2007	8.2
	% 2008	6.8
	% 2009	15.1
	% 2010	11.0
	% 2011	16.4
	% 2012	8.2

tre è stato dimesso con programma completato, uno su dieci ha abbandonato.

Per quanto riguarda le altre dipendenze, si segnalano cocaina, alcol ed eroina, ma con valori percentuali inferiori al 5%.

### I dimessi dagli ospedali

La Tab. 2 descrive le caratteristiche dei soggetti dimessi dagli ospedali: 15 persone, età media 45 anni (più elevata tra i maschi), tutti italiani, 7% non residenti, 27% femmine.

La degenza media è stata di 22 giorni, poco meno della metà dei ricoveri in strutture private, il 27% d'urgenza, la metà in reparti di psichiatria, il 13% in day hospital.

Nel 40% dei casi il ricovero è stato proposto da uno specialista, in quasi la metà dei casi la dimissione era ordinaria a domicilio.

Per quanto riguarda le altre patologie concomitanti, si segnalano disturbi di personalità e schizofrenia.

### Stima del numero oscuro

La tab. 3 riporta i dati utilizzati per le stime, le stime ed i relativi intervalli di confidenza al 95%.

Due soggetti sono stati sia ricoverati all'ospedale che presi in carico al SERT.

Nel periodo considerato si stima un numero di almeno 344 soggetti (che varia da 50 a 638) con dipendenza da gioco d'azzardo patologico, che diminuisce a 298 (che oscilla da 47 a 549) considerando i soli residenti.

Nella fascia di età compresa tra 15 e 64 anni tale dato indica una prevalenza dello 0.06% tra i residenti nell'area metropolitana di Bologna.

Il rapporto sconosciuti/conosciuti è di 4.4 tra i residenti e 4.7 sul totale, vale a dire che ogni utente SERT affetto da gio-

co d'azzardo patologico ci sono almeno altri 5 soggetti con questo problema che non hanno mai contattato i servizi, più elevato tra i maschi (6.1) rispetto alle femmine (1.5).

## Discussione

Questo studio, pur con i limiti dovuti alle fonti dati utilizzate ed alla bassa numerosità della popolazione presa in esame,

Totale		15
età media	totale	45
	maschi	50
	femmine	31
nazionalità	% italiani	100.0
residenza	% Non residenti	6.7
	% femmine	27.0
giorni	degenza media	22.1
ricovero	% struttura pubblica	53.3
	% struttura privata	46.7
tipologia di ricovero	% programmato	33.3
	% urgenza	26.7
regime di ricovero	% ordinario	86.7
	% day hospital	13.3
proponente il ricovero	% diretto	13.3
	% medico di base	6.7
	% trasferimento da altro istituto	13.3
	% specialista	40.0
	% ordinario a domicilio	46.7
modalità di dimissione	% protetta con attivazione A.D.I.	6.7
	% volontaria	6.7
	% trasf. ad istituto per acuti	13.3
	% trasferimento ad altro regime di ricovero	6.7
	% psichiatria	53.3
reparto ammissione	% recupero e riabilitazione funzionale	20.0
	% psichiatria	53.3
reparto dimissione	% recupero e riabilitazione funzionale	26.7
	% abuso	6.7
patologie alcol correlate	% intossicazione	6.7
	% disturbi alimentazione	6.7
patologie concomitanti	% disturbo personalità	20.0
	% depressione maggiore	6.7
	% schizofrenia	13.3
	% diabete	6.7
	% reazione depressiva	13.3

Tab. 2: caratteristiche dimessi ospedale.

	Totale	Residenti	Maschi (*)	Femmine (*)
SERT	73	68	59	14
Ospedale	13	12	11	2
Comuni	2	2	1	1
Totale	84	78	69	15
Stima	344	298	359	22
IC 95%	50-638	47-549	1-725	8-35
Sconosciuti/Conosciuti	4.7	4.4	6.1	1.5

Tab.3: stima del numero oscuro.

(\*) non distinto tra residenti e non residenti

propone un metodo rapido ed efficace per stimare la dimensione di un fenomeno complesso ed in continua evoluzione nel tempo. Infatti il link tra archivi diversi aumenta la capacità analitica e offre la possibilità di fornire stime in tempi rapidi con costi contenuti.

Il primo dato che si nota è il basso numero di ricoveri ospedalieri e di prese in carico al SERT, confermato dalle dimensioni del bacino di utenza, dove si stima un numero elevato di soggetti con problemi specifici che non si rivolgono ai servizi. Infatti gli utenti dei servizi non sembrano rappresentativi della popolazione dei GPA, ma solo di una parte, quelli cioè "più gravi" e con altri tipi di disturbi concomitanti. Tale dato è confermato sia dall'elevata età media dei soggetti inclusi, che dalla prevalenza stimata sui residenti, di molto inferiore a quanto riportato in letteratura, il che significa che per una vasta fetta di GPA non vi è al momento una offerta di servizi. Questo implica da una parte la necessità di promuovere e far conoscere i servizi esistenti sul territorio, dall'altra l'esigenza di una offerta di percorsi innovativi orientati su più target unitamente a iniziative di prevenzione mirate.

## Bibliografia

1. Beaudoin CM, Cox BJ, Characteristics of problem gambling in a Canadian context: A preliminary study using a DSM-IV-based questionnaire, Canadian Journal of Psychiatry, 1999, (44): 483-487
2. Cotte J, Latour K, Blackjack in the kitchen: Understanding online versus casino gambling. Journal of Consumer Research, 2009, (35): 742-758
3. Griffiths MD, Wood RT, Parke J, Social responsibility tools in online

gambling: A survey of attitudes and behavior among Internet gamblers. *Cyberpsychology & Behavior*, 2009, (12):413-421

4. Potenza MN, Wareham JD, Steinberg MA, Rugle L, Cavallo DA, Krishnan-Sarin S, Desai RA, Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2011, (w50): 150-159.e3
5. Parker JDA, Taylor RN, Eastabrook, JM, Schell, SL, Wood, LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 2008, 45(2): 174-180
6. Magoon ME, Ingersoll GM. Parental modeling, attachment and supervision ad moderators adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2006, 22(1): 1-22
7. IPSOS (2009). British survey of children, the national lottery and gambling 2008-2009: Report of quantitive survey. London: National Lottery Commission. <http://www.natlotcomm.gov.uk/assets-uploaded/documents/Children%20and%20gambling%20-FINAL%20VERSION%20140709.pdf>, last visit 28/03/2012
8. McIntyre RS, McElroy SL, Konarski JZ, Soczynska JK, Wilkins K, Kennedy SH. Problem gambling in bipolar disorder: results from the Canadian Community Health Survey. *Biological Psychiatry*, 2007, 61: 223s-224s
9. Nonis M, Corvino G, Fortino A, La scheda di dimissione ospedaliera, Il pensiero scientifico editore, Roma, 1997
10. Hook EB, Regal RR. Capture-recapture methods in epidemiology: methods and limitations. *Epidemiologic reviews*, 1995, 17(2):243-64
11. Hartnoll R, Lewis R, Mitcheson M, Bryer S. Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet*, 1985, 26;1(8422): 203-5
12. Sorio C. *Epidemiologia e sociologia sanitaria*, FrancoAngeli, Milano, 2001
13. Perucci CA, Forastiere F, Rapiti E, Davoli M, Abeni DD. The impact of intravenous drug use on mortality of young adults in Rome, *British journal of addiction*, 1992, 87(12):1637-41
14. Pavarin RM, Salsi A, Savioli V. Stima della prevalenza di tossicodipendenti nella città di Bologna nel 1997 e analisi del sommerso. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, 1998, XXI(3):7-11
15. Pavarin RM, Alcol e alcolismo in Emilia Romagna, in Pavarin RM, Mosti A. (a cura di), *Alcol e alcolismo in Emilia Romagna*, Clueb, Bologna, 2009
16. Pavarin RM, Il sistema informativo sul consumo critico di stupefacenti, in Pavarin RM (a cura di), *Consumo, consumo problematico e dipendenza*, Carocci, Roma, 2006
17. Salvany, AD, Estimating the prevalence of drug use using the capture-recapture method: an overview, in EMCDDA, *Scientific monograph series*, 2007 [www.emcdda.ogr](http://www.emcdda.ogr), last visit 28/03/2012

# Gioco d'azzardo e detenzione, una ricerca nelle carceri milanesi

Riccardo Zerbetto<sup>1</sup>, Cinzia Foglia<sup>2</sup>

1 - Associazione ORTHOS Monteroni d'Arbia SI

2 - Psicologo-Psicoterapeuta

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) è un fenomeno poco conosciuto e trattato in ambito penitenziario. Al fine di indagare la problematica, ha preso forma nelle carceri milanesi di Bollate, Opera e San Vittore il progetto sperimentale "Il rosso e il nero". L'iniziativa si è articolata in tre attività principali: formazione sul GAP destinata agli operatori penitenziari, ricerca sul gioco in carcere e presa in carico di alcuni detenuti-giocatori. Obiettivo primario dell'attività formativa è stato quello di fornire a chi svolge un ruolo educativo e assistenziale nel circuito penale nozioni utili a identificare precocemente gli indicatori di rischio GAP. Lo scopo della ricerca era quello di indagare il GAP nei tre Istituti e individuare eventuali giocatori o soggetti a rischio con i quali sono poi stati attivati percorsi di sostegno e prevenzione da possibili ricadute nella fase successiva alla carcerazione. L'indagine è stata condotta attraverso la somministrazione di due questionari anonimi e auto-compilativi: uno finalizzato ad indagare il rapporto col "gioco" prima e durante la detenzione e il SOGS (South Oaks Gambling Screen - Lesieur e Blume, 1987). Sono stati raccolti 984 questionari su 1780 distribuiti, il 55%; considerando che il 63% del campione giocava prima della reclusione, è rilevante che il 58% degli stessi gioca anche in carcere; inoltre, il 29% di essi gioca con "posta in palio" che nel 23% dei casi risulta essere "soldi", bene di cui i detenuti non dispongono in contanti. I risultati ottenuti da questa prima esplorazione stimolano l'estensione dell'indagine ad altri Istituti di pena.

## Pathological gambling is little known and treated among the prison population

*Pathological gambling is little known and treated in the prison setting.*

*In order to investigate the problem, we activated the experimental project "The Red and the Black" in the prisons of Bollate, Opera and San Vittore in Milan. The investigation included three main activities: training on pathological gambling for prison operators, a research on gambling in prison and the treatment of a number of prisoners who were also gamblers.*

*Primary objective of the training was to provide useful information to those who have an educational and assistance role in the criminal setting, such as basic concepts for the early identification of gambling problems and some indicators on the risk to become a pathological gambler.*

*The purpose of this study was to investigate pathological gambling inside the three penitentiaries and to identify gamblers at risk, in order to activate strategies of support and prevention from possible relapses after release.*

*The survey was conducted by administering two anonymous and self-administered questionnaires: one aimed to investigate the relationship with the game before and during the imprisonment, and the SOGS (South Oaks Gambling Screen - Lesieur e Blume, 1987).*

*A total of 1780 questionnaires were distributed and 984 were collected (55%). 63% of the sample gambled before imprisonment and, significantly, 58% of those continues to gamble in prison; 29% of the sample gambles with stakes and for 23% of the sample it is done with money, which is not permitted in prison.*

*The results from this first survey stimulate the extension of the investigation to other prisons.*

**Parole chiave:** gioco d'azzardo, gioco d'azzardo patologico, carcere, detenuti

**Keywords:** gambling, pathological gambling, prison, inmates

**Date:** inviato: 16/02/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Prof. Riccardo Zerbetto

Associazione ORTHOS

Strada Ville di Corsano-Grotti-Bagnaia 1216

Monteroni d'Arbia 53014 SI

e-mail: zerbetto.r@mclink.it

## Introduzione

**N**egli ultimi anni si è assistito alla crescita esponenziale di ex detenuti o di persone sottoposte a provvedimenti di restrizione della libertà che si avvicinano alle “macchinette” e a un numero sempre maggiore di famigliari che chiede di aiutare il congiunto in vario modo coinvolto in situazioni di gioco problematico.

Partendo da queste osservazioni, si è deciso di indagare più approfonditamente il fenomeno. Dapprima è stata condotta un’indagine informale interrogando la rete dei servizi afferenti all’ambito penitenziario e si è notato quanto il GAP (Gioco d’Azzardo Patologico) sia un fenomeno poco conosciuto e/o poco trattato. Ne è emerso che l’unica eccezione è rappresentata dall’esperienza maturata dall’Asl Milano 2 che dal 2001 al 2007 ha trattato circa trenta giocatori patologici, alcuni di essi in carcere o provenienti dal circuito penale.

Secondo la letteratura è infatti frequente che per far fronte alle perdite di gioco si avvicinino ad attività illecite finalizzate all’ottenimento di denaro anche persone-giocatori senza alcun precedente penale, principalmente attraverso reati contro la persona (furti, rapine), contro il patrimonio (truffa, appropriazione indebita) e talvolta, più spesso nel caso in cui ne facciano anche uso, attraverso il traffico di sostanze stupefacenti. La situazione non migliora necessariamente quando l’autore dei crimini si trova dietro le sbarre; i rimandi giunti dagli operatori penitenziari sentiti hanno evidenziato come il GAP all’interno degli Istituti sia un fenomeno sentito, ma non dimensionato. Si ritiene infatti che le abitudini relative al gioco patologico possano persistere e persino crescere all’interno dell’ambiente carcerario: negli Istituti di pena il gioco pare essere tollerato perché tiene occupati i detenuti che, non avendo a disposizione denaro, si giocano provviste, sigarette, alcol, psicofarmaci, favori sessuali o qualsiasi altra cosa che abbia un certo valore nell’ambiente carcerario (Guerreschi, 2000).

A partire da queste prime considerazioni, è nato il progetto sperimentale “Il rosso e il nero”, promosso dalla Cooperativa Sociale Il Bivacco Servizi, con sede a Melegnano che dal 2002 si occupa principalmente di reinserimento sociale di detenuti ed ex detenuti attraverso percorsi di housing, orientamento lavorativo, tutoring educativo e sostegno psicologico nelle carceri di Bollate, Opera e San Vittore in partnership con l’Associazione Orthos che promuove lo studio e la ricerca applicata nel campo delle dipendenze patologiche, in particolare da gioco e sotto la supervisione scientifica del Prof. Zerbetto. Il progetto, finanziato tramite la Legge Regionale della Lombardia 1/08 - 2009 e 2010, è stato realizzato all’interno delle carceri milanesi di Bollate, Opera e San Vittore negli anni 2010 e 2011, e si è articolato in tre attività principali:

- formazione sul GAP agli operatori penitenziari;
- ricerca relativa al gioco in carcere attraverso la somministrazione di due questionari alla popolazione detenuta;
- presa in carico di quei detenuti-giocatori che lo avrebbero richiesto ed eventualmente dei loro famigliari.

## Materiali e Metodi

Per formare relativamente al GAP coloro che a vario titolo operano negli Istituti suddetti, sono stati organizzati cinque incontri della durata di circa quattro ore ciascuno presso Bollate, Opera e San Vittore, ed una giornata di formazione presso l’Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE). Sono stati raggiunti circa 160 operatori penitenziari fra assistenti sociali, operatori Ser.T, educatori ministeriali, agenti di polizia penitenziaria, operatori di associazioni e cooperative sociali esterne, insegnanti, volontari.

Obiettivo principale è stato quello di fornire a chi svolge un ruolo osservativo, educativo e assistenziale nel circuito penale nozioni utili a identificare precocemente gli indicatori di rischio GAP nei soggetti da loro presi in carico e in tal modo prevenire o intervenire nelle prime fasi di dipendenza da gioco.

A ogni partecipante è stata consegnata una cartellina contenente materiale informativo relativo al GAP, il principale strumento di valutazione GAP (SOGS) e i riferimenti dei Servizi Territoriali di Milano e provincia specializzati nel GAP, delle Associazioni di Giocatori Anonimi e Famigliari di Giocatori Anonimi.

Diversi gli argomenti proposti in fase di formazione. Sono state approfondite tematiche di tipo introduttivo/epidemiologico: cos’è il gioco d’azzardo patologico, i tipi di gioco e loro funzione, le categorie a rischio e le differenze di genere, la correlazione tra gioco e criminalità e le conseguenze personali, famigliari, sociali del gioco patologico.

Inoltre è stato esaminato l’aspetto nosografico/terapeutico: inquadramento diagnostico, principali strumenti di diagnosi, ipotetiche cause da vari punti di vista (neurobiologico, psicodinamico, comportamentista, sistemico, cognitivista, psicosociale, evolutivo) e le possibilità di intervento, che, data la particolare complessità del fenomeno, è utile approcciare in un’ottica multimodale (farmacologico, psicoterapeutico individuale e/o di gruppo, con e sulla famiglia del giocatore o residenziale, di auto mutuo aiuto, consulenza legale e finanziaria).

Contestualmente alla parte formativa, si è dato avvio all’attività di ricerca.

L’obiettivo era quello di indagare il GAP nelle tre carceri e individuare eventuali “gambler” (giocatori) e/o soggetti a rischio con i quali eventualmente attivare percorsi di sostegno e/o prevenzione.

Gli strumenti ritenuti maggiormente funzionali al raggiungimento di tale obiettivo sono stati due questionari anonimi e auto-compilativi, che sono stati somministrati alla popolazione detenuta nei suddetti Istituti penitenziari.

Il primo, denominato “Questiongap”, è stato specificatamente predisposto per la ricerca in oggetto. Finalità del questionario è quella di indagare il rapporto col “gioco” prima della detenzione, durante la stessa ed eventualmente le relative modalità; una volta compilato era da riconsegnare agli operatori del progetto.

Il secondo questionario distribuito, il SOGS (South Oaks Gambling Screen - Lesieur e Blume, 1987), è un test auto-valutativo frequentemente utilizzato per individuare un eventuale rapporto problematico col gioco d'azzardo; in caso di punteggi elevati (indicati in calce allo stesso test), i detenuti avrebbero potuto auto-segnalarsi per la presa in carico da parte degli operatori del progetto. Si è pensato di non ritirare il SOGS in modo da lasciar liberi i detenuti con punteggi elevati di scegliere se richiedere o meno l'intervento.

L'esperienza del contesto carcerario acquisita negli anni ci ha permesso di prevedere alcune difficoltà alle quali avremmo potuto andare incontro rispetto alla metodologia d'intervento prevista.

Una prima riguardante il materiale da distribuire: abbiamo stampato il Questiongap fronte-retro in modo da non dover applicare pinzature o graffette in ferro, limitare la dispersione di fogli e facilitarne la raccolta. Inoltre, in testa al questionario stesso si è proceduto alla stesura di una breve introduzione dell'intervento: una sua sintesi e le relative motivazioni, sottolineando l'importanza della partecipazione della popolazione detenuta all'iniziativa.

Altra difficoltà è emersa rispetto al campione: la richiesta di raggiungere l'intera popolazione detenuta nei tre Istituti (circa 1.100 detenuti a Bollate, 1.300 ad Opera e 1.600 a San Vittore) (www.giustizia.it, 2011) non si è, per varie motivazioni, potuta concretizzare. Tuttavia, le diverse Direzioni hanno autorizzato una distribuzione sufficientemente ampia:

- a Bollate, carcere a trattamento avanzato, i detenuti sono impegnati in svariate attività: scolastiche, lavorative, creative e si è concordato, quindi, di distribuire i questionari a tutti i detenuti che si trovavano in reparto al momento della somministrazione, concordando con gli educatori ministeriali di riferimento il momento di massima pre-

senza;

- ad Opera, carcere di massima sicurezza, sono stati raggiunti i detenuti con reati comuni (escludendo quindi, in particolar modo, i detenuti con reati associativi e i collaboratori di giustizia);
- a San Vittore, dato l'alto "turn over" tipico di una casa circondariale, è stata autorizzata la somministrazione nei reparti "più stabili".

Infine, una complicazione relativa alle modalità di somministrazione; consapevoli di non poter raggiungere in prima persona l'intera popolazione individuata, anche in questo caso abbiamo preso accordi differenti con le Direzioni dei tre Istituti:

- a Bollate è stato possibile raggiungere direttamente i detenuti suddivisi in gruppo e accolti in locali posizionati sui piani dei reparti; si è potuto quindi spiegare "vis a vis" l'iniziativa, consegnare i questionari, raccogliergli e rispondere a eventuali domande;
- ad Opera sono stati preselezionati alcuni detenuti (due per ogni sezione) con funzione di "rappresentanti di sezione"; riuniti in gruppo sono stati formati dagli operatori del progetto al fine di informare in modo adeguato i propri compagni di detenzione dell'iniziativa in corso e sono stati incaricati di distribuire e raccogliere i questionari;
- a San Vittore gli operatori del progetto hanno delegato il compito di promozione dell'intervento e di distribuzione e raccolta dei questionari ad alcuni referenti istituzionali operanti nei reparti stabiliti.

In totale i questionari distribuiti nelle tre carceri considerate sono stati 3560 (1780 SOGS e 1780 Questiongap); I SOGS, come precedentemente espresso, non sono stati ritirati. Sono,

BOLLATE	OPERA	SAN VITTORE
96% uomini; 4% donne 68% italiani; 32% stranieri	100% uomini 68% italiani; 32% stranieri	78% uomini; 22% donne 51% italiani; 49% stranieri
Età: 53% tra 20/40 anni 24% tra 41/50 anni 23% dai 51 anni in su	Età: 52% tra 20/40 anni 26% tra 41/50 anni 22% dai 51 anni in su	Età: 69% tra 20/40 anni 21% tra 41/50 anni 10% dai 51 anni in su
Stato civile: 42% coniug./convivente 29% celibe/nubile 21% separato/divorziato 4% vedovo/a	Stato civile: 50% coniug./convivente 26% celibe/nubile 17% separato/divorziato 4% vedovo/a	Stato civile: 38% coniug./convivente 38% celibe/nubile 17% separato/divorziato 3% vedovo/a
Titolo di studio: 13% licenza elementare 53% licenza media inferiore 22% licenza media superiore 5% laurea	Titolo di studio: 20% licenza elementare 49% licenza media inferiore 22% licenza media superiore 2% laurea	Titolo di studio: 17% licenza elementare 43% licenza media inferiore 26% licenza media superiore 4% laurea

Tab. 1 – I dati anagrafici.

	BOLLATE	OPERA	SAN VITTORE
Gratta e vinci	37%	32%	39%
Lotterie	13%	12%	16%
Gioco del lotto	22%	22%	24%
Superenalotto	24%	27%	23%
Videolotterie	6%	9%	10%
Videopoker	29%	24%	39%
Bingo	11%	12%	24%
Gioco di carte con posta in palio	20%	14%	27%
Gioco di dadi con posta in palio	9%	8%	11%
Riffe	1%	5%	6%
Giochi di abilità (biliardo, freccette)	18%	19%	20%
Totip	8%	11%	10%
Totocalcio,Totogol,Totosei,Formula 101	13%	17%	20%
Corse di cavalli,cani	12%	11%	20%
Snai, calcio scommesse	18%	16%	28%
Fondi di investimento, titoli di borsa	2%	3%	5%

Tab. 2 - Frequenza del gioco prima della detenzione una volta o più a settimana.

invece, stati riconsegnati debitamente compilati 984 Questiongap, il 55% del totale. Il nostro campione.

In particolare:

- a Bollate sono stati distribuiti 400 questionari Questiongap e ritirati compilati 298 (il 74,5%);
- ad Opera ne sono stati distribuiti 730 e ritirati compilati 329 (il 45%);
- a San Vittore ne sono stati distribuiti 650 e ritirati compilati: 357 (il 55%);

Da questi primi dati possiamo evincere che la modalità di somministrazione attuata a Bollate sembra essere stata la più efficace.

## Risultati

Terminata la raccolta dei questionari, si è potuto procedere con l'analisi dettagliata dei dati.

La prima parte del Questiongap è dedicata alla raccolta di informazioni di tipo anagrafico.

Nella tab. 1 sono riportati i dati relativi alle caratteristiche anagrafiche del campione che è costituito prevalentemente da uomini (91%), di nazionalità italiana (62%), con un'età compresa fra i 20 e i 40 anni (58%), coniugati o conviventi (43%) e con una scolarità media inferiore (48%). I dati raccolti sono in linea con le statistiche prodotte dall'amministrazione penitenziaria relative all'intera popolazione detenuta sul territorio italiano (www.giustizia.it, 2011).

La seconda parte del questionario è volta ad indagare il rapporto con il gioco prima della detenzione.

BOLLATE	OPERA	SAN VITTORE.
Il 56% dichiara di giocare;	Il 64% dichiara di giocare;	Il 53% dichiara di giocare;
il 25% di essi dichiara di giocare con posta in palio;	il 29% di essi dichiara di giocare con posta in palio;	il 34% di essi dichiara di giocare con posta in palio;
il 15% dichiara che la posta in palio sono soldi	il 30% dichiara che la posta in palio sono soldi.	il 23% dichiara che la posta in palio sono soldi.

Tab. 3 – Il gioco in carcere.

Alla domanda proposta “Prima della detenzione eri solito giocare?”, i “sì” hanno raggiunto il 69% a Bollate e ad Opera e il 52% a San Vittore, per una media del 63% del campione. Il 32% sono i “no” (26% Bollate e Opera, 45% San Vittore) e un 5% circa, distribuito uniformemente nei tre Istituti, non risponde.

Nella tab. 2 è possibile individuare la frequenza del gioco prima della detenzione una volta o più a settimana e la distribuzione rispetto alle diverse tipologie di gioco; alcuni “giochi” raggiungono percentuali che superano il 20%: Gratta e vinci (36%), Videopoker (31%), Superenalotto (25%), Lotto (23%), Calcio scommesse (21%).

La terza parte del Questiongap è strutturata al fine di individuare il rapporto con il gioco durante il periodo detentivo. Alle domande proposte “Attualmente, in carcere, giochi?”, “Se sì, a quali giochi?”, “Con posta in palio?”, “Se sì, soldi o altro”, il nostro campione ha dichiarato (tab. 3) per il 58% di giocare, di essi il 29% dichiara di giocare con posta in palio e nel 22% dei casi la posta in palio sono soldi.

In fase di elaborazione del questionario si è attentamente

valutato se esplicitare fra le alternative la risposta “soldi”, in quanto i detenuti non possono utilizzare denaro contante.

In questo senso appare realistico supporre che i debiti di gioco vengano saldati a fine pena, oppure tramite il coinvolgimento dei familiari, o attraverso l'acquisto per il creditore dei prodotti loro accessibili di uso quotidiano.

Interrogati su quali siano i giochi più frequentemente attuati in carcere, in media nei tre Istituti, l'86% del campione risponde le carte, il 29% la dama, il 26% gli scacchi, l'11% scommesse di vario genere, il 10% i dadi (la somma delle percentuali è superiore a 100 perché si tratta di un quesito a scelta multipla non vincolato a una singola risposta).

Nella quarta e ultima parte del questionario si è voluto indagare, e al contempo indurre una riflessione, circa il pensiero del detenuto riguardo all'utilità del gioco.

Poste le domande “Ritieni che alcuni giochi siano utili alla socializzazione e stimolanti per la mente?”, “E se sì, quali giochi?”, il 67% a Bollate, il 73% ad Opera e il 57% a San Vittore ritiene che il gioco stimoli la mente e/o sia utile alla socializzazione.

Il 52% a Bollate, il 55% ad Opera e il 45% a San Vittore ritiene stimolanti i seguenti giochi: dama, scacchi, carte, giochi di società, sudoku, ping pong, parole crociate, calciobalilla.

La presa in carico dei detenuti-giocatori era prevista attraverso auto segnalazione degli stessi dopo la compilazione del SOGS, ma ha invece seguito percorsi e modalità differenti nei tre diversi Istituti:

- a Bollate si sono spontaneamente segnalati 7 detenuti; 1 detenuto, invece, è stato inviato da un operatore penitenziario. Il percorso con loro intrapreso ha previsto:
  1. una fase di inquadramento diagnostico, che è stata effettuata attraverso l'anamnesi clinica e la somministrazione di alcune scale specifiche (SOGS/ TAS-20 (alessitimia)/ BIS-11 (impulsività)/ DES-II (dissociazione).

Elementi rilevanti emersi dalle anamnesi:

- età media: 40 anni
- in 5 hanno perso precocemente uno dei genitori
- 1 di loro è in carcere esclusivamente per debiti da scommesse
- in 6 sono in carico al Ser.T interno per altre forme di dipendenza.

Considerevoli sono anche gli esiti dei test:

- SOGS: tutti punteggi > 7
- TAS-20: 4 soggetti punteggio > 61 (soprattutto difficoltà a identificare e comunicare i sentimenti; pensiero parzialmente orientato all'esterno)
- BIS-11: 4 soggetti punteggio > 64 (soprattutto mancanza di controllo sui comportamenti e assenza di pianificazione delle azioni)
- DES-II: 2 soggetti punteggio > 20.

2. una seconda fase in cui gli 8 soggetti presi in carico sono stati seguiti principalmente attraverso colloqui individuali a cadenza quindicinale, per circa quattro mesi.

Gli operatori del progetto (uno psicoterapeuta e un counselor) hanno lavorato sia in senso clinico che psico-educativo

(Carlevaro, 2004), adattando il percorso alle risorse di ogni singolo soggetto. È comunque possibile identificare argomenti di approfondimento comuni a tutti i detenuti-giocatori presi in carico:

- storia personale e incontro col gioco
- de-strutturazione delle “distorsioni cognitive” legate al gioco (Ladouceur, 2003)
- storia affettiva e aspetti disregolativi
- costruzione di un “progetto di vita”.

Per sfruttare al meglio il tempo a disposizione è stato inoltre utilizzato lo strumento dei “compiti a casa”: fra un incontro e l'altro venivano forniti ai soggetti stimoli di riflessione che sarebbero poi stati ripresi nella seduta successiva.

Il lavoro proposto ha promosso nei detenuti-giocatori seguiti notevoli progressi; in quattro dei nostri otto soggetti è stato ben visibile quanto evidenziato dal Prof. Zerbetto: *“Il passaggio da una modalità vittimistica a una assunzione più responsabile del proprio destino di vita rappresenterà il momento di svolta nel percorso evolutivo di un giocatore”*.

- Nel carcere di Opera si sono, invece, spontaneamente segnalati 22 detenuti; la presa in carico è stata anche in questo caso individuale, tuttavia l'alto numero di adesioni ha permesso di avviare unicamente brevi percorsi (3 incontri) di counseling informativo e orientativo. Ognuno dei 22 detenuti-giocatori seguiti avrebbe necessitato di un intervento maggiormente strutturato: tutti avevano punteggi molto alti al SOGS (> di 7), tutti si sono mostrati particolarmente interessati a un'iniziativa da loro stessi definita “unica e inaspettata” e tutti erano pronti e motivati a una eventuale presa in carico di tipo clinico. Ancora oggi, a un anno dalla chiusura de “Il rosso e il nero”, gli operatori della Cooperativa Il Bivacco Servizi, operanti per altri motivi in questo Istituto, ricevono da parte di alcuni detenuti richieste di “ripresa” del progetto.
- La presa in carico nel carcere di San Vittore, Casa Circondariale ad alto “turn over”, non ha potuto riguardare gli individui a cui era stato somministrato il SOGS, poiché per la maggior parte già trasferiti in altri Istituti. Tuttavia la Direzione ha proposto di impostare dei gruppi di prevenzione di due mezze giornate (per un totale di 10 gruppi da circa 8 persone) presso il reparto “giovani adulti” (mediamente tra i 18 e i 25 anni di età). Gli operatori hanno condotto il lavoro con i detenuti promuovendo il dibattito rispetto alle tematiche proposte:
  - cosa sono l'azzardo e il caso
  - i differenti giochi d'azzardo e le loro particolarità
  - perché si gioca d'azzardo (motivazioni razionali ed emotive)
  - le conseguenze del gioco d'azzardo eccessivo
  - i giochi ludici.

Contestualmente è stato riproposto il SOGS ai partecipanti dei gruppi e 18 giovani detenuti hanno raggiunto punteggi molto elevati (> di 9).

Seppure nel progetto fosse prevista una eventuale presa in

carico anche delle famiglie dei giocatori, nonostante le Direzioni delle tre carceri si fossero rese disponibili in tal senso, nessuno dei detenuti-giocatori partecipanti a “Il rosso e il nero” ha dato l’assenso per la presa in carico anche dei loro nuclei famigliari (ad eccezione di un detenuto di Bollate, la cui moglie, però, era reclusa presso il medesimo Istituto di pena). La motivazione comune è stata il desiderio di non coinvolgere ulteriormente i loro parenti, già profondamente provati dalla detenzione del congiunto e dalla frequente conoscenza di altre forme di dipendenza.

## Conclusioni

Il gioco in carcere rappresenta una delle attività più importanti che restano accessibili ai detenuti: il 58% del campione dei tre Istituti considerati, gioca. Tuttavia, il 29% di essi gioca con “posta in palio” e nel 23% dei casi la posta in palio sono “soldi”. Nonostante ciò, il 66% riconosce l’apporto positivo del gioco in quanto stimolo mentale e strumento di socializzazione e oltre il 50% propone giochi prettamente “ludici”. Il gioco ludico non prevede posta in palio (soprattutto denaro) e rappresenta sicuramente un elemento positivo per i noti elementi che lo contraddistinguono (stimolo all’esercizio mentale, elemento di socializzazione, sollievo alla condizione di reclusione); pertanto sarebbe utile fosse incrementato all’interno degli Istituti penitenziari, anche in un’ottica trattamentale.

Inoltre, se esaminiamo il numero dei detenuti che riconosce di essere dedito al GAP, e che le caratteristiche della personalità del detenuto descritte in letteratura sono facilmente sovrapponibili a quelle che contraddistinguono la personalità del giocatore patologico (impulsività, Alessitimia, comorbidità psichiatrica, uso di sostanze), non possiamo non considerare l’utilità di eventuali percorsi sia psico-educativi volti al trattamento di detenuti ed ex detenuti-giocatori, sia di orientamento e sostegno alle loro famiglie.

Sarà ovviamente indispensabile che la rete territoriale di riferimento sia preparata ad accogliere il post-detenzione anche dei giocatori patologici, aventi specifiche e differenti esigenze rispetto alle dipendenze “classiche”. Attualmente sia i Ser.T con personale formato per la presa in carico del GAP che le comunità residenziali dedicate specificatamente al GAP, non sono molti, soprattutto se paragonati al bisogno emergente. Considerando i tre Istituti milanesi il campione è sicuramente significativo, almeno dal punto di vista statistico e consente di svolgere tutte quelle letture e analisi esposte in questo lavoro. Gli strumenti e le modalità utilizzate per la ricerca ben corrispondevano all’esigenza di una prima esplorazione volta ad indagare il fenomeno GAP in un contesto caratterizzato da dinamiche particolari per le quali una osservazione non valutativa, è quantomeno in prima battuta, maggiormente accettata.

La naturale continuazione de “Il rosso e il nero” dovrebbe essere rappresentata dall’estensione dell’analisi in tutta la Regione Lombardia, coinvolgendo i rimanenti 15 Istituti penitenziari, o almeno un campione significativo per territorio di

riferimento, nella prospettiva di:

- stimare la rilevanza del gioco d’azzardo negli Istituti di pena nella duplice finalità di meglio valutarne le potenzialità in termini di socializzazione e stimolo intellettuale e di rischio di perpetuazione di comportamenti compulsivi e auto lesivi
- favorire una presa di coscienza sulla presenza del problema in giocatori compulsivi che hanno avuto problemi collegati a questa patologia in passato nella prospettiva di avvio, già dal carcere, di un percorso terapeutico-riabilitativo, che possa proseguire nel periodo successivo alla dimissione tramite contatto con strutture specialistiche del territorio
- esplorare attività di gioco e di socializzazione all’interno del carcere che si presentino come risorse alternative all’azzardo.

Occorre inoltre tener presente che ogni territorio presenta le sue peculiarità e le sue caratteristiche soprattutto in termini di risorse e di servizi offerti, Istituti penitenziari in primis. Pertanto, anche da questo punto di vista, i risultati emersi in questo progetto meriterebbero di essere ulteriormente approfonditi.

Nonostante le naturali difficoltà organizzative insite in questa prosecuzione, l’esperienza maturata consentirebbe di attuare le varie fasi (ricerca, formazione e presa in carico) o alcune di esse con un modesto impiego di risorse economiche, ma creando una mappatura completa del fenomeno GAP (utenti e servizi sui territori di riferimento) nel contesto penitenziario dapprima lombardo ed in seguito nazionale.

## Bibliografia

1. Blaszczynski A., McConaghy N., Frankova A., 1985, Crime, antisocial personality and pathological gambling, *Journal of Gambling Studies* Vol. 5 N. 2, 137-152
2. Carlevaro T., 2004, Psicoeducazione per chi ha problemi di gioco d’azzardo eccessivo, Hans Dubois, Bellinzona.
3. Croce M., Zerbetto R. (a cura di), 2001, Il gioco e l’azzardo, Il fenomeno, la clinica, le possibilità d’intervento, Franco Angeli, Milano.
4. Guerreschi C., 2000, Giocati dal gioco, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo.
5. Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C., 2003, Il gioco d’azzardo eccessivo. Vincere il gambling, Centro Scientifico Editore, Torino (ed. or. 2000).
6. Lesieur H.R., Blume S.B., 1987, The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new Instrument for the Identification of Pathological Gamblers, *American Journal of Psychiatry*, 144:1184-1188.
7. Meyer G., Stadler M., 1998, Delinquenz im Rahmen pathologischen Glücksspiels, *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 81(3), 155-172.
8. Meyer G., Stadler M., 1999, Criminal behavior associated with pathological gambling, *Journal of Gambling Studies*, 15 (1), 29-43.
9. Templer D.I., Kaisera G., Siscoea K., 1993, Correlates of pathological gambling propensity in prison inmates. *Comprehensive Psychiatry* vol. 34, Issue 5, September-October 1993, Pages 347-351.
10. Walters G.D., 1997, Problem Gambling in a Federal Prison Population: Results from the South Oaks Gambling Screen, *Journal of Gambling Studies*, 13 (1):7-24.
11. Williams R. J., Royston J., Hagen B.F., 2005, Gambling and Problem Gambling Within Forensic Populations. A Review of the Literature, *Criminal Justice and Behavior* December vol. 32 no. 6 665-689.

# La fase di accoglienza dei pazienti gamblers nei servizi per il gioco d'azzardo patologico dei Ser.T. della Regione Piemonte: modalità e procedure

Remo Angelino<sup>1,2</sup>, Sonia Bertinat<sup>1,2</sup>, Marisa Corsello<sup>1,2</sup>, Rossana Daverio<sup>1,2</sup>, Raffaella Ferrara<sup>1,2</sup>, Luca Giachero<sup>1,2</sup>, Federica Masarin<sup>1,2</sup>, Luca Rossi<sup>1,2</sup>

1 - Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, ASL T03, Torino, Italia

2 - Gruppo clinico del Coordinamento Regionale del Piemonte degli operatori GAP

**O** biettivi: verificare le modalità di accoglienza dei pazienti gamblers nei diversi servizi che trattano il Gioco d'azzardo patologico della Regione Piemonte.

Metodi: è stato somministrato un questionario a tutti i Servizi per raccogliere informazioni relative alla composizione dell'equipe, alla durata della fase di accoglienza, alle indicazioni riportate dagli operatori al paziente rispetto al sintomo, e ai diversi trattamenti offerti dagli ambulatori.

Risultati: malgrado le procedure di presa in carico e trattamento dei pazienti che riportano una problematica ricollegata al gioco d'azzardo patologico, non risultino definite da linee guida standardizzate, la condivisione tra operatori dei vari Servizi intrapresa ormai da circa otto anni, ha permesso di ottenere delle "buone pratiche" che presentano piccole sfumature ma che al contempo mantengono le principali impostazioni derivate dalla letteratura scientifica. Conclusioni: emerge come il confronto tra operatori dei diversi Servizi possa far emergere punti di forza e di debolezza tra diverse procedure di accoglienza accomunate da impostazioni più standardizzate rispetto alla presa in carico di pazienti con altre tipologie di dipendenza trattati dai diversi dei Ser.T (Servizio per la Tossicodipendenza).

## Early admission of pathological gamblers in services of the Piedmont region: methods and procedures

*Objectives: to test the admission methods of pathological gamblers in the Piedmont Region by various social and health services dealing with pathological gambling.*

*Methods: a questionnaire was administered to all social and health services, in order to gather information on team composition, duration of the admission stage, symptom and treatment indications provided to patients by the professionals.*

*Results: Notwithstanding clinical follow-up procedures for pathological gamblers are not strictly defined in standard guidelines, the interaction between the various professional operators, during a eight year period, has engendered many local "good practices" that are different from each other in some minor aspects but maintain a common basic foundation with the guidelines found in the scientific literature.*

*Conclusions: the interaction among the various Service professionals has shown strong and weak points between different admission procedures. Admission procedures of pathological gamblers seem to be more close to standard guidelines than other procedures for the admission and care of patients with other types of addiction treated in the Services for drug dependence.*

**Parole chiave:** Giocatori d'azzardo patologico, Piemonte, Ser.T, équipe, accoglienza

**Keywords:** Pathological gamblers, Piedmont, Ser.T, Team, admission

**Date:** inviato: 23/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. Remo Angelino

Dipartimento Patologia delle Dipendenze, ASL T03  
V.le Castelfidardo 16, 10064 Pinerolo (TO)  
tel.: 335.7472349

## Introduzione

L'esigenza di effettuare una ricerca sulla composizione delle équipes, sulle modalità e procedure di accoglienza all'interno dei Servizi per il gioco d'azzardo patologico della Regione Piemonte nasce dalla necessità di provare a valutare e a confrontare l'ingente quantità di lavoro che in questi anni è stato fatto dal Coordinamento Regionale per il Gioco d'azzardo patologico e dagli Operatori dei diversi Servizi che vi afferiscono, con l'idea di continuare il dialogo e l'arricchimento professionale tra i medesimi.

Il Coordinamento Regionale sul gioco d'azzardo patologico (GAP) nasce dalla necessità di condividere informazioni, strumenti, conoscenze e dubbi alla fine del 2004, quando le richieste d'aiuto da parte di persone affette da ludopatia agli Operatori Ser.T cominciano a essere più numerose e a necessitare di risposte più efficaci.

Prendono il via, su iniziativa del Dr. Jarre, Direttore del Dipartimento delle Patologie delle Dipendenze dell'allora ASL5 i primi incontri tra operatori Ser.T della Regione Piemonte e per un breve periodo anche degli operatori del privato sociale che si occupano o hanno intenzione di occuparsi dei giocatori patologici.

Da allora sono stati finanziati grazie a fondi regionali alcuni progetti che hanno permesso la creazione di servizi specifici per la cura del Gioco patologico. All'interno di molti Ser.T alcuni operatori hanno iniziato ad occuparsi dei gamblers e si è inoltre formato un gruppo di Operatori Ser.T provenienti da diverse ASL piemontesi che periodicamente continua a lavorare sul fenomeno del gioco d'azzardo patologico e che ha dato vita a quello che oggi è il Coordinamento Regionale GAP.

Ad oggi il Coordinamento Regionale GAP è articolato in un sottogruppo istituzionale, un sottogruppo clinico ed un sottogruppo a base territoriale.

La coincidenza della nascita del Coordinamento Regionale e dei Servizi per il Gioco d'azzardo patologico presenti nei vari Ser.T piemontesi, nonostante un grosso dispendio di energie iniziali, ha permesso e permette agli Operatori di essere inseriti in un contesto che spinge al pensiero e si apre allo scambio e alla reciprocità.

Tuttavia non va dimenticato che i vari Servizi operanti sul territorio piemontese hanno specificità e caratteristiche molto diverse tra loro, proprio in virtù dei contesti differenti in cui sono inseriti.

Pertanto la nostra ricerca, tenendo conto del dilagare del fenomeno del gioco d'azzardo patologico e quindi della necessità di dare risposte quanto più appropriate e veloci possibili e delle differenze intrinseche ai servizi di cura, ha voluto verificare se le modalità di accoglienza dei gamblers si avvalgano dell'utilizzo di procedure simili, se le figure professionali che operano in questa prima fase della presa in carico siano le stesse, se le composizioni dell'équipe siano omogenee o meno e quali osservazioni e riflessioni si possano fare a riguardo.

I dati dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze - Regione Piemonte riportano che:

nel 2005, a fronte di una popolazione complessiva di 4.341.733 persone<sup>1</sup>, i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze registrano 166 pazienti gamblers afferiti ai Servizi (fonte: Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte, Bollettino OED 2006) nel 2010, a fronte di una popolazione complessiva di 4.457.335 persone<sup>1</sup>, i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze registrano 811 pazienti gamblers afferiti ai Servizi (fonte: Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte, Bollettino OED 2011).

I dati dimostrano che di fronte ad un aumento della popolazione di 115.602 unità in 5 anni (aumento del 2,66%) si è riscontrato un'aumento di gamblers che si rivolgono ai Servizi dell'ASL da 166 a 811, cioè del 388,5 %.

Il fenomeno potrebbe essere ancora più diffuso rispetto a ciò che l'Osservatorio Piemontese evidenzia, ma è una preziosa fonte per valutarne l'andamento ed ipotizzare strategie di intervento utili ad affrontarlo. E' evidente come la presenza sempre più diffusa e capillare dei Servizi GAP delle ASL del Piemonte ha consentito di intercettare un numero sempre più crescente di giocatori patologici contribuendo a far emergere maggiormente il problema<sup>2,3,4</sup>.

I Ser.T del Piemonte si sono quindi impegnati nel trovare una risposta a queste problematiche complesse ed il Coordinamento Regionale Piemontese è nato dalla necessità di un confronto tra le differenti modalità operative locali.

## Materiali e metodi

La presente ricerca è nata dall'esigenza di descrivere come i Servizi Gap della Regione Piemonte hanno organizzato l'iter di accoglienza dei pazienti gamblers. L'indagine è stata condotta rispetto a:

- composizione delle équipe multidisciplinari
- durata della "fase di Accoglienza" nei vari servizi
- indicazione rispetto alla tipologia del trattamento del "sintomo"
- tipologie di interventi offerti

ed è stata realizzata tramite la somministrazione di un questionario (vedi Allegato A) compilato dai Servizi per il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) di tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) del Piemonte. Per alcune ASL è stato raccolto un questionario corrispondente all'unico Servizio Gap presente, per altre ASL, che sono invece suddivise in Dipartimenti composti da più Servizi Gap, sono stati raccolti più questionari. Il campione indagato è stato significativo in quanto la copertura del territorio piemontese è stata totale.

Il questionario è stato suddiviso in 3 blocchi:

1° blocco: una tabella richiedeva di identificare, oltre alle professionalità presenti all'interno dell'équipe che si occupa del gioco d'azzardo patologico, anche di quali step della fase

di accoglienza si occupassero le diverse figure professionali (primo colloquio, colloqui successivi, accoglienza familiari, approfondimenti medici e/o psicodiagnostica, restituzione).

2° blocco: una serie di domande chiuse (SI/NO più eventuali approfondimenti liberi) mirava ad indagare i diversi aspetti esplorati durante la fase di accoglienza.

3° blocco: una serie di domande a scelta multipla mirava ad indagare i diversi tipi di trattamenti offerti dai servizi.

## Risultati

Nella ricerca sono state coinvolte tutte e 13 le ASL della Regione, per un totale di 27 ambulatori GAP (fig. 1)

Per quanto riguarda i risultati ottenuti di seguito riportiamo le evidenze maggiormente interessanti rispetto ai diversi ambiti indagati:

Le equipe che si occupano di GAP prevedono per la maggior parte gli stessi operatori dei servizi per le tossicodipendenze (medici, psicologi, educatori, assistenti sociali, infermieri professionali) anche se con una distribuzione di risorse disomogenea a seconda delle ASL. Va considerato soprattutto che il personale dedicato ai servizi GAP lo fa per un numero di ore settimanali limitato o, come spesso accade nel caso

dei medici, su richiesta. Tenuto conto di questo, emerge che nelle equipe regionali sono presenti 24 psicologi, 24 medici, 23 assistenti sociali, 17 educatori, 9 infermieri e in un caso 1 consulente finanziario. (tab. 1, fig. 2)

Rispetto all'accoglienza il dato interessante è che è prevista per tutti i servizi un pacchetto di 3,5 colloqui, che in 21 casi su 26 si svolgono entro un mese.

Il primo colloquio viene effettuato generalmente dallo psicologo, dall'educatore o dall'assistente sociale. Il medico svolge il primo colloquio in soli 2 casi, in 9 viene comunque coinvolto successivamente, ma per lo più vede il paziente solo se si ritiene necessario un approfondimento. Questo indipendentemente dal fatto che il medico che si occupa di GAP sia uno Psichiatra o abbia un'altra specializzazione.

Già in accoglienza vengono coinvolti i familiari, che possono essere visti sia dallo psicologo, sia dall'assistente sociale o dall'educatore.

Per quanto riguarda il colloquio di restituzione viene effettuato nella maggior parte dei casi dallo psicologo, dall'assistente sociale o dall'educatore (talvolta in coppia con lo psicologo). (tab. 2, fig.3, tab.3, fig.4)

E' prevista quasi sempre una riunione di discussione del caso pre-restituzione (22 su 26), solo con i referenti del caso o in equipe allargata. (fig.6a, fig. 6b)

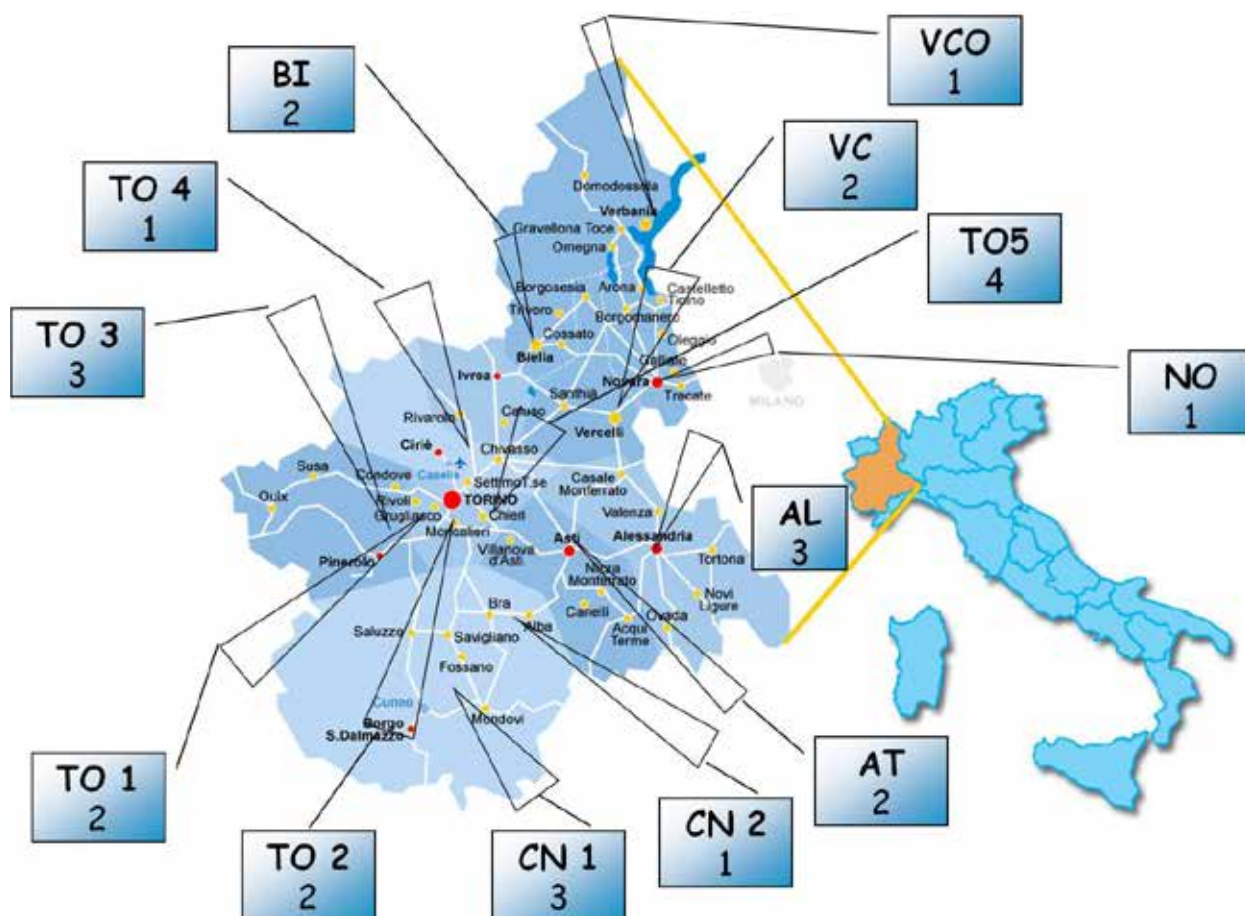


Fig. 1 - Distribuzione del campione: numero dei servizi partecipanti per ogni ASL.

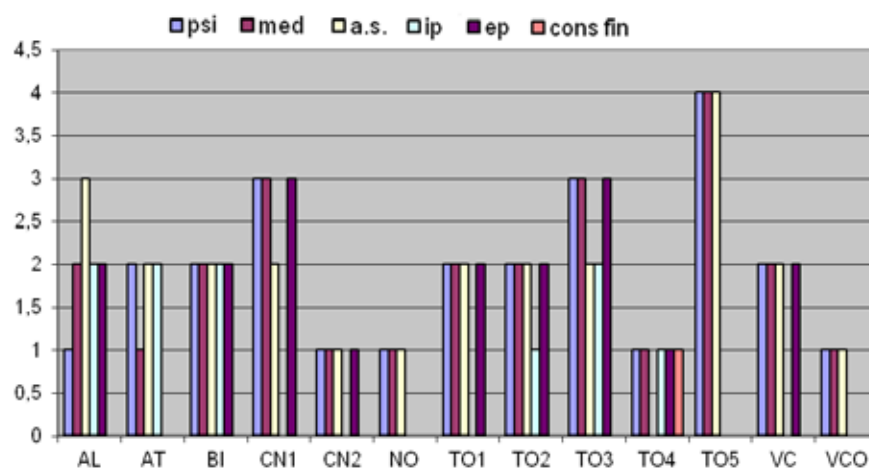


Fig. 2 - Professionalità presenti nell'equipe che si occupa di gioco d'azzardo patologico (suddiviso per ASL).

ASL	Totale	ASL	psi	med	a.s.	ip	ep	cons fin
AL	3	AL	1	2	3	2	2	0
AT	2	AT	2	1	2	2	0	0
BI	2	BI	2	2	2	2	2	0
CN1	3	CN1	3	3	2	0	3	0
CN2	1	CN2	1	1	1	0	1	0
NO	1	NO	1	1	1	0	0	0
TO1	2	TO1	2	2	2	0	2	0
TO2	2	TO2	2	2	2	1	2	0
TO3	3	TO3	3	3	2	2	3	0
TO4	1	TO4	1	1	0	1	1	1
TO5	4	TO5	4	4	4	0	0	0
VC	2	VC	2	2	2	0	2	0
VCO	1	VCO	1	1	1	0	0	0
Totale complessivo	27	Totale complessivo	24	24	23	0	17	1

Tab. 1 - Distribuzione del campione: numero di servizi partecipanti per ogni ASL.

Tab. 2 - Professionalità presenti nell'equipe che si occupa di gioco d'azzardo patologico.

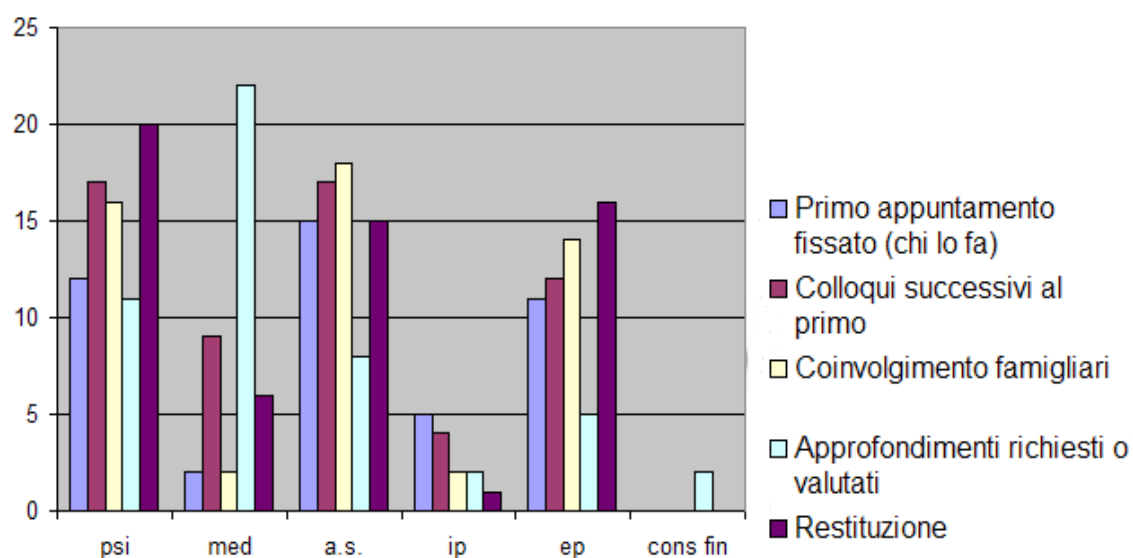


Fig. 3 - Fasi accoglienza: chi se ne occupa.

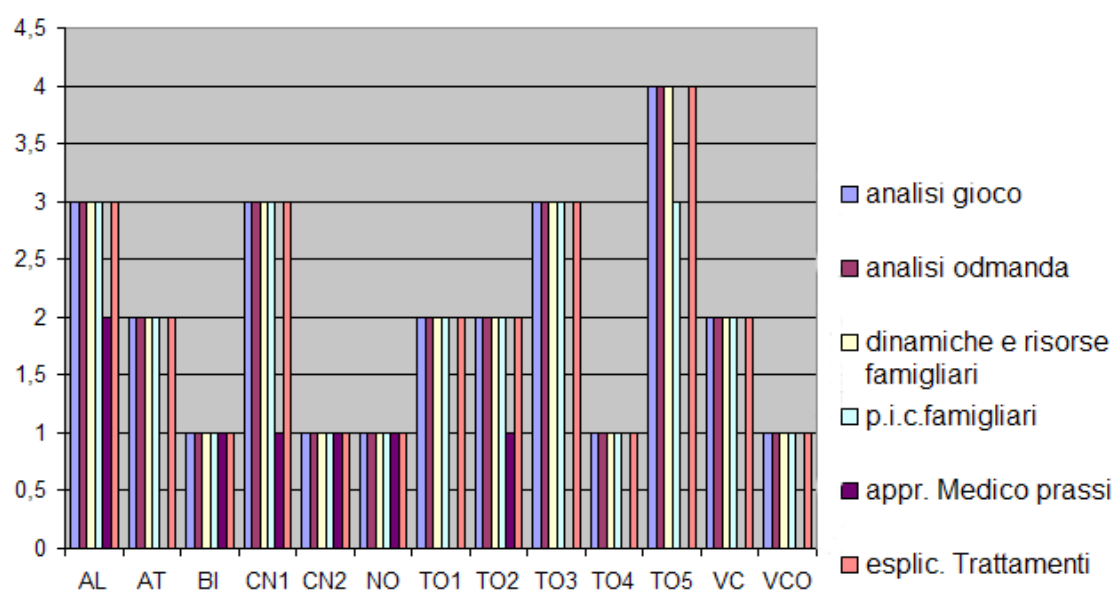


Fig. 4 - Fasi accoglienza: temi affrontati.

ASL	psi	med	a.s.	ip	ep	cons fin
Primo appuntamento fissato (chi lo fa)	12	2	15	5	11	0
Colloqui successivi al primo	17	9	17	4	12	0
Coinvolgimento familiari	16	2	18	2	14	0
Approfondimenti richiesti o valutati	11	22	8	2	5	2
Restituzione	20	6	15	1	16	0

Tab. 3 - Fasi accoglienza: chi se ne occupa.

ASL	analisi gioco	analisi od-manda	dinamiche e risorse famigliari	p.i.c. famigliari	appr. Medico prassi	esplic. trattamenti
AL	3	3	3	3	2	3
AT	2	2	2	2	0	2
BI	2	2	2	2	2	2
CN1	3	3	3	3	1	3
CN2	1	1	1	1	1	1
NO	1	1	1	1	1	1
TO1	2	2	2	2	0	2
TO2	2	2	2	2	1	2
TO3	3	3	3	3	0	3
TO4	1	1	1	1	0	1
TO5	4	4	4	3	0	4
VC	2	2	2	2	0	2
VCO	1	1	1	1	0	1
Totale compl.	27	27	27	26	8	27

Tab. 4 - Fasi accoglienza: temi affrontati.



Fig. 5 - Indicazioni fornite nella fase di accoglienza in relazione al controllo del sintomo.

Durante l'accoglienza viene in genere esplicitato il tipo di trattamento proposto dal servizio. Già in questa fase 8 servizi richiedono l'astensione totale dal gioco, 4 richiedono una riduzione 2 valutano ad personam. I restanti 12 servizi non fanno alcuna richiesta rispetto al sintomo utilizzando questa fase come osservazione rispetto alle modalità di autocontrollo del paziente. (tab 5, fig. 7)

Rispetto ai trattamenti proposti i Servizi GAP propongono elettivamente psicoterapie (individuali, di coppia o di gruppo) e sostegno psicologico, sostegno ai familiari, tutoraggio economico (ved. Fig, tab 7). Quando necessario è previsto il trattamento medico-farmacologico (tab. 6, tab. 7, fig. 8a, fig. 8b) e l'inserimento in comunità residenziali. Il lavoro di rete con altri servizi territoriali (Servizi sociali, Psichiatria, NPI ecc.) piuttosto che con gruppi di auto-mutuo aiuto o GA è ugualmente presente nella quasi totalità dei casi.

## Discussione

La storia dei Servizi ambulatoriali per il GAP nasce come risposta ad una richiesta clinica prima ancora che come mandato istituzionale e, in quanto risposta inizialmente spontanea e non strutturata, ha avuto bisogno di un continuo confronto

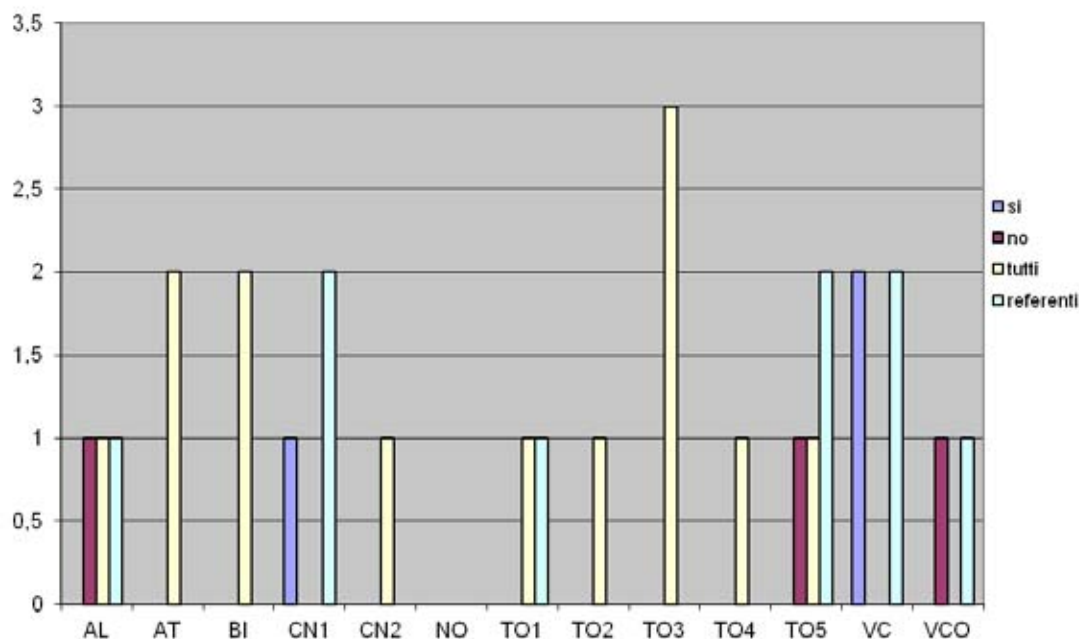


Fig. 6a - Presenza nell'iter di accoglienza di una riunione pre-restituzione del percorso.

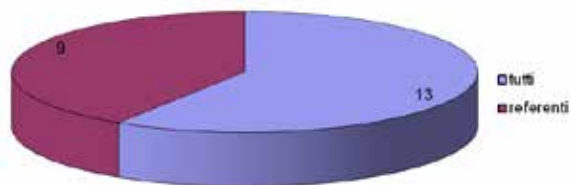


Fig. 6b - Presenza nell'iter di accoglienza di una riunione pre-restituzione del percorso.

tra gli operatori che se ne sono occupati inizialmente. Operatori che lavoravano nei SerT e che di conseguenza hanno portato la loro esperienza clinica e le modalità operative consolidate all'interno delle equipe per le tossicodipendenze "tradizionali".

La risposta al GAP, inizialmente a macchia di leopardo sul territorio regionale, si è gradualmente estesa a tutte le ASL che hanno organizzato i loro ambulatori sulla base delle diverse esigenze e risorse disponibili localmente. Il Coordinamento Regionale ha svolto dunque una funzione importante di confronto, scambio e raccordo delle diverse esperienze, sempre salvaguardando le specificità locali, che ha permesso, tra le altre, di pensare e realizzare iniziative sovra-aziendali come questa ricerca.

La descrizione che emerge dalla ricerca evidenzia che, pur partendo da situazioni iniziali diverse, l'operatività degli ambulatori si è gradualmente omogeneizzata per quanto riguarda la fase di accoglienza. La composizione delle equipe è sostanzialmente uguale ovunque, in quanto sono presenti tutte le figure professionali previste nei Dipartimenti delle Dipendenze; come già sottolineato in precedenza, tuttavia, il monte-ore dedicato dai singoli operatori risente della disponibilità

delle risorse locali.

La modalità dell'accoglienza prevede ovunque almeno 3 colloqui con figure professionali diverse distribuiti nell'arco di poco più di un mese, che si concludono con un colloquio di restituzione al paziente ed eventuale proposta di trattamento successivo. Questa modalità ricalca sostanzialmente quella tradizionale dei SerT, anche per l'importanza data alla condivisione in equipe delle diverse osservazioni cliniche e per l'integrazione delle informazioni raccolte.

Interessante notare come in quasi tutti gli ambulatori GAP il medico sia presente, ma svolga una funzione specialistica e venga per lo più coinvolto previa valutazione sul singolo caso. Questa osservazione apre a diverse riflessioni: nella storia iniziale degli ambulatori GAP la figura sanitaria non era sostanzialmente presente, ma il confronto tra le equipe regionali

ASL	astensione totale	riduzione	nessuna richiesta	valutazione ad hoc
AL	1	1	1	0
AT	1	0	1	0
BI	0	0	2	0
CN1	2	1	0	0
CN2	0	0	1	0
NO	1	0	0	0
TO1	0	0	2	0
TO2	0	0	2	0
TO3	1	1	0	1
TO4	0	0	0	1
TO5	1	1	2	0
VC	0	0	2	0
VCO	1	0	0	0
Totale complessivo	8	4	13	2

Tab. 5 - Indicazioni fornite nella fase di accoglienza in relazione al controllo del sintomo.

Trattamenti Ambulatoriali										Esterni	
ASL	Psi Ind	Psi Cop	Psi Gru	Sost Psi	Psi Edu	Med/ Farm	Sost Fam	Tutor Ec	Strut-ture (res o semires)	Ama o GA	Altri serv. Terr.
AL	2	2	0	2	3	3	3	1	3	2	3
AT	2	2	0	2	1	2	2	0	2	2	1
BI	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2
CN1	2	0	0	3	2	3	3	2	2	1	3
CN2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NO	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1
TO1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2
TO2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2
TO3	3	1	2	3	2	3	2	3	2	3	3
TO4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TO5	4	2	0	4	1	4	3	3	2	4	3
VC	2	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2
VCO	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1
Tot.	25	14	9	26	15	27	25	21	20	19	25

Tab. 6 - Tipologia trattamenti offerti dai servizi per il trattamento del gioco d'azzardo patologico.

all'interno del coordinamento ha probabilmente permesso una maggiore sensibilizzazione verso l'aspetto neurobiologico del GAP e relativo trattamento farmacologico, aprendo al coinvolgimento del medico nelle equipe. La seconda riflessione riguarda la richiesta iniziale dei pazienti che è per lo più di sostegno psicologico e molto spesso di tutoraggio economico: verso l'aspetto medico si osserva spesso nel paziente una certa resistenza e un mancato riconoscimento della complessità del problema della dipendenza e del suo substrato neurobiologico, per lo più l'attenzione si limita ai sintomi somatici (alterazione del ritmo sonno/veglia, irrequietezza, ansia) o

legati al tono dell'umore<sup>5,6</sup>.

Peculiarità dell'accoglienza dei pazienti gamblers e punto di forza della successiva presa in carico è il coinvolgimento già dalle prime battute, spesso precedentemente all'arrivo al Servizio del paziente stesso, dei familiari con il loro specifico carico di attese e richieste e difficoltà nella gestione quotidiana degli eccessi comportamentali del loro congiunto. La maggior parte dei servizi fa una esplicita richiesta di coinvolgimento della famiglia (partner, figli o genitori a seconda dell'età del soggetto) con la finalità di comprendere meglio la situazione di gioco, l'incidenza economica dello stesso sulle risorse familiari, la disponibilità al tutoraggio economico del paziente concordata con il Servizio oltre all'osservazione clinica delle dinamiche più squisitamente relazionali tra i diversi membri del nucleo accolto.

Come per l'accoglienza nei Sert dei pazienti tossicodipendenti e alcolisti, la famiglia è considerata una risorsa essenziale<sup>7,8,9</sup>. Per i giocatori si osserva che la famiglia sembra essere maggiormente pregiudicata anche dal punto di vista economico e questo fa sì che spesso sia essa stessa portatrice in primis di una richiesta di aiuto. Bisogna considerare poi che il giocatore presenta caratteristiche trasversali alla popolazione media, come emerso anche da una precedente ricerca presentata al Convegno Gap nel 2009<sup>10</sup>. A differenza del tossicodipendente il gambler è spesso un adulto che ha una famiglia propria e un lavoro sui quali interferisce pesantemente il problema del gioco. In questo senso le caratteristiche della dipendenza da gioco sono più simili a quelle dell'alcolista, dove la famiglia è coinvolta direttamente<sup>11</sup>.

Quando si tratta di un gambler anziano, come spesso succede, sono di solito i figli a preoccuparsi e occuparsi della patologia del genitore<sup>8</sup>.

Un'altra differenza rispetto alle modalità di accoglienza nei Ser.T è che dalla ricerca in oggetto si osserva come solo alcuni

Specializzazione medico		
ASL	psichiatria	altro
AL	2	1
AT	1	1
BI	2	0
CN1	0	3
CN2	1	0
NO	0	1
TO1	2	0
TO2	1	1
TO3	1	2
TO4	1	0
TO5	1	3
VC	2	0
VCO	0	1
Totale complessivo	14	13

Tab. 7 - Specializzazione del medico.

Presenza medico		
1		
ASL	approf. prassi	approf. se necessario
AL	2	0
AT	0	1
BI	2	0
CN1	1	2
CN2	1	0
NO	1	0
TO1	0	2
TO2	1	1
TO3	0	3
TO4	0	1
TO5	0	4
VC	0	2
VCO	0	1
Totale complessivo	8	17

Tab. 8 - Presenza del medico e valutazione approfondimenti sanitari.

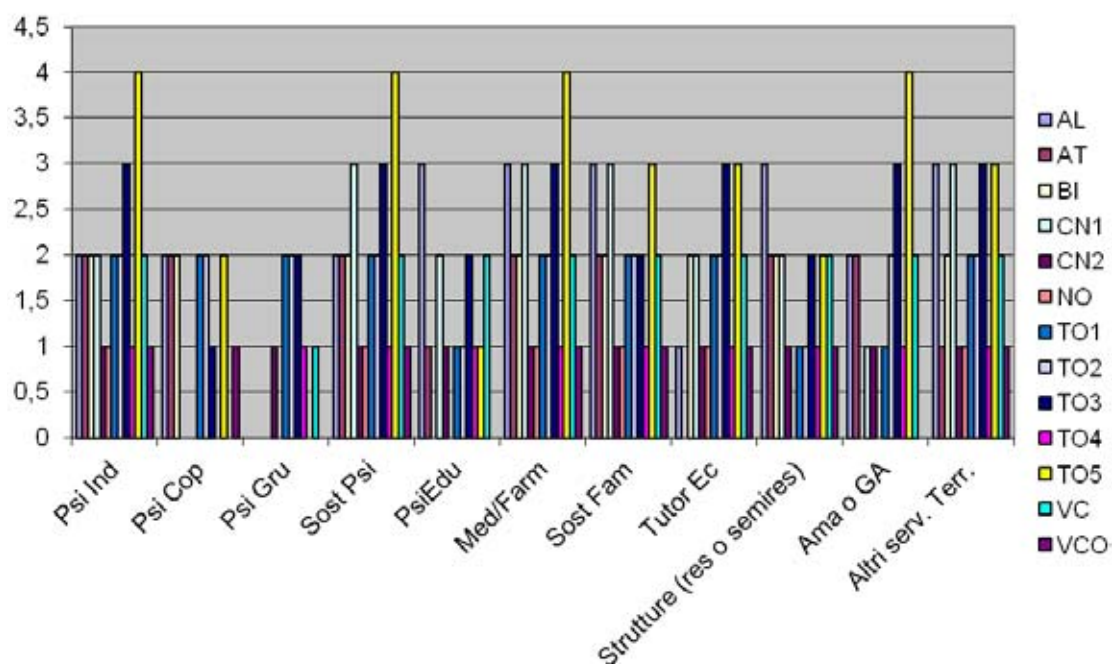


Fig. 7 - Tipologia trattamenti offerti dai servizi per il trattamento del gioco d'azzardo patologico.

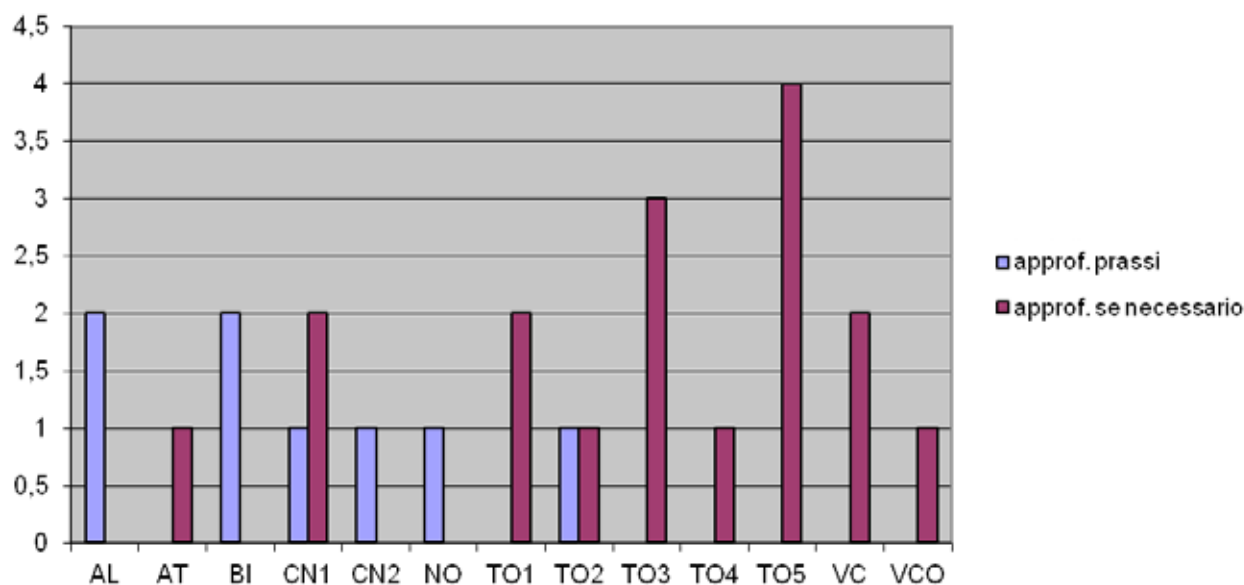


Fig. 8a - Presenza del medico e valutazione approfondimenti sanitari (per ASL).

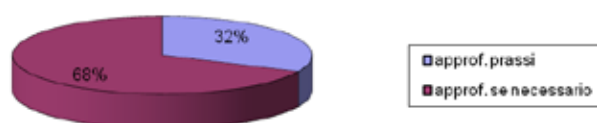


Fig. 8b - Presenza del medico e valutazione approfondimenti sanitari (generale).

servizi richiedano fin da subito l'astensione totale dal gioco, come condizione al successivo intervento. Questo aspetto non è presente nell'accoglienza del tossico-alcoldipendente al quale si fornisce un supporto farmacologico fin dalle prime battute. La disomogeneità di questa procedura dovrà essere oggetto di ulteriore discussione tra le equipe regionali, in quanto risente certamente di un'impostazione teorica prima ancora che metodologica. Rispetto ai trattamenti proposti è evidente l'elettività della prassi clinico-psicologica e socio-educativa<sup>9,11</sup> sia per quanto riguarda il paziente che i suoi familiari. I diversi ambulatori hanno sempre trattamenti in

parallelo, che prevedono terapie individuali, di coppia e familiari. Nella maggior parte dei casi è previsto il tutoraggio economico che coinvolge un familiare di riferimento.

L'invio ad un gruppo di trattamento all'interno del Servizio o, spesso, all'esterno quando non sono sufficienti le risorse locali, è molto indicato. La collaborazione con gruppi di auto-mutuo aiuto (tipo Gamblers Anonymous) è attiva a livello locale. Negli ultimi anni è stata utilizzata da molti Servizi la risorsa comunitaria, che a differenza delle altre dipendenze, non risulta essere il trattamento prevalente anzi è indicato solo in situazioni particolari e con percorsi di durata limitata nel tempo, anche per le caratteristiche del giocatore medio già descritte in precedenza.

## Conclusioni

La ricerca mostra come le Buone Prassi mutate dalla decennale esperienza di accoglienza dei Sert è stata riproposta anche nella creazione dei servizi per il GAP, attraverso le equipe multiprofessionali che sono il punto di forza del trattamento delle dipendenze. Questo spiega come di fatto, pur partendo da una risposta inizialmente non istituzionale alla dipendenza da gioco, l'accoglienza dei giocatori si caratterizza sul territorio regionale per una sostanziale uniformità di procedure che però mantengono le peculiarità delle risorse locali.

Il continuo confronto con la patologia prima e tra le equipe poi ha permesso un ulteriore affinamento delle modalità e delle procedure di accoglienza che si modellano sullo specifico del problema, per quanto riguarda l'analisi della domanda, l'esigenza di rispondere alla pressione economica sulla famiglia, le caratteristiche peculiari della situazione di gioco e del giocatore patologico.

## Ringraziamenti

Dott. Roberto Diecidue, Osservatorio Epidemiologico per le Dipendenze, ASL TO3

## Bibliografia

1. <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/> (accesso internet 10/4/2012)
2. Associazione Centro Sociale Papa Giovanni XXIII, CONAGGA, CNCA (2008), Ricerca nazionale sulle abitudini di gioco degli Italiani ([www.libera-mente.org](http://www.libera-mente.org) accesso internet 10/4/2012)
3. IFC-CNR (2009), Elaborazione dati IPSAD/ESPAD 2007-2008
4. Eurispes, L'Italia in gioco, Roma 2009
5. Grant J.E., Potenza M.N. (ed. italiana a cura di massimo Clerici) Il gioco d'azzardo patologico: una guida clinica al trattamento, Milano, Springer 2010
6. Petry N.M., Pathological gambling, DC; American Psychological Association 2005
7. Croce M., Zerbetto R., Il gioco e l'azzardo, Milano, Franco Angeli 2001
8. Ciarrocchi J.W., Counseling problem gamblers: a self-regulation manual for individual and family therapy, San Diego, Academic Press 2002
9. Croce M., Zerbetto R. (a cura di), Il gioco & l'azzardo: il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento, Milano, Franco Angeli 2001
10. Lio S., Masarin F., Giocatore... questo (s)conosciuto. Indagine descrittiva sui soggetti con problemi di GAP afferenti ai servizi per le dipendenze patologiche del Piemonte (2006-07), in Dal Fare al Dire n°2 2010
11. Picone F. (a cura di), Il gioco d'azzardo patologico: prospettive teoriche ed esperienze cliniche, Roma, Carocci 2010
12. Capitanucci D., Marino V. (a cura di), La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema, Milano, Franco Angeli 2002
13. Pistuddi A., Gambling, ovvero gioco d'azzardo; è davvero questo il problema? Adolescenti e gioco In Tauscheck R., Lucchini A. (a cura di) Comportamenti giovanili, territorio, sicurezza. Il progetto Gessate, Milano, Franco Angeli
14. Lavanco G., Ververi I., Psicologia del gioco e della scommessa, Carocci 2006
15. Blaszczynski A., Overcoming compulsive gambling: a self-help guide to using cognitive behavioral techniques, London, Robinson 1998
16. Castorina S., Mendorla G., Ammalarsi per gioco: socialità e patologia nelle sale scommesse, Acireale Roma, Bonanno 2011
17. Custer R., Milt H., When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families, New York, Oxford, Facts on File 1985
18. Dickerson M., O'Connor J., Gambling as an addictive behaviour: impaired control, harm minimisation, treatment and prevention, New York, Cambridge University press 2006
19. Guerreschi C., Il gioco d'azzardo patologico: liberati dal gioco patologico e dalle altre nuove dipendenze, Roma, Kappa 2003
20. Ladouceur R. (et al.), Understanding and treating the pathological gambler, Chichester, John Wiley & Sons 2007
21. Meyer G., Hayer T., Griffiths M., Problem gambling in Europe: challenges, prevention and interventions, New York, Springer 2009
22. Valleur M., Bucher C., Le jeu pathologique, Paris, Presses Universitaires de France 1997
23. Whelan J.P., Steenbergh T.A., Meyers A.W., Gambling: gioco d'azzardo problematico e patologico, Firenze, Giunti O.S. 2010

## Legenda:

ASL Regione Piemonte (suddivise per Provincia):

Torino e Provincia:	Asl TO 1
	Asl TO 2
	Asl TO 3
	Asl TO 4
	Asl TO 5

Cuneo e Provincia:	Asl CN 1
	Asl CN 2

Alessandria:	Al
Asti:	At
Biella:	Bi
Vercelli:	Vc
Verbania e Provincia:	Vco

- Professionalità:

Psi: Psicologo

Med: Medico

A.S. Assistente sociale

I.P.: Infermiere professionale

E.P.: Educatore Professionale

Cons. Fin.: Consulente finanziario

- Trattamenti:

Psi Ind: Psicoterapia Individuale

Psi Cop: Psicoterapia di coppia

Psi Gru: Psicoterapia di Gruppo

Sost Psi: Sostegno psicologico

PsiEdu: Psicoeducazione

Med/Farm: Trattamenti medici e/o farmacologici

Sost Fam: Sostegno ai familiari

Tutor ec: Tutoraggio economico

Strutture (res o semires): Strutture Semiresidenziali o Strutture residenziali

Ama o GA: Gruppi di Auto Mutuo Aiuto o Giocatori Anonimi

Altri Serv. Terr: Altri servizi territoriali

## SCHEDA

SERVIZIO ..... ASL.....  
NOMINATIVO OPERATORE (chi compila).....

RIFERIMENTI OPERATORE COMPILANTE .....

### I BLOCCO: FASI DEL PROCESSO DI ACCOGLIENZA E TIPOLOGIA OPERATORI COINVOLTI

ISTRUZIONI: Compilare la tabella sottostante inserendo nella prima riga i componenti dell'équipe GAP suddivisi per professionalità e nelle righe successive indicare quali figure professionali si occupano della fase di accoglienza specificata per ogni riga e, se se sono interessati più operatori della stessa figura professionale, inserirne il numero. ES. Il primo colloqui viene fatto da psicologo ed educatore, si segna uno psicologo e un educatore; viene fatto da due psicologi o due educatori, viene segnato 2 in corrispondenza della categoria professionale interessata.

	Psicologo	Medico	Assistente Sociale	Infermiere Professionale	Educatore Professionale	Consulente Legale/ Finanziario	Altro
Componenti Dell'équipe Gap							
Primo Appuntamento Fissato (Chi Lo Fa)							
Colloqui Previsti Per L'iter Di Accoglienza Successivi Al Primo (Chi Li Fa)							
Coinvolgimento Familiari							
Approfondimenti Richiesti O Valutati (Medico, Farmacologico, O Altro)							
RESTITUZIONE							

## II BLOCCO: PROCESSO DI ACCOGLIENZA

Indicare la presenza o meno degli aspetti sotto indicati nel Vostro modello di accoglienza e segnalare eventuali precisazioni che ritenete utili alla raccolta:

### 1) ANALISI DELLA SITUAZIONE DI GIOCO E/O INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

SI NO

ULTERIORI SPECIFICAZIONI.....

### 2) ANALISI DELLA DOMADNA (VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE E GRADO DI CONSAPEVOLEZZA IN RELAZIONE AL PROBLEMA PORTATO)

SI NO

ULTERIORI SPECIFICAZIONI.....

### 3) ANALISI DELLE DINAMICHE FAMIGLIARI E RISORSE PRESENTI

ULTERIORI SPECIFICAZIONI.....

### 4) COINVOLGIMENTO DEI FAMIGLIARI

SI NO

ULTERIORI SPECIFICAZIONI.....

### 5) VALUTAZIONE PER EVENTUALE APPROFONDIMENTO PSICODIAGNOSTICO E/O MEDICO

SI NO

Se risposto Si, per la Visita Medica, l'approfondimento è previsto:

DI PRASSI

☐

SOLO SE VALUTATO NECESSARIO

☐

MEDICO DEL SERVIZIO SPECIALIZZATO IN .....

ULTERIORI SPECIFICAZIONI.....

### 6) ESPLICITAZIONE DEI DIVERSI TIPI DI TRATTAMENTO OFFERTI DAL SERVIZIO

SI NO

ULTERIORI SPECIFICAZIONI.....

### 7) INDICAZIONI FORNITE SUL CONTROLLO DEL SINTOMO IN FASE DI ACCOGLIENZA

1) RICHIESTA ASTENSIONE TOTALE

☐

2) RICHIESTA RIDUZIONE DELL'ATTIVITA' DI GIOCO

☐

3) NESSUNA RICHIESTA ESPLICITA DI CONTROLLO DEL GIOCO

☐

### 8) AL TERMINE DELL'ACCOGLIENZA È PREVISTA UNA RIUNIONE DI ÉQUIPE SUL CASO PRIMA DELLA RESTITUZIONE

SI NO

CON TUTTI GLI PERATORI DELL' ÉQUIPE

☐

SOLO CON GLI OPERATORI CHE HANNO SEGUITO IL CASO

☐

ULTERIORI SPECIFICAZIONI.....

### 9) DURATA DELLA FASE DI ACCOGLIENZA

INFERIORE A 1 MESE

☐

SUPERIORE A UN MESE

☐

NUMERO COLLOQUI PREVISTI

☐

### III BLOCCO: TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO OFFERTE DAL SERVIZIO (scelta multipla)

Indicare uno o più trattamenti offerti dal vostro servizio (A) o in collaborazione con altri servizi (B) e specificare se un paziente può usufruire di più trattamenti contemporaneamente o solo uno elettivo (C)

A) in ambito AMBULATORIALE:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) PSICOTERAPIA INDIVIDUALE            |                          | <input type="checkbox"/> |
| 2) PSICOTERAPIA DI COPPIA              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) PSICOTERAPIA DI GRUPPO              |                          | <input type="checkbox"/> |
| 4) SOSTEGNO PSICOLOGICO                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) PSICOEDUCAZIONE                     |                          | <input type="checkbox"/> |
| 6) EVENTUALE TRATTAMENTO FARMACOLOGICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) SOSTEGNO AI FAMIGLIARI              |                          | <input type="checkbox"/> |
| 8) TUTORAGGIO ECONOMICO                |                          | <input type="checkbox"/> |

B) coinvolgendo servizi e/o risorse ESTERNE al servizio (inteso come collaborazione al progetto e non come invio definitivo)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1) GRUPPI AMA O GIOCATORI ANONIMI            | <input type="checkbox"/> |
| 2) STRUTTURE RESIDENZIALI O SEMIRESIDENZIALI | <input type="checkbox"/> |
| 3) ALTRI SERVIZI TERRITORIALI                | <input type="checkbox"/> |
- (CSM, Serv. Sociali, Neuropsichiatria Infantile, ecc.)

C) I trattamenti su elencati vengono offerti al singolo paziente:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1) In PARALLELO (più trattamenti per lo stesso paziente)                | <input type="checkbox"/> |
| 2) In ESCLUSIVA (un unico trattamento specifico per ogni paziente)    ð | <input type="checkbox"/> |

# Gioco d'azzardo patologico: quale ruolo per il medico di medicina generale?

Graziano Bellio<sup>1</sup>, Amelia Fiorin<sup>1</sup>

1- Dipartimento per le dipendenze, Azienda ULSS n. 8 – Castelfranco Veneto (TV) - ALEA – Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e i comportamenti a rischio

**I**ntroduzione: la sempre maggiore diffusione del gioco d'azzardo ha portato ad un parallelo aumento della domanda di assistenza e cura da parte di giocatori problematici e delle loro famiglie. Diverse ricerche hanno dimostrato che i giocatori sono maggiormente a rischio per alcune patologie fisiche rispetto alla popolazione generale. Il medico di medicina generale può avere un ruolo importante nella costituzione di una rete di assistenza per i giocatori problematici. Questo lavoro ha l'obiettivo di esplorare l'atteggiamento dei medici verso i problemi correlati al gioco d'azzardo.

**Metodo:** il progetto Jackpot, finanziato dalla Regione del Veneto, ha consentito di somministrare un questionario a 189 medici di medicina generale e a 140 operatori psicosociali (assistenti sociali, psicologi, educatori) provenienti da varie unità locali sociosanitarie della regione.

**Risultati:** l'atteggiamento dei medici nei confronti dei giocatori è più eterogeneo e significativamente differente rispetto a quello degli operatori psicosociali. La maggioranza dei medici di medicina generale appare interessata a fornire aiuto professionale al giocatore e alla sua famiglia e ritiene importante che la rete di assistenza per giocatori si costituisca o si rafforzi.

## Pathological gambling: what role for the general practitioner?

*Introduction: the increasing popularity of gambling has led to a parallel increase in demand for support and treatment for problem gamblers and their families. Several studies have demonstrated an increased risk of physical symptoms in problem gamblers. The General Practitioners (GPs) could play an important role in the development of a community network for the assistance to the problem gamblers. Aims. To explore the attitude of GPs about gambling problems.*

*Methods: during the implementation of the Jackpot project, funded by the Veneto Region, a questionnaire was submitted to 189 GPs and 140 psycho-social professionals (social workers, psychologists, educators) working in different territories of Veneto region.*

*Results: GPs show a higher heterogeneity than psycho-social professionals. The attitude of GPs about gambling problems is significantly different compared to psycho-social professionals. The majority of GPs are interested in providing professional help to problem gamblers and their family.*

**Parole chiave:** gioco d'azzardo patologico; comorbidità; medico di medicina generale; trattamento di rete

**Keywords:** pathological gambling; comorbidity; general practitioner; network therapy

**Date:** inviato: 16/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. **Graziano Bellio**

SerD – Servizio per le Dipendenze

Via dei Carpani 16/Z, 31033 Castelfranco Veneto

tel.: 0423 732736

e-mail: graziano.bellio@ulssasolo.ven.it

\* Il testo riporta, in forma modificata e ampliata, una relazione presentata al convegno "Le nuove dipendenze / Die neuen suchte", Bolzano, 27-28 maggio 2011

## Introduzione

Negli ultimi 15-20 anni il gioco d'azzardo ha avuto una espansione rilevante in tutto il mondo. In Italia il giro d'affari dell'azzardo legale ha raggiunto nel 2011 la vertiginosa cifra di 79.8 miliardi di euro, cui vanno aggiunti circa 400 milioni di euro di raccolta operata nei quattro casinò municipali di Venezia, Campione, Saint Vincent, Sanremo. Rispetto al 2010 l'aumento del giro d'affari complessivo è stato del 30%. Più della metà della raccolta totale deriva dagli apparecchi elettronici (news slot, VLT): 44.9 miliardi di euro, cui seguono le lotterie, soprattutto le lotterie istantanee (Gratta e Vinci), e il lotto, rispettivamente con 10.1 e 6.8 miliardi<sup>1</sup>. Un settore di recente introduzione e tuttora in fase di sviluppo è quello dei giochi online, tra cui il Poker Texas Hold'em. Dati ufficiali aggiornati al mese di marzo 2012<sup>2</sup> riportano un numero complessivo di apparecchi elettronici in attività pari a 370 mila news slot, distribuiti capillarmente presso bar, tabaccherie, ricevitorie, ristoranti e pizzerie, supermarket, cui vanno aggiunti 38.500 videolotteries - VLT, per un totale di 408.500 apparecchi. Anche i biglietti del Gratta e Vinci godono di una analoga, capillare distribuzione sul territorio, ed è frequente che vengano offerti alle casse dei supermarket e agli sportelli delle poste, così come possono essere acquistati per mezzo di apparecchi automatici self-service. Una distribuzione così polverizzata e pressoché ubiquitaria di occasioni di gioco, associata ad un costo di accesso molto basso, comporta una esposizione rilevante della popolazione all'azzardo. Esiste nella comunità scientifica una pressoché universale convinzione che esista una relazione diretta tra livelli di esposizione all'azzardo e prevalenza di problemi correlati, compreso il gioco d'azzardo patologico<sup>2\*</sup>. Tale relazione presenta comunque aspetti complessi e generalmente si associa anche ad altri fattori di rischio ambientali, sociali, relativi alla struttura dei giochi e infine fattori personali.

L'impatto dell'azzardo sulla popolazione, nelle sue varie articolazioni sia positive che negative, suggerirebbe di adottare una prospettiva di salute pubblica nell'analisi delle strategie più idonee alla prevenzione e al contrasto dei problemi correlati, aiutando i policy makers e i diversi portatori di interesse a distinguere i rischi accettabili da quelli inaccettabili<sup>3</sup>. In una ottica di salute pubblica le politiche di gioco responsabile dovrebbero partire dalla definizione di ruoli chiari per i principali portatori di interesse: il ruolo dei concessionari è di fare business, pur se in modo aperto a considerazioni etiche; quello degli operatori sociali e sociosanitari è di intervenire nel campo della prevenzione e della assistenza ai problemi correlati, in primo luogo il gioco d'azzardo patologico (GAP); il ruolo dello Stato infine è quello di regolamentare la materia in modo da garantire legalità e protezione dei cittadini, specialmente delle fasce più fragili<sup>4</sup>. Purtroppo in Italia esiste a

tutt'oggi una relevantissima sproporzione tra i livelli di sviluppo industriale del gioco d'azzardo e le politiche di protezione della salute del cittadino.

In una ottica di salute pubblica il medico di medicina generale (MMG) occupa una posizione chiave nella implementazione di politiche di prevenzione universale e selettiva, nonché di screening e diagnosi precoce. In particolare, nel campo del gioco d'azzardo patologico, l'intervento del MMG può avvantaggiarsi di alcuni elementi specifici del setting della medicina generale:

- Il MMG è considerato da molti come una figura autorevole e un punto di riferimento importante della comunità locale, soprattutto nelle realtà meno urbanizzate. Uno studio neozelandese<sup>5</sup> ha mostrato che la maggioranza dei pazienti di studi di medicina generale che mostrano problemi correlati all'azzardo considererebbe appropriato un intervento da parte del proprio medico di famiglia.

- Un secondo elemento caratteristico è la continuità nel tempo della relazione con il proprio assistito e spesso anche con gli altri membri del nucleo familiare. Ciò consente al medico una accurata conoscenza delle problematiche sanitarie, dello stile di vita, della situazione socioeconomica e familiare del proprio assistito. La continuità della relazione permette inoltre di poter lavorare sul piano motivazionale sul lungo periodo, avvalendosi peraltro di tempi di osservazione molto lunghi, seppur con contatti diluiti nel tempo.

Nonostante tutto, sembrano esistere difficoltà nell'integrare gli interventi dei servizi specialistici delle aziende sanitarie locali con la medicina generale. Questo tema delicato riguarda molte se non tutte le aree della medicina, ospedaliera e territoriale. Nelle dipendenze in particolare sembrano esserci anche difficoltà legate alla scarsa conoscenza delle problematiche inerenti le diverse forme di addiction, dalla diagnosi precoce alle strategie di intervento.

Il ruolo potenzialmente importante del MMG nella diagnosi precoce e trattamento del gambling patologico è ulteriormente confermato dal fatto che i giocatori problematici frequentano assiduamente l'ambulatorio di medicina generale. Una ricerca americana ha dimostrato che il 6.2% dei clienti dello studio di medicina generale ha problemi di gioco<sup>6</sup>. Sullivan et al. avevano trovato un analogo 7.5% di giocatori problematici<sup>5</sup>. Tale prevalenza appare minore di quella rilevata in popolazioni altamente a rischio come i tossico-alcoldipendenti: il 20% dei pazienti di un SerT mostrava alla scala SOGS un punteggio indicativo di problematicità o patologia franca<sup>7</sup>. Tuttavia la prevalenza di giocatori problematici negli studi di medicina generale risulta essere da 2 a 8 volte maggiore di quella della popolazione generale.

Il giocatore problematico si rivolge all'ambulatorio del MMG a motivo dei propri problemi fisici e psichici: diverse ricerche hanno infatti dimostrato una correlazione tra gioco patologi-

\* "Gioco d'azzardo patologico" è la denominazione nosografica ufficiale dell'OMS e dell'associazione psichiatrica americana (APA); secondo l'APA la diagnosi richiede la presenza di almeno 5 criteri diagnostici su 10. "Gioco (o giocatore) problematico" è invece una espressione più generica, priva di una specifica definizione. In questo articolo tale espressione viene utilizzata per indicare la presenza di problemi azzardo-correlati non necessariamente corrispondenti ad una diagnosi accertata e rigorosa.

co e tachicardia, angina pectoris, cirrosi epatica, sintomi dolorosi, obesità, ed altri ancora. Uno studio americano sulla popolazione generale basato sui dati della ricerca NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions)<sup>8</sup> ha dimostrato un maggior ricorso a cure mediche da parte dei giocatori problematici nell'anno precedente l'intervista, in particolare al dipartimento di emergenza. Ancora maggiore sarebbe il rischio di sviluppare disturbi d'ansia e depressione. Lo studio NESARC ha documentato l'esistenza di una correlazione tra la presenza di alcuni disturbi fisici e il livello di gravità del gioco, mentre altri disturbi risultano significativamente presenti anche a livelli di problematicità inferiori. Vi sarebbero alcuni "fattori mediatori" tra patologie fisiche e gioco patologico: il giocatore spesso è un forte bevitore, e ciò spiega la correlazione con la cirrosi e i disturbi gastro-enterici; il forte consumo di tabacco, lo stress e lo scarso interesse per le attività fisiche possono spiegare l'obesità, l'ipertensione, le cardiopatie e molti altri disturbi. Tuttavia lo studio NERSARC ha dimostrato che, pur controllando diverse variabili relative allo stile di vita e ad altri fattori di rischio, la correlazione tra gioco e alcune patologie fisiche rimane. La presenza di giocatori presso gli ambulatori di medicina generale si basa quindi essenzialmente sulla comorbidità, e il più delle volte il problema dell'azzardo rimane dissimulato.

Nell'ambito delle problematiche azzardo-correlate, gli interventi più appropriati al setting di medicina generale sembrerebbero essere: a) lo screening e il precoce riconoscimento; b) il lavoro motivazionale e l'aggancio; c) il monitoraggio nel tempo, prima, durante e dopo l'eventuale invio allo specialista. Solo secondariamente si può ipotizzare anche un possibile lavoro di valutazione, di definizione del livello di gravità, e interventi brevi di counselling al paziente e famiglia. Molti MMG obiettano di non avere né il tempo né gli strumenti per una diagnosi precoce. Diverse ricerche sono state indizzate proprio allo sviluppo di metodi di screening rapido, proponendo diversi mini-questionari, per lo più simili tra loro<sup>9, 10, 11</sup>. Alcune domande sono state direttamente derivate dal questionario CAGE, ben noto in alcologia: infatti lo screening in medicina generale consiste in sostanza nel porre alcune domande dirette in grado di evidenziare comportamenti problematici, ad esempio la rincorsa delle perdite, il senso di colpa, i tentativi infruttuosi di smettere, le critiche da parte di terzi, eccetera. Non è invece necessaria in questo contesto la rilevazione di informazioni "più scottanti" relative al denaro perduto e all'esistenza di debiti.

Pur esistendo quindi un definito ruolo per il MMG e specifici strumenti per uno screening rapido, una ricerca del gruppo di Daniela Capitanucci<sup>12</sup> ha mostrato che il MMG ha una scarsa propensione ad effettuare lo screening, ha una mediocre consapevolezza delle problematiche legate al gambling, si avvale spesso di fonti informative non professionali. Pur ritenendo di non avere strumenti adeguati per un intervento, i MMG evidenziavano, a giudizio degli Autori, un atteggiamento piuttosto passivo di fronte alla carenza di formazione. Ciò nonostante ben il 40% del campione affermava di aver avuto

contatti con giocatori. La ricerca, eseguita nel 2005, si riferisce comunque ad un periodo in cui le problematiche azzardo-correlate, seppur in aumento, non avevano ancora raggiunto l'attuale diffusione. Una più recente ricerca di Ranieri e Colleghi ad Arezzo<sup>13</sup> ha dimostrato che il MMG possiede una sufficiente conoscenza della fenomenologia e della storia naturale del disturbo di gioco d'azzardo patologico, mentre è ancora carente la conoscenza dei fattori di rischio e dei prodromi: in altre parole sembra più attrezzato sul versante della diagnosi del disturbo conclamato e meno sul piano preventivo, della diagnosi precoce, e della individuazione dei gruppi a rischio sui quali concentrare le attività di screening.

Attualmente la realtà italiana mostra un tumultuoso divenire dei livelli di sensibilizzazione e consapevolezza degli operatori dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali in tema di problemi azzardo-correlati. In tale contesto il Progetto Jackpot, primo progetto della Regione del Veneto in tema di gioco d'azzardo patologico, si è riproposto di promuovere la realizzazione di eventi di sensibilizzazione nelle diverse unità locali sociosanitarie venete (ULSS), dedicati soprattutto ai medici di medicina generale e assistenti sociali del territorio, allo scopo di costituire o consolidare una prima rete di collaborazione con i servizi. Il progetto ha quindi consentito di somministrare un breve questionario esplorativo ad un campione di medici di medicina generale, assistenti sociali e altri operatori psicosociali in alcuni territori della regione. L'obiettivo della rilevazione era di raccogliere elementi sulle attitudini verso il gioco d'azzardo problematico degli operatori medici e non medici della comunità locale.

## Materiali e metodi

Nell'ambito del Progetto Jackpot sono stati realizzati localmente incontri di sensibilizzazioni in tema di gioco d'azzardo patologico rivolti a medici di medicina generale, assistenti sociali dei Comuni e altri operatori sociosanitari. L'iniziativa ha interessato 10 ULSS venete su 21 esistenti, e 8 di esse hanno fornito i dati che sono presentati e discussi qui. Gli operatori coinvolti negli eventi di sensibilizzazione sono stati 330: 189 MMG e 140 non MMG (115 assistenti sociali, 13 psicologi, 12 altri operatori, essenzialmente educatori). Il campione, seppur distribuito in molte aree della regione, non può essere considerato rappresentativo di tutta la realtà veneta. Gli operatori dei dipartimenti che hanno aderito al progetto hanno avuto piena libertà nella realizzazione degli incontri, sia per quanto attiene il format che per i contenuti. I coordinatori del progetto, pur avendo fornito su richiesta alcuni schemi orientativi, hanno incoraggiato gli operatori locali ad adattare gli incontri al proprio specifico contesto territoriale.

Ai partecipanti è stato somministrato un questionario conoscitivo anonimo consistente in otto item (tab. 1) cui doveva essere assegnato un punteggio da 0 a 10; Tre item (n. 6, 7 e 8) raccoglievano essenzialmente informazioni sul gradimento dell'iniziativa, mentre gli altri cinque item erano più orientati

Item del questionario conoscitivo
1. Quanto ho ritenuto fino ad oggi realmente importante il problema del gioco patologico nella mia pratica professionale?
2. Quanto l'incontro odierno ha aumentato la mia consapevolezza del problema del gioco patologico?
3. Quanto ritengo importante che si costituisca o rafforzi una rete di intervento locale sul gioco?
4. Quanto ritengo importante collegarmi ad una rete di intervento locale sul gioco?
5. Quanto ho potuto contare finora su una rete di intervento sul gioco?
6. Quanto il seminario è andato incontro alle mie necessità conoscitive?
7. Quanto il seminario è andato incontro alle mie necessità operative?
8. Quanto il seminario ha complessivamente soddisfatto le mie aspettative?

Tab. 1 - Item del questionario conoscitivo.

alle attitudini dell'operatore nei confronti dei problemi azzardo-correlati. È stata inoltre chiesta una stima di quanti giocatori e familiari erano stati contattati negli ultimi 3 anni, e quale tipologia di intervento era stata attivata in quella occasione. Le risposte dei MMG sono state confrontate con quelle degli operatori non medici: per le medie dei punteggi ottenuti nei diversi item è stato utilizzato il test non parametrico di Mann-Whitney. È stata inoltre calcolata la frequenza (espressa in percentuale) con cui le risposte dei medici e dei non medici si distribuivano lungo il continuum dei punteggi, evidenziando quindi la frequenza con cui i soggetti avevano assegnato all'item uno specifico punteggio.

## Risultati

Il confronto tra le medie dei punteggi ottenuti dai medici rispetto ai non MMG, effettuato con il test di Mann-Whitney, ha mostrato una differenza altamente significativa ( $p < 0.000$ ) in tutti e otto gli item (Tab. 2).

item	professione	media	dev. standard	p (Mann-Whitney)
1	MMG	4.03	2,587	< 0.000
	non MMG	5.51	2,062	< 0.000
2	MMG	6.33	2,384	< 0.000
	non MMG	7.54	1,655	< 0.000
3	MMG	6.76	2,069	< 0.000
	non MMG	8.39	1,557	< 0.000
4	MMG	6.08	2,399	< 0.000
	non MMG	8.09	1,653	< 0.000
5	MMG	2.18	2,463	< 0.000
	non MMG	3.98	2,623	< 0.000
6	MMG	6.61	2,328	< 0.000
	non MMG	7.88	1,609	< 0.000
7	MMG	6.07	2,469	< 0.000
	non MMG	7.51	1,772	< 0.000
8	MMG	6.64	2,343	< 0.000
	non MMG	7.94	1,518	< 0.000

Tab. 2 - media e deviazione standard punteggi MMG e non MMG.

La fig. 1 mostra la distribuzione dei punteggi ottenuti dai MMG e dai non MMG relativi alla soddisfazione ricavata dall'evento di sensibilizzazione (item 8). I due grafici, pur evidenziando una differenza nella distribuzione intergruppo dei punteggi, mostrano una certa omogeneità intragruppo espressa dall'andamento monomodale della curva. Un aspetto simile è presente anche nei grafici relativi agli altri due item di gradimento (n. 6 e 7, qui non riportati).

Alla richiesta di quantificare quanto il problema del gioco sia stato ritenuto realmente importante nella pratica professionale (item 1), una domanda che intende esplorare il grado di consapevolezza del problema, la differenziazione dei MMG dagli operatori non-medici diventa più evidente. L'andamento della curva della distribuzione percentuale dei punteggi evidenzia inequivocabilmente una spaccatura del gruppo dei

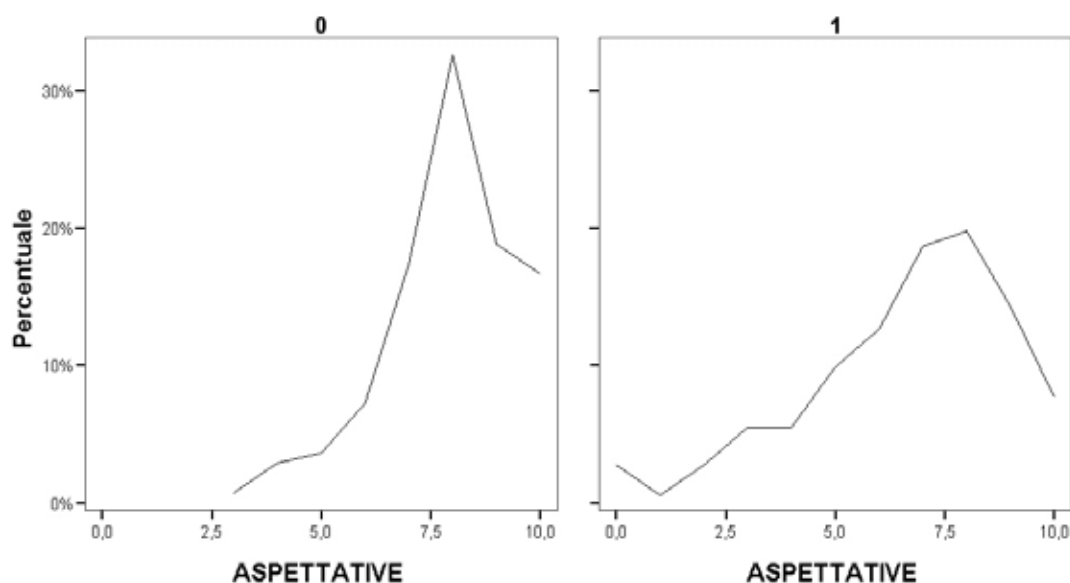


Fig. 1 - Item 8: Quanto il seminario ha complessivamente soddisfatto le mie aspettative? (0 = non-medici; 1 = MMG) - i punti linee rappresentano percentuali.

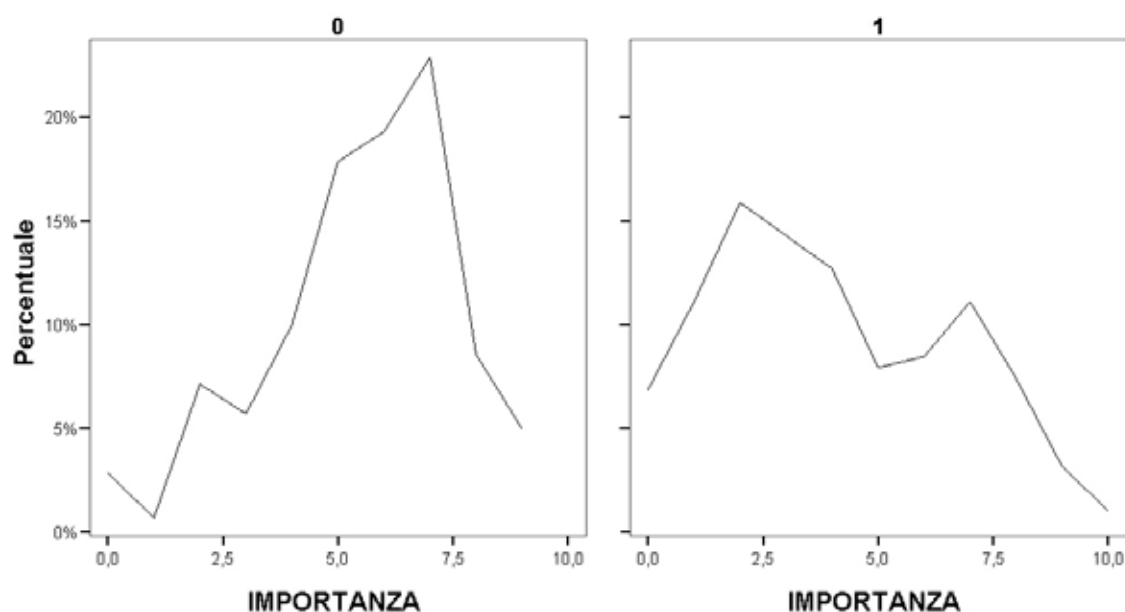


Fig. 2 – Item 1: Quanto ho ritenuto fino ad oggi realmente importante il problema del gioco patologico nella mia pratica professionale? (0 = non-medici; 1 = MMG) - i punti linee rappresentano percentuali.

MMG, con la maggioranza che esprime un punteggio al di sotto di 5.

Alla domanda di quanto l'incontro di sensibilizzazione abbia aumentato la consapevolezza del problema (item 2), si ottiene una risposta positiva da parte di tutti gli operatori; tuttavia anche in questo caso i medici mostrano una curva di distribuzione dei punteggi di tipo bimodale.

All'item 5 la maggioranza dei MMG afferma di aver potuto contare poco o nulla su una rete di intervento sul gioco (fig. 3). Il risultato era atteso in entrambi i gruppi di operatori, visto che fino ad oggi in Veneto i servizi hanno operato di propria iniziativa, con poche risorse specificamente dedicate al gioco e generalmente senza dar troppo rilievo a questa attività. Sorprende tuttavia la differenza esistente tra l'opinione

dei medici e dei non-medici poiché di fatto i due gruppi afferiscono ai medesimi territori. In ogni caso una minoranza non trascurabile di MMG ha comunque dichiarato di essersi potuto avvalere in qualche misura di una rete.

Si è infine chiesto agli operatori quanto importante sia, a loro giudizio, che si costituisca o rafforzi una rete locale sul gioco (item 3) e quanto ritengono importante collegarsi a tale rete (item 4). La domanda, posta in termini del tutto generici e astratti, presuppone che laddove esista una sufficiente consapevolezza dei problemi correlati al gioco vi si trovi anche una maggior valorizzazione della rete. Sebbene la grande maggioranza degli operatori nel loro complesso ritiene importante che tale rete si costituisca o si rafforzi, ancora una volta si evidenzia un andamento disomogeneo, bimodale, della distri-

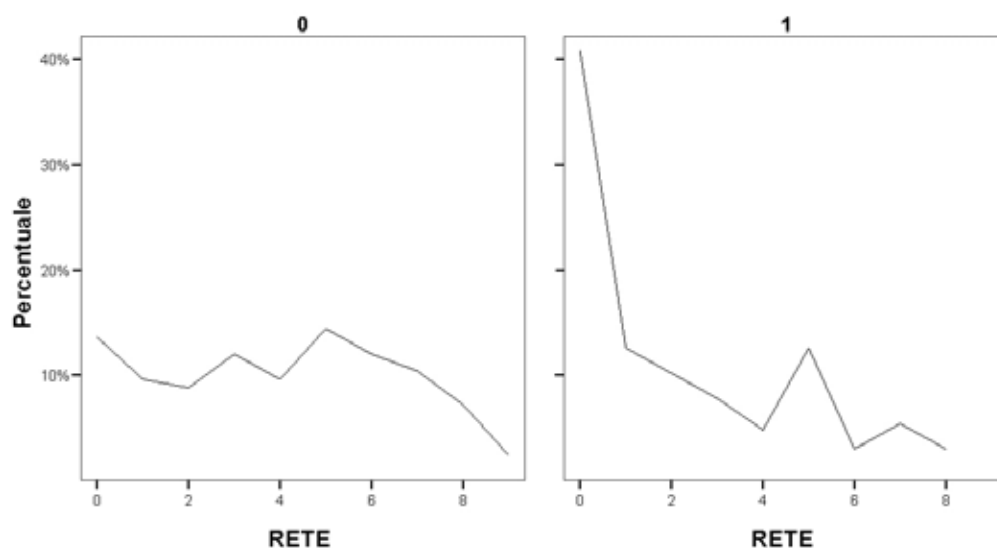


Fig. 3 – Item 5: Quanto ho potuto contare finora su una rete di intervento sul gioco? (0 = non-medici; 1 = MMG) - i punti linee rappresentano percentuali.

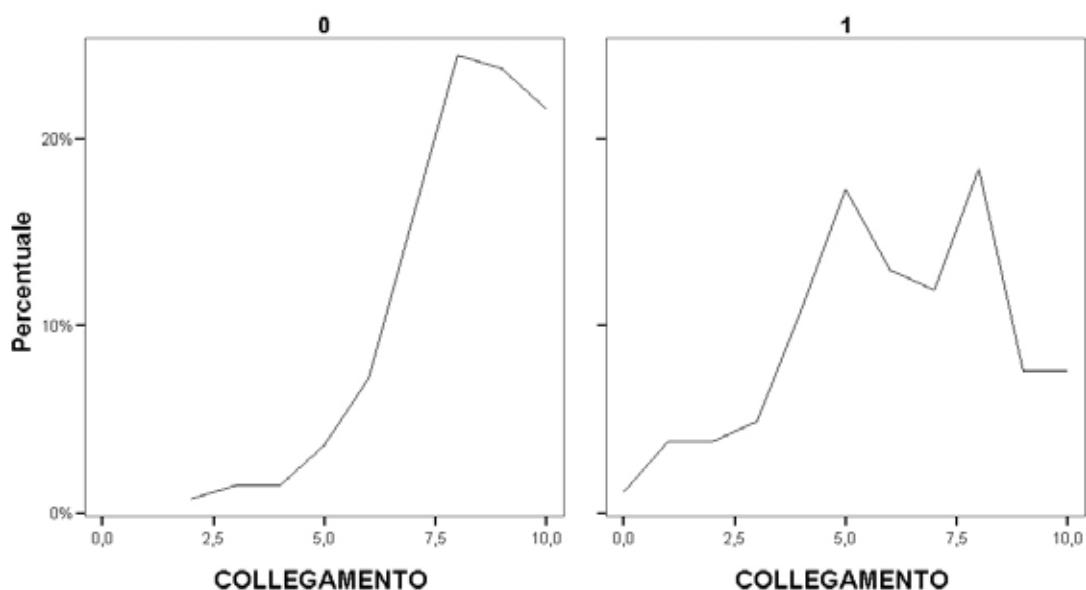


Fig. 4 – Item 4: *Quanto ritengo importante collegarmi ad una rete di intervento locale sul gioco?* (0 = non-medici; 1 = MMG) - i punti linee rappresentano percentuali.

buzione delle risposte da parte dei MMG. Tale aspetto si amplifica ancor di più quando si chiede, in termini più concreti e operativi, se si ritiene importante collegarsi personalmente alla rete (item 4). La risposta degli operatori non-medici è positiva e quasi plebiscitaria, mentre invece tra i MMG si esplicitano due posizioni ben diverse: una più orientata verso l'impegno personale, l'altra verso una posizione più prudente (fig. 4).

Più della metà degli operatori, sia MMG che non-medici, riferisce di aver avuto contatti sia con giocatori che con familiari, negli ultimi tre anni, con una media di oltre due contatti ciascuno. Complessivamente i giocatori e i familiari visti sarebbero stati quasi 1400 e ciò indica che, nonostante la mancanza di normative e linee di indirizzo nazionali o regionali, la maggioranza degli operatori sanitari e sociali del territorio ricevono esplicite richieste di aiuto da parte di giocatori d'azzardo problematici o loro familiari.

## Discussione

I questionari somministrati nel corso degli incontri di sensibilizzazione locali in materia di azzardo problematico hanno consentito di raccogliere ed elaborare alcune semplici informazioni relative all'attitudine di operatori sociosanitari e medici di medicina generale provenienti da otto unità sociosanitarie sulle ventuno esistenti nella regione Veneto. Pur non potendosi considerare rappresentativi della realtà regionale, gli operatori coinvolti si distribuivano su un territorio molto più ampio rispetto ai precedenti studi di Capitanucci<sup>12</sup> e di Ranieri<sup>13</sup>. Questo studio inoltre ha permesso di confrontare le attitudini dei MMG con quella di operatori non medici, più orientati al sociale.

Per tutti gli item del questionario è stato possibile dimostrare una differenza altamente significativa tra le risposte dei medici e quelle dei non-medici, segno di un probabile approccio differenziato al problema, di diversi livelli di consapevolezza e di un divario nella attitudine a lavorare in rete. Gli operatori non medici esprimono in modo più convinto la necessità di potersi collegare a operatori di altri servizi. Il MMG invece, abituato ad essere una fonte di invio alla struttura specialistica, da un lato può aver avuto maggiori difficoltà in mancanza di un servizio di riferimento, ma dall'altro tende ad apparire "prudente" nel giudicare necessario un collegamento organico in una rete di assistenza al giocatore patologico. È probabile che per i medici più decisamente orientati ad un approccio organicista pesi anche il fatto che l'approccio biomedico ha finora mostrato una ridotta incisività nel trattamento del gioco patologico: nessun farmaco infatti è stato ancora registrato per questo utilizzo.

Nel confronto tra medici e non medici una differenza significativa è emersa anche negli item che misuravano il gradimento degli incontri informativi e di sensibilizzazione. Infatti, al di là di un sostanziale apprezzamento, una parte minoritaria di MMG, al contrario dei non medici, non ha visto appagate le proprie aspettative arrivando anche, in una certa misura, ad esprimersi negativamente.

Complessivamente i MMG sembrano rappresentare un gruppo meno omogeneo rispetto ai colleghi non medici. Analizzando le risposte fornite è possibile ipotizzare l'esistenza di due sottogruppi di MMG, composti rispettivamente da circa 75% e 25% del totale, che abbiamo denominato "Volenterosi" e "Perplexi". Il gruppo dei "Volenterosi", più numeroso, si caratterizzerebbe per una elevata consapevolezza, alta disponibilità al coinvolgimento, alta responsività alla formazione; il gruppo dei "Perplexi" al contrario sembrerebbe mostrare

una ridotta consapevolezza e disponibilità al coinvolgimento, ed inoltre bassa responsività alla formazione. Il gruppo dei “Volenterosi” dichiara di aver avuto maggiori contatti sia con giocatori che con familiari: è possibile che i “Perplexi” siano meno propensi a riconoscere il problema, ma si può anche ipotizzare che una minor disponibilità del medico tenda a ridurre le probabilità che il problema venga fatto emergere da parte del paziente o del familiare. Una terza ipotesi è che il contatto con situazioni cliniche abbia avuto un effetto di stimolo sulla consapevolezza e disponibilità alla cura.

La maggioranza dei MMG appare comunque interessata a fornire aiuto professionale al giocatore e alla sua famiglia e ritiene importante che la rete di assistenza per giocatori si costituisca o si rafforzi. Esiste pertanto un generale riconoscimento che il gioco problematico rappresenta un comportamento di interesse socio-sanitario oltre che socio-assistenziale.

La formazione sembra essere un bisogno ancora rilevante per i medici, oltre che per i non-medici, purché essa sia orientata alla pratica professionale e tenga presenti le caratteristiche specifiche del setting di medicina generale. Tutto ciò è possibile garantirlo attraverso il coinvolgimento diretto di rappresentanti dei MMG nella definizione e organizzazione degli eventi formativi. Non è peraltro da attendersi che queste iniziative incontrino necessariamente il favore di tutti i colleghi: sembra infatti che i “Perplexi” restino piuttosto refrattari alla formazione su questo specifico tema e poco inclini ad una fattiva collaborazione.

## Conclusioni

I dati emergenti dalla rilevazione effettuata grazie al progetto Jackpot indicano che il problema del gioco d'azzardo eccessivo è divenuto parte della quotidianità professionale degli operatori psicosociali e dei medici di medicina generale. Se la maggioranza degli operatori ha saputo e potuto attivare una qualche forma di intervento, tuttavia sembra che alcuni MMG abbiano sperimentato maggiori difficoltà in questo senso.

Questo studio ha supportato empiricamente quanto viene spesso percepito nell'esperienza lavorativa: se un certo numero di medici di medicina generale appare poco propenso al coinvolgimento nelle patologie comportamentali, molti altri appaiono più motivati e consapevoli del proprio ruolo, e maggiormente disponibili alla formazione e al collegamento con i colleghi dei servizi psicosociali territoriali. Va sottolineato che il MMG risulta essere non di rado l'unico medico di riferimento del giocatore, anche se in carico ad un servizio, dato che i gruppi di lavoro sul gioco sono formati prevalentemente da operatori di area psicologica e sociale. Una precedente ricerca aveva infatti mostrato che su 10 servizi pubblici attivi nel gioco patologico e operanti nel territorio della regione Veneto, solo 7 operatori su 31 erano medici<sup>14</sup>. Viceversa il giocatore mostra specifici bisogni di salute, sia dell'area psichiatrica che dell'area internistica. Ogni giocatore riconosciuto come tale dovrebbe poter ricevere una valuta-

zione medica parallela agli interventi psicoterapici sul gioco. Resta dunque confermata l'importanza del collegamento tra i servizi e il MMG, sia per la gestione del trattamento dell'addiction, sia per le patologie correlate.

## Ringraziamenti

Questo lavoro è stato finanziato dalla Regione del Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, attraverso il Fondo Regionale Lotta alla Droga 2009-2010.

Si ringraziano gli operatori del Progetto Jackpot dei Dipartimenti per le dipendenze delle aziende ULSS n. 4, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 22.

Si ringraziano inoltre: Selena Giacomazzi e Simonetta Fraccaro - SerT di Castelfranco Veneto (TV), per il loro contributo nella raccolta dei dati.

## Bibliografia

1. AAMS – Azienda Autonoma Monopoli di Stato, (2012): dati reperibili nel sito web [www.aams.gov.it](http://www.aams.gov.it), ultimo accesso: 29.03.12.
2. Abbott MW (2007): Situational Factors That Affect Gambling Behavior. In: Smith, Hodgins, Williams (eds): Research and measurement issues in gambling studies, Academic Press, 2007.
3. Korn DA, Shaffer HJ (1999): Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15/4, 1999.
4. Blaszczynski A, Ladouceur R, Shaffer HJ (2004): A Science-Based Framework for Responsible Gambling: The Reno Model. *Journal of Gambling Studies*, 20/3:(301-317).
5. Sullivan S et al. (2007): Problem gambling: patients affected by their own or another's gambling may approve of help from general practitioners. *The New Zealand Medical Journal*, Vol. 120 n. 1257.
6. Pasternak AV, Fleming MF (1999): Prevalence of Gambling Disorders in a Primary Care Setting. *Archives of Family Medicine*, 8:(515-520).
7. Fiorin A et al. (2006): Gioco d'azzardo e gioco d'azzardo patologico in un campione di tossicodipendenti in trattamento ambulatoriale. *Noumen*, 33:(57-72).
8. Morasco et al. (2006): Health Problems and Medical Utilization Associated With Gambling Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine*, 68:(976-984).
9. Johnson E, Hamer R, Nora R, Ran R. (1997): The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80:(83-88).
10. Thomas SA et al. (2008): Problem gambling: what do general practitioners need to know and do about it? *Medical Journal of Australia*, 189/3:(135-136).
11. Sullivan S (2007): Don't Let an Opportunity Go by: Validation of the EIGHT Gambling Screen. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5/4:(381-389).
12. Capitanucci D et al. (2006): Indagine sulle attitudini di assessment del gioco d'azzardo patologico in un campione di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 3:(7-9).
13. Ranieri F et al. (2010): Gioco d'azzardo: informazioni e competenze dei medici e di altre “figure-chiave” della città di Arezzo. *Il Cesalpino*, 9/24:(11-16).
14. Bellio G, Fiorin A (2009): La rete dei servizi per l'assistenza ai giocatori patologici in Veneto. Relazione al convegno “Giocare per vivere o vivere per giocare, seconda edizione. Il GAP tra malattia individuale e fenomeno sociale: l'intervento dei servizi”, Torino, 21 maggio 2009.

Contributi originali  
organizzazione

## Gioco d'azzardo patologico: sperimentazione di un modello d'intervento presso il Ser.T. di Chieti

Michele Rella<sup>1</sup>, Vincenza Fusco<sup>1</sup>, Paola Fasciani<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> - Ser.T. Chieti- ASL 02 Lanciano Vasto CH

**O**biiettivo: il gioco d'azzardo patologico (GAP) sta diventando un fenomeno emergente nella regione Abruzzo. nel 2010 gli operatori del ser.T. di Chieti hanno deciso di sperimentare un modello di intervento per dare risposte ai bisogni dei pazienti che presentavano tale disturbo.

Materiali e metodi: si è costituita una equipe dedicata al GAP che coinvolge principalmente gli operatori dell'area psico-sociale e, nel caso in cui, al momento dell'assessment iniziale si riscontrino problematiche di consumo di sostanze stupefacenti o psicopatologiche, si allarga a medici tossicologi e psichiatri.

L'iter iniziale di valutazione prevede la somministrazione del SOGS, test specifico per il GAP, e test per la valutazione delle altre dimensioni psicopatologiche.

Risultati: nel periodo giugno 2010- dicembre 2011 si sono presi in carico 30 pazienti (4 donne e 26 uomini), l'età media è stata di 46 anni, nel 100 % dei casi si è posta diagnosi di gambling patologico.

Conclusioni: a fronte dell'ampia diffusione del fenomeno, confermata dal elevato numero di richieste telefoniche di aiuto, l'accesso al servizio è stato piuttosto basso (circa il 30%). si sono individuati diversi ostacoli all'accesso al servizio che ci stanno indirizzando a individuare nuove metodologie e strategie d'intervento. i pazienti che hanno superato le barriere iniziali hanno invece mostrato una buona aderenza al percorso.

### *Pathological gambling (gap) : testing of a model of intervention at the ser.T – Chieti*

*Objective: The pathological gambling (GAP) is becoming an emerging phenomenon in the Abruzzo region. In 2010 operators Ser.T. of Chieti have agreed to test a model of intervention in order to respond to the needs of patients with this disorder.*

*Materials and Methods: A team dedicated to the GAP was established, which primarily involved the operators of the psycho-social services and, then, if at the time of the assessment, problems of drug use and psychopathology were detected, it was extended to medical toxicologists and psychiatrists.*

*The initial assessment process included the SOGS, a specific test for the GAP, and other tests for the assessment of psychopathological dimensions.*

*Results: In the period June 2010 - December 2011 we admitted 30 patients (4 women and 26 men), with an average age of 46 years, and in 100 % of the cases we made a diagnosis of pathological gambling.*

*Conclusions: Given the extent of the phenomenon confirmed by the large number of telephone requests for help the access to the service was rather poor ( around 30%).*

*We have identified several obstacles that we are targeting to identify new intervention strategies .*

*Patients who have overcome the initial barriers have however shown a good adherence to the protocol.*

**Parole chiave:** Gioco d'Azzardo Patologico, Epidemiologia, gruppo, carico assistenziale

**Keywords:** Gambling, Epidemiology, group, case load

**Date:** inviato: 16/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. Michele Rella

Via Discesa delle Carceri 4 - 66100 Chieti (CH)

tel: 0871 358866

e-mail: michele.rella@asl2abruzzo.it

## Introduzione

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP o Gambling in inglese) è un fenomeno in gran parte sottostimato. In questi ultimi anni ha coinvolto una quota di popolazione sempre più vasta che nel tempo, in misura esponenziale, ha accresciuto il suo interesse per il gioco d'azzardo. La "voglia" di giocare, stando agli ultimi dati pubblicati dall'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato<sup>1</sup> ha determinato per il comparto del gioco introiti sempre maggiori. Riferendoci ai dati del solo mese di gennaio, su base regionale, 2011 e 2012 abbiamo avuto un incremento delle giocate in Abruzzo pari a 87 milioni di euro.

Il fenomeno può essere attribuito a vari fattori quali la note-

vole differenziazione dei giochi offerti, la diffusione quasi capillare degli stessi sia negli esercizi di normale frequentazione (supermercati, bar, tabaccherie, etc.) sia nei locali specializzati (sale bingo, piccoli casinò, etc.), e non ultimo la possibilità di impegnare somme di varia entità.

Tutto questo naturalmente ha fatto riscontrare una escalation della quantità di denaro investito<sup>2</sup>.

Spesso tale pratica rientra tra le forme di gioco occasionali e viene percepito e accettato come un normale passatempo. A volte però sfugge alla volontà del giocatore, trasformandosi in una forma patologica che si manifesta in tutta la sua gravità nei suoi aspetti sanitari, sociali ed economici.

Dal 2010 presso il Ser.T di Chieti si è costituita una équipe dedicata alla presa in carico e alla cura di soggetti con problemi

REGIONE	Apparecchi	Bingo	Gioco a base ippica	Gioco a base sportiva	Lotterie	Lotto	Giochi Numerici a Totalizzatore	Giochi di Abilità a distanza	Tot.
Abruzzo	83	3	4	11	26	15	5	5	152
Basilicata (**)	24	-	1	3	8	5	2	3	46
Calabria	74	1	2	12	23	17	7	9	145
Campania	253	27	16	89	75	66	19	103	648
Emilia Romagna	282	13	11	33	62	33	16	15	465
Friuli Venezia Giulia	66	2	2	5	10	8	5	3	101
Lazio	362	20	19	58	102	53	26	27	667
Liguria	100	4	3	9	16	15	6	6	159
Lombardia	690	22	24	60	143	89	46	32	1.106
Marche	94	2	4	11	24	13	5	7	160
Molise	20	1	1	2	4	3	1	1	33
Piemonte	245	14	7	21	47	35	13	14	396
Puglia	145	6	6	39	74	39	12	18	339
Sardegna	79	2	1	2	23	13	7	5	132
Sicilia	138	22	10	36	74	58	13	21	372
Toscana	192	6	18	28	51	24	13	12	344
Trentino Alto Adige	67	2	2	4	11	5	3	4	98
Umbria	55	1	1	5	14	7	3	4	90
Valle d'Aosta (**)	7	-	1	1	1	1	1	1	13
Veneto	267	9	5	17	52	31	15	9	405
Totale	3.243	157	138	446	840	530	218	299	5.871

Fig. 1 - Distribuzione su base regionale 2011.

REGIONE	Apparecchi	Bingo	Gioco a base ippica	Gioco a base sportiva	Lotterie	Lotto	Giochi Numerici a Totalizzatore	Giochi di Abilità a distanza	Tot.
Abruzzo	127,3	4,4	1,8	8,7	30,7	15,8	3,9	46,0	239
Basilicata (**)	29,7	-	0,2	3,3	9,2	5,3	1,4	12,7	62
Calabria	102,5	2,0	1,1	12,0	24,3	18,8	5,3	56,2	222
Campania	363,8	25,8	5,5	70,8	85,4	73,6	15,8	187,3	828
Emilia Romagna	425,2	13,3	4,6	22,5	75,7	31,5	12,5	93,9	679
Friuli Venezia Giulia	92,0	2,8	0,7	4,1	12,4	7,8	4,4	15,5	140
Lazio	538,9	21,5	9,1	40,7	118,8	53,3	21,0	173,6	977
Liguria	136,8	4,6	1,5	8,2	20,2	13,3	4,6	39,3	228
Lombardia	991,7	25,1	12,0	49,4	171,0	84,0	40,4	177,8	1.551
Marche	124,3	2,6	1,7	9,0	30,5	13,8	3,9	32,9	219
Molise	30,5	0,6	0,2	1,5	4,2	3,2	0,8	7,3	48
Piemonte	354,7	13,0	3,7	18,1	56,6	32,8	11,2	81,8	572
Puglia	214,2	7,7	2,6	31,6	85,3	42,1	9,9	126,8	520
Sardegna	87,7	2,5	0,6	2,2	25,3	12,4	5,4	28,8	165
Sicilia	197,6	24,9	3,9	29,5	71,5	59,4	10,1	137,9	535
Toscana	288,7	7,8	7,6	20,0	61,9	24,4	10,4	74,0	495
Trentino Alto Adige	99,3	1,6	0,7	3,3	15,5	4,9	2,4	20,3	148
Umbria	76,1	1,0	0,8	4,6	17,4	6,4	2,3	18,0	127
Valle d'Aosta (**)	9,2	-	0,1	0,3	2,3	0,9	0,4	3,1	16
Veneto	380,0	9,1	2,5	14,0	68,8	30,1	12,0	51,4	568
Totale	4.670	170	61	354	987	534	178	1.385	8.339

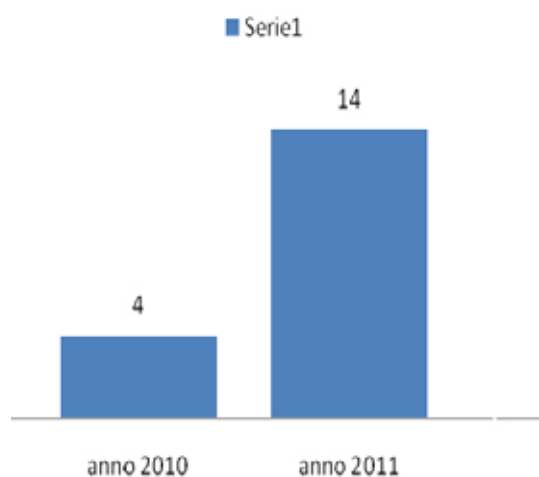
Fig. 2 - Distribuzione su base regionale 2012.

2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
14.3	18	24.8	28.5	35.2	42	47.5	54.4	61.4	79.9

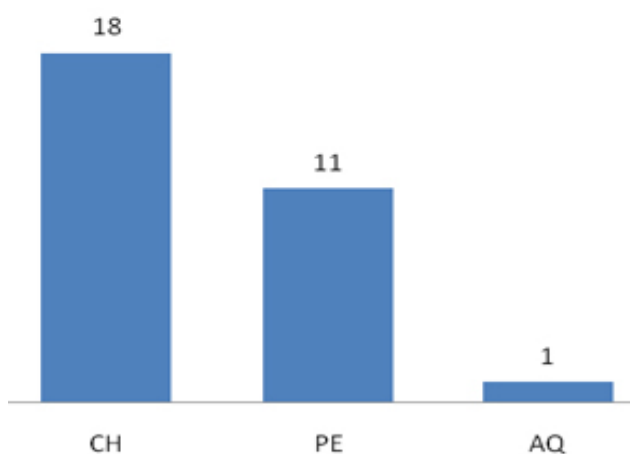
Tab. 1- Fatturato giochi ultimi anni

GIOCA PRO-CAPITE ANNO 2011	EURO
LAZIO	1930
CAMPANIA	1929
ABRUZZO	1892
LOMBARDIA	1813
EMILIA ROMAGNA	1709
TRENTINO	1682
MOLISE	1640
MARCHE	1624

Tab. 2 - Gioco pro-capite.



Graf. 1 - Segnalazioni pervenute tramite il numero verde di "Gioca Responsabile".



Graf. 2 - Provenienza geografica.

di dipendenza da gioco d'azzardo per dare una risposta a un bisogno emergente nel territorio della nostra regione la quale nel 2011 si è attestata in Italia al terzo posto per il giocato pro-capite<sup>2</sup>.

A partire dal 2010 sono cominciate a pervenire al Servizio richieste di aiuto tramite il numero verde di Gioca Responsabile, di cui circa il 50% ha avuto accesso al Servizio oppure tramite l'invio da parte di altri Servizi socio sanitari.

## Materiali e Metodi

Il GAP non rientra ad oggi nei LEA, ma la consistenza del problema e le richieste di aiuto sempre più numerose hanno obbligato il Servizio a fornire una risposta, se pur parziale. Al primo contatto col Ser.T. si stabilisce il più rapidamente possibile il primo appuntamento per l'assessment, gestito dall'educatore professionale o dall'assistente sociale (in assenza di queste figure è gestito dalla psicologa). Dopo aver riportato in equipe il caso, e se sussistono le condizioni, il paziente viene preso in carico adottando in prima istanza come approccio il metodo integrato psicosociale. L'intervento coinvolge prevalentemente gli operatori dell'area psico-sociale. Solo nel caso in cui, al momento dell'assessment iniziale si riscontrino problematiche di consumo di sostanze stupefacenti il soggetto viene indirizzato anche a visita medica. Nel caso, poi, di problematiche psicopatologiche si attiva la consulenza psichiatrica.<sup>3 4 5 6 7 8 9 10</sup>

## Risultati

Dal 2010 sono stati presi in carico e seguiti dal Servizio 30 pazienti, provenienti dal territorio di appartenenza dell'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti, dell'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, dell'Azienda Sanitaria Locale Avezzano/Sulmona.

I pazienti presi in carico hanno una età media di 46 anni, in prevalenza sono uomini.

Secondo i dati raccolti il titolo di studio prevalente è quello della scuola secondaria di primo grado.

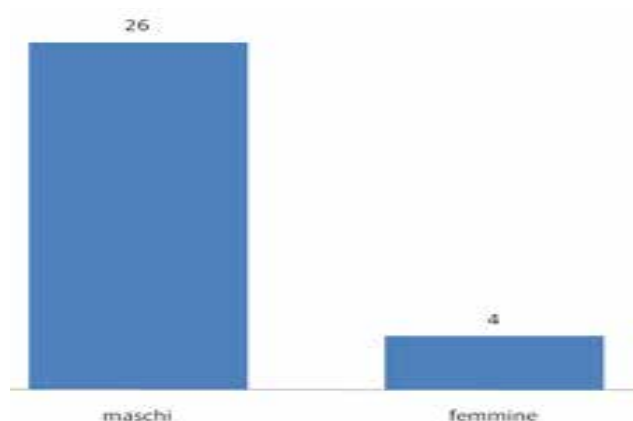
L'attività lavorativa maggiormente rappresentata è nella categoria degli operai.

Su 30 soggetti a cui è stato somministrato il South Oaks Gambling Screen (S.O.G.S.)<sup>3</sup> il 100% è risultato giocatore d'azzardo patologico. In due casi è associato anche un uso di alcolici o sostanze illegali, dato che rientra nel range (30% e 60%) delle ricerche epidemiologiche e cliniche secondo cui una percentuale variabile di giocatori presenta un concomitante abuso/dipendenza da sostanze.

Il videopoker è praticato dal 50% dei soggetti.

Spesso i soggetti hanno dovuto fare ricorso a prestito di denaro per giocare d'azzardo o per pagare debiti di gioco, determinando nelle proprie famiglie conseguenze drammatiche, acute in particolar modo in questo periodo difficile di crisi

economica e disoccupazione.



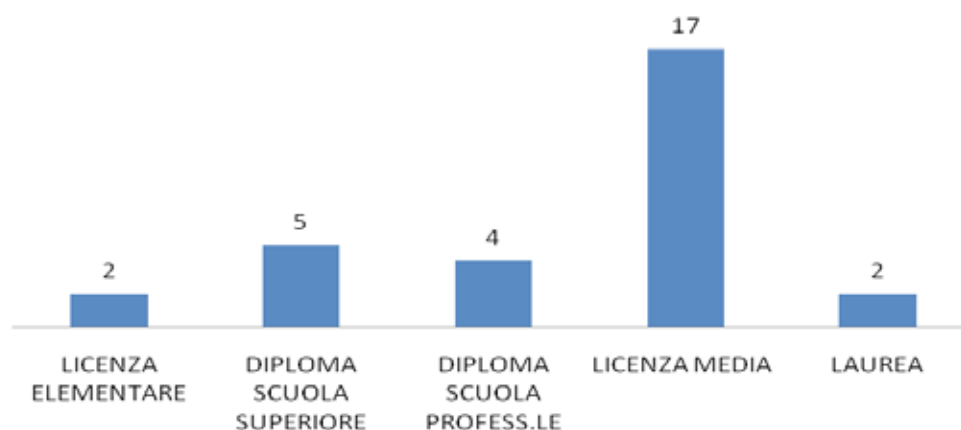
Graf. 3 – Pazienti: distribuzione per sesso.

## Discussione e Conclusioni

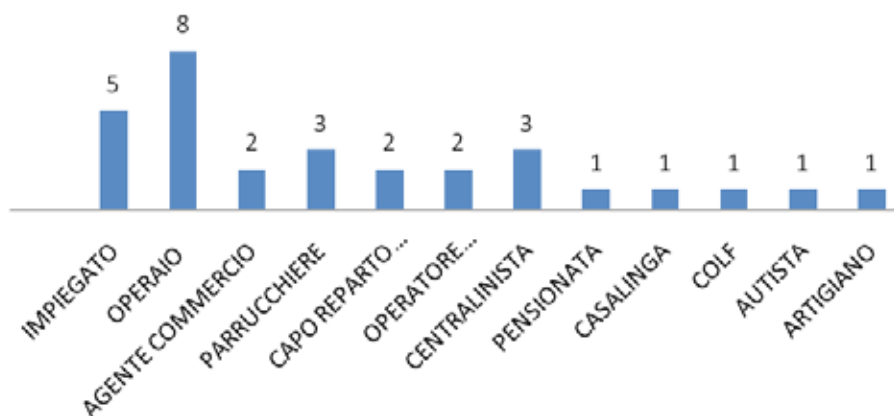
La diffusione del gioco sul nostro territorio sta coinvolgendo una quota di popolazione sempre più vasta. Le segnalazioni pervenute, tramite il numero verde di "Gioca Responsabile" e i Servizi Territoriali, sono in gran numero inferiori rispetto a quello che si può presumere sia l'ampiezza del fenomeno. Individuare e applicare nuove strategie per la presa in carico di questa tipologia di giocatori e delle loro famiglie appare ineluttabile.

Pertanto in un'ottica di salute pubblica risulta necessario superare l'attuale individuazione del Ser.T., quale luogo per la cura di pazienti affetti da dipendenza da sostanze illegali, per identificarlo come luogo per il trattamento di tutte le forme di Dipendenza.

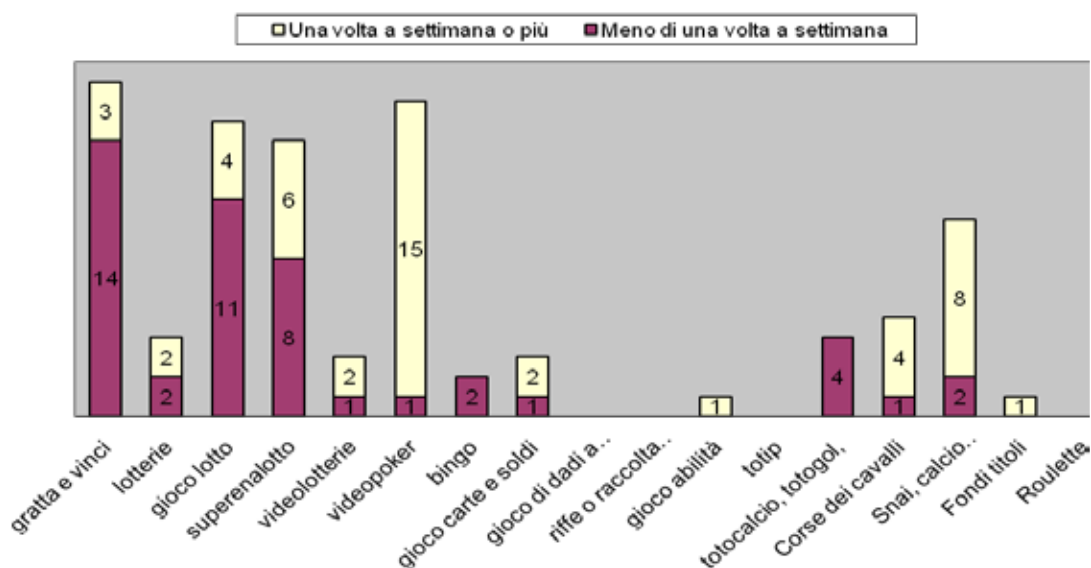
Per fare questo è necessario innanzitutto attivare una formazione specifica e continua degli operatori; individuare una disposizione diversa dei luoghi di accesso dell'utenza affetta da Dipendenza sine substantia; implementare il concetto di rete territoriale coinvolgendo altri soggetti pubblici e privati; organizzare incontri di sensibilizzazione di gruppo, a cadenza periodica, con i familiari con l'obiettivo di favorire la condi-



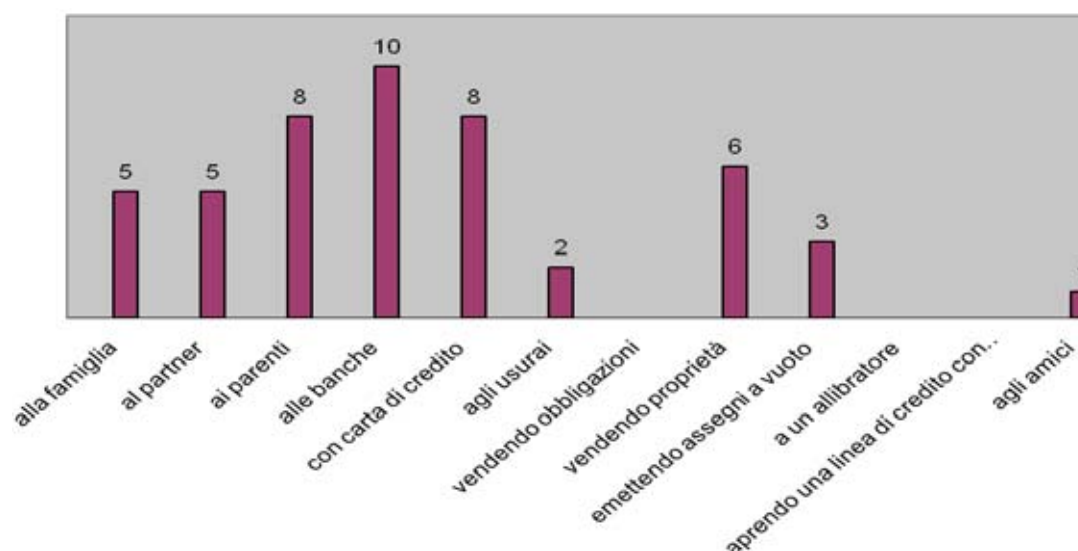
Graf. 4 – Pazienti: titolo di studio.



Graf. 5 – Pazienti attività lavorativa.



Graf. 6 – S.O.G.S.: Giochi.



Graf. 7 S.O.G.S.: Richiesta denaro.

visione di informazioni sul gioco d'azzardo e di promuovere l'aggancio relazionale con le famiglie.<sup>11 12 13 14</sup>

## Bibliografia

1. Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato. <http://www.aams.gov.it/?id=5320>.
2. Governo Italiano. Rassegna Stampa. <http://rassegna.governo.it/testo.asp?d=80151874>.
3. Lesieur H R, Blume S B. South Oaks Gambling Screen, S.O.G.S., 1987.
4. McLellan et al. Addiction Severity Index, ASI., 1992.
5. Millon T, Davis R, Millon C, & Grossman S. The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, MCMI-III, Third Edition.
6. Derogatis L R. Symptom Checklist-90, SCL-90.
7. Beck, Steer, & Brown. Beck Depression Inventory-II BDI-II.
8. Beck et al. Beck Anxiety Inventory, BAI-II.
9. Hathaway S. R, McKinley J C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2, MMPI-2.
10. American Psychiatric Association (1994) APA, Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4th Ed.), American Psychiatric Association, Washington, Dc.
11. ellio G. "Attualità in tema di trattamento farmacologico del giocatore d'azzardo patologico", Medicina delle Tossicodipendenze, XVIII:66. 2010
12. Bellio G. "Gioco d'Azzardo Patologico e Altre Dipendenze", Noumen, 14,33 – dicembre 2005.
13. Blaszczynski A. "Pathways to Pathological gambling: identifying typologies", Electronic Journal of Gambling Issues, March. 2000.
14. Cibir M, Hinnenthal I, Lugato F. "I programmi residenziali brevi", Medicina delle Tossicodipendenze, 65: 39-46, Dic. 2009.

## A Che Gioco Giochiamo? Servizi, Operatori e pazienti - Esperienza del Ser.T. di Lodi

Concettina Varango<sup>1</sup>, Antonietta Cataldo<sup>1</sup>, Carolina Russo<sup>1</sup>, Giovanna Agazzi<sup>1</sup>, Claudio Filippi<sup>1</sup>, Giancarlo Iannello<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Ser.T. Asl Lodi

Nel corso degli anni un sempre crescente numero di ricercatori ha notato che alcolismo, abuso di sostanze e gioco d'azzardo patologico hanno strette somiglianze tra loro. E' da sottolineare che si rilevano altresì, negli ultimi anni molti casi di giocatori "puri" che chiedono la presa in carico presso i nostri Servizi. Oggi stiamo assistendo presso i nostri Servizi ad uno scenario in continua modifica dove oltre alle dipendenze da sostanze classiche i pazienti sono sempre più attratti da dipendenze comportamentali e quindi da "dipendenze senza sostanze".

La curiosità di capire come la dipendenza da gioco si insinui nei gesti, nelle azioni, nei comportamenti senza ricorrere alle sostanze chimiche e, l'esigenza di approfondire le peculiarità del fenomeno del gioco d'azzardo patologico, hanno portato gli operatori del Ser.T di Lodi a raccogliere il guanto di sfida, a rispondere a questo complesso scenario clinico e a soddisfare, in tutto o in parte, le aspettative di cambiamento sentite dalla rete dei servizi di cura. Lo scopo è quello di voler descrivere l'esperienza del Ser.T di Lodi nella presa in carico del giocatore e, alla luce di un approccio multimodale, così come avviene nell'addiction". La nostra esperienza è partita dalla valutazione iniziale in alcuni soggetti assuntori di sostanze che nell'anamnesi presentavano episodi di gioco patologico. Ciò ha stimolato negli operatori la curiosità di approfondire il problema del gioco patologico alla luce anche delle crescenti richieste di giocatori "primari".

### What game are we playing? Services, practitioners and patients (experience of ser.T Lodi)

*Over the years, a growing number of researchers noted that alcoholism, substance abuse and pathological gambling have close similarities between them. It should be noted that there are also many cases in recent years of "pure" players seeking care at our services. Today we are seeing among our services constantly changing scenario where in addition to classic substances dependencies patients are increasingly attracted by behavioral addictions and by "addictions without substance".*

*In order to understand how the gambling addiction creeps in gestures, actions, behavior without resorting into chemicals and the need to increase understanding of the peculiarities of pathological gambling, led the Ser. T Lodi to try to answer this complex clinical scenario and to meet, in whole or in part the expectations of change from the professionals in the care services network.*

*The aim is to describe the experience of Ser.T of Lodi in taking charge of the player and, in light of a multimodal approach, as in addiction treatment. Our experience started from the initial assessment of some subjects who used substances and occasionally gambled. This stimulated our curiosity as health professionals to delve into the issue of pathological gambling, also given the increasing request for help from primary players.*

**Parole chiave:** Dipendenza da sostanze, Gioco d'azzardo, Comorbidità

**Keywords:** Addiction, Gambling, Comorbidity

**Date:** inviato: 16/04/2012 - accettato: 02/07/2012

**Contatti:** Dott.ssa **Concettina Varango**  
Ser.T Asl Lodi  
via Palavicino 57/A  
tel. 0371/5872425

### Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico è riconosciuto come disturbo psichiatrico dal 1980 (classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi"). Nel corso degli anni un sempre crescente numero di ricercatori ha notato che alcolismo, abuso di sostanze e gioco d'azzardo patologico hanno strette somi-

glianze tra loro. Tutti questi disturbi comportano infatti stati di attivazione che aumentano o abbassano il livello di consapevolezza dei soggetti; inoltre è stato osservato che bere, usare droghe e giocare d'azzardo sono talvolta messi in atto contemporaneamente o in sequenza. E' da sottolineare che si rilevano altresì, negli ultimi anni molti casi di giocatori "puri" che chiedono la presa in carico presso i nostri Servizi. Anche

i modelli di astinenza e di craving sembrano essere simili a quelli dell'Addiction, come pure simili sono gli approcci terapeutici ed i gruppi di auto-aiuto esistenti per il trattamento di tali patologie. A partire da queste considerazioni e da queste analogie l'equipe del South Oaks coordinata da Lesieur dagli anni ottanta iniziò a condurre studi nell'ambito della politossicodipendenza alla ricerca di correlazioni tra l'abuso di sostanze e l'abuso di gioco d'azzardo.

L'evidenza ad oggi accertata è che il gioco d'azzardo è un'attività comunemente svolta anche da chi abusa sostanze: almeno il 15-30% dei tossicodipendenti ha problemi correlati al gioco. Ricerche condotte negli Stati Uniti suggeriscono che il tasso di gioco patologico tra i tossicodipendenti è da quattro a dieci volte superiore che nella popolazione generale (Wray et al. (1981); Lesieur et al. 1986; Lesieur e Blum, 1987.).

Il gioco d'azzardo compulsivo e l'abuso di sostanze presentano tra loro elementi di similitudine ed elementi di differenziazione. La maggior parte degli studi e delle ricerche hanno cominciato a considerare i diversi fenomeni in maniera correlata. Innanzi tutto vengono rilevate nel giocatore come nel tossicodipendente strutture dipendenti che trovano nel gioco d'azzardo o nell'uso della sostanza un punto di riferimento concreto ma che ad essi pre-esistono e che si manifestano sotto altre forme finché non si verifica l'incontro con il gioco o la sostanza. In secondo luogo, il carattere stesso del gioco come pure della tossicodipendenza è ego sintonico: il giocatore non considera il gioco come una costrizione, come un comportamento che gli viene imposto da qualcosa che lo condiziona dentro. Gioca perché gli piace giocare e organizza i suoi pensieri in modo da giustificare le sue scelte. Così pure il tossicodipendente. Infine la localizzazione del piacere: esso è collegato con il gioco in sé più che con il denaro che deriva dalla vincita, come nella tossicodipendenza in cui il premio sta soltanto nel flash che essa è capace di provocare.

Questo è un tratto distintivo tra giocatori non patologici, che giocano per vincere, e giocatori patologici, che giocano per rimanere nell'azione. Lo stato di euforia ed eccitazione derivante dall'azione è paragonabile a quello indotto dalla cocaina e da altre droghe. Anche il resto dell'esistenza ruota attorno a questo momento: l'attesa concitata ed esaltante delle vicende del gioco, la perdita di fascino di tutto ciò che non è ad esso correlato: il giocatore diventa un personaggio che non ha legami affettivi e che si prepara ad un legame unico senza compromessi. Oggi stiamo assistendo presso i nostri Servizi ad uno scenario in continua modifica dove oltre alle dipendenze da sostanze classiche i pazienti sono sempre più attratti da dipendenze comportamentali e quindi da "dipendenze senza sostanze".

## Scopo

La curiosità di capire come la dipendenza da gioco si insinui nei gesti, nelle azioni, nei comportamenti senza ricorrere alle sostanze chimiche e, l'esigenza di approfondire le peculiarità

del fenomeno del gioco d'azzardo patologico, hanno portato gli operatori del Ser.T di Lodi a raccogliere il guanto di sfida, a rispondere a questo complesso scenario clinico e a soddisfare, in tutto o in parte, le aspettative di cambiamento sentite dalla rete dei servizi di cura.

Il giocatore, negli anni, è certamente entrato in contatto non solo con familiari, conoscenti, amici, compagni di gioco e colleghi di lavoro, ma anche con fornitori di gioco, banche, finanziarie, usurai, con enti di volontariato, parrocchie, Caritas, gruppi di mutuo aiuto e infine, con i servizi sociali del Comune, i servizi specialistici dell'azienda ospedaliera e dell'Asl, con il sistema giudiziario penale rendendo auspicabile un intervento di rete per la risoluzione del problema.

In questa prospettiva, dunque, i Ser.t, pur essendo solo uno dei numerosi attori in gioco, hanno una posizione privilegiata nell'ambito della rete nella quale si muove il giocatore. Attribuire a tali servizi esclusivamente un ruolo clinico, per quanto di competenza, sarebbe riduttivo.

Lo scopo è quello di voler descrivere l'esperienza del Ser.T di Lodi nella presa in carico del giocatore e, alla luce di un approccio multimodale, così come avviene nell'addiction". La nostra esperienza è partita dalla valutazione iniziale in alcuni soggetti assuntori di sostanze che nell'anamnesi presentavano episodi di gioco patologico. Ciò ha stimolato negli operatori la curiosità di approfondire il problema del gioco patologico alla luce anche delle crescenti richieste di giocatori "primari".

## Materiali e Metodi

Con questo obiettivo, il dipartimento delle dipendenze dell'Asl della Provincia di Lodi ha avviato da otto anni a questa parte una serie di azioni cliniche, di sensibilizzazione sulla tematica della dipendenza da gioco d'azzardo e di formazione che ha visto anche l'esperienza di un operatore presso una delle poche comunità per giocatori patologici. Sin dall'inizio della nostra esperienza, gli operatori del Ser.T di Lodi si sono confrontati con altri gruppi della regione Lombardia costituiti da operatori provenienti da numerosi Ser.T lombardi che, dal 2001 al 2004, si sono incontrati a cadenza bimensile presso la sede della Regione Lombardia.

L'interazione tra i vari operatori dei Ser.T ha permesso di ampliare una ricerca multicentrica sulla comorbidità tra tossicodipendenza da eroina in trattamento e gioco patologico (coinvolgendo più di 850 soggetti) tra cui anche utenti del Ser.T di Lodi.

Alla fine della ricerca multicentrica, attestante un'elevata prevalenza di comorbidità al gioco d'azzardo eccessivo anche tra gli utenti lodigiani, si è ritenuto opportuna la necessità di incominciare a trattare problematiche correlate al gioco ipotizzando interventi nell'area specifica del gioco problematico. Dal 2004 si è incominciato a prendere in carico utenti con diagnosi primaria di gioco patologico secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR.

Partendo dalla complessità del problema, si è reso necessario

da parte degli operatori del Ser.T di Lodi fornire una risposta pluridimensionale.

Il Ser.T di Lodi costituisce, al momento, l'unico servizio pubblico sul territorio provinciale in grado di offrire una risposta integrata al problema del gioco d'azzardo patologico.

La diffusione dell'informazione in merito ai servizi disponibili per giocatori d'azzardo patologici è ancora piuttosto limitata: il fatto che al Ser.T ci si occupi anche di dipendenza da gioco è noto a pochi e molte delle prese in carico sono state possibili grazie ad un "passa parola". Nel tempo l'accesso al Servizio si è diversificato e gli invii avvengono: spontaneamente, da parte dei Servizi Sociali, dei medici di medicina generale, dei familiari, dei Servizi psichiatrici, dell'educativa di strada e del servizio GIOCARESPONSABILE.

Le tipologie di gioco presenti nell'utenza afferente al Servizio sono varie: videopoker/ slot machine (60), gratta e vinci (7), lotto (5), scommesse ai cavalli (5), poker e poker online (3), casinò (2), gioco di borsa (2), scommesse sportive (3).

Si è individuata una modalità per avviare il gioco del cambiamento in cui le parti e le funzioni possono integrarsi diversamente sia per necessità di adattamento alle caratteristiche del singolo utente, che per esigenze organizzative interne. Pertanto i protagonisti e le azioni del gioco sono:

- Il medico che svolge il ruolo di "case manager", con compiti di diagnosi del paziente e dei familiari e rapporti con legali (per la gestione degli aspetti economici).
- L'educatore che ha la prerogativa dell'accoglienza e della presa in carico dei familiari.
- Lo psicologo che interviene con un approfondimento diagnostico e successivamente con un intervento che può tradursi sia in un sostegno psicologico che in una vera e propria psicoterapia individuale, familiare o di coppia.

L'astinenza dal gioco è solo l'inizio di un trattamento che

è necessario modificare gli stili maladattativi di coping, specie i comportamenti manipolatori ed impulsivi.

L'approccio psicoeducativo è parte integrante del percorso terapeutico per i pazienti giocatori e per i loro familiari che vengono attivamente coinvolti nella terapia e che si delinea all'inizio del percorso terapeutico. Attraverso una serie di colloqui strutturati si tende a aggiungere tre obiettivi fondamentali: l'aumento di consapevolezza rispetto alla connotazione patologica delle abitudini di gioco; la correzione degli errori cognitivi che portano il giocatore a perpetuare il proprio comportamento problematico; il supporto motivazionale per la riduzione/cessazione del comportamento di gioco (Ladoceur, 2005).

Per quanto riguarda la parte medica, per il gioco d'azzardo non esistono dei farmaci sostitutivi; tuttavia si rende necessario, a volte, supportare il giocatore con cure farmacologiche atte ad intervenire ad esempio sui tratti di ansia o depressione che si associano alla patologia.

In linea di massima non c'è cura farmacologica senza adeguato sostegno di tipo educativo e psicologico che, nel caso del gioco, presenta aspetti di particolare complessità. L'elemento critico principale è forse dato dall'alto livello di compromissione.

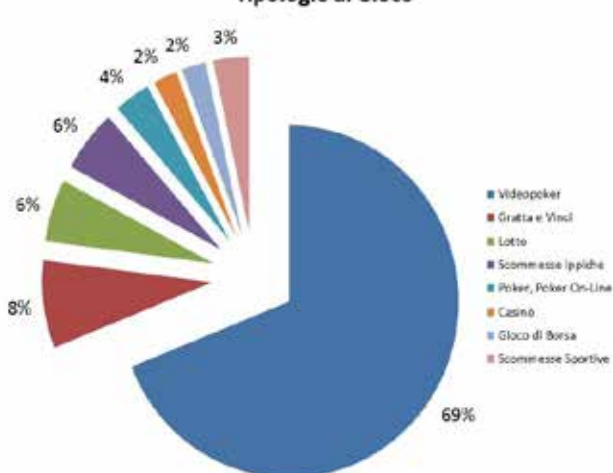
L'aspetto principale del trattamento, per l'equipe del Ser.T di Lodi, tiene conto di due elementi: la consapevolezza del problema e la gestione dell'aspetto economico. Sul primo fronte nel gioco d'azzardo patologico si evidenziano le stesse difficoltà che caratterizzano il trattamento di tutti i soggetti portatori di una dipendenza: non ci sono reali possibilità di cura senza una consapevolezza del problema da parte del paziente e una sua conseguente motivazione al cambiamento.

Il lavoro motivazionale secondo il modello trans-teorico degli stadi di cambiamento di Prochaska e Di Clemente, costituisce, tra gli operatori del Ser.T, una delle armi indispensabili per un servizio ben funzionante, in grado quindi di ridurre i drop out.

Accanto alla consapevolezza del problema, l'altro aspetto su cui si lavora immediatamente è in genere quello economico; spesso l'accesso ai servizi è motivato dalla necessità di affidarsi a degli esperti per la gestione del debito, divenuto un aspetto incontrollabile della propria vita.

L'aspetto economico è strettamente legato a quello legale. L'orientamento legale viene fornito dagli operatori stessi dell'equipe di Lodi che, in questi anni, si sono formati in tal senso e hanno attivato una sorta di collaborazione sia con un consulente legale specializzato nella tematica che fornisce, inizialmente e gratuitamente un parere tecnico, sia con alcune agenzie del territorio a cui inviare i propri assistiti per una presa in carico legale gratuita.

**Tipologie di Gioco**



riabiliti alla dipendenza da gioco. Nella nostra esperienza, supportata anche da un'attenta analisi della letteratura scientifica si è potuto constatare che, affinché il soggetto possa progredire, soprattutto nell'area delle relazioni interpersonali,

## Discussione

Dal 2004 al 2011 sono stati presi in carico 87 utenti con problematiche di gioco patologico suddivisi in: 65 maschi e 22

femmine, di età compresa tra i 25 e > di 60 anni.

I drop-out si sono verificati in 14 utenti, 25 sono stati dimessi dal Servizio con esito positivo e, 43 sono ancora in trattamento, 5 counselling.

Per provare ad identificare le caratteristiche e i profili dei giocatori che oggi accedono ai servizi dell'ASL di Lodi è sufficiente questa breve citazione da parte di un utente del Ser.T: "veramente c'è un denominatore comune (...), certe cose sono identiche, è il sistema che è identico, procurarsi i soldi, dire menzogne, isolarsi". In effetti esistono alcuni elementi essenziali che accomunano l'esperienza del giocatore, indipendentemente da quale tipo di gioco egli pratichi, quale sia il suo profilo e status sociale, la sua esperienza di vita e storia di giocatore. Sono appunto il bisogno di denaro, la menzogna, a se stessi come agli altri, la perdita del contatto con la realtà e col mondo circostante, la solitudine, al vergogna, l'isolamento. Il profilo della dipendenza da gioco riguarda le tipologie più disparate: dalle scommesse ai cavalli alle slot machine, dai Gratta & Vinci alle estrazioni del Lotto, passando per il gioco online e per i casinò. Sebbene questi giochi presentino dif-

ferenti combinazioni delle quote di caso e abilità implicate, i meccanismi che s'innescano sono i medesimi, così come le fasi che i giocatori sperimentano.

L'aggancio al gioco segue fondamentalmente due direttrici. Da un lato, vi sono coloro che ne hanno fatto esperienza in famiglia (per esempio, accompagnando il padre al bar a giocare a carte con gli amici) o che nel corso della vita hanno, più o meno sporadicamente, sempre giocato. Si tratta di soggetti che, in un certo senso, sono stati socializzati all'universo gioco e, una volta conosciuto il piacere del gioco d'azzardo, hanno mantenuto una forte attrazione nei confronti di questa attività.

Dall'altro lato, invece, troviamo una casistica ampia di situazioni tipicamente destabilizzanti delle storie di vita individuali, quali fallimenti coniugali, forti difficoltà economiche, o esperienza di perdita non gestite, come un lutto affettivo o una delusione d'amore irrisolti: sono frequenti casi in cui eventi di vita e traiettorie individuali così contrassegnati divengono fattori scatenanti per la trasformazione di un'attività di gioco sociale in dipendenza a tutti gli effetti. In questo caso, il gioco prende il sopravvento sull'individuo, facendogli perdere il controllo della situazione. C'è anche chi ha creduto di vedere nel gioco lo strumento per dare una svolta alla propria vita, per trasformare una quotidianità divenuta insopportabile.

Dalle parole dei nostri giocatori emergono prospettive e sistemi di pensiero singolari e anche molto distanti da quello del miraggio milionario. I soldi non rappresentano il fine ultimo della propria attività di gioco ma le motivazioni che li spingono a giocare sono in realtà altre: dalla voglia di evasione dalla realtà della vita di ogni giorno, alla ricerca del confronto continuo, della sfida con il gioco, nel tentativo di imporsi sullo stesso.

Nei nostri utenti sono presenti: fattori ambientali, fattori psicologici e fattori neurobiologici.

Tra i fattori ambientali sono presenti:

- aspetti educativi concernenti i modelli di riferimento e il valore del denaro rispetto alla possibile felicità;
- aspetti economici: la disoccupazione o scarsità di mezzi economici;
- aspetti culturali: modelli repressivi o permissivi da parte della società;
- aspetti di genere. Per le donne il "gioco" è considerato poco elegante.

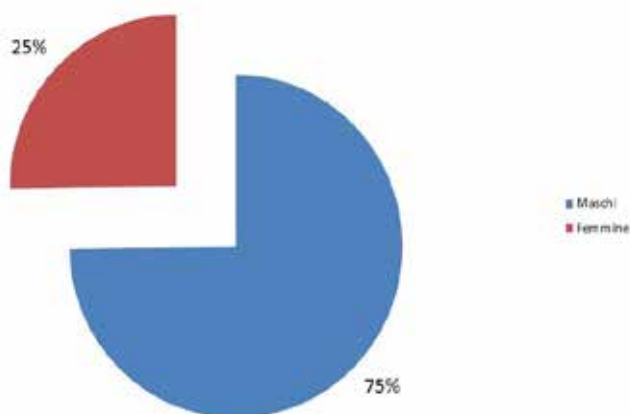
Tra i fattori psicologici:

- tratti di personalità con caratteristiche narcisistiche, dipendenti, impulsive e con bassa autostima;
- presenza del bisogno di fuga. Ricerca di eccitamento, evitamento di sensazioni spiacevoli o di stati ansiosi.

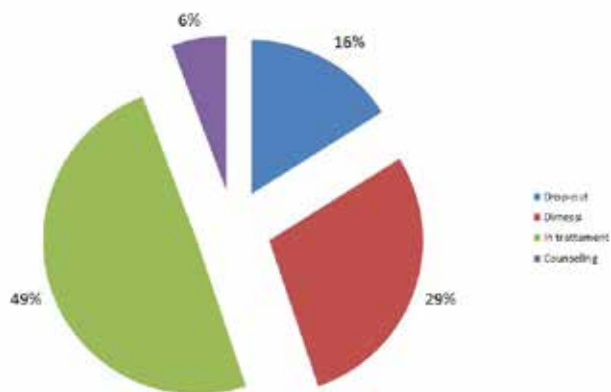
Tra i fattori neurobiologici:

- alterata funzionalità dei sistemi serotoninergico e dopaminergico legati alla gratificazione e alla ricompensa.

**Suddivisione per Sesso**



**Out-come**



Tra l'utenza afferita al Ser.T di Lodi si sono riscontrate questa distribuzione della psicopatologia:

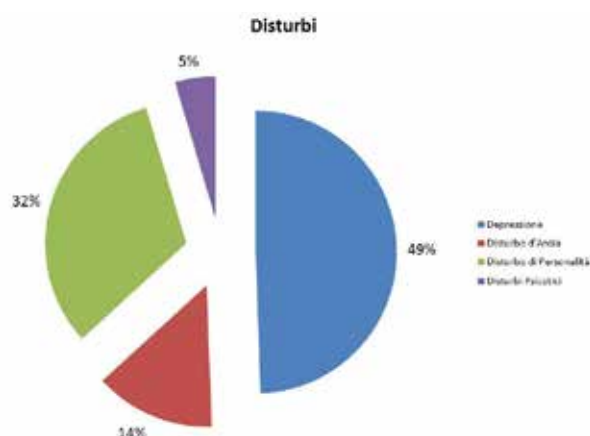
- depressione 43 soggetti
- disturbo d'ansia 12 soggetti
- disturbo di personalità 28 soggetti
- disturbi psicotici 4 soggetti

Nel campione inoltre si riscontra la compresenza di utilizzo di sostanze (cocaina e alcol) solo in 3 soggetti.

Gli operatori del servizio hanno riscontrato che le interruzioni del trattamento avvengono entro i primi otto mesi mentre, il buon esito del trattamento richiede un percorso di almeno due anni

## Conclusioni

L'impegno profuso dal dipartimento delle dipendenze dell'Asl di Lodi in questi sei anni di lavoro, e gli sforzi che ci attendono nei mesi futuri, hanno come principale obiettivo quello di garantire ai pazienti dipendenti da gioco d'azzardo e alle loro famiglie, così come già in passato fu per i tossicodipendenti o in tempi più recenti per gli alcolisti, quello spazio di cura ade-



guato alla gravità della malattia che li affligge e quella sensibilità sociale, politica ed istituzionale necessaria per orientare i programmi di prevenzione e riabilitativi affinché il gambling possa modificare definitivamente il suo status conquistando il diritto ad esserci.

Riteniamo che i risultati che stanno emergendo siano di sicuro interesse e possano avvalorare l'ipotesi proposta di identificare una struttura di personalità dipendente dove sostanze stupefacenti e gioco d'azzardo ricoprono il ruolo di equivalenti funzionali e siano sintomi sostitutivi l'uno dell'altro. La comorbidità per gambling tra i soggetti con dipendenza da eroina si conferma un fenomeno che merita un'attenzione particolare da parte degli operatori delle dipendenze patologiche.

Anche nella ricerca internazionale oggi pare ormai accreditata l'ipotesi che tra gioco d'azzardo problematico e abuso di sostanze ci siano interconnessioni, che spesso si manifestano nel sovrapporre o nel passare da una dipendenza all'altra.

A nostro parere, viste anche le ampie segnalazioni bibliografiche internazionali, appare evidente che sono numerosi gli elementi a favore dell'inclusione del gioco patologico tra le "dipendenze" ed i "disordini additivi" piuttosto che tra i "disordini degli impulsi". Infatti, anche se la "dipendenza patologica" in genere si riferiva alla dipendenza da una sostanza esterna, come droga o alcol, gli studi riportati in letteratura dagli '70 in poi hanno progressivamente ampliato la definizione di tale concetto svincolandolo dalla presenza necessaria di una sostanza e caratterizzandolo attraverso la presenza di modelli di comportamento specifici, essi stessi fonte di gratificazione per l'individuo coinvolto.

L'impegno profuso in questi anni di lavoro ha consentito di creare un linguaggio comune tra i membri dell'equipe di Lodi e di promuovere sempre più un approccio scientifico a questa nuova addiction nelle realtà di appartenenza e più in generale in Lombardia, alla luce delle competenze maturate nel trattamento delle altre dipendenze.

A nostro avviso, le equipe multidisciplinari dei Ser.t, abituate da anni ad un lavoro integrato sulle dipendenze patologiche, si prestano particolarmente bene ad accogliere il problema del gambling, sia per modalità di lavoro adottate, sia per tipologia di figure professionali presenti (anche se sarebbe auspicabile l'aggiunta di un consulente fiscale e legale nello staff, per orientare i pazienti ed i loro familiari a gestire situazioni ormai complesse e compromesse, tali da richiedere una parere tecnico specialistico, quali sono quelle che si presentano ai Servizi nel momento in cui viene finalmente formulata la richiesta di aiuto, e la possibilità di fare qualche inserimento in regime residenziale a breve termine).

.....Infine il gioco da giocare è sicuramente quello di ampliare le forze in gioco creando collaborazione tra il settore pubblico, quello privato e il volontariato, insistere nell'inclusione di gestori, esercenti e concessionari dei giochi all'interno di politiche e pratiche di informazione e responsabilizzazione.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association (1998), DSM IV – Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 674-677
2. Allcock, C.C. (1986), "Review: Pathological Gambling", Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 20, 259-265
3. Blaszczynski A, Nower L (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction, 97(5): 487-499.
4. Blaszczynski A.P., Buhrich N., McConaghy N. (1985), "Pathological gamblers, heroin addicts and controls compared on the E.P.Q. Addiction Scale", British Journal of Addiction, 80: 315-319
5. Blume S.B. (1997). "Pathological Gambling", in owison J.H., Ruiz P., Millman R.B. (Eds) substance abuse. A comprehensive textbook: Third Edition. Williams and Wilkins, Baltimore.

6. Bolen D.W., Boyd W.H. (1968). Gambling and the gambler, "Archives of General Psychiatry", 18, pp 617-630.
7. Boyd WH (1976). Excitement: the gambler's drug. In: Eadington WR. Ed. Gambling and society: Springfield. III: Charles C. Thomas Publisher Ltd; 371-375
8. Cancrini L. (1998), "Tossicomani e giocatori: a proposito di temerari", *Ecologia della mente*, I, *Il Pensiero Scientifico*
9. Custer, R. (1984), "Profile of the pathological gambler", *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
10. Croce M., Lavanco G., Varveri L. (2001), "Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo", in – *Aggiornamenti Sociali*, Anno 52, 6, 504-517.
11. David E., Comings MD (1998). The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums* Vol. 3(6): 20-37
12. DeCaria C, Begaz T, Hollander E (1998). Serotonergic and noradrenergic function in pathological gambling. *CNS Spectrums*. Vol 3(6): 38-47.
13. Dell L.J., Ruzicka M.F., Palisi A.T. (1981), "Personality and other factors associated with the gambling addiction", *The International Journal of the Addictions*, 16(1), 149-156
14. Dickerson, M.G. (1993), *La Dipendenza da Gioco*, Gruppo Abele, Torino.
15. Di Chiara G., Carboni E., (1991) Role of mesolimbic dopamine in the motivational effects of drug. In: *The mesolimbic Dopamine System from Motivation to Action*, John Wiley and Sons Ltd., pp.367-389
16. Gerra, G. (1998), *Tossicodipendenza e alcolismo. Un approccio clinico pratico*, Mediserve, Milano.
17. Hollander E, Begaz T, DeCaria C (1998). Pharmacologic Approches in the treatment of pathological gambling. *CNS Spectrums*. Vol. 3(6): 72-80
18. Ibanez A, Blanco C, Donahue E, Lesieur H, Perez de Castro J, Saiz-Ruiz J (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am. J. Psychiatry* 158 (10): 1733-1735.
19. Ladouceur R, Sylvain C., Boutin C., Doucet C. *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling* (2005). Casa Editrice Centro Scientifico.
20. Lesieur HR, Blume SB (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am. J. Psychiatry*; 144:1184-1188
21. Lesieur, H.R., Blume S.B., Zoppa R.M. (1986), "Alcoholism, drug abuse and gambling", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10 (1)
22. Moran, E. (1970), " Varieties of pathological Gambling", *British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597.
23. Moreno I, Saiz-Ruiz J, Lopez-Ibor JJ (1991). Serotonin and gambling dependence. *Hum Psychopharmacol* 6(suppl):S9-S12.
24. Rosenthal RJ (1986). The pathological gamblers system of self-deception. *Gambling Behav*; 2:108-120
25. Zuckerman M (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
26. Wray I., Dickerson M.G. (1981), "Cessation of high frequency gambling and "withdrawal" symptoms", *British Journal of Addiction*, 76, 401-405

# Strategie di prevenzione del gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti in Italia. L'utilizzo di strumenti evidence-based per distinguere tra promozione e prevenzione

Daniela Capitanucci

AND-Azzardo e Nuove Dipendenze

**O**biettivi: lo scopo principale dell'articolo è di mostrare come i programmi di prevenzione selettiva della dipendenza da gioco d'azzardo tra i giovani sino ad oggi siano stati realizzati in modo disomogeneo, a volte anche al di fuori di linee guida codificate basate su protocolli di efficacia validata. Si mirerà ad indagare anche quanto l'orientamento dell'ente promotore sia rilevante ai fini della tipologia ed efficacia di intervento attivato.

Metodi: sono stati analizzati quattro programmi preventivi messi a punto e realizzati da alcuni Enti negli anni dal 2006 al 2011 con competenze, obiettivi e metodologie diverse; i dati sono stati ricavati da quanto pubblicato sui progetti stessi, sia sui siti web dei promotori che su riviste scientifiche, e sono stati presi in considerazione gli esiti dei progetti stessi.

Risultati-chiave: sono emerse notevoli differenze di efficacia tra i programmi preventivi indagati.

Conclusioni: i risultati ottenuti fanno propendere in favore della necessità di affidare la prevenzione del gioco d'azzardo patologico a enti qualificati nella materia e privi di conflitto di interessi, che usino metodi sperimentali e si avvalgano nella formulazione dei progetti delle più accreditate competenze scientifiche nell'ambito della prevenzione del gioco patologico.

*Prevention strategies for pathological gambling among adolescents in Italy.  
The use of evidence-based tools to distinguish promotion and prevention*

*Objectives: the aim of the paper is to show how the programs of selective prevention of addiction to gambling among young people so far have been carried out unevenly, sometimes even outside of guidelines based on validated protocols. We also aim to investigate how the interest of the promoting organization is relevant to the type and effectiveness of the intervention.*

*Methods: four preventive programs developed and implemented in the years 2006 to 2011 by some organizations with responsibilities, objectives and methodologies were analyzed. The data were derived from what is published on these projects, both on the websites of the promoters or on scientific journals, and have been taken into account the outcomes of these projects.*

*Key results: significant differences emerged between the effectiveness of preventive programs investigated.*

*Conclusions: the results obtained argue in favor of the need to entrust the prevention of pathological gambling to qualified entities in the matter, without conflict of interests, which use experimental methods and whose projects are based on the most credible scientific expertise in the field of prevention of pathological gambling.*

**Parole chiave:** Gioco d'Azzardo Patologico, Giovani, Prevenzione, Conflitto di interessi

**Keywords:** Pathological Gambling, Young People, Prevention, Conflict of Interests

**Date:** inviato: 16/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott.ssa **Daniela Capitanucci**  
Via Manin 69 – 21100 Varese  
tel. 338 – 1342318  
e-mail: capitanucci@andinrete.it

## Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico è una forma morbosa riconosciuta dall'OMS sin dal 1980, inserito nell'ICD-10. La ricerca dimostra che i giovani, oggi molto coinvolti in attività di gioco d'azzardo, sviluppano e mantengono pensieri irrazionali col rischio di incorrere in gravi problemi. I primi contatti con il gioco d'azzardo avvengono sin dalle Scuole Primarie e l'abitudine a giocare d'azzardo è già ben consolidata in tarda adolescenza<sup>1</sup>. Quanto prima una persona inizia a giocare quanto più è a rischio di sviluppare un problema di gioco d'azzardo patologico in età adulta.

Molinaro<sup>2</sup> osserva come circa il 40% degli studenti italiani alle scuole superiori, 45.000 giovani tra 15 e 19 anni, dice di aver giocato almeno una volta nell'arco del 2008. L'incontro con il mondo dei giochi è spesso fortuito: il 52% ha iniziato a giocare per caso.

I ragazzi giocano di più rispetto alle coetanee (52,6 vs. 28,8%). Giochi preferiti sono Gratta e Vinci, Lotto, Superenalotto e simili. Tipicamente maschili, invece, slot-machine (almeno una volta il 14% dei maschi e il 4% delle ragazze) e scommesse sportive (30% dei ragazzi e appena il 3% delle femmine). Tra gli studenti giocatori, il 69% nell'ultimo mese ha speso fino a 10 euro, il 24% tra gli 11 e i 50 euro ed il 7% più di 51 euro. Simili i dati raccolti da Bono<sup>3</sup> su un campione rappresentativo di 8.582 studenti dell'ultimo biennio delle superiori: evidenziando le motivazioni al gioco, prevalgono speranza di vincita (51%) e divertimento (28%).

Gli studi di prevalenza<sup>4,5</sup> indicano una percentuale di giovani giocatori patologici maggiore degli adulti. Bastiani et al.<sup>6</sup> confermano che sebbene i giovani giochino meno degli adulti (35,7% vs. 45,3%) manifestano maggiori problemi sia in forma lieve (6,9% vs 5,8%) che severa (2,3% vs 2,2%).

Atteggiamenti e cognizioni relativi all'attività di gioco costituiscono importanti fattori di rischio o protettivi per lo sviluppo di comportamenti patologici<sup>7,8</sup>. Contucci<sup>9</sup> segnala come la spesa in gioco d'azzardo decresce con l'aumentare della cultura scientifica e quindi come la preparazione matematica sia fattore incidente per l'insorgere di patologie di dipendenza dal gioco d'azzardo. Capitanucci et al.<sup>10</sup> rilevano come giocare per rilassarsi, per abitudine o per dimostrare abilità sia correlato al rischio di gioco patologico. Bastiani et al.<sup>6</sup> notano che i ragazzi che disapprovano il gioco d'azzardo manifestano meno comportamenti di gioco patologico.

Un fenomeno da considerare è il poker online, sia a torneo che cash, stante l'elevata propensione dei giovani fino ai 30 anni di dedicarsi in modo rilevante. Secondo Bedrina<sup>11</sup> si tratta delle nuove leve del poker: tra 18 e 30 anni (ma anche minorenni che aggirano le barriere del web riuscendo ad aprire conti-gioco) sono studenti, impiegati, disoccupati; giocano solo online e il poker viene visto e «studiato» in quanto fonte di guadagno. Spesso giocano a livelli troppo alti per le loro possibilità e giocare diventa lo scopo della giornata. Possono praticare questa attività fino a 18 ore al giorno, con circa 2'000 - 2'500 mani, anche su 16 tavoli contemporaneamente.

Inseguendo il sogno di diventare Professional Poker Players molti abbandonano studi o lavoro sperando di ottenere contratti con le poker room online per giungere velocemente al successo ed emulare idoli quali Tom Dwan o Dario Minieri, diventando a loro volta star del circuito, guadagnando molto denaro, trasformando una passione in un lavoro, acquisendo fama e popolarità, viaggi di lusso, suite e limousine. Anche senza risultati, molti tentano la strada del professionismo pensando di farcela prima o poi: ma nel frattempo dilapidano denaro, smettono di investire sulla costruzione del loro futuro, ad esempio interrompendo gli studi, in maniera così evidente da destare la preoccupazione di docenti e genitori.

Infine, anche l'esposizione a pubblicità di giochi d'azzardo (non selettiva, spesso in onda in fasce protette o in popolari programmi di intrattenimento) è piuttosto rilevante: televisione, radio, web, riviste, giornali, affissioni in città e sui mezzi di trasporto presentano allettanti inviti a giocare inducendo a credere che giocare d'azzardo sia divertente, eccitante ed un buon modo per fare soldi facilmente.

L'accesso facile al gioco e la crescente prevalenza di gioco patologico tra i giovani dovrebbero quindi essere considerati questioni di interesse pubblico anche in Italia, prevedendo iniziative di prevenzione mirate. Ma quale prevenzione può essere utile?

La prevenzione ha come oggetto la protezione della salute da un punto di vista fisico, psichico e sociale e, citando Caplan<sup>12</sup>, distinguiamo azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria che integrate da modelli più aggiornati descritti in seguito possono fornire una prima traccia per guardare al problema.

La prevenzione primaria, finalizzata ad impedire l'emergere di malattie e situazioni sociali deleterie per l'equilibrio psicologico e le condizioni sociali dell'individuo, si attua o in assenza di comportamenti di gioco d'azzardo o in presenza di gioco sano. La letteratura internazionale suggerisce di lavorare sulla popolazione per favorire la comprensione esatta delle reali possibilità di vincita (evitando suggestioni illusorie di facili guadagni, neppure tramite i media).

Si deve allertare la clientela dei giochi d'azzardo sugli elementi che stimolano la compulsione (velocità, facilità, possibilità di ripetizione delle giocate, illusione di controllo, ecc.), monitorando tali indicatori specifici per legge tra i produttori e gli esercenti dei giochi (approntando ad esempio slot-machine, VLT e altri prodotti di gioco normati anche sotto questo profilo).

Si debbono infine prevedere misure di allerta rapida nei casi in cui si rilevi un evidente scollamento tra le proprie disponibilità economiche ed il denaro investito al gioco.

La prevenzione secondaria riguarda gli interventi rivolti alla cura precoce dell'individuo, grazie ad una diagnosi tempestiva ai primi segnali di disagio. Si attua all'inizio del gioco eccessivo, anche tramite esclusione imposta.

La prevenzione terziaria riguarda gli interventi tesi a impedire il progredire di una malattia conclamata mediante trattamento, azioni di cura e riabilitazione in presenza di gioco

patologico.

I nuovi sistemi di classificazione per la prevenzione, pragmatici e funzionali per la definizione di progetti, si basano su una diversa focalizzazione dei target degli interventi<sup>13</sup>. Ci si riferisce agli approcci universali (desiderabili per tutta la popolazione senza considerare profili di rischio), selettivi (rivolti a sottogruppi di popolazione il cui rischio di sviluppare un determinato problema è significativamente maggiore rispetto alla media) e mirati (applicabili a soggetti portatori di chiari segni o sintomi prodromici tali da doverli considerare vulnerabili o ad alto rischio).

Evidentemente la prevenzione educativa non è e non può essere un atto avulso dal contesto in cui si colloca: anche i migliori strumenti possono risentire di un contesto sfavorevole laddove si intenda valutarne i risultati di efficacia a lungo termine e andrà necessariamente considerata l'adesione ad un approccio salutogenico<sup>14</sup>.

Infatti la complessità del fenomeno del gioco d'azzardo lecito in Italia, densa di ambiguità e contraddizioni, deve essere necessariamente tenuta in conto. La prevenzione è efficace solo attraverso un'azione collettiva nelle quattro aree descritte da Croce e Vassura<sup>15</sup>: l'asse strutturale, quello della relazione educativa, quello dell'informazione e non ultimo quello della partecipazione alla costruzione del capitale sociale. Queste aree sono tutte simultaneamente necessarie ed interdipendenti, dal momento che come afferma Graf<sup>16</sup>, specie in tempi di riduzione di risorse da destinare ad interventi di politica sociosanitaria, gli approcci educativi pur molto popolari, generalmente sono costosi e a rischio di scarsa efficacia specialmente se non integrati e a sé stanti, mentre gli approcci strutturali e politici (fatti di norme e sanzioni, ma anche di stanziamenti adeguati, programmazione partecipata e scelte politiche) sebbene meno popolari, sono certamente meno costosi e piuttosto efficaci.

Anche l'approccio del marketing preventivo per contrastare il consumo di sostanze e favorire l'adesione volontaria a stili di vita sani descritto da Serpelloni e Candio<sup>17</sup> fornisce interessanti spunti se applicato alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico a partire dall'analisi dei bisogni che vengono soddisfatti attraverso questo tipo di consumo.

Pertanto la prevenzione del gioco d'azzardo patologico risulta un atto complesso da affidare agli specialisti del settore, e le azioni preventive per ritenersi efficaci debbono essere evidence-based e necessariamente inquadrare nel contesto della salute pubblica.

Scopo principale del presente articolo è di valutare quattro recenti progetti con finalità preventiva mettendone in luce punti di forza e punti di debolezza.

## Materiali e Metodi

Sono stati descritti e analizzati quattro interventi di prevenzione educativa rivolti a studenti delle scuole superiori o dell'ultimo anno delle scuole medie inferiori, condotti dopo

il 2005. Due di questi erano promossi e gestiti dall'AAMS, Ente che gestisce l'offerta di gioco lecito in Italia, e due sono stati realizzati da AND-Azzardo e Nuove Dipendenze, associazione di promozione sociale che dal 2003 si occupa di prevenzione, sensibilizzazione, formazione, ricerca e trattamento sul gioco d'azzardo.

Il campionamento è stato effettuato con un metodo non probabilistico mediante scelta ragionata, essendo i quattro progetti individuati con un procedimento razionale non del tutto casuale ma soggettivamente impostato. Sono state selezionate unità tipo che in base all'esperienza della scrivente rappresentavano bene le caratteristiche della popolazione indagata. In particolare, erano note a priori alcune caratteristiche della popolazione oggetto dell'indagine (ad esempio, la durata e il target degli interventi preventivi che erano assimilabili nei quattro casi considerati; come pure se l'ente promotore del progetto fosse o meno direttamente finanziato/coINVOLTO nel business del gioco d'azzardo, fattore che si configurava come possibile variabile). Nell'operare questa scelta di campionamento si era consapevoli di alcuni limiti che possono attenuare la possibilità di estendere i risultati ottenuti ad un contesto più ampio: tra questi, i bias legati alla qualità e quantità di informazioni disponibili nell'operare la scelta, nonché il grado di esaustività e veridicità di tali informazioni, oltre al grado di obiettività dell'operatore che ha selezionato il campione. Tali limiti si ritengono tuttavia accettabili vista l'oggettività delle variabili considerate e l'elevato grado di conoscenza del settore da parte dell'operatore che ha operato il campionamento, dal momento che è noto che i risultati sono tanto più attendibili quanto sono i più noti caratteri che hanno guidato la selezione. Inoltre, questo è il primo studio esplorativo ad oggi realizzato in Italia.

## Il progetto "Giovani e Gioco"

Nel luglio 2009 AAMS\*, in collaborazione con MIUR\*\* e Civicamente S.r.l., lancia questo progetto che entra nelle scuole superiori dall'a.s. 2009/10, rivolto agli studenti delle ultime tre classi<sup>18</sup>. Gli intenti dichiarati sono di fornire informazioni sull'attività e compiti di AAMS, soprattutto a contrasto del gioco illegale, per generare stima e fiducia nel suo operato. L'idea di fondo è quella di portare il "gioco responsabile" nelle scuole promuovendo il messaggio che "la misura è il modo migliore per giocare divertendosi".

A detta degli stessi estensori del progetto "con tale iniziativa di prevenzione l'AAMS ha voluto sensibilizzare i ragazzi non ancora maggiorenni sui rischi del Gioco Patologico per generare in ognuno una coscienza del gioco legale e responsabile, facendo sì che ciascuno possa diventare un adulto in grado di comprendere che la misura è la migliore soluzione per giocare divertendosi ed evitare pericolose conseguenze".

Civicamente e Uffici Scolastici Regionali hanno divulgato l'operazione nelle scuole capillarmente in dodici Regioni italia-

\*AAMS: Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato

\*\*MIUR: Ministero dell'Università e Ricerca

ne, raggiungendo un significativo numero di studenti<sup>19</sup>.

La fase operativa doveva snodarsi in due momenti fondamentali: la formazione dei formatori e la lezione in classe. Sempre secondo i titolari del progetto “Si arriva agli alunni tramite gli insegnanti e gli operatori delle Asl, debitamente formati tanto sulle tecniche comunicative e gli strumenti educativi da utilizzare, quanto sulle nozioni medico-scientifiche strettamente connesse alla tematica”. Lo strumento principale del percorso educativo è l’open mind, metodologia di Civicamente, frutto di una ricerca attenta sulle caratteristiche psico-pedagogiche dei giovani, lungamente condotta e successivamente perfezionata dagli autori. Basato sull’intervista doppia, l’approfondimento nozionistico e l’associazione d’idee, l’open mind secondo i suoi autori arriva a coinvolgere la globalità della persona, nel suo aspetto emotivo, cognitivo e psicologico. Domande stimolo, discussioni aperte e sondaggi psicologici, inoltre, fanno da corollario allo strumento per aiutare i giovani a sviluppare una coscienza critica sulla tematica. Attraverso un percorso coinvolgente, vengono veicolati i contenuti stabiliti con AAMS. Il metodo proposto è effettivamente accattivante, tuttavia la presentazione del progetto agli operatori della salute del territorio italiano (SerT e Associazioni) suscita in più sedi numerose proteste legate proprio ai contenuti che attraverso il progetto vengono proposti; ma il progetto va avanti. Anzi, viene potenziato inserendo alcuni video sul canale di Youtube Aamsgiocolegale nel mentre attivato<sup>20</sup>.

Dopo il primo anno sperimentale, nell’a.s. 2010/11 il pacchetto preventivo viene ulteriormente diffuso nonostante le proteste attive di alcune associazioni che hanno inoltrato le proprie segnalazioni agli Istituti Scolastici, agli USP, agli USR e al MIUR. Si dovrà attendere dicembre 2011 affinché si prenda in considerazione di valutare i rischi ed i benefici di questo progetto, che nel mentre finisce all’attenzione del Governo ad opera di un gruppo di senatori e parlamentari.

### Il progetto “Il Gioco fa Scuola”

“Giovani e gioco” non è il primo progetto di questo genere. Già nel 2006 sempre AAMS e MPI<sup>\*\*\*</sup> lanciavano “Il gioco fa scuola”<sup>21</sup>, in cui un’equipe di specialisti avrebbe illustrato le attività legate al gioco pubblico. In realtà, anche in questa iniziativa i contenuti proposti apparivano piuttosto confusivi e poco rilevanti ai fini della prevenzione specifica del gioco d’azzardo patologico. Alla base di questo percorso educativo, secondo i promotori, vi era infatti “l’intento di promuovere fra gli studenti l’adesione ad una cultura della legalità nel gioco come pratica da diffondere nella comunità scolastica e nella vita quotidiana”. Si leggeva ancora che “proprio per questo AAMS, convinta dell’alto valore sociale che il gioco pubblico ricopre, conferma, ancora una volta, la volontà di continuare a fornire ai giovani una corretta informazione sui possibili rischi legati, in particolare, alla diffusione di siti illegali sul web”.

<sup>\*\*\*</sup>MPI: Ministero Pubblica Istruzione - Direzione Generale per lo Studente

Il progetto prevedeva inoltre la distribuzione di materiale informativo alle classi di studenti di età prossima ai 18 anni, comprese le brochure dei vari prodotti di gioco d’azzardo legale.

Avere informazioni sul progetto, al di là dei comunicati stampa o quanto reperito online, non è stato semplice né veloce. Altre iniziative preventive venivano realizzate negli stessi anni, basandosi sulle conoscenze teoriche accreditate sul gioco d’azzardo patologico e documentate a livello internazionale, sottoponendo i fruitori a trial con pre-test e post-test, gruppi sperimentali e campioni di controllo, per verificarne l’efficacia prima di dichiararle efficaci ed estendibili ad altri.

### Il progetto “Il caso Lucky non si può influenzare”

Il progetto, realizzato in collaborazione con l’ASL di Sondrio su finanziamento della Regione Lombardia e con la supervisione scientifica del professor Ladouceur, si basava sulla presentazione nelle classi terze medie inferiori di un video adattato da AND.

L’equipe di Ladouceur ha realizzato e validato in Canada questo programma finalizzato a modificare conoscenze ed attitudini degli adolescenti riguardo al gioco d’azzardo, principalmente lavorando sulle loro percezioni erronee sul caso<sup>1,22</sup>. Tra gli strumenti privilegiati vi è un video di 20 minuti che illustra il concetto fondamentale dell’indipendenza delle puntate e chiarisce altri frequenti errori cognitivi che contribuiscono ad innescare la perdita di controllo sul proprio comportamento di gioco d’azzardo favorendo lo scivolamento nel gioco patologico. I risultati canadesi già avevano mostrato l’elevata efficacia di questo strumento nel modificare le percezioni erronee dei giovani riguardo la nozione di azzardo e di caso. Capitanucci et al.<sup>23</sup> hanno curato l’adattamento italiano del filmato (traduzione, rielaborazione e doppiaggio) verificando che le differenze culturali non ne attenuassero l’efficacia mediante test su 220 studenti delle classi terze medie della provincia di Sondrio, in tre momenti ripetuti (pretest, post-test e follow-up dopo sei mesi) e utilizzando tre diverse condizioni sperimentali (gruppo sperimentale video; gruppo sperimentale video con attivazione in classe; gruppo di controllo, senza alcun intervento sostenuto).

### Il progetto “Una guida cartacea sui rischi del gioco d’azzardo”

Nell’ambito del tavolo tecnico interministeriale finalizzato ad individuare iniziative concrete e valutabili in relazione alla dipendenza da gioco d’azzardo e del più ampio progetto “prevenzione dei rischi connessi al gioco d’azzardo patologico in età evolutiva”, nel 2008 il MIUR commissionava ad AND - per tramite dell’IC 66 Martiri di Grugliasco (To) - l’incarico di realizzare “Una guida sicura sui rischi del gioco d’azzardo - dai rischi del gioco d’azzardo al gioco d’azzardo sicuro”, in versione cartacea, rivolta in particolar modo agli studenti del biennio delle scuole secondarie.

La guida “Scommettiamo che non lo sai?”, specificamente

ideata per correggere le cognizioni erranee ed aumentare le conoscenze sul gioco d'azzardo, è stata predisposta attraverso un articolato lavoro con gli studenti e sottoposta a verifica dell'efficacia con metodologia sperimentale in due momenti ripetuti (pretest e post-test in un campione sperimentale e in un campione di controllo). I test sono stati valutati per la loro capacità di generare cambiamento in una coorte di 189 studenti delle classi terze di un Istituto Comprensivo e tre Scuole Superiori nel torinese<sup>24</sup>.

## Risultati

Gli strumenti usati per valutare il grado di efficacia dei progetti si rifanno alle linee guida dell'EMCDDA<sup>25</sup> e del NIDA<sup>26</sup>. Tuttavia, visto che gli elementi necessari alla valutazione secondo questi modelli non sempre erano rintracciabili in tutti i progetti considerati la valutazione è occorsa restringendo lo sguardo alla presenza o assenza di cognizioni erranee relativamente al gioco d'azzardo, stante che tale fattore in letteratura è correlato all'insorgenza e strutturazione di un problema di discontrollo. Quindi si è analizzata la documentazione disponibile per rilevare indicatori di presenza/assenza di cognizioni erranee espresse dai fruitori degli interventi preventivi oggetto del presente studio e di percorsi atti a ridurre l'incidenza quale indicatori di efficacia dell'intervento stesso.

Del progetto "Giovani e Gioco" non si è trovata verifica sperimentale dei risultati ottenuti. La sua valutazione dunque è stata possibile solo attraverso l'analisi dei contenuti del progetto che hanno mostrato diverse criticità. L'iniziativa invita i giovani a mettersi in gioco responsabilmente, senza definire in maniera netta il confine tra ludico e azzardo. Il gioco d'azzardo viene proposto come una esperienza accessibile, formativa, una via alternativa all'apprendimento tradizionale; il rischio è rappresentato come uno strumento fondamentale per maturare, crescere ed evolversi. L'intera campagna contiene riferimenti letterari e antropologici al gioco come bisogno insito nella storia e nella natura umana, confondendo spesso i concetti non equivalenti di gioco e gioco d'azzardo. Nel dvd illustrativo non sono fornite le importanti ragioni che hanno indotto il legislatore a porre il divieto del gioco d'azzardo ai minorenni. Non vengono rese accessibili le caratteristiche strutturali dei giochi d'azzardo e non vengono minimamente trattati i pensieri erronei tipici (superstizioni, illusione di controllo, indipendenza delle puntate, probabilità, ecc.). Anzi, nel dvd sono contenute immagini fuorvianti quali ad esempio che "Evolve chi si prende una giusta dose di rischio, mentre è punito chi non rischia mai o chi rischia troppo" oppure che "Ci si attacca alla rete, al cellulare, alle slot-machine o ai video-poker parcheggiati nei bar per dare risposta al primordiale bisogno di vincita che l'essere umano ha in sé", oppure che "Si può giocare ovunque, sempre e comunque", o infine, riferendosi al gioco d'azzardo online, che "Non c'è bisogno di cercare compagni di gioco come si faceva da bambini, perché questo gioco è spesso solitario e decontestualizzato". Il gioca-

tore patologico viene raffigurato come una persona irresponsabile, che per incuria o per dolo gioca in modo incontrollato, lasciando trapelare l'idea che puntando sulla propria capacità di autocontrollo ed autolimitazione sarà possibile evitare situazioni di dipendenza. Altra nota critica è che il progetto si conclude con un test rivolto agli studenti, il cui esito prevede l'identificazione in tre "profili": il trasgressivo, l'equilibrato e l'integerrimo con lo spirito del bacchettone. Chi decide di non giocare qualificato come una persona rigida che non sa divertirsi.

"Il Gioco fa Scuola" prevedeva una verifica della sua efficacia solo parziale e non sperimentale. Anche in questo caso le considerazioni valutative sono desunte da indicatori indiretti: da un lato, al termine degli interventi d'aula i fruitori partecipavano ad una indagine conoscitiva sul tema "i ragazzi e il gioco" per misurare i loro apprendimenti; dall'altro, il progetto si concludeva con un concorso a premi cui partecipare con elaborati scritti, grafici o multimediali.

Dopo l'esecuzione dell'intervento i 722 ragazzi interpellati mostravano scarsa consapevolezza dei rischi ed elevata propensione verso giochi tecnologici estremamente veloci.

Anche i tre prodotti premiati al concorso non mostrano che l'attività svolta abbia consentito ai ragazzi di acquisire concetti realistici correlati alla natura dei giochi d'azzardo, di comprendere gli elementi salienti della dipendenza, né che abbia stimolato la costruzione di life skills efficaci per proteggersi dal rischio di discontrollo al gioco.

L'elaborato scritto<sup>27</sup> pur descrivendo in modo appropriato il craving tipico del giocatore patologico e alcuni comportamenti caratteristici quali chasing, menzogne, attesa illusoria di vincita, fallisce gravemente quando si conclude descrivendo un giocatore patologico che sulla base del conflitto interiore sceglie di non recarsi a giocare (sminuendo la perdita di controllo che è tratto distintivo della patologia, dal momento che la persona non è più libera di non giocare, e restituendo un'idea che "basti volerlo per recedere") e fallisce ancor di più nell'identificare le caratteristiche distintive del gioco d'azzardo, ben diverso dal gioco ludico, in particolare tralasciando il ruolo determinante del caso. Le funzioni evolutive connesse allo svolgimento di giochi ludici (socializzazione, piacere, evasione, utilità per sviluppare la personalità, ecc.) vengono acriticamente traslate sul gioco d'azzardo, che assume una connotazione positiva purché svolto entro le regole certe della legalità. Inoltre, calcando la mano sull'illegalità quale principale fonte di pericolo non viene fatta menzione ai rischi comunque insiti in ogni gioco d'azzardo anche legale. Passa il messaggio che a difenderci ci pensa AAMS (Appendice 1). Lo slogan del manifesto vincitore nella sezione grafica<sup>28</sup> recitando "Il lotto può essere un muro invalicabile se non usato con intelligenza e coscienza" mostra una comprensione superficiale delle dinamiche di sviluppo del problema del gioco d'azzardo patologico, che poco hanno a che fare con intelligenza e coscienza. Infine, il vincitore della sezione multimediale<sup>29</sup> realizzando un prodotto di assoluta abilità (La Torre di Hanoi, gioco elettronico basato sul riposizionare alcuni

elementi secondo una logica precisa per ottenere il risultato atteso, che con l'azzardo nulla ha a che vedere) nuovamente attesta una scarsa comprensione delle caratteristiche di giochi il cui esito è legato al caso.

Dai prodotti realizzati dagli studenti premiati nell'iniziativa quindi, pur senza una verifica sperimentale, risulta abbastanza evidente l'inefficacia dell'intervento preventivo proposto. I risultati dei programmi che negli stessi anni venivano messi a punto da AND mostrano invece cambiamenti significativi e misurabili.

Il video di Lucky incrementa le conoscenze dei soggetti e modifica le loro cognizioni erranee sia nell'immediato che a sei mesi dall'esposizione, e i cambiamenti riguardo i pensieri erranei si mantengono nel tempo anche se al video non veniva associato nessun altro intervento, come mostra la fig. 1.

Risultati analoghi sono stati riscontrati ad ogni uso dello strumento, dimostratosi sempre efficace nelle numerosissime repliche di sperimentazione con pre e post-test effettuate nel corso di questi anni presso svariati istituti scolastici in varie zone d'Italia. Attualmente un recente studio indipendente condotto all'Università di Firenze (Donati M.A. et al.\*\*\*\*) ha nuovamente attestato la sua validità nel modificare le cognizioni erranee degli studenti.

Un pregio del video risiede nella facilità ed economicità di inserimento nei curricula scolastici delle scuole dell'obbligo senza necessità di ulteriori interventi o competenze sul gioco d'azzardo.

Anche i risultati relativi all'efficacia della guida cartacea "Scommettiamo che non lo sai?" sono stati incoraggianti. Il testo proposto incrementava significativamente le conoscenze dei soggetti e modificava le loro cognizioni erranee. Sono state osservate differenze significative ( $p \leq 0.001$ ) sia nel raffronto dei punteggi totali del questionario che nelle rispettive sottoscale dei pensieri erranei ( $p \leq 0.001$ ) e conoscenze ( $p \leq 0.001$ ) fra la prima e la seconda misurazione. Nel gruppo sperimentale si assisteva ad un incremento del numero di risposte corrette tra prima e dopo l'intervento, cosa che non accadeva nel gruppo di controllo, dove il numero di risposte corrette rimaneva invariato dal pre test al post test, con un migliore risultato relativo al cambiamento sulla scala dei pensieri erranei, come mostrato in Tab. 1.

## Discussione

La prevenzione dei comportamenti di dipendenza prevede di accrescere i fattori di protezione e ridurre i fattori di rischio (26, 30), ed è stato dimostrato che un intervento precoce ha spesso un impatto maggiore che non un intervento operato successivamente<sup>31</sup>. L'OMS\*\*\*\* suggerisce di realizzare un numero consistente di sessioni a carattere educativo sin dai

\*\*\*\*Donati A.M., Primi C. e Chiesi F. A Training To Promote A Responsible Gambling Behavior Among Adolescents. Results From An Italian Sample. Journal of Primary Prevention. Submitted.

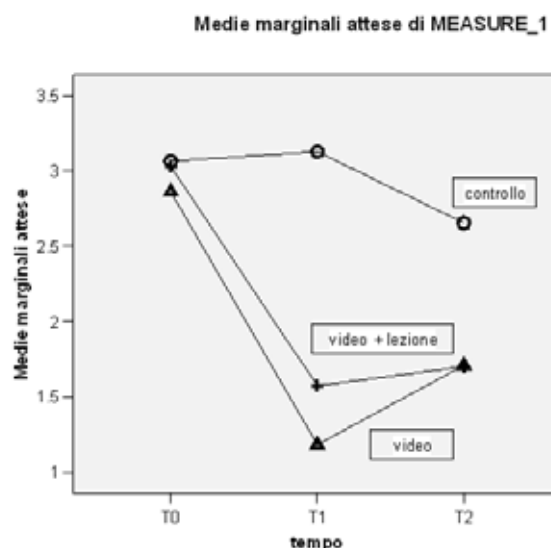


Fig. 1: - Media del Numero di Errori Totali (Pensieri Erranei + Conoscenza) prima dell'intervento (T0), dopo il primo (T1) e dopo il secondo (T2) follow up nella sperimentazione dell'adattamento del video di Lucky.

\*\*\*\* OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

primi anni di scuola intervenendo con azioni di prevenzione mirate e tempestive per contrastare il procedere del percorso rischio avviato, rafforzando i fattori protettivi<sup>32</sup>, anche se fattori di rischio e l'abuso di sostanze<sup>33</sup>.

Il presente studio evidenzia la necessità di utilizzare strumenti quanto più possibile validati e standardizzati per garantire la riproducibilità degli interventi preventivi, al fine di mantenerne l'efficacia scientificamente dimostrata e minimizzare l'interferenza del fattore umano tipica di programmi non standardizzati.

Ma anche evidenzia la necessità di dotarsi di una chiara definizione dei fattori di protezione da accrescere e fattori di rischio target dei programmi preventivi, riferendosi alla letteratura accreditata nel campo del gioco d'azzardo.

Il video di Lucky e l'intervento con la guida "Scommettiamo che non lo sai?" rispondono a questi criteri: sono somministrati precocemente (il video tra 11 e 14 anni ed immediatamente dopo la guida) quando si auspica che i contatti diretti tra preadolescenti e giochi d'azzardo siano limitati, e proprio mentre il pensiero operatorio formale si sta sviluppando. Secondo Piaget infatti è in questo stadio evolutivo che il preadolescente acquisisce la capacità del ragionamento astratto ipotetico-deduttivo, potendo dunque il giovane impadronirsi al meglio dei contenuti del video e della guida, strutturando concetti appropriati in relazione alle caratteristiche del gioco d'azzardo proprio mentre questi concetti si stanno formando e consolidando<sup>34</sup>.

Il video di Lucky e la guida inoltre, dimostrandosi efficaci nella modificazione delle cognizioni erranee, secondo l'approccio cognitivo-comportamentale, agiscono nella direzione identificata dalle linee guida cui debbono attenersi i progetti di prevenzione in quanto incentivano il potenziamento delle

life skill, definite dall'OMS come "quelle abilità che mettono in grado un individuo di adottare strategie efficaci per affrontare i diversi problemi della vita quotidiana<sup>32</sup>. Questi strumenti incrementano la possibilità di adottare strategie efficaci per approcciarsi al gioco d'azzardo: concorrono a formare un maggiore Senso Critico (altra life skill fondamentale) fornendo in relazione al gioco d'azzardo le risorse indispensabili per analizzare informazioni ed esperienze in modo oggettivo, soppesando vantaggi e svantaggi, riconoscendo e valutando i diversi fattori che influenzano gli atteggiamenti e il comportamento, quali ad esempio probabilità di vincere, pressioni dei coetanei e influenza dei mass-media (agevolando il processo di Problem Solving) favorendo una decisione più consapevole. Ciò esita nel potenziamento di un'altra life skill nodale, la Capacità di Prendere Decisioni (Decision Making), basata sul saper scegliere in modo cosciente e costruttivo nelle diverse situazioni e contesti di vita. Saper elaborare in modo attivo il processo decisionale in relazione alle scelte sull'azzardo può avere implicazioni positive sulla salute valutando le diverse opzioni e le conseguenze che esse implicano.

Griffin et al.<sup>35</sup> considerano proprio il life skill training tra i modelli preventivi dell'uso di sostanze maggiormente validato negli ultimi venti anni, con effetti positivi sia a breve che a lungo termine. Possiamo ipotizzare la sua efficacia anche nel prevenire le dipendenze senza sostanze, gioco d'azzardo patologico incluso, specializzando un life skill training ad hoc adeguato al fronteggiare l'incontro con questa attività.

## Conclusioni

I risultati esposti inducono ad accogliere con cautela interventi preventivi non valutati, non evidence-based e non condotti da accreditati specialisti nel gioco d'azzardo patologico, prima di introdurli in modo diffuso tra i giovani. Queste tre caratteristiche (valutazione degli interventi, introduzione di interventi a tappeto solo se evidence-based e specialisti della materia quali garanti dei processi preventivi) dovrebbero essere simultaneamente presenti in ogni programma preventivo sul gioco d'azzardo patologico che entra in contatto con i nostri ragazzi.

L'analisi dei quattro progetti ha mostrato anche come in questo ambito non sia indifferente chi abbia promosso l'azione preventiva. Sino ad ora infatti le politiche sul gioco d'azzardo sono state gestite più dalla parte dello Stato che ha il compito di coordinare legalità e offerta dei giochi d'azzardo (AAMS/Ministero Economia e Finanze), che dalla parte più prettamente Sanitaria, Sociale e di coltivazione del capitale umano del nostro Paese (Ministero della Salute, Ministero della Gioventù, del Lavoro, delle Politiche Sociali, dell'Istruzione) alla quale dovrebbe spettare la formulazione di politiche sanitarie, sociali e in favore della gioventù.

Invece in questi delicati settori (prevenzione e cura della dipendenza da gioco) sono stati direttamente coinvolti oltre all'AAMS anche i concessionari che attraverso la collabora-

Gruppi	I <sup>a</sup> mis.		II <sup>a</sup> mis.		Sig.	
	media	ds	media	ds	t	p
Sperimentale (n=96)						
punteggio totale	46.26	± 6.02	42.07	± 7.60	4.22	0.000
pensieri erranei	22.98	± 3.73	20.37	± 4.62	4.30	0.000
conoscenze	23.27	± 3.23	21.69	± 3.71	3.96	0.000
Controllo (n=93)						
punteggio totale	47.04	± 5.81	47.52	± 6.20	0.54	ns
pensieri erranei	23.38	± 3.38	23.58	± 3.73	0.51	ns
conoscenze	23.65	± 3.37	23.90	± 3.22	0.61	ns

Tab. 1 - Punteggi a confronto fra I<sup>a</sup> e II<sup>a</sup> misurazione, prima e dopo l'intervento di sperimentazione della guida cartacea "Scommettiamo che non lo sai?".

zione con associazioni di consumatori, genitori, università o enti che si occupano di dipendenze sono entrati nel merito anche di temi quali la salute e la prevenzione, definendone contenuti e obiettivi.

L'esperienza in altri ambiti, quali ad esempio quello del tabacco<sup>36</sup> e dell'industria alimentare<sup>37</sup>, mostra come sia difficile conciliare gli interessi dell'industria con quelli della collettività, anche per quel che riguarda la protezione della salute, e come quindi sia rischioso in termini di conflitto di interessi assegnare un ruolo di regolatore di tali cruciali attività socio-sanitarie ad enti che siano direttamente sponsorizzati dall'industria del gioco d'azzardo, specialmente in assenza di linee guida stilate da organismi super partes al fine di garantire la promozione e la tutela della salute pubblica.

La comunità scientifica accreditata internazionale ha ormai fatto proprio tale principio così profondamente che tutte le riviste scientifiche aderenti all'International Committee of Medical Journal Editors richiedono agli aspiranti autori di sottoscrivere un modulo di autodichiarazione attestante la presenza o meno di conflitti di interesse nelle ricerche che si intende pubblicare<sup>38</sup>.

Come dimostrano gli studi internazionali, ormai numerosi sul punto, è necessario che il contributo economico dei concessionari o degli altri organismi coinvolti a qualsiasi titolo nel business, sia acquisito dai Ministeri competenti per le aree Salute, Sociale, Gioventù, Istruzione, Famiglia, sottoforma di tassazione dedicata, in modo che questi possano predisporre le azioni più opportune eventualmente assegnando parti dell'intervento ad enti qualificati in materia, evitando in questo modo il conflitto di interessi.

Le implicazioni del presente contributo dunque mirano anche a segnalare tale delicata situazione a cui in futuro andrà prestata debita attenzione, consapevoli di quanto sia sottile la linea di confine tra prevenzione e promozione del gioco

d'azzardo mediante campagne preventive destinate ai giovani e dunque di quanto sia determinante adoperarsi e vigilare affinché ci si doti esclusivamente di buone prassi scientificamente documentate.

## Ringraziamenti

Ringrazio tutti coloro che hanno collaborato e consentito la realizzazione dei progetti preventivi evidence-based descritti in questo articolo. Ciò dimostra che è possibile realizzare interventi di prevenzione efficaci, a costi contenuti e liberi da conflitti di interessi.

## Bibliografia

1. Ferland F., Ladouceur R., Vitaro F. (2002). "Prevention of problem gambling: modifying misconceptions and increasing knowledge", *Journal of Gambling Studies*, 18, 19-30.
2. Molinaro S. (2009). Comunicato stampa "Indagine 'Gambling' sulla popolazione italiana" – ESPAD 2008. Istituto di Fisiologia Clinica Ifc-Cnr - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari. [http://www.stampa.cnr.it/docUfficioStampa/comunicati/italiano/2009/Luglio/70\\_lug\\_2009.htm](http://www.stampa.cnr.it/docUfficioStampa/comunicati/italiano/2009/Luglio/70_lug_2009.htm) - sito consultato il 7.4.12.
3. Bono P. (2009). Rapporto Gioco e giovani. Nomisma. Società di studi economici. Bologna. [http://www.nomisma.it/fileadmin/User/OSS\\_GIOCO/Presentazione\\_Rapporto\\_Nomisma\\_GiocoGiovani.pdf](http://www.nomisma.it/fileadmin/User/OSS_GIOCO/Presentazione_Rapporto_Nomisma_GiocoGiovani.pdf) - sito consultato il 7.4.12.
4. Arsenault F., Ladouceur R., Vitaro F. (2001). Consommation de psychotropes et jeux de hasard: prévalence, coexistence et conséquences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 42:173-184.
5. Stinchfield R., Winters K.C. (1998). Gambling and problem gambling among youths. *ANNALS AAPSS*, 556:172-185.
6. Bastiani L., Gori M., Colasante E., Siciliano V., Capitanucci D., Jarre P., Molinaro S. (2011). "Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy". *Journal of Gambling Studies*, vol. 27, n. 4.
7. Derevensky J.L., Gupta R. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *J Gambl Stud*, 14:319-345.
8. Gupta R., Derevensky J.L. (2000). Adolescents with gambling problems: from research to treatment. *J Gambl Stud*, 16:315-342.
9. Contucci P. (2012). Una questione di soldi. *Social News*. 03/2012.
10. Capitanucci D., Biganzoli A., Smaniotto R. (2009). Il futuro in gioco? Personalità/Dipendenze. Vol. 15. Fascicolo 2, pp. 119 -130.
11. Bedrina D. (2011). Slide del workshop "I segreti del poker". Organizzato da AND-Azzardo e Nuove Dipendenze con il patrocinio di ALEA a Cassano Magnago, 23 Settembre.
12. Caplan R.D. (1979). Social support, person-environment fit and coping. In L.F. Furman, J. Gordi (eds.) *Mental health and economy*. Kalamazoo: Upjohn Institute for employment Research, 2000.
13. Burkhart G., Benedusi M., Sciorra M. (2007). Finalità ed obiettivi della prevenzione. Uno sguardo all'Europa. In: Marino V., Serpelloni G. *Marketing Preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe*. Pubblicazione nell'ambito del progetto della Provincia di Varese "Gli stili di vita per la prevenzione delle tossicodipendenze". Varese.
14. Capitanucci D., Smaniotto R. (2011). "Gruppi di auto aiuto e lavoro sul territorio nel gioco d'azzardo patologico". Itaca. "Gambling: dati, ricerca, interventi". N. 33/2011.
15. Croce M. e Vassura M. (2008). I quattro assi della prevenzione. Dall'inflazione del disagio giovanile al minimalismo preventivo. *Animazione Sociale*. 225, vol. XXXVIII, pp. 21 - 36.
16. Graf M. (2005). Une seule stratégie de prévention pour toutes les addictions?. Atti del convegno: Prévention du jeu excessif et recherche: de la législation à l'action. UNIL. Lausanne (CH). 1 e 2.03.2005. <http://www.jeu-excessif.ch/pdf/congres/2005/documentation/20050301-02.pdf> - sito consultato il 7.4.12
17. Serpelloni G., Candio D. (2007). Marketing e prevenzione dell'uso di droghe. In: Marino V., Serpelloni G. *Marketing Preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe*. Pubblicazione nell'ambito del progetto della Provincia di Varese "Gli stili di vita per la prevenzione delle tossicodipendenze". Varese.
18. <http://www.aams.gov.it/?id=5001> - sito consultato il 7.4.12
19. [http://www.istruzione.lombardia.gov.it/giovani\\_gioco/](http://www.istruzione.lombardia.gov.it/giovani_gioco/) - sito consultato il 7.4.12
20. [http://www.youtube.com/user/aamsgiocolegale?ob=0&feature=results\\_main](http://www.youtube.com/user/aamsgiocolegale?ob=0&feature=results_main) - sito consultato il 7.4.12
21. <http://www.aams.gov.it/?id=4089> - sito consultato il 7.4.12
22. Ladouceur R., Ferland F. (2003). Prevention of problem gambling among youths (pp. 504-509). In T. P. Gullotta & M. Bloom (Eds.), *The Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York : Kluwer Press.
23. Capitanucci D., Smaniotto R., Biganzoli A. (2010). "La prevenzione del gioco problematico negli adolescenti attraverso l'adattamento del video Lucky". *Quaderni Italiani di Psichiatria*. 29(1). pp. 30-39.
24. Capitanucci D., Savron G., Biganzoli A., Smaniotto R., Barboni A., Locati V., Micheli D., Tadini M. (2009). Scommettiamo che non lo sai? Una guida preventiva specifica per il gioco d'azzardo patologico. *Personalità/Dipendenze*. Vol. 15. Fascicolo 1.
25. Kröger C., Winter H., Shaw R. (1998). Linee guida per la valutazione degli interventi preventivi nel campo delle tossicodipendenze. Manuale per i responsabili della pianificazione e valutazione dei programmi. EMCDDA – OEDT. IFT - Institut für Therapieforchung. Monaco.
26. National Institute on Drug Abuse – NIDA (2003). Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per i genitori, educatori e amministratori. Seconda edizione. Trad. it a cura dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto.
27. D'Amico R. (2006). Classe IV sez. E Liceo Scientifico J.F.Kennedy, Roma. [http://www.aams.gov.it/sites/aams2008/files/Aams\\_News\\_documenti\\_old/private/downloads/iniziative/Il\\_gioco\\_fa\\_scuola/Implicazioni%20etiche%20sociali%20del%20gioco.pdf](http://www.aams.gov.it/sites/aams2008/files/Aams_News_documenti_old/private/downloads/iniziative/Il_gioco_fa_scuola/Implicazioni%20etiche%20sociali%20del%20gioco.pdf) - consultato il 7.4.12
28. Di Marzo G. e Carbone E. (2006). Istituto professionale "Francesco De Santis" di Napoli, <http://www.aams.gov.it/?id=4089> - consultato il 7.4.12.
29. Nicolò G. (2006). Liceo scientifico tecnologico "Guglielmo Marconi" di Latina, <http://www.aams.gov.it/?id=4089> - consultato il 7.4.12.
30. Hawkins J.D., Catalano R.F., Arthur M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav*, 90(5):1-26.
31. Ialongo N., Poduska J., Werthamer L., Kellam S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9:146-160.
32. WHO. (1993). Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. WHO Technical Report Series 838. New York: WHO Publications Center.
33. Burkhart G. (2003). Selective prevention: first overview on the european situation. Lisbona: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
34. Piaget J. (1967). Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia. Torino: Einaudi, trad.it.
35. Griffin K.W., Botvin G.J., Nichols T.R. (2004). Long-Term Follow-Up Effects of a School-Based Drug Abuse Prevention Program on Adolescent Risky Driving. *Prev Sci*, 5:207-212.
36. Wigand J.S. (2010). Dalla conoscenza all'azione: scacco matto a Big Tobacco. *Tabaccologia*. 1 pp. 17-25.
37. Lesser L.I., Ebbeling C.B., Goozner M., Wypij D., Ludwig D.S. (2007). Relationship between Funding Source and Conclusion among Nutrition-Related Scientific Articles. *PLoS Medicine*. 4. 1.
38. Drazen J.M., Van der Weyden M.B., Sahni P., Rosenberg J., Marusic A., Laine C., Kotzin S., Horton R., Hébert P.C., Haug C., Godlee F., Frizelle F.A., De Leeuw P.W., DeAngelis C.D. (2010). Uniform format for disclosure of competing interests in ICMJE journals. *JAMA*. Jan 6;303(1):75-6.

## Appendice 1

Elaborato dello studente vincitore del premio collegato al progetto “Il gioco fa scuola”.

“Gioco: attività ludica compiuta da bambini o adulti per ricreazione, divertimento o sviluppo di qualità fisiche od intellettuali. ... Ma il gioco non è solo questo: è un momento di evasione necessario, nella vita di una persona, per farle raggiungere uno stato di appagamento. Il gioco è una delle attività intellettuali che accomuna tutto il genere umano: è presente in ogni cultura ed è un’importante forma di aggregazione per gli uomini. L’ “homo ludens”, come lo definirebbe il filosofo olandese Johan Huizinga, è presente in ognuno di noi. Tutti gli uomini sono attratti dal gioco, perché questo non è altro che un momento di piacere. Ai fini della nostra evoluzione interiore, il gioco è molto importante ed è fondamentale per la formazione della nostra personalità: è proprio grazie ad esso, infatti, che il bambino sviluppa la sua creatività, la sua fantasia, e inizia a socializzare con le altre persone ... Ma così come nell’età puerile, il gioco è importante anche in quella adulta, nella quale rappresenta un momento di svago e ritorno all’infanzia, cioè al periodo della vera gioia, della felicità. Così si vedono persone sorridere durante una partita di calcetto, anziani scherzare allegramente intorno ad un tavolino, intenti a giocare a carte, tabaccherie in cui si fa

la fila per giocare i numeri al lotto... A volte, però, tra i più grandi, il gioco perde la sua innocenza e la sua purezza: non è più, come era da bambini, quando il giocare era finalizzato a se stesso e non importava se un giorno avesse vinto una persona, un giorno l’altra. ... Così il gioco diventa non-gioco, diventa corrotto e perde tutti i suoi valori. La vittoria, insieme alla ricchezza, alla potenza e al successo, è una tra le cose più desiderate dall’uomo, che, pur di ottenerla, è disposto a compromettere la propria dignità. Si iniziano così a violare le “regole”, e nasce l’imbroglio, l’inganno con il quale si fa del male prima a se stessi, e poi agli altri. In fin dei conti, il gioco non è altro che una metafora della vita: nel gioco si ha un obiettivo da raggiungere, che è la vittoria, si hanno compagni ed avversari, si accettano le regole, anche morali, da rispettare, e si possono incontrare delle difficoltà, alle quali si può reagire o con la forza, la costanza e la fortuna, o con la disonestà e la corruzione. E’ in questo secondo caso che lo spirito di qualsiasi attività ludica viene ucciso. Il gioco, come qualsiasi altra attività umana, nasconde anche alcune insidie che sta a noi affrontare, arginare e vincere. Senz’altro, il più grande tentatore è il gioco d’azzardo, un serpente che promette facili vincite in cambio di piccole puntate, ma che non assicura il favore della Fortuna. Così si entra nel circolo vizioso delle vincite e delle perdite, da cui non sempre si riesce ad uscire, specie se si è da soli, specie se non ci sono organizzazioni come l’AAMS, ad evitare queste brutte cadute”.

Contributi originali  
trattamento

# Un intervento multimodale integrato per il gioco d'azzardo patologico: l'individuo e la famiglia

Arianna Camporese<sup>1</sup>, Donatella Simonato<sup>2</sup>

1 - Ambulatorio GAP UOC Interdistrettuale Dipendenze ULSS 17 Este Monselice.

2 - ULSS 17 Este Monselice

L'articolo presenta l'ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico dell'UOC Interdistrettuale Dipendenze dell'ULSS 17 Este Monselice (Pd). Nell'articolo sono presentati i dati epidemiologici raccolti dal 2000 al 2011 e le modalità di assessment e trattamento proposte ai giocatori ed alle loro famiglie. Ai pazienti vengono offerte diverse strategie di presa in carico (psicoterapie individuali, terapie di gruppo per i giocatori e per i familiari, incontri psicoeducazionali che coinvolgano sia il paziente che il familiare) ed interventi integrati tra diverse figure professionali (medico, psichiatra, psicologo, educatore, assistente sociale, infermiere).

## *An integrated multimodal intervention for pathological gambling: the individual and the family*

*The article presents the day hospital clinic for Pathological Gambling Addictions of UOC Interdistrictual ULSS 17 Monselice Este (PD). The article presents the epidemiological data collected from 2000 to 2011, the assessment strategies adopted and the treatment proposed to the gamblers and their families. Patients are offered different strategies (individual psychotherapy, group therapy for gamblers and their family, psychoeducational meetings involving both the patient and the family) and integrated interventions with the assistance of several professionals (doctor, psychiatrist, psychologist, educator, social worker, nurse).*

**Parole chiave:** gioco d'azzardo, intervento multimodale integrato, individuo, famiglia, dati epidemiologici, équipe multidisciplinare

**Keywords:** gambling, integrated multi-modal intervention, individual, family, epidemiological data, multidisciplinary team

**Date:** inviato: 07/05/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dr.ssa **Arianna Camporese**  
UOC Interdistrettuale Dipendenze ULSS 17  
Via Rovigana, 5 – 35043 Monselice (PD).  
tel.: 0429 788398  
e-mail: arianna.camporese@ulss17.it

## INTRODUZIONE

### a) Presupposti teorici

Il Servizio Dipendenze dell'ULSS 17 si occupa di gioco d'azzardo da alcuni anni; trovandosi dinanzi ad un fenomeno in evidente aumento, è stato strutturato un ambulatorio dedicato specificatamente alla prevenzione, diagnosi e cura del GAP.

L'Ambulatorio si avvale di un'équipe multidisciplinare formata da: medico, psichiatra, educatori professionali, psicologo, assistente sociale e infermiere.

Il modello teorico a cui ci siamo ispirati per la cura ed il trattamento dei giocatori d'azzardo è quello cognitivo-comportamentale. Il modello cognitivo-comportamentale ha come principale obiettivo quello di modificare, attraverso specifiche tecniche psicoterapeutiche, un comportamento disfun-

zionale, ad esempio, nel caso del gioco d'azzardo, si aiuta a correggere il comportamento del giocatore compulsivo relativamente alla comprensione della casualità dei risultati dell'azzardo, all'individuazione delle false credenze e delle percezioni erronee messe in atto durante il gioco. Uno dei presupposti fondamentali della teoria cognitivo-comportamentale è che i comportamenti disfunzionali sono per lo più il risultato di apprendimenti errati e che quindi possono essere corretti con specifiche procedure sia cognitive che comportamentali<sup>1</sup>, ad esempio attraverso strategie di fronteggiamento quali il problem solving, rinforzo di abilità di coping e tecniche di rilassamento, in tal modo la persona può incrementare le proprie abilità cognitive e comportamentali aumentando la propria autostima e autoefficacia.

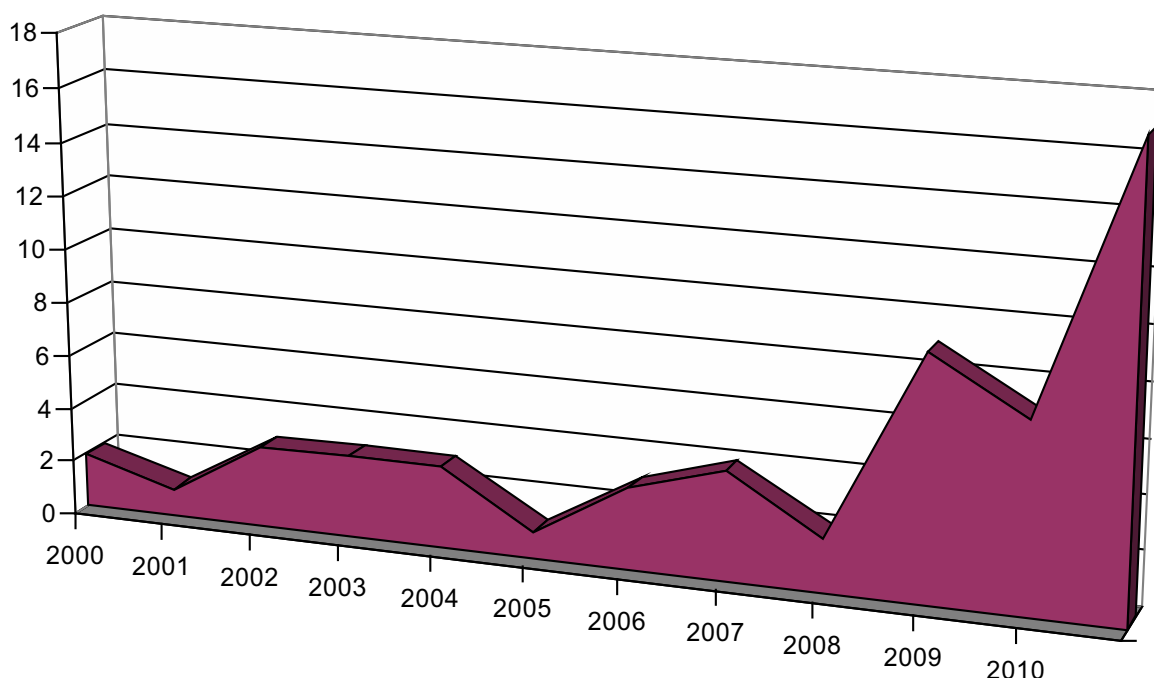


Fig 1: Distribuzione dei nuovi casi dal 2000 al 2011 nell'U.O.C. Interdistrettuale Dipendenze ULSS 17.

## b) Dati epidemiologici ambulatorio Gap ULSS 17

I primi casi di giocatori patologici nel nostro Servizio sono stati presi in carico nel 2000, i dati più significativi si cominciano però ad osservare dal 2008. Dal 2000 al 2011 nel nostro Servizio sono stati trattati 53 pazienti in totale, di cui 42 tra il 2008 e il 2011. E' interessante notare come per i nuovi casi vi sia stato un incremento esponenziale a partire dal 2008 (Fig. 1), con un picco di nuovi ingressi nell'anno 2011.

Nel 2011, nel nostro Servizio sono stati seguiti 33 pazienti con diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico, di cui 17 nuovi

casi, che rappresentano circa il 3% del totale dei pazienti in carico al Servizio nello stesso anno (Fig. 2). I dati della letteratura internazionale confermano come la patologia colpisca prevalentemente i maschi, all'incirca oltre il 70 %, con comparsa più precoce rispetto alle femmine; questo sembra essere confermato anche nella nostra popolazione di giocatori ove il 91 % dei pazienti era rappresentato da maschi ed il 9% da femmine.

L'età media dei pazienti in carico è distribuita abbastanza uniformemente nelle diverse fasce d'età; si evidenzia tuttavia un aumento di incidenza nelle fasce d'età tra i 20-24 e dai 40 ai 49 anni.

I pazienti seguiti giocavano a diverse tipologie di gioco ma in misura significativamente maggiore alle *new slots*.

Il *gambling* presenta alti livelli di comorbidità con varie problematiche psicopatologiche: disturbi dell'umore (depressione, dist. Bipolari), l'iperattività con deficit di attenzione (ADHD), l'agorafobia, il disturbo ossessivo compulsivo, condotte suicidarie, l'alcolismo e l'uso di sostanze in generale, i disturbi di personalità e gli altri disturbi elencati all'interno della sezione comprendente i disturbi del controllo non classificati altrove (la piromania, il disturbo esplosivo intermittente, la cleptomania, la tricotillomania, il disturbo degli impulsi non altrimenti specificato).

Secondo i dati di letteratura sulla comorbidità, nei soggetti con gioco d'azzardo patologico si riscontrano alti tassi life-time di disturbi dell'umore e d'ansia: depressione dal 15 al 75%, rischio suicidario dal 17 al 24%, disturbo bipolare dall'8 al 34%, disturbi d'ansia (DOC fino al 20%), disturbi di perso-

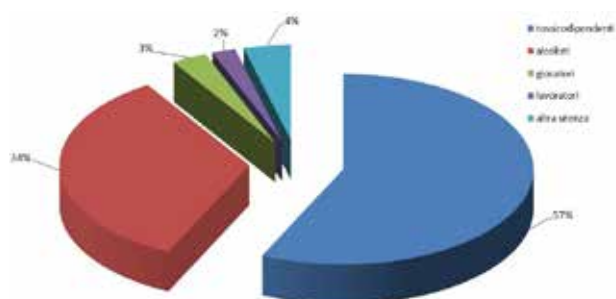


Figura 2 - Distribuzione dei pazienti in carico nell'U.O.C. Interdistrettuale Dipendenze ULSS 17 anno 2011.

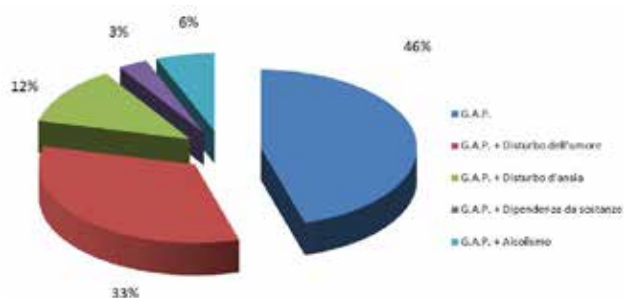


Fig. 3 - Comorbidità G.A.P. e altri disturbi nell'U.O.C. Interdistrettuale Dipendenze anno 2011.

nalità fino al 93%<sup>2</sup>. Per quanto riguarda invece i problemi di dipendenza da sostanze psicotrope legali e illegali i dati dimostrano che dal 25 % al 63% dei soggetti con dipendenza da gioco presentano una dipendenza da sostanze psicotrope<sup>3</sup> i dati possono salire fino all'85% se si include la dipendenza da nicotina. La comorbidità con l'alcolismo può arrivare al 50%, ma alcuni studi riportano anche il 73%<sup>4</sup>.

Nel nostro ambulatorio, su 33 pazienti in carico nell'anno 2011, il 54 % presentava una comorbidità con altri disturbi psicologici. Di questi, il 33% presentava un disturbo dell'umore (dist.bipolare, depressione), il 12% un disturbo d'ansia (DOC e disturbo d'ansia generalizzato), il 3% dipendenza da sostanze illegali (eroina), il 6% alcolismo (Fig. 3).

## Materiali e Metodi

Nell'ambulatorio Gap dell'ULSS 17 si utilizza l'approccio cognitivo-comportamentale associato ad un approccio psicoeducativo che coniuga training di abilità ed attività molto concrete (es. compiti per casa, sedute di yoga e meditazione) con interventi più strettamente cognitivi atti ad insegnare al paziente nuove risposte adattative e modificare abitudini e stili di vita. L'attività clinica che proponiamo ai giocatori d'azzardo coniuga sia incontri individuali per singoli pazienti e loro familiari che un trattamento di gruppo che si svolge seguendo la teoria della Prevenzione della Ricaduta di Marlatt e Gordon<sup>2</sup> che, partendo dai fondamentali della teoria cognitivo-comportamentale, si basa su un modello di preven-

Primo Incontro: raccolta storia personale e del problema gioco, intervista semistrutturata
Secondo Incontro: analisi della situazione finanziaria, valutazione della motivazione al trattamento
Terzo Incontro: valutazione psicodiagnostica (SCL-90, SOGS, BIS-11, GCRS)
Quarto Incontro: restituzione dell'assessment e proposta terapeutica

zione delle recidive che sostiene il riconoscimento precoce delle situazioni a rischio e lo sviluppo di strategie di coping alternative per raggiungere l'astinenza, rinforzando il cambiamento dei comportamenti disfunzionali attraverso il rinforzo dei processi cognitivi di apprendimento.

### Accoglienza e Assessment

Quando il paziente chiede aiuto al nostro centro, viene accolto dallo psichiatra o dallo psicologo che provvede a svolgere da 3 a 4 incontri per l'assessment e la proposta del percorso

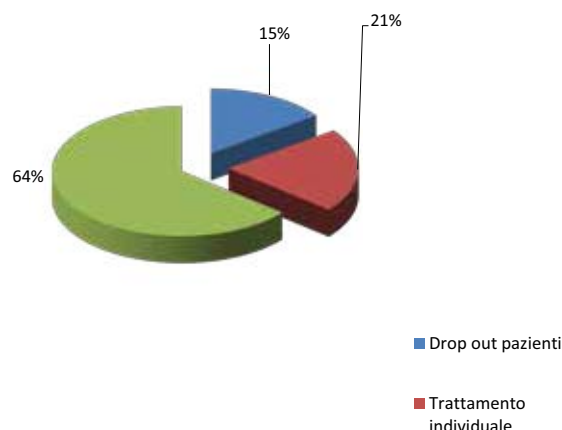


Fig. 4 - Dati dell'attività clinica nell'U.O.C. Interdistrettuale Dipendenze ULSS 17 anno 2011.

terapeutico. Si chiede al giocatore di presentarsi accompagnato da un familiare, se possibile; questo punto è fondamentale per la futura presa in carico, in quanto il familiare svolgerà un importante ruolo nel tutoraggio finanziario e, se accompagnerà il paziente nel suo percorso di guarigione, sarà più disponibile egli stesso a modificare alcuni suoi comportamenti. Se la famiglia non è coinvolta, anche in parte, nella soluzione del problema, ci sono infatti buone probabilità che il giocatore continui a giocare, minimizzando l'importanza del problema o alternando fasi di astinenza ad altre di ricadute. Durante il primo incontro, si raccoglie la storia personale e del gioco, si fa una rapida analisi della situazione finanziaria e si inizia con le prime indicazioni sul tutoraggio finanziario che però viene analizzato più approfonditamente nel secondo incontro. Nel terzo incontro vengono somministrati i test, i cui risultati sono condivisi con il paziente nell'ultimo incontro, al termine del quale si formula la proposta terapeutica.

### Trattamento

Al termine della fase di assessment, al paziente motivato e che presenta una diagnosi di gioco d'azzardo patologico vengono fatte le seguenti proposte terapeutiche:

- Trattamento individuale
- Trattamento di gruppo per i giocatori
- Trattamento di gruppo per i familiari

- Il trattamento individuale prevede sia incontri con lo psi-

chiatra o psicologo che 4 - 6 incontri con un educatore. L'intervento con l'educatore è di tipo psicoeducazionale e viene rivolto sia al giocatore che a un familiare di riferimento. Vengono fornite sia informazioni che interventi di tipo cognitivo-comportamentale tesi a stimolare il cambiamento. In questa fase, ci si avvale di schede e compiti per casa. Il paziente, al termine dell'intervento con l'educatore, ritorna dallo psichiatra o dallo psicologo e prosegue con il lavoro attraverso tecniche cognitive-comportamentali per raggiungere un cambiamento nel suo stile di vita. Il trattamento di gruppo per i giocatori si svolge in 10-12 sedute della durata di 90 minuti, con un massimo di 12 partecipanti per seduta. Sono previsti due conduttori: un medico psichiatra ed un educatore. Il gruppo è semichiuso, nel senso che per le prime tre sedute si accettano nuovi ingressi. Ai pazienti è richiesta l'astinenza dal gioco ma una eventuale ricaduta non costituisce un fattore di esclusione dal gruppo, bensì diventa fonte di lavoro. Prima del gruppo vi sono delle sedute di valutazione; sono ritenuti fattori che comportano la controindicazione alla terapia di gruppo: scarsa motivazione, ritardo mentale di grado severo-moderato, patologie psichiatriche maggiori, disturbi di personalità cluster A, dipendenza da sostanze in fase attiva. La struttura delle sedute prevede una parte psicoeducazionale, una parte pratica (esercizi, simulate, giochi di ruolo) ed una parte finale riepilogativa. Ai pazienti vengono date delle schede di lavoro da svolgere a casa prima del successivo gruppo. Durante il gruppo, quando possibile, si offrono ai pazienti spazi per svolgere attività alternative come yoga, meditazione o Nordic Walking, che aiutano il paziente a sperimentare esperienze diverse.

b) Fin dall'inizio della presa in carico, i familiari vengono coinvolti sia nel trattamento individuale, che in terapie di gruppo a loro dedicate. I gruppi per i familiari dei giocatori si svolgono contemporaneamente al gruppo dei giocatori; l'obiettivo è quello di accompagnare l'intero nucleo familiare al cambiamento. Nel nostro modo di interpretare il processo di sviluppo della dipendenza dal gioco, riteniamo utile considerare il contesto familiare in cui si svolge la vita del giocatore. Affrontare gli aspetti economici, controllare e monitorare il comportamento del giocatore e contemporaneamente sperimentare i vissuti di frustrazione che comporta vivere con un giocatore patologico, rende necessario indirizzare l'intervento terapeutico non solo verso il soggetto malato ma anche al sostegno della famiglia. Il giocatore che smette di giocare, inizia ad essere più presente in famiglia e questo paradossalmente può scatenare conflitti e tensioni. Il lavoro nel gruppo dei familiari facilita il riconoscimento di questo cambiamento e, se da un lato aiuta il giocatore a mantenere l'astinenza, dall'altro permette ai familiari di rielaborare un progetto di famiglia in cui i singoli membri non siano più solo il giocatore e il parente del giocatore, ma possano riconoscersi l'un l'altro come persone. Durante il gruppo per i familiari, vengono trattati gli stessi argomenti che si stanno svolgendo contemporaneamente nel gruppo dei giocatori; questo permette che, anche a domicilio, il gruppo famiglia possa continuare ad elaborare i

contenuti che vengono trattati nelle sedute consentendo una maggior comprensione dei cambiamenti del giocatore.

c) Al termine dei gruppi, vi è un colloquio finale di restituzione tra giocatore e familiare, insieme ai terapeuti che hanno condotto i due diversi gruppi; durante tale incontro, si fa il punto della situazione sullo stadio della problematica, si riformulano le aspettative del singolo e dei suoi familiari e si rivaluta la presa in carico.

## Risultati

### 1) Dati dell'attività clinica

I pazienti presi in carico nel 2011 sono stati 33, di questi :

- Trattamento solo individuale 7 pazienti, ( 21% del campione)
- Trattamento integrato sia individuale che gruppalmente 21 pazienti, (64% del campione)
- Drop out 5 pazienti, ( 15% del campione)

Dei 33 pazienti che sono stati presi in carico nel 2011, 19 pazienti hanno concluso il trattamento; di questi, in base ai controlli di follow up ( colloquio clinico) eseguiti a distanza di tre e sei mesi dalla fine del percorso terapeutico, ci risulta che siano ricaduti 2 pazienti, che rappresentano il 6% del totale. I 5 pazienti che hanno interrotto il trattamento sono stati contattati telefonicamente; di questi pazienti, 3 hanno ammesso di essere ricaduti (60% del totale dei pazienti che non hanno concluso i trattamenti) a distanza di poco tempo dalla sospensione del trattamento.

## Conclusioni

Quest'articolo presenta la modalità di trattamento per i giocatori d'azzardo che viene proposta nell'ambulatorio Gap dell'Ulss 17. L'utilizzo di più modalità operative (tecniche cognitive-comportamentali, psicoeducazione, tecniche di rilassamento, terapie di gruppo ed individuali) coniugate con le differenti professionalità presenti nell'equipe terapeutica, fa sì che si possano offrire ai pazienti diverse strategie di intervento, a seconda della tipologia e della gravità del giocatore patologico. Il giocatore patologico è un paziente complesso che può presentare sintomi fisici, psichici e sociali, e ciò richiede all'equipe curante, oltre alla competenza, un'elevata capacità di gestire aspetti multiproblematici; proprio per far fronte a questa complessità, nel nostro team lavorano in modo integrato medico, psichiatra, psicologo, assistente sociale, educatore ed infermiere. Nel modello operativo che proponiamo ai pazienti, un punto fondamentale riguarda il coinvolgimento dei familiari sia nelle prime fasi del trattamento individuale (ad esempio per ciò che riguarda la gestione del denaro) che nel gruppo terapeutico a loro dedicato, in cui sono supportati per accompagnare il cambiamento del loro familiare giocatore patologico. E' incoraggiante osservare come chi termini il

percorso terapeutico e mantenga regolari controlli di follow up, abbia minor tasso di ricaduta rispetto a chi ha interrotto prematuramente la cura (tasso di ricaduta 6% vs 60%). I dati epidemiologici che abbiamo riportato sono rappresentativi di una realtà locale di periferia, nonostante questo, a nostro avviso, possono essere indicativi di un fenomeno allarmante in continua espansione che necessita di attenta sorveglianza socio-sanitaria.

### Si ringrazia:

Dott. G Zecchinato, Dott.ssa C.Stimolo, Dott.ssa L.Manni, Dott.ssa G.Gay, Dott.ssa M.Viale, Dott.ssa Schon, CPSE S.Conterio.

### Bibliografia

1. Sanavio E., Psicoterapia cognitiva e comportamentale, NIS, Roma,1991.
2. Marlatt, G.A; Gordon, J.R eds. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, New York: Guilford, 1985
3. Marazziti D.,-Ravizza L.: "Il gioco d'Azzardo Patologico. Ma è davvero un gioco?" Londra, Martin Dunitz Ed- 2000 .
4. Shaffer H.J, Korn D.A.; Gambling and related mental disorders: A public health analysis -2002.
5. Perty N M, Stinson F S, Grant B F, Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-2005

# Il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico: dalla Terapia di gruppo all'auto mutuo aiuto

Giampaolo Carcangiu<sup>1</sup>, Paola Atzori<sup>1</sup>, Simona Floris<sup>1</sup>, Andrea Manfredi<sup>1</sup>, Caterina Anna Melis<sup>1</sup>, Rossella Sitzia<sup>1</sup>, Anna Loi<sup>1</sup>  
1 - SerD ASL Cagliari

**O**biettivi: lo scopo del lavoro è stato quello di rappresentare il percorso di cura offerto al giocatore patologico e alla sua famiglia dal Dipartimento delle Dipendenze della Asl di Cagliari e descrivere le caratteristiche del nostro campione.

**Materiali e Metodi:** sono state esaminate le cartelle di 183 soggetti in trattamento presso il nostro centro dal 2006 al 2011 per Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) diagnosticato secondo il DMS-IV TR. Sono state analizzate e confrontate tra i due sessi le caratteristiche cliniche, socio-demografiche e di personalità. La valutazione dei soggetti è multidisciplinare e il trattamento prevede un intervento di psicoterapia di gruppo multicoppiale/multifamiliare della durata di 6 mesi e il successivo inserimento delle coppie/famiglie nei gruppi territoriali di Auto Mutuo Aiuto (AMA). È stata compiuta un'analisi di efficacia di tale trattamento su un sottocampione di pazienti.

**Risultati:** il campione è composto in maggioranza da uomini, di età media 46 anni, mediamente istruiti. Il 64% dei soggetti vive in contesto urbano. I due terzi sono occupati in attività lavorativa mentre il 36% non lavorava al momento della presa in carico. La tipologia di giochi più utilizzata è la slot-machine, il gratta e vinci e le scommesse sportive. Nel confronto tra i sessi emerge che gli uomini affetti da GAP sono più giovani delle donne. I risultati preliminari a 8 mesi confermano l'efficacia del trattamento.

**Conclusioni:** si conosce poco sull'efficacia dei trattamenti per il GAP. La scelta terapeutica del nostro Gruppo Operativo è da considerarsi un progetto sperimentale i cui risultati sembrano promettenti.

## Treatment of pathological gambling: from group therapy to self help

*Objectives: the purpose of this study was to describe the treatment offered to Pathological Gamblers and their families by the Addiction Department from the ASL of Cagliari and to describe the characteristics of the sample.*

*Materials and Methods: medical charts of 183 subjects diagnosed with Pathological Gambling (PG) according to DMS-IV TR between 2006 and 2011 were examined. For all patients clinical, socio-demographic and personality characteristics were analyzed through multidisciplinary assessment. Therapy provided includes group family/marital therapy (6 months) followed by self-help groups. A treatment efficacy assessment on a subsample was conducted.*

*Results: sample is mostly composed of men, with mean age of 46 years and average education. Sixty four percent of the subjects live in urban area and two-thirds were employed at the time of assessment. Gamblers use mostly slot machines, scratch cards and sports betting. Remarkably, we observed that men with PG are significantly younger than women. Preliminary efficacy data are in favor of treatment.*

*Conclusions: little is known about efficacious treatments for pathological gamblers. Treatment option provided by our Department can be considered a pilot project whose results seem to be encouraging.*

**Parole chiave:** gioco d'azzardo patologico, psicoterapia, terapia di gruppo, Auto Mutuo Aiuto

**Keywords:** Pathological Gambling (PG), psychotherapy, group therapy, self-help groups

**Date:** inviato: 06/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. Giampaolo Carcangiu

Gruppo Operativo per le dipendenze da alcol, bacco e gioco d'azzardo del Ser.D ASL Cagliari, via Peretti 2b, Selargius (CA)  
tel.: 070/6096834  
e-mail: alcologia@asl8cagliari.it

## Introduzione

Nell'ultimo decennio in Italia, così come in altri paesi Europei e negli Stati Uniti, il gioco d'azzardo è diventato un'attività di enorme rilevanza economica e di notevoli proporzioni sociali, con la sempre più facile accessibilità ai vari tipi di gioco e la conseguente espansione di queste pratiche. Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) è attualmente classificato secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV TR)<sup>1</sup> tra i Disturbi del Controllo degli Impulsi, ma i criteri diagnostici ed i meccanismi neurobiologici sono molto simili a quelli delle dipendenze da sostanze psicotrope<sup>2-5</sup>, tanto che alcuni autori hanno proposto di riclassificarlo tra le "behavioural addictions" nel DSM-V<sup>6,7</sup>. Il GAP ha una prevalenza di compresa tra l'1 e il 3% della popolazione generale adulta<sup>8-10</sup> e secondo alcune stime<sup>11</sup> è destinato ad aumentare ulteriormente nei prossimi anni sino ad un 7%.

Nonostante la prevalenza e le conseguenze devastanti di questo disturbo, si conosce ben poco sull'efficacia dei vari trattamenti. Da alcuni studi condotti in Europa emerge che solamente il 10% dei soggetti con GAP richiede un trattamento e il 30-50% abbandona precocemente la terapia<sup>12,13</sup>. La scarsità di studi controllati sull'efficacia delle terapie fa sì che non ci siano delle linee guida condivise con conseguente eterogeneità degli approcci proposti nei diversi centri. Gli interventi alla base dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto (Gamblers Anonymous) sono annoverati tra i trattamenti più popolari negli USA<sup>14</sup> e la metodologia è riconosciuta, anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, efficace nel migliorare la qualità della vita individuale e relazionale. Le conseguenze del gioco d'azzardo comprendono infatti, come è noto, seri problemi psicosociali e familiari<sup>15,16</sup>. Alcuni studi suggeriscono

i possibili benefici della terapia Cognitivo Comportamentale<sup>9,17</sup>. Uno studio pubblicato in Italia nel 2003 ha descritto le differenze psicologiche e i livelli di stress dei familiari dei giocatori. Come atteso, le partner dei giocatori, raffrontate con un gruppo di controllo, presentavano maggiore distress (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità). Negli ultimi anni in Italia ha suscitato grande interesse la terapia di gruppo con il coinvolgimento dei familiari<sup>18</sup>.

In Italia la presa in carico dei soggetti con GAP avviene principalmente nei SerD che, negli ultimi anni, si sono formati ed organizzati per affrontare le specificità di questo problema e per promuovere specifiche forme di intervento. Scopo del presente articolo è presentare il percorso di cura offerto al giocatore patologico e alla sua famiglia dal Gruppo Operativo per le dipendenze da alcol, tabacco e gioco d'azzardo del SerD della ASL di Cagliari e descrivere le caratteristiche della popolazione affetta da GAP e i risultati preliminari dei trattamenti.

## Il modello organizzativo per il gioco d'azzardo

L'ambito di intervento del nostro Gruppo Operativo, attivo dal gennaio 2006, si riferisce al territorio della provincia di Cagliari che conta una popolazione di circa 550.000 abitanti. Nel contesto sociale di tale territorio il gioco d'azzardo non presenta caratteristiche peculiari rispetto alle altre realtà regionali e nazionali. L'équipe per il gioco d'azzardo è attualmente formata da medici e psicologi con formazione specifica in psicoterapia. Il Gruppo situa gli interventi terapeutici e riabilitativi in una cornice che considera il GAP, oltre che nelle sue componenti psicologiche e cliniche, anche come epifenomeno di uno stile di vita comunitario con ripercussioni sul-

CAGE TEST modificato	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
1	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fig. 1 CAGE Test adattato per il GAP.

1. Negli ultimi tre mesi ha mai pensato di dover giocare meno d'azzardo?
2. Negli ultimi tre mesi si è mai irritato perché qualcuno le ha detto di giocare meno?
3. Negli ultimi tre mesi si è mai sentito in colpa perché riteneva di giocare troppo?
4. Negli ultimi tre mesi si è mai svegliato al mattino con l'idea di giocare d'azzardo?
5. Negli ultimi tre mesi ha mai chiesto prestiti in denaro?

Due risposte affermative costituiscono la soglia di positività del test per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico.

la salute pubblica<sup>19,20</sup>. È dimostrata d'altra parte la relazione direttamente proporzionale tra accessibilità al gioco d'azzardo in una comunità e prevalenza dei giocatori problematici e patologici<sup>14,21,22</sup>. In quest'ottica, gli obiettivi del Gruppo Operativo sono:

1. attivare canali di comunicazione e favorire spazi di confronto tra i vari soggetti coinvolti (sanitari, politici, comunità locale, forze dell'ordine, privato sociale, associazionismo, gestori dell'industria del gioco d'azzardo);
2. sensibilizzare la comunità locale sulle implicazioni, sanitarie e non di questa problematica e sull'esistenza di uno spazio di cura specifico del Servizio Pubblico;
3. monitorare e valutare l'impatto del gioco d'azzardo sulla vita dei singoli, delle famiglie, della comunità intera e su fasce di popolazione a rischio;
4. promuovere azioni preventive di tipo primario, secondario e terziario<sup>23</sup>.

## Accoglienza e diagnosi

Il primo colloquio viene effettuato dallo psicologo e, dove possibile, già in questo incontro viene coinvolta la famiglia del giocatore. Successivamente si dà l'avvio alla fase di valutazione medico- psico-sociale. La valutazione psicologica viene effettuata attraverso colloqui, sia individuali che familiari e test specifici: in particolare, per la valutazione del comportamento del gioco d'azzardo viene utilizzato un adattamento del CAGE Test<sup>24</sup>, questionario di screening ideato per i problemi alcolcorrelati che ha dimostrato alta sensibilità e specificità. Gli item del CAGE Test sono stati da noi adattati al comportamento del gioco d'azzardo, con l'aggiunta della variabile "debiti" (Fig. 1). Il CAGE Test originale e il Nicotine Addiction Test di Fagerström<sup>25</sup> vengono somministrati per la valutazione della comorbidità tra gioco d'azzardo, disturbi alcol correlati e tabagismo. Per l'analisi psicologica globale vengono somministrati il COPE Test<sup>26</sup>, questionario multidimensionale di misurazione delle abilità di fronteggiamento e il CBA-VE<sup>27-29</sup> che valuta il benessere psicologico globale, e in particolare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. I test vengono risomministrati a distanza di 6 mesi.

La valutazione sociale si concentra sulle aree di sofferenza dovute a problemi di natura economica, legale e relazionale che interessano i diversi ambiti di vita del giocatore (famiglia, lavoro, amicizie, tempo libero). Conoscere l'entità dei debiti contratti e i relativi creditori (leciti e non) è un requisito indispensabile per facilitare il trattamento.

La valutazione medica analizza la situazione fisica generale, l'uso concomitante di alcol e tabacco e l'eventuale necessità di un trattamento farmacologico. La diagnosi di GAP viene formulata secondo i criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV)<sup>1</sup>.

	Totale n=183	Uomini n=136 (74%)	Donne n=47 (26%)	P value
Età Media + DS (range)	46+12 (19-79)	45 (+12)	50 (+10)	0.03°
Età fasce n (%)				0.01*
<40	59 (32)	52 (38)	7 (15)	
≥40 <60	98 (54)	67 (49)	31 (66)	
≥60	26 (14)	17 (13)	9 (19)	
Residenza urbana/ suburb. n (%)	117 (64)			
Occupazione*				
Occupato	88 (64)	70 (68)	18 (53)	
Pensionato	19 (14)	14 (14)	5 (15)	
Casalinga	11 (8)	-	11 (32)	
Disoccupato	19 (14)	19 (18)	-	
Titolo di studio*				0.07 *
Licenza Elementare	10 (11)	5 (7)	5 (26)	
Licenza Media Inferiore	56 (60)	46 (61)	10 (53)	
Licenza Media Superiore	23 (24)	19 (25)	4 (21)	
Laurea/Diploma	5 (5)	5 (7)	-	

Tab. 1 Caratteristiche socio-demografiche.

\* Dati mancanti < 50% ° t-test \* Chi-quadro

## Trattamento

Gli interventi multidisciplinari integrati si articolano in setting di gruppo secondo il modello della terapia multi-coppiale/multifamiliare<sup>30-32</sup>. La metodologia utilizzata prevede nello specifico del trattamento il coinvolgimento a pieno titolo della famiglia o della diade coppia. Gli obiettivi principali della terapia di gruppo sono quelli di promuovere il cambiamento del comportamento (con particolare attenzione alla rimozione del sintomo del gioco compulsivo), della qualità delle relazioni e la riduzione degli atteggiamenti difensivi. All'interno della famiglia la terapia di gruppo induce una ridefinizione dei ruoli e una ridistribuzione dei compiti, disattivando comportamenti polarmente opposti e distruttivi. Nella maggior parte dei casi il trattamento prevede il "tutoraggio economico" per il controllo delle spese e del flusso del denaro tramite la collaborazione di una figura di fiducia del giocatore ed esterna al Servizio. Lo scopo del tutoraggio economico è quello di far recuperare al giocatore un rapporto funzionale con il denaro; il miglioramento delle condizioni economiche consente poi di affrontare gli altri aspetti della vita personale che danneggiati dal gioco d'azzardo. Il monitoraggio economico rappresenta inoltre un importante elemento di cui il gruppo dispone per verificare eventuali ricadute.

Nei primi anni di attività (Gennaio 2006 - Giugno 2011) il Servizio ha avviato e diffuso i programmi di trattamento del GAP con l'attivazione di 5 gruppi psicoterapici aperti a tempo illimitato. Successivamente si è potuta verificare una crescente richiesta di presa in carico dal territorio per GAP, in linea con la crescita del fenomeno gioco d'azzardo nella popolazione generale. Per affrontare la diffusione del fenomeno,

SCALE	MASCHI	FEMMINE
	Pop. generale	
(m + ds)	Campione GAP	
(n. 16, m)	P *	Pop. generale
(m + ds)	Campione GAP	
(n. 11, m)	p*	
Strategie disfunzionali	6.66 + 2.14	7.36
Sfogo emozionale	8.38 + 2.48	10.44
Negazione	5.35 + 1.71	6.25
Distacco Comportamentale	5.69 + 1.87	7.18
Distacco Mentale	8.87 + 2.17	9.12
Uso Droghe e Alcol	5 + 2.48	5
Strategie focalizzate sulle Emozioni	10.74 + 3.24	10.39
Comprensione	8.26 + 2.74	6.69
Reinterpretazione positiva e crescita	11.88 + 2.34	10.75
Accettazione	10 + 2.62	8.87
Dedicarsi alla religione	7.38 + 3.57	7.75
Umorismo	7.67 + 2.81	6.06
Supporto Sociale	19.26 + 5.41	14.06
Strategie focalizzate sul problema	12.84 + 2.62	11.06
Attività	11.73 + 1.99	9.43
Pianificazione	12.2 + 2.54	11.9
Soppressione Attività Competitive	9.67 + 2.35	9
Contenimento	10.28 + 2.08	7.75
Ricerca di informazioni	9.08 + 2.75	7.37
Problem Solving	24.12 + 3.99	19.88

Tab. 2 Punteggio alle scale del COPE test del sottocampione esaminato e confronto con i valori di riferimento della popolazione generale.

nell'ottica della razionalizzazione delle risorse, a partire dal Luglio 2011 è stato messo a punto il "Progetto Domino", con l'obiettivo non solo di consentire la presa in carico di un numero crescente di utenti, ma al tempo stesso di assicurare l'accesso e la disponibilità di un efficace supporto di lay care e riabilitazione.

Il progetto Domino prevede:

- 1) Una prima fase finalizzata a fornire gli strumenti preliminari per la rimozione del sintomo e il superamento delle fasi più critiche, attraverso interventi di psicoterapia di gruppo multicoppiale/multifamiliare a tempo limitato (6 mesi) con frequenza settimanale;
- 2) Un successivo passaggio delle coppie/famiglie a piccoli gruppi territoriali di Auto Mutuo Aiuto (gruppi Domino), costituiti da un minimo di 4 a un massimo di 12 persone (giocatori e familiari) tra cui un "Self Helper" opportunamente formato.

Il gruppo operativo del SerD cura la formazione di base,

l'aggiornamento continuo e la supervisione degli helper dei gruppi Domino. Nel Luglio 2011 è stato realizzato il primo modulo di formazione di base per 40 Self Helper e avviata la supervisione continua. È stato inoltre prodotto uno specifico manuale di Self Help<sup>33</sup>. Al momento sono stati attivati, in collaborazione con l'AssiGap (Associazione Sarda per lo Studio e gli Interventi sul GAP), 5 gruppi territoriali di Self Help che operano nell'area di Cagliari e circondario, composti attualmente da 25 famiglie con GAP.

## Materiali e metodi

In questo studio sono state esaminati 183 soggetti da noi presi in carico dal Gennaio 2006 al Dicembre 2011 con diagnosi di GAP. Sono state esaminate le caratteristiche cliniche e socio-demografiche e i risultati delle valutazioni psicologiche (test di COPE) all'ingresso. Per il confronto dei gruppi sono

Pre-trattamento (n = 25)		
Follow up (n = 24)		
Gioca d'azzardo negli ultimi tre mesi		
	25 (100%)	4 (16.7%)
Punteggio medio CAGE adattato		
	2.78	0.17

Tab. 3 – follow up a 8 mesi di soggetti inseriti nel progetto Domino.

stati utilizzati il chi-quadro per le variabili dicotomiche ed il t-test o Mann-Withney per quelle continue secondo la distribuzione dei dati. Le analisi sono state elaborate utilizzando il programma statistico SPSS versione 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). È stata inoltre valutata l'efficacia del trattamento su un sottocampione di soggetti che hanno concluso la prima fase del progetto (psicoterapia di gruppo di 6 mesi) e che frequentano al momento del follow-up i gruppi di auto-mutuo-aiuto. L'efficacia del trattamento è stata valutata con un'intervista al paziente e al familiare di riferimento mediante la rilevazione della presenza/assenza del comportamento gioco nei tre mesi precedenti l'intervista e con la somministrazione del CAGE test adattato. Attualmente è in corso l'estensione della raccolta dei dati di follow-up su un campione più vasto e su un arco temporale maggiore, che sarà oggetto di future valutazioni.

## Risultati

Il campione è composto in maggioranza da uomini (74%,  $p < 0.001$ ) e l'età media è di 46 anni (range: 19-79 anni). Per quanto riguarda il titolo di studio, il 60% ha conseguito la licenza media inferiore, il 23% la licenza media superiore, l'11% la licenza elementare e solo il 5% laurea o diploma. La residenza è stata suddivisa in urbana/suburbana e rurale come definito dal Censimento Nazionale (ISTAT 2001) e risulta che 117 soggetti su 183 abitano in contesto urbano (64%, tab. 1). I due terzi sono occupati in attività lavorativa mentre il 36% non lavorava al momento dell'accesso. Non è stata identificata differenza significativa fra il gruppo delle donne rispetto al gruppo degli uomini né per i tassi di occupazione né per la provenienza rurale o urbana. La tipologia di giochi più utilizzata è la slot-machine (46%) seguiti da gratta e vinci (22%), scommesse sportive (14%), lotto e superenalotto (12%), giochi online (4%) e poker (2%). Da un confronto tra sesso femminile e maschile emerge che gli uomini arrivano più precocemente ad un gioco problematico rispetto alle donne (45 anni vs 50;  $p = 0.03$ ). Inoltre si evidenzia che il gruppo di soggetti di età inferiore ai 40 anni, è costituito per l'88% da uomini ( $p = 0.01$ ). I risultati del test di COPE eseguito su un sottocampione di giocatori (Tab. 2) mostrano alcune differenze (significative statisticamente o a livello di trend)

nel confronto con i dati di popolazione generale. In particolare, le donne giocatrici attuano maggiormente, rispetto alla popolazione generale, comportamenti compresi fra le strategie disfunzionali quali il distacco comportamentale (ridurre o rinunciare agli sforzi per fronteggiare la situazione stressante); inoltre presentano carenze nelle strategie focalizzate sulle emozioni: ricerca di comprensione (ottenere supporto morale, rassicurazioni, comprensione,  $p < 0.01$ ), reinterpretazione positiva e crescita (elaborare l'esperienza critica in termini positivi e di crescita umana), supporto sociale (richiedere consigli e assistenza) ed anche nelle strategie focalizzate sul problema, attività (intraprendere qualche azione per eliminare o ridurre lo stress), ricerca di informazioni (chiedere consigli, assistenza, informazioni). Gli uomini con GAP, se confrontati con la popolazione generale, attuano maggiormente fra le strategie disfunzionali lo sfogo emozionale (dare sfogo ai propri sentimenti,  $p < 0.01$ ) e mostrano un disinvestimento nelle strategie focalizzate sulle emozioni: ricerca di comprensione ( $p = 0.03$ ), reinterpretazione positiva e crescita ( $p = 0.03$ ), supporto sociale, accettazione (accettare la situazione e/o la propria incapacità nell'affrontarla,  $p = 0.05$ ). Per quanto riguarda l'efficacia del trattamento, una rivalutazione a 8 mesi dei primi 25 soggetti inseriti nel progetto Domino (psicoterapia di gruppo per 6 mesi con successivo passaggio ai gruppi di auto-mutuo-aiuto), rileva quanto segue (Tab. 3):

- uno dei soggetti (4%) ha interrotto precocemente il trattamento;
- 20 (83.3%) fra i pazienti ancora in trattamento si sono astenuti dal gioco d'azzardo negli ultimi tre mesi; tutti presentano un punteggio al CAGE adattato pari a 0;
- 4 soggetti (16.7%) hanno giocato negli ultimi tre mesi ma in misura inferiore rispetto al momento della presa in carico e con un minor grado di compulsività (punteggio CAGE adattato = 1).

Tali risultati sono pressoché sovrapponibili a quelli di una nostra precedente indagine preliminare, compiuta su un campione di 75 pazienti inseriti nei gruppi di psicoterapia a tempo illimitato. A un follow up medio di 12 mesi risultava infatti che il 4% del campione aveva abbandonato il trattamento, l'84% si trovava in remissione completa e il 12% in remissione parziale (Carcangiu 2010, dati non pubblicati).

## Discussione

La maggior parte dei giocatori che si rivolgono al servizio ha già sviluppato da tempo una sindrome da dipendenza "senza sostanza" con la comparsa del corteo sintomatologico tipico del GAP e delle conseguenti disfunzioni a livello economico, lavorativo, familiare, relazionale. Sono infatti spesso presenti conflitti coniugali, isolamento sociale, depressione e rischio suicidario, perdita del posto di lavoro, debiti e illeciti per procurarsi il denaro. Le caratteristiche socio demografiche del campione esaminato sono coerenti con altri studi epidemiologici sul GAP<sup>34</sup>: l'utente medio afferente al SerD di Cagliari

è maschio di età media 45 anni, giocatore di slot-machine, ha la licenza media inferiore, un lavoro dipendente. Le donne, prevalentemente di età compresa tra 40 e 60 anni, lavoratrici o casalinghe, sentono probabilmente il bisogno di impiegare il proprio tempo in attività illusoriamente "produttive" in una fase del ciclo vitale e familiare in cui è frequente lo svincolo dalla famiglia del sottosistema figli. Il 64% del campione risiede in contesto urbano, il dato potrebbe essere messo in relazione con la "teoria dell'accessibilità"<sup>35</sup>, affermata nell'ambito dei problemi alcolcorrelati, secondo cui la maggior concentrazione e disponibilità della sostanza (in questo caso di luoghi e situazioni in cui giocare) ne favorirebbe il consumo/utilizzo. Dalle caratteristiche di personalità del campione, risulta che i giocatori (di entrambi i sessi) hanno difficoltà a chiedere supporto morale, consigli ed assistenza, non hanno senso dell'umorismo e manifestano una tendenza alla razionalizzazione e al distacco emotivo. Gli uomini inoltre hanno difficoltà ad accettare la propria incapacità nell'affrontare la situazione mentre le donne, hanno scarsa capacità di problem solving, si trovano in uno stato di forte chiusura comunicativa e non svolgono attività che consentano loro di ridurre lo stress. I risultati preliminari del trattamento indicano una buona efficacia della combinazione psicoterapia di gruppo a termine + auto-mutuo-aiuto, paragonabile a quella della psicoterapia a tempo illimitato. A parità di efficacia il programma del progetto Domino comporta una maggiore efficienza, consentendo un risparmio delle risorse del servizio. Si tratta, come è evidente, di valutazioni estremamente precoci sia quanto alla durata del follow up che alla numerosità del campione. I dati presentati andranno quindi verificati da ulteriori e più sistematiche indagini.

## Conclusioni

Nonostante la gravità e la diffusione del Gioco d'Azzardo Patologico, rimane largamente da verificare l'efficacia dei vari trattamenti per il GAP e degli eterogenei metodi proposti nei diversi centri. Partendo dalla considerazione che la psicoterapia di gruppo ha dimostrato un'efficacia pari a quella individuale (36), il nostro approccio ha previsto il coinvolgimento della famiglia nella considerazione che il GAP travolge l'intero sistema di vita del giocatore. La famiglia diventa così destinataria insieme al paziente degli obiettivi della terapia, ma al tempo stesso anche risorsa del sistema terapeutico. La scelta metodologica del progetto Domino scaturisce da un'attenta analisi del rapporto costo-efficacia attraverso la strutturazione di un percorso psicoterapico limitato (sei mesi) con successivo consolidamento e rafforzamento dei risultati raggiunti, ad opera di una rete territoriale di gruppi di Auto Mutuo Aiuto i cui risultati preliminari sembrano incoraggianti.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei

Disturbi Mentali, 4<sup>a</sup> ed. (DSM-IV). Masson, Milano, 1996.

2. Wareham JD, Potenza MN. Pathological gambling and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010 Sep; 36(5): 242-7. Review.

3. Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, Van den Brink W. Pathological gambling: a comprehensive review of biobehavioral findings. *Neurosci Biobehav Rev*. 2004 Apr; 28(2): 123-41. Review.

4. Mereu G, Passino N, Carcangiu G, Gessa GL. Midbrain dopamine neurons and drugs of abuse. *New Perspectives in Pharmacological sciences*, 1987, 44-49.

5. Mereu G, Passino N, Carcangiu G, Gessa GL. Electrophysiological evidence for a primary role of dopamine in the central effects of alcohol and other drugs of abuse. *Neurodegenerative Disorders: The Role Played by Endotoxins and Xenobiotic*, 1988, 287-301.

6. Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R. Cognitive-Behavioral Therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74, 555-567.

7. Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*. 2006 Sep; 101 Suppl 1: 142-51. Review.

8. Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC, Parker J. Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: Prevalence, demographic patterns and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 2001. 62, 706-712.

9. Raylu N, Oei TPS. Pathological gambling: a comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 2002, 22, 1009-1061.

10. Bellio G, Fiorin A. Il gioco d'azzardo patologico: stato dell'arte, *Psichiatria di comunità*, 2003, 2, 4: 217-232.

11. <http://www.politicheantidroga.it>

12. Ladouceur R, Gosselin P, Laberge M, Blaszczynski A. Dropout in clinical research: do results reported in the field of addiction reflect clinical reality? *The Behavior Therapist*, 2001, 24, 44-46.

13. Gonzalez-Ibanez A, Moreno PRI: Evaluation and treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 521, 35-42.

14. National Research Council (1999). *Pathological gambling: A critical review*. Washington, DC: National Academies Press.

15. Petry NM, Kiluk BD. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis*. 2002; 190(7): 462-9.

16. Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR, Rounsaville BJ, Mazure CM. Gambling: an addictive behavior with health and primary care implications. *J Gen Intern Med*. 2002; 17(9): 721-32. Review.

17. Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, et al. Cognitive-Behavioral Therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74, 555-567.

18. Savron G, De Luca R, Pitti P. Terapia di gruppo con Giocatori d'azzardo Patologici: risultati a 6, 12 e 18 mesi di trattamento. *Rivista di psichiatria*, 2007, 42,3, 189-197.

19. Korn D, Gibbins R, Azmier J. Framing Public Policy Toward a Public Health Paradigm for Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2003, Vol.19, 2, 235-256.

20. Capitanucci D. Gioco d'azzardo e salute pubblica, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2004-7, 4-9.

21. Haffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis. Boston, MA: Harvard Medical School Division on Addictions. 1997.

22. Welte JW, Barnes GM, Wieczorek WF, Tidwell M-C, Parker JC. Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 2004, 29, 323-335.

23. Lavanco G. *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*, McGraw Hill, Milano. 2001.

24. Ewing JA. Detecting Alcoholism: the CAGE questionnaire, *Journal of the American Medical Association*, 1984, 252: 1905-07.

25. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991; 86:1119-27.

26. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283, 1994.

27. Sica C., Novara C., Dorz S., Sanavio E. Coping Orientation to Problems Experienced (COPE): traduzione e adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia applicata*, 223, pp. 25-34, 1997

28. Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM CBA 2.0

Scale Primarie: Manuale. Firenze: OS, 1986.

29. Michielin P, Vidotto G, Altoè G, Colombari E, Sartori L, Bertolotti G, Sanavio E, Zotti AM. Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. *Giornale Italiano di medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A di Psicologia*, 2008; 30: A98-A104.
30. Lacquer HP. Multiple Family Therapy: Questions and Answers. In: Bloch D, ed. *Techniques of Family Psychotherapy*. New York: Grune and Stratton; 1973.
31. Alger I. Multiple couple therapy. In: *Family therapy: theory and practice*. P.J. Guerin, New York, 1976: 364-387.
32. Guerreschi C, Consolaro L, Angelo C. Una esperienza di co-terapia multicopiale. In: Vittadini G., Giorgi I. (a cura di): *Dalla cibernetica dell'io all'approccio ecologico: alcolismo e servizi nell'ottica sistemica*. Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Pavia 1996 - I Documenti – 10.
33. Carcangiu G. *Manuale di Self Help. Progetto Domino*. ASL Cagliari, 2011.
34. Bettelini CM, Alippi M, Wernli B. *Il gioco patologico in Ticino. Uno studio epidemiologico, centro di documentazione e ricerca* Osc, Mendrisio 2000.
35. Popham RE. Working paper on the tavern III.: Notes on the Contemporary Tavern Substudy N. 219, Addiction Research Foundation, 1982.
36. Tillitski CJ. A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual control treatments. *Int J Group Psychother.* 1990. 40: 215-224.

Contributi originali  
trattamento

## Trattamento di gruppo per il gioco d'azzardo patologico: studio preliminare

Stefano Cardullo<sup>1</sup>, Antonio Stivanello<sup>1</sup>, Guglielmo Cavallari<sup>1</sup>

1 - Ambulatorio per la Prevenzione e il Trattamento della Dipendenza nel Gioco d'Azzardo, Dipartimento per le dipendenze, Azienda ULSS n.16, Padova

**O**biiettivo di questo studio preliminare è quello di valutare gli effetti e l'efficacia di un trattamento di gruppo per il gioco d'azzardo. I partecipanti (n=12), che soddisfacevano i criteri del DSM-IV per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico, hanno svolto delle sessioni di trattamento di gruppo in aggiunta al loro percorso individuale. Durante le sessioni di gruppo è stato utilizzato il manuale di auto aiuto "Vincere il gioco d'azzardo" contenente schede ed esercitazioni che venivano svolte e discusse insieme. Gli strumenti di valutazione utilizzati sono stati un'intervista clinica per verificare la presenza o meno dei criteri del DSM-IV per il gioco d'azzardo patologico, e un questionario autosomministrato per valutare la percezione di controllo e di autoefficacia relativamente ai temi affrontati all'interno del manuale. I risultati indicano che l'83% dei partecipanti alla fine del trattamento non soddisfaceva più i criteri del DSM-IV per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico. Miglioramenti significativi si osservano anche per le misure relative all'autoefficacia e alla percezione di controllo.

### Group treatment for pathological gambling: a preliminary study

*The aim of this preliminary study is to evaluate the effects and efficacy of a group treatment for pathological gambling. Participants (n = 12) meeting DSM-IV criteria for pathological gambling, were involved in a treatment on a group basis in addition to their individual one. During the group sessions the self-help manual, "Vincere il gioco d'azzardo", was used containing exercises that were conducted and discussed together. For the assessment it was taken in consideration the presence or absence of DSM-IV criteria for pathological gambling. In addition, a self-administered questionnaire was administered to assess the perception of control and self-efficacy with regard to the issues addressed in the manual. The results indicate that 83% of the participants at the end of treatment no longer met the DSM-IV criteria for pathological gambling. Significant improvements were also observed for measures related to self-efficacy and perceived control.*

**Parole chiave:** gioco d'azzardo patologico, trattamento di gruppo, manuale di auto aiuto, terapia cognitivo-comportamentale

**Keywords:** pathological gambling, group therapy, self-help manual, cognitive-behavioral therapy

**Date:** inviato: 30/07/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. Stefano Cardullo

Amb. Prev. e Trattamento della Dipendenza nel Gioco d'Azzardo, Dipartimento per le dipendenze ULSS 16

Via dei Colli 4, 35143 Padova (PD), Italia

tel.: +39 049 8216946

e-mail: stefano.cardullo@gmail.com

### Introduzione

**N**egli ultimi anni stiamo assistendo ad un costante aumento dell'offerta di gioco, dovuta ad una diffusione sempre più capillare di slot-machines ed alla nascita di nuovi giochi e nuove modalità di gioco. Questo naturalmente ha avvicinato un numero maggiore di persone al rischio di instaurare comportamenti di gioco patologico; una maggiore accessibilità infatti contribuisce a far aumentare l'incidenza del gioco problematico<sup>1</sup>. Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è stato riconosciuto come entità nosografica a se stante a par-

tire dal 1980<sup>2</sup>. Nel DSM-IV il disturbo è definito come "un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco d'azzardo che compromette le attività personali, familiari o lavorative" ed è incluso nella categoria dei disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove<sup>3</sup>. Più adeguato sembra invece l'accostamento del gioco d'azzardo alla classe dei disturbi da uso di sostanze e quindi tra le "dipendenze". Studi in ambito neurobiologico hanno dimostrato infatti la presenza nei giocatori patologici di alterazioni a livello del sistema limbico e del conseguente manifestarsi di forme di dipendenza psicologica e sintomatologia somatica da astinenza<sup>4</sup>. Sebbene

non esistano dati precisi sulla situazione italiana le stime indicano una prevalenza tra l'1 e il 3%, sovrapponibile a quella osservata da alcuni autori per altri stati europei<sup>5</sup>. Diversi studi hanno dimostrato che alcuni fattori cognitivi giocano un

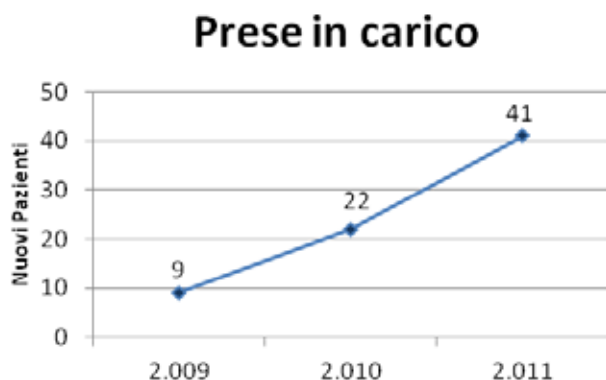


Fig. 1: Andamento prese in carico presso l'ambulatorio.

ruolo fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento del gioco patologico. Più precisamente di fronte all'esito puramente casuale di un gioco d'azzardo la mente umana tende a percepire e isolare alcune sequenze cercando di organizzarle e ottenere una struttura logica. Questa percezione è automatica e involontaria e nel caso del gioco d'azzardo induce a pensare di poter prevedere l'esito della prossima giocata o più in generale a sviluppare quelli che possiamo identificare come "errori cognitivi". Il più comune è legato alla percezione erronea dell'utilità di collegare due eventi casuali che tra di loro sono totalmente indipendenti<sup>6</sup>. I giocatori mettono in atto diverse strategie e credono che queste, accompagnate con la loro abilità, possano trasformarsi in una vincita<sup>7-8</sup>. Se quindi i fattori cognitivi giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento dei comportamenti di gioco patologico allora si può presumere che affrontando e correggendo queste percezioni erranee è possibile ridurre o eliminare il disturbo. Su queste basi, nel corso degli anni, nel panorama internazionale si sono portati avanti diversi studi che hanno cercato di dimostrare l'efficacia di diversi tipi di trattamenti<sup>9</sup>. Sono stati quindi realizzati trattamenti comportamentali, cognitivi, cognitivo comportamentali, farmaceutici e altri ancora che utilizzano manuali di auto aiuto<sup>10-18</sup>. Un modo per migliorare la bilancia costi-benefici di un trattamento è certamente quello di svolgere trattamenti di gruppo. Questi sono già usati per diverse patologie come per il disturbo ossessivo-compulsivo, per il disturbo di panico o per il trattamento dell'alcolismo o per lo stesso gioco d'azzardo patologico<sup>19-22</sup>. Obiettivo del presente lavoro è quello di presentare un'esperienza di trattamento di gruppo messa in atto presso l'Ambulatorio per la Prevenzione e il Trattamento della Dipendenza nel Gioco d'Azzardo dell'AULSS 16 di Padova di cui verrà inizialmente fatta una presentazione.

#### *L'organizzazione e gli interventi nell'AULSS 16 di Padova*

Nel 2009 nel dipartimento per le dipendenze dell'Aulss 16 di Padova viene costituito l'Ambulatorio per la Prevenzione e il

Trattamento della Dipendenza nel Gioco d'Azzardo, che sin da allora, attraverso l'individuazione di un team multi professionale interno e la sua formazione, fornisce assistenza e percorsi di cura diversificati ai giocatori e alle loro famiglie, assicurando sia interventi di primo livello che di secondo livello. Gli interventi di primo livello consistono prevalentemente nell'accogliere, saper orientare, valutare la gravità dei comportamenti di gioco e riconoscere la presenza di abuso di altre sostanze. Gli interventi di secondo livello, oltre a quelli propri della consulenza, consistono nel diagnosticare il GAP e valutarne la gravità mediante un processo di assessment multidimensionale, nel riconoscere la presenza di comorbidità psichiatrica e nell'avviare trattamenti integrati multimodali. All'interno dello stesso ambulatorio è stato sviluppato un software di inserimento dati. Questo permette la raccolta dei dati relativi ad una intervista semistrutturata specificatamente indirizzata al giocatore d'azzardo sviluppata dal Gruppo Veneto per la ricerca sul gioco d'azzardo patologico, consentendo una rapida e immediata analisi epidemiologica del campione degli utenti che usufruiscono dei nostri servizi. Si può facilmente assumere che un uso dello stesso software più allargato a tutto il territorio regionale o nazionale, permetterebbe di avere dati più solidi e precisi favorendo lo sviluppo di una visione più chiara e completa del preoccupante fenomeno del gioco d'azzardo patologico. L'obiettivo dell'ambulatorio non è solo la cura ma anche la prevenzione per ridurre l'incidenza del gioco patologico nella popolazione. Ultima iniziativa è lo sviluppo della campagna informativa e di sensibilizzazione dal nome "Possiamo Aiutarti?" (Marzo 2012) realizzata insieme all'associazione nazionale Sezione Apparecchi per le Pubbliche Attrazioni Ricreative (SAPAR) che raduna circa 1500 fra gestori, produttori e rivenditori di apparecchi da intrattenimento. L'intenzione è di raggiungere la popolazione dei giocatori abituali con azioni differenziate di informazione e sensibilizzazione rispetto ai rischi associati al gioco e di informarli della disponibilità dei servizi specialistici che nel territorio si occupano della problematica. A tal fine sono stati realizzati dei materiali informativi, costituiti da una locandina, un pieghevole e da un biglietto da visita, da distribuire nei pubblici esercizi in cui sono installati gli apparecchi dei gestori afferenti alla SAPAR nel territorio dell'Azienda ULSS 16 di Padova.

#### *Obiettivo di questo studio*

Come si può osservare in Figura 1, dal 2009 ad oggi le nuove prese in carico dell'ambulatorio sono aumentate drasticamente. Questo ha portato l'interesse degli operatori a sviluppare nuovi approcci per il trattamento. Uno di questi sfrutta le potenzialità del gruppo traendo vantaggio proprio dalle sue dinamiche interne per osservare e comprendere meglio i comportamenti e i pensieri legati al gioco d'azzardo. Obiettivo di questo studio preliminare è proprio quello di valutare l'efficacia di un trattamento di gruppo di breve durata sfruttando gli spunti e l'organizzazione di un manuale di auto-aiuto ad impostazione cognitivo comportamentale. Risultati positivi indicherebbero una nuova prospettiva di intervento adottata.

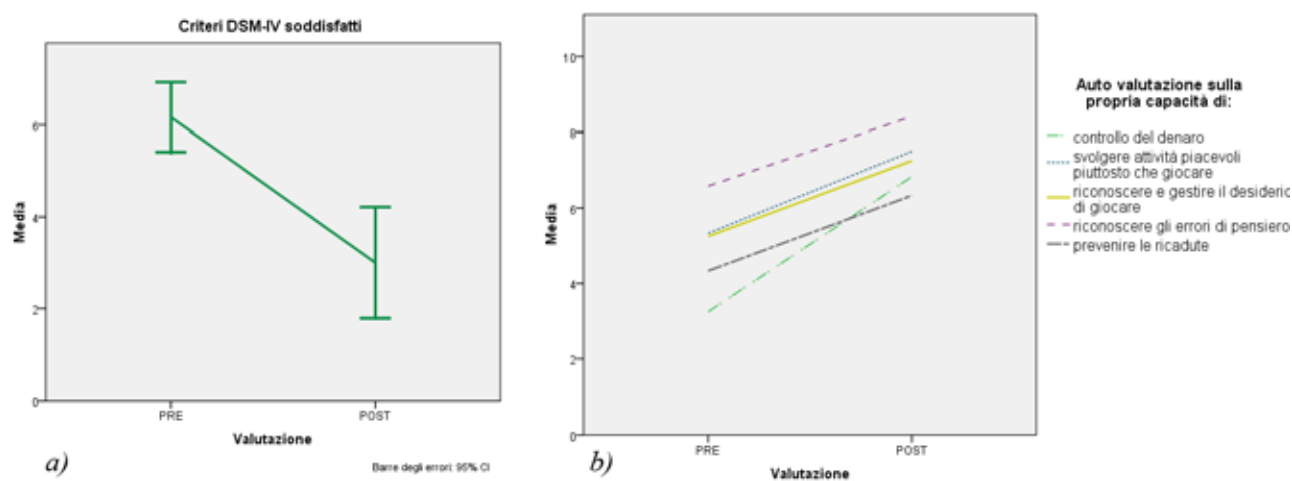
bile dall'ambulatorio che nuove e più precise ricerche potrebbero andare a supportare. Il nostro fine è quello di valutare se nel nostro contesto possono esserci le condizioni necessarie per adottare questo tipo di trattamento e di gettare delle basi valide per la realizzazione dello stesso e di ricerche future.

## Metodo

### Partecipanti

I partecipanti alle sessioni di gruppo sono tutti pazienti afferenti all'ambulatorio per la prevenzione e il trattamento della dipendenza nel gioco d'azzardo. Per essere inclusi nello studio dovevano avere ricevuto una diagnosi primaria per il

mento fondamentale che ha accompagnato le sessioni è stato il manuale "Vincere il gioco d'azzardo: Manuale di auto aiuto per il giocatore che vuole smettere" sviluppato nell'ambito del Progetto Jackpot finanziato dalla regione Veneto – Assessorato alle politiche sociali nel 2010. Il manuale propone un percorso di recupero inteso come un vero e proprio corso per imparare a non giocare più sfruttando il metodo cognitivo-comportamentale. Sono previsti compiti ed esercitazioni sottoforma di schede da compilare divise in sette lezioni che toccano diversi temi. L'esperienza all'interno dell'ambulatorio ha evidenziato una difficoltà del giocatore a usufruire del manuale in modo diligente e completo autonomamente quando questo veniva presentato all'interno del trattamento individuale. Spesso infatti le esercitazioni non venivano svolte



gioco patologico e non mostrare evidenze di una corrente o precedente schizofrenia, disturbo bipolare o altri disturbi mentali. Sono stati inoltre selezionati solo i giocatori che potevano garantire, sulla base dei propri impegni di lavoro o altro, una presenza costante alle sessioni di gruppo. Non c'è stato nessun caso di drop-out. Dei 12 partecipanti 10 erano uomini e 2 donne (Media età = 52,5 anni, DS = 18,158).

### Procedura

Il trattamento si è sviluppato in 7 sessioni settimanali di gruppo di 90 minuti ciascuna, nel periodo di ottobre-novembre 2011. Questa sessione settimanale si aggiungeva al tradizionale percorso individuale che tutti i pazienti seguivano. Stru-

perché richiedevano maggiori chiarimenti da parte dell'operatore sottolineando quindi una difficoltà nel comprendere alcuni temi trattati. Questo è il motivo principale che ha spinto gli operatori dell'ambulatorio a sviluppare l'idea di organizzare delle sessioni di gruppo in cui gli argomenti venivano spiegati di volta in volta come delle lezioni simulando una situazione di classe. In questo modo venivano affrontati gli argomenti delle lezioni con esempi concreti della vita dei giocatori stessi aiutando attivamente nella compilazione degli esercizi e lasciando di volta in volta i compiti per casa che successivamente venivano visti e commentati insieme. Chiaramente per evitare di generare ansia, simile a quella di essere interrogati, la condivisione era lasciata libera a chi voleva e

	Test per campioni appaiati	t	df	Sig (2-code)
Criteri DSM-IV	PRE_dsm - POST_dsm	6,465	11	0,00005
Questionario autosomministrato	PRE_controllodenaro - POST_controllodenaro	-5,19	11	0,0003
	PRE_attpiacevoli - POST_attpiacevoli	-3,223	11	0,0081
	PRE_desiderio - POST_desiderio	-2,370	11	0,0372
	PRE_errpensiero - POST_errpensiero	-2,989	11	0,0123
	PRE_ricadute - POST_ricadute	-2,2298	11	0,0422

Tab. 1: Risultati al test t per campioni appaiati per le diverse misure utilizzate.

in nessun caso i partecipanti sono stati forzati, cercando di creare un ambiente genuino che facilitasse la partecipazione attiva. E' stato spesso sottolineato come le schede fossero uno strumento utile focalizzare i fatti o i propri pensieri e contenuti mentali dando loro ordine e logica aiutando ad ottenere una visione più completa e razionale per affrontare al meglio le diverse tappe del trattamento. Il manuale è diviso in sette lezioni ognuna delle quali è stata argomento di una sessione di gruppo: 1) Introduzione al gioco d'azzardo e al gioco d'azzardo patologico, 2) Aumentare la consapevolezza sulle conseguenze del gioco, 3) La gestione del denaro, 4) La gestione del tempo libero, 5) Imparare a riconoscere e a gestire il craving, 6) Gli errori di pensiero del giocatore, 7) Prevenire le ricadute. Particolare attenzione è stata data alla lezione sugli errori di pensiero del giocatore cercando di aumentare la consapevolezza dei propri errori riconoscendo le proprie credenze e percezioni errate cercando dove possibile di correggerle.

### *Strumenti di Valutazione*

Come ampiamente dimostrato in letteratura la principale variabile dipendente osservata per verificare l'efficacia del trattamento è costituita dal numero di criteri del DSM IV per la patologia di "gioco d'azzardo patologico" riscontrati positivamente nei soggetti 12,22-24. Per la valutazione clinica dei soggetti si è quindi fatto riferimento ai criteri diagnostici indicati nel DSM IV-TR per la diagnosi di "gioco d'azzardo patologico" 25. Questi sono stati valutati durante il colloquio clinico. Come specificato nello stesso manuale la presenza di 5 o più criteri indica la presenza della patologia.

Inoltre è stato ideato dagli operatori un semplice questionario autosomministrato che analizzasse la percezione di autoefficacia e di controllo dei giocatori relativamente agli argomenti delle 7 lezioni (ad es. "La mia capacità di riconoscere e gestire il desiderio di giocare"). I punteggi per ogni domanda vanno da 1 a 10. Per le analisi successive sono state escluse le risposte alle domande relative alle prime due lezioni perché riguardanti solo temi generali e introduttivi. Infine per valutare il desiderio e la frequenza di gioco è stato dato il compito ai partecipanti di compilare per tutto il periodo in cui sono state svolte le sessioni di gruppo un diario di gioco indicando giornalmente se c'è stata qualche sessione di gioco, di che durata, la somma totale spesa e le eventuali vincite, e infine il desiderio di giocare sentito durante la giornata in una scala da 1 a 10. Le informazioni raccolte attraverso i diari di gioco sono state utilizzate solo al fine di un monitoraggio da parte degli operatori. Sia l'intervista che il questionario sono stati somministrati prima dell'inizio delle sessioni di gruppo che alla fine.

## Risultati

Conformemente ai criteri del DSM-IV, tutti i partecipanti all'inizio dello studio erano giocatori patologici (Media =

6,17, DS = 1,193). Dieci dei 12 partecipanti (83%) non soddisfacevano più tutti i criteri necessari per indicare la patologia del gioco d'azzardo alla fine dello studio. Per tutte le singole misure sono stati eseguiti dei test t per campioni appaiati. I risultati di questi test mostrati in tab. 1 evidenziano come per tutte le misure vi sia stato un cambiamento significativo tra la valutazione pre e quella post ( $p < 0,05$ ).

La fig. 2 nel grafico di sinistra mostra in particolare i cambiamenti osservati alla valutazione attraverso l'intervista clinica osservando un significativo miglioramento dei partecipanti  $t_{11}=6,465$ ,  $p=.000$ . Come osservabile dal grafico di destra lo stesso andamento positivo viene riscontrato per i singoli item del questionario autosomministrato relativi alla capacità percepita di tenere sotto controllo il denaro  $t_{11}=-5,19$ ,  $p=.000$ , alla capacità di svolgere attività piacevoli nel tempo libero  $t_{11}=-3,223$ ,  $p=.008$ , alla capacità di riconoscere e gestire il desiderio di giocare  $t_{11}=-2,370$ ,  $p=.037$ , alla capacità di riconoscere e correggere gli errori di pensiero  $t_{11}=-2,989$ ,  $p=.012$ , e alla capacità di prevenire e controllare le ricadute  $t_{11}=-2,298$ ,  $p=.042$ .

## Discussione e conclusioni

Questo studio mostra i risultati di un trattamento di gruppo svolto con i giocatori d'azzardo patologico suggerendone l'efficacia. L'83 % dei partecipanti trattati infatti non poteva più essere considerato un giocatore d'azzardo secondo i criteri del DSM-IV. Inoltre la loro percezione di controllo e di autoefficacia risulta significativamente migliorata.

Certamente non possono essere sottovalutati i limiti di questo studio. Primo tra tutti l'assenza di un gruppo di controllo dovuta alla mancanza di pazienti dell'ambulatorio che rispecchiassero tutti i criteri di inclusione stabiliti precedentemente. Molti ad esempio per diversi problemi come impegni di lavoro non avrebbero potuto garantire una partecipazione costante alle sessioni di gruppo rendendosi non disponibili a questo tipo di intervento. Non avrebbe potuto avere luogo quindi una randomizzazione dei pazienti sapendo già in partenza che diversi giocatori non avrebbero potuto partecipare alle sessioni di gruppo. Si è preferito invece fare un primo studio preliminare sfruttando tutti i pazienti disponibili ad un trattamento di gruppo cercando di osservare se in qualche modo questo tipo di intervento avesse delle potenzialità. Un altro limite è rappresentato dalla numerosità del campione. Sicuramente uno studio condotto con un numero più ampio di soggetti può fornire dei risultati più validi e maggiormente generalizzabili. Infine è opportuno sottolineare l'assenza di una valutazione post-trattamento per definire se e in che misura i risultati siano stati mantenuti dai soggetti.

Nonostante queste premesse e questi limiti però ci sentiamo di dover sottolineare come i risultati di questo studio preliminare siano indubbiamente incoraggianti. Strutturare il trattamento di gruppo sfruttando il manuale e le sue schede infatti si è dimostrato molto utile. Svolgere e discutere insieme

gli esercizi ha permesso infatti di evitare quella sensazione di spaesamento che invece si era osservata lasciando usare autonomamente il manuale al giocatore. Inoltre la situazione di gruppo ha permesso ai giocatori di osservare come spesso alcuni comportamenti, percezioni e credenze siano condivise e presenti anche dagli altri permettendo di allontanarsi da quella convinzione di unicità del proprio disagio. I risultati osservati dimostrano anche che intervenire direttamente sugli errori di pensiero e su alcune abitudini dei giocatori contribuisca notevolmente a diminuirne i comportamenti di gioco. Per raggiungere questo scopo ha avuto anche particolare importanza la lezione sul craving che ha permesso ai partecipanti di comprendere meglio le componenti del desiderio per poterlo affrontare al meglio con nuove strategie.

Importante sottolineare anche come oltre ai benefici e ai risultati riportati ci sia stato un generale e condiviso apprezzamento del trattamento in gruppo. Molti partecipanti infatti hanno preferito e tratto molto vantaggio da questo tipo di intervento piuttosto che da una relazione individuale con l'operatore.

Il prossimo passo sarà sicuramente quello di replicare il trattamento svolto cercando di superare tutti i limiti espressi precedentemente, in modo da ottenere risultati più validi e maggiormente generalizzabili.

## Bibliografia

1. Croce, M., & Zerbetto, R. (2001). Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento. Milano: Franco Angeli.
2. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (III ed.). Washington, DC: Autore.
3. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV ed.). Washington, DC: Autore.
4. Guelfi, G. (2002). Il problema neuobiologico del gioco d'azzardo patologico. In D. Capitanucci, & V. Marino, La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema. Milano: Franco Angeli.
5. Beconia, E. (1996). Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland, and Spain. *Journal of Gambling Studies* (12), 179-192.
6. Ladouceur, R., & Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. In PM Salkovskis, Trends in cognitive and behavioural therapies (pp. 89-120). New York: Wiley.
7. Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., & Tsanos, A. (1997). Cognitive distortion in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies* (13), 253-266.
8. Turner, N. (2000). Randomness, does it matter? *EGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues* (1), 1-7.
9. Toneatto, T., & Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17 (4), 284-292.
10. McConaghy, N., Armstrong, M., Blaszczynski, A., & Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavior Modification* (12), 371-384.
11. McConaghy, N., Blaszczynski, A., & Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitization with other behavioral treatments of pathological gambling: a two- to nine - year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
12. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., et al. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease* (189), 773-780.
13. Echeburua, E., Baez, C., & Fernandez-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (24), 51-72.
14. Sylvain, C., Ladouceur, R., & Bosivert, J.-M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of consulting and clinical Psychology* (65), 727-732.
15. Hollander, E., DeCaria, C., Finkell, J., Begaz, T., Wong, C., & Cartwright, C. (2000). A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological Psychiatry* (47), 813-817.
16. Kim, S., Grant, J., Adson, D., & Shin, Y. (2001). A double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological Psychiatry* (49), 914-921.
17. Dickerson, M., Hinchey, J., & England, S. (1990). Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *Journal of gambling studies* (6), 87-101.
18. Hodgins, D., Currie, S., & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of consulting and clinical Psychology* (69), 50-57.
19. Fals-Stewart, W., Marks, A., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* (181), 189-193.
20. Nagy, L., Krystal, J., Charney, D., & Merikangas, K. (1993). Long-term outcome of panic disorder after short-term imipramine and behavioral group treatment: 2.9 year naturalistic follow-up study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* (13), 16-24.
21. Monras, M., & Gual, A. (2000). Attrition in group therapy with alcoholics: a survival analysis. *Drug and Alcohol review* (19), 55-63.
22. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behavior research and therapy* (41), 587-596.
23. Dowling, N., Smith, D., Thomas, T., (2007). A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Behaviour Research and Therapy* (45), 2192-2202.
24. Milton, S., Crino, R., Hunt, C., Prosser, E., (2002). The Effect of Compliance-Improving Interventions on the Cognitive-Behavioural Treatment of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18 (2), 207-229
25. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (rev. IV ed.). Washington, DC: Autore.

# Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: studio preliminare di un modello terapeutico-riabilitativo di gruppo

Gianluigi Conte<sup>1</sup>, Lucio D'Alessandris<sup>2</sup>, Massimo Vasale<sup>2</sup>, Raffaella Franza<sup>2</sup>, Fabrizio Fanella<sup>2</sup>, Elisabetta Righino<sup>1</sup>, Mauro Pettorruso<sup>1</sup>, Lisa Allegretti<sup>2</sup>, Federico Tonioni<sup>1</sup>

1 - Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

2 - Associazione La Promessa, Roma, Italia

**O**biettivi: il lavoro si propone di presentare il modello di trattamento terapeutico-riabilitativo di gruppo per il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) operato presso il Servizio Psichiatrico del Policlinico "A. Gemelli" di Roma, nonché di effettuare una valutazione preliminare dell'efficacia di tale modello.

Metodi: il modello di trattamento si articola in tre fasi (valutazione del paziente, riabilitazione di primo e di secondo livello), e si sviluppa attraverso 30 incontri di gruppo con scadenza bisettimanale, alternativamente condotti da uno psicoterapeuta e da un counsellor. È stato esaminato un campione di 34 pazienti con diagnosi GAP, all'inizio del trattamento ed alla fine del percorso riabilitativo di primo livello, tramite la somministrazione di test psicometrici e questionari autodescrittivi (SCL-90-R, Questionario Pre-Post GAP, Scheda sul Gioco d'Azzardo -S.G.A.). L'analisi dei dati è stata condotta tramite il programma SPSS.

Risultati: i giocatori d'azzardo patologici alla fine della prima fase del recupero riferiscono meno sintomi e/o sintomi meno intensi rispetto all'inizio del trattamento. Si evidenziano infatti riduzioni statisticamente significative nei punteggi della SCL-90-R relativi a somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità interpersonale, depressione, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicotismo e dell'Indice di Severità Globale (GSI), nonché della scala di Gravità (GGA) della S.G.A. e nelle scale Uso e Ossessione-Compulsione del questionario Pre-Post.

Conclusioni: il miglioramento clinico dei pazienti in esame conferma l'efficacia del modello di trattamento proposto. Sono necessarie ulteriori indagini sulla validità del trattamento anche nelle sue fasi successive.

## *Treatment of pathological gambling: a preliminary study of a therapeutic- rehabilitation model*

*Objective: to present the therapeutic and rehabilitative model of group treatment for Pathological Gambling used by Psychiatric Unit of "A. Gemelli" Hospital in Rome, and to present a preliminary evaluation.*

*Method: this treatment model is formed by three phases (patient's evaluation, first step of rehabilitation, second step of rehabilitation), and consist of 30 group therapy sessions, twice a week, alternately led by a psychotherapist and a counsellor-on-addiction. 34 pathological gamblers were tested with psychopathological checklist and self-descriptive questionnaires (SCL-90-R, Pre-Post Gambling Questionnaire, Gambling Schedule). Data analysis is provided using SPSS software.*

*Results: at the end of the first step of treatment, patients report clinical improvement and decrease of symptoms compared to the beginning. We found a significant score reduction in the following items of SCL-90-R: Somatization, Obsessive-Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Depression, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation, Psychoticism, Global severity index; moreover in the Severity scale of S.G.A. and in the Use scale and Obsessive-Compulsive scale of Pre-Post Questionnaire.*

*Conclusion: These data confirm a clinical improvement and the efficacy of the treatment, although further research is needed in order to extensively evaluate this model are required.*

**Parole chiave:** gioco d'azzardo patologico, trattamento, terapia di gruppo, Minnesota Model

**Keywords:** gambling, treatment, group therapy, Minnesota model

**Date:** inviato: 16/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Prof. Gianluigi Conte  
Policlinico "A. Gemelli"

Università Cattolica Sacro Cuore, Roma  
tel.: 0630157275

e-mail: gianluigiconte@libero.it

## Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) sta attirando una crescente attenzione sia in ambito clinico che di ricerca e rappresenta un problema individuale e sociale in rapida espansione (Whelan et al., 2010), anche come conseguenza dell'attuale maggiore disponibilità ed accessibilità dei giochi in generale, ed in particolare alla facilità di accesso al gioco on-line.

In Italia si stima che l'80% della popolazione abbia giocato d'azzardo e che il 3% sviluppi un gioco d'azzardo patologico (Lavanco & Varveri, 2006).

Pur essendo inquadrato nel DSM-IV-TR tra i Disturbi del Controllo degli Impulsi, il GAP ha numerose somiglianze fenomenologiche con le dipendenze ed è stato concettualizzato infatti come una forma di dipendenza senza sostanza. Il GAP e i disturbi da uso di sostanze condividono molte caratteristiche: un intenso desiderio di soddisfare un bisogno, la perdita di controllo nell'utilizzo della sostanza o nell'attività, i periodi di astinenza o tolleranza, i pensieri sull'uso della sostanza o le attività collegate e il continuo coinvolgimento nel comportamento malgrado i significativi problemi sociali e lavorativi associati (Moreyra P. et al., 2010). Inoltre, diversi dati provenienti dagli studi di comorbidità (Daghestani et al., 1996; Spunt et al., 1995; Volberg, 1996), dalle scoperte della genetica molecolare (Ibanez et al., 2000; Perez de Castro et al., 1999), dalla sperimentazione neuropsicologica (Rugle, Melamed, 1993) e dagli studi sulle terapie (Potenza et al., 2001) rendono plausibile un modello esplicativo del gioco d'azzardo patologico inteso come dipendenza senza sostanza. Sulla base di questa ipotesi concettuale molti trattamenti attuali, individuali o di gruppo, rivolti al gioco d'azzardo patologico si basano su riferimenti teorici, metodologie e tecniche riprese dagli interventi nati nel campo delle tossicodipendenze. La trasposizione e l'adattamento d'interventi precipuamente rivolti alle dipendenze nel trattamento del gioco d'azzardo patologico sembra aver seguito un percorso inizialmente "automatico", legato cioè all'iniziativa degli stessi operatori sociosanitari che, sulla base della loro esperienza nel campo delle dipendenze patologiche, si sono trovati ad affrontare la patologia del gioco d'azzardo; solo successivamente, si è fatta strada l'esigenza di sottoporre a verifica empirica ciò che sembrava "automaticamente" funzionare. Alcuni dati, per esempio, indicano che i giocatori patologici possono rispondere alla partecipazione a programmi "12 passi" come quello di Giocatori Anonimi in maniera simile agli individui con disturbi da uso di sostanze che partecipano ai programmi di Alcolisti Anonimi o Narcotici Anonimi (Potenza et al. 2001; Grant & Potenza, 2010).

E' probabile che nessun modello di trattamento possa ritenersi univocamente adatto per ogni tipo di paziente, ma ciò non esime clinici e ricercatori dal compito di descrivere ed esplicitare il proprio modo di procedere terapeutico e di condurre protocolli di ricerca che evidenzino le specificità del proprio trattamento, mostrandone limiti e condizioni di efficacia.

Il presente lavoro si muove in questa direzione ed ha l'obiettivo di presentare un modello di trattamento terapeutico-riabilitativo di gruppo rivolto a persone affette da gioco d'azzardo patologico e di riportare i risultati derivanti da una valutazione preliminare dei suoi esiti.

Tale trattamento si iscrive all'interno di una struttura di tipo semi-residenziale, il Day Hospital di Psichiatria Clinica e Tossicodipendenze del Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma, una struttura intermedia a ricovero parziale in cui è possibile attuare interventi multidisciplinari coordinati di tipo farmacologico, psichiatrico, psicologico e riabilitativo.

L'accesso alla struttura avviene a seguito di un appuntamento preso telefonicamente e prevede l'apertura di una cartella clinica che consente di poter usufruire gratuitamente di tutte le prestazioni erogate dal servizio (visite e controlli psichiatrici, consulenze specialistiche, colloqui individuali di valutazione e di motivazione, gruppi terapeutici e riabilitativi).

## Obiettivo dello studio

Il presente lavoro ha l'obiettivo di presentare un modello di trattamento terapeutico-riabilitativo di gruppo rivolto a persone affette da gioco d'azzardo patologico e di riportare i risultati derivanti da una valutazione preliminare dei suoi esiti.

Tale trattamento si iscrive all'interno di una struttura di tipo semi-residenziale, il Day Hospital di Psichiatria Clinica e Tossicodipendenze del Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma, una struttura intermedia a ricovero parziale in cui è possibile attuare interventi multidisciplinari coordinati di tipo farmacologico, psichiatrico, psicologico e riabilitativo.

L'accesso alla struttura avviene a seguito di un appuntamento preso telefonicamente e prevede l'apertura di una cartella clinica che consente di poter usufruire gratuitamente di tutte le prestazioni erogate dal servizio (visite e controlli psichiatrici, consulenze specialistiche, colloqui individuali di valutazione e di motivazione, gruppi terapeutici e riabilitativi).

## Materiali e metodi

Di seguito presentiamo le caratteristiche del trattamento oggetto della nostra ricerca, indicandone fasi, modello teorico di riferimento, obiettivi, articolazione e attività terapeutico-riabilitative.

### Fasi del trattamento.

Le fasi generali del trattamento comprendono:

1. *valutazione clinica psicologica e psichiatrica*: i primi incontri sono finalizzati ad una valutazione del caso tramite colloqui individuali, raccolta di dati anamnestici e somministrazione di test psicologici. La valutazione psichiatrica riguarda eventuali problematiche in comorbidità (depressione, ansia, disturbi della personalità ecc.) e l'indicazione o meno di un trattamento farmacologico adeguato a contenere gli aspetti legati alla componente compulsiva del disturbo o a migliorare la sintomatologia ansiosa, depressiva o di altro tipo manifestata

dal soggetto. La valutazione psicologica esplora le risorse personali e sociali della persona e la sua motivazione al cambiamento. La prima fase del trattamento ha anche l'obiettivo di stabilire un'alleanza terapeutica e di aiutare la persona a riconoscere le proprie difficoltà con il gioco ed a incrementarne la motivazione al cambiamento.

2. *primo stadio del recupero* (riabilitazione di primo livello): quando il paziente si sente motivato al cambiamento, cioè passa dalla fase di considerazione alla fase di decisione (Prochaska & DiClemente, 1984) valutate tramite colloqui motivazionali, viene inserito in un gruppo terapeutico-riabilitativo omogeneo, il cui obiettivo consiste nel raggiungimento e nel mantenimento dell'astensione dal gioco, prevenendo eventuali ricadute e gestendone le conseguenze qualora si verificassero. L'acquisizione di un controllo interiorizzato e di uno stile di vita che favorisca l'astensione rappresentano il target prioritario della prima fase del recupero. Il primo stadio viene superato quando al termine dei 30 accessi vengono raggiunti gli obiettivi prefissati (vedi paragrafo "Articolazione del trattamento e attività terapeutico-riabilitative") valutati tramite colloquio clinico e questionari autodescrittivi (vedi paragrafo "Strumenti").

3. *Stadio avanzato del recupero* (riabilitazione di secondo livello): se il primo stadio del recupero è stato effettuato con successo, il paziente viene invitato a proseguire il trattamento partecipando ad un secondo gruppo finalizzato a potenziarne: a) le Life Skills utili a gestire efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana; b) l'autoregolazione emotiva al fine di imparare a riconoscere e gestire le proprie emozioni, limitando i comportamenti disadattivi direttamente dipendenti dallo stato affettivo; c) la consapevolezza dei propri pensieri, azioni e motivazioni attraverso l'insegnamento della mindfulness.

#### Modello teorico di riferimento.

Il trattamento terapeutico-riabilitativo del gioco d'azzardo patologico si ispira ai trattamenti semiresidenziali basati sul Minnesota Model (Anderson, 1981; Cook, 1988a, 1988b; Spider, 1993), in particolare all'adattamento italiano proposto dall'Associazione La Promessa (Fanella & Fedi, 2001; Fanella, 2010).

Il Modello Minnesota è un modello di cura globale delle dipendenze concepite come "una malattia cronica, progressiva e multifasica che, proprio per la sua durata e progressione nel tempo, richiede un modello di cura più che di guarigione" (Vasale et al., 2006).

L'approccio al trattamento delle dipendenze e del gioco d'azzardo patologico proposto dall'Associazione comprende i seguenti riferimenti teorici:

a) aspetti essenziali del Minnesota Model: l'obiettivo dell'astensione totale dal comportamento problematico, l'integrazione con il modello dei Giocatori Anonimi (in particolare, la filosofia dei 12 passi, l'ammissione di essere un giocatore come punto di partenza del processo di recupero,

l'idea del recupero come percorso di crescita umana e spirituale, la frequenza ai gruppi di auto-aiuto e le strategie utilizzate per mantenersi sobri) e la collaborazione tra psicoterapeuti, medici e counselor on addiction (ex-dipendenti da sostanze o da gioco, astinenti da almeno 3 anni, che conoscono in modo approfondito la filosofia dei 12 passi); b) elementi del colloquio motivazionale, considerato come una metodologia clinica esperta ed uno stile di counselling e di comunicazione che può essere utilizzato lungo tutto il trattamento (Miller & Rollnick, 2004): in particolare, vengono utilizzati il concetto di ambivalenza, la motivazione concepita come processo interpersonale, le tecniche per ampliare la frattura interiore, il sostegno all'autoefficacia e le tecniche per aggirare e utilizzare la resistenza; c) il contributo del TTM (Transtheoretical Model of change) (Miller & Rollnick, 2004; Prochaska & DiClemente, 1982, 1983, 1984) con la considerazione degli stadi del cambiamento e delle strategie utilizzabili per facilitare il passaggio tra gli stadi ed il concetto di ricaduta come evento che può stimolare un ritorno funzionale alle prime fasi del cambiamento;

d) modalità di conduzione proprie dei gruppi didattici, psicoeducativi e tecniche di tipo interattivo secondo il modello di Yalom (Yalom, 1986; Vinogradov & Yalom, 1990; Vannicelli, 1982; Flores, 1997).

L'idea di fondo del trattamento è che il gioco d'azzardo presenti una genesi multifattoriale e si caratterizzi in un'ottica bio-psico-sociale come una specifica malattia che è possibile curare mantenendo la sobrietà e modificando il proprio stile di vita.

#### Obiettivi del trattamento.

Gli scopi generali del trattamento sono:

a) *mantenere l'astensione dal gioco e la sobrietà*: l'idea del giocatore patologico di trascorrere un periodo di astinenza dal gioco e poi di riprendere il proprio comportamento di gioco controllandolo viene considerata come un indice di mancata accettazione del gioco d'azzardo patologico come dipendenza. Passare dalla negazione all'accettazione del gioco patologico come malattia rappresenta un importante obiettivo del processo di recupero e un primo passo per costruire una visione realistica di sé e dei propri limiti. La sobrietà non viene identificata con la rinuncia al gioco per tutta la vita, ma come un processo di progressivo benessere cognitivo, emotivo, comportamentale e somatico che ha, come condizione, l'astensione dal gioco. L'astensione dal gioco è cioè una precondizione della sobrietà, che rappresenta un processo più ampio di recupero e riabilitazione. L'astensione si fonda sull'ammissione della dipendenza e corrisponde all'idea "non devo giocare", cioè all'attivazione di un'istanza normativa e protettiva positiva che la persona utilizza per cominciare il recupero. La sobrietà si fonda sull'accettazione della dipendenza dal gioco ad un livello più profondo e corrisponde all'idea "non posso giocare", collegata ad una maggior consapevolezza di sé e dei

propri limiti, cioè ad un'interiorizzazione dell'istanza normativa e protettiva positiva;

b) *prevenire e gestire le ricadute*: ogni ricaduta viene concepita come un'occasione di autoconoscenza e di apprendimento di nuovi strumenti e modalità cognitive, emotive e comportamentali finalizzate a prevenire future ricadute (Larimer et al., 1999; Marlatt & Gordon, 1985); i pazienti sono stimolati a condividere la loro ricaduta in gruppo e ad analizzare i fattori (interni ed esterni) che l'hanno scatenata, ricollegandola alle loro difficoltà di gestione delle situazioni di vita ed ai meccanismi di autoinganno e distinguendo le reali difficoltà da quelle usate come alibi per ricadere. I processi di autosvalutazione ed incapacitazione utilizzati dai giocatori patologici nascondono spesso il timore di vivere senza giocare, di fare una vita "normale" e di confrontarsi con i danni (debiti, problemi familiari, finanziari, legali ecc.) creati dal proprio gioco e sono legati all'incapacità di sostenersi, dandosi una libertà positiva ed alla mancata interiorizzazione di una base realmente sicura. Il lavoro sul cambiamento dei comportamenti ha la

priorità nel primo stadio del recupero. Prevenire le ricadute significa, poi, imparare ad attivare le risorse personali e sociali che facilitano l'astensione dal gioco, riconoscere i propri segnali di rischio di ricaduta e saper gestire le emozioni spiacevoli e ricattatorie che accompagnano una ricaduta/scivolata e che possono portare ad abbandonare il proprio percorso di recupero;

c) *incrementare la motivazione* alla prosecuzione del trattamento: il trattamento si propone di facilitare la prosecuzione del recupero, stimolando la motivazione dei pazienti a farsi carico della propria sobrietà e stimolando la frequenza ai gruppi di mutuo aiuto (Giocatori Anonimi).

Articolazione del trattamento e attività terapeutico-riabilitative.

Il trattamento avviene in gruppi aperti di 5-12 persone: nei gruppi le regole da rispettare riguardano la partecipazione al trattamento in condizioni di pulizia dall'alcol e dalle sostan-

Livello di studio	Licenza elementare	Licenza media	Diploma	Laurea	
	1 (3%)	16 (47%)	14 (41%)	3 (9%)	
Occupazione	Studente	Casalinga	Lavoratore dipendente	Lavoratore autonomo	Pensionato
	1 (3%)	3 (9%)	13 (38%)	3 (9%)	14 (41%)
Sistemazione abitativa	Da solo	Con famiglia d'origine	Con famiglia propria	Con amici	
	3 (9%)	8 (23%)	21 (62%)	2 (6%)	
Stato civile	Sposato/convivente	Celibe/nubile	Separato/divorziato		
	20 (59%)	9 (26%)	5 (15%)		
Numero di figli:	0 figli	1 figlio	2 figli	≥ 3 figli	
	14 (41%)	5 (15%)	13 (38%)	2 (6%)	
Classi d'età	21-40	41-60	≥61		
	10 (32%)	11 (33%)	12 (35%)		
Sesso	M	F			
	26 (77%)	8 (23%)			
Nazionalità	Italiana	Straniera			
	33 (97%)	1 (3%)			
Accesso al Servizio	Volontario	Inviato dai familiari	Inviato dai servizi sanitari		
	15 (44%)	14 (41%)	5 (15%)		
Trattamenti precedenti	Nessuno	Psicoterapia	Clinica/ospedale	Giocatori Anonimi	
	25 (73%)	4 (12%)	3 (9%)	2 (6%)	
Precedente uso di droga/alcol:	Si	No			
	3 (9%)	31 (91%)			
Anni di gioco d'azzardo	da 1 a 5	da 6 a 10	da 11 a 15	≥ 16	
	12 (36%)	14 (41%)	3(9%)	2(6%)	
Interruzione per almeno un anno	Si	No			
	3 (9%)	31 (91%)			
Tipologia di gioco d'azzardo	Gratta e vinci/lotto	Videopoker	Poker/giochi online	Più giochi	
	6 (18%)	12 (36%)	2 (6%)	14 (41%)	

Tab. 1. Statistiche descrittive del gruppo clinico (n: 34).

ze psicoattive, il divieto di qualsiasi passaggio all'atto di tipo aggressivo o sessuale e di contatti tra i membri del gruppo durante il trattamento (questo anche per evitare che i pazienti possano "usarsi" per chiedere soldi) e il principio della discrezionalità/confidenzialità.

Nel presente lavoro riguarda viene riportata una valutazione del primo stadio del recupero (riabilitazione di primo livello): esso ha una durata di circa quattro mesi per un totale di 30 incontri di gruppo, con una frequenza di 2 incontri a settimana, condotti alternativamente da uno psicologo psicoterapeuta (*Gruppo terapeutico-riabilitativo*) e da un counselor on addiction (*Gruppo psicoeducativo*).

Il *Gruppo terapeutico-riabilitativo* ha lo scopo di agevolare la presa di coscienza dei pazienti relativamente alle problematiche lavorative, familiari e relazionali connesse al gioco d'azzardo, di ridurre le difese (grandiosità, svalutazione, onnipotenza ecc.) che mantengono il comportamento di gioco, facilitando l'esame di realtà e di incrementare la motivazione al cambiamento. I suoi obiettivi specifici sono:

4. passare dalla negazione all'accettazione del comportamento patologico di gioco come dipendenza;
5. sviluppare tecniche comportamentali, cognitive ed emotive idonee a facilitare l'astensione dal gioco;
6. riconoscere i processi psichici, emotivi e comportamentali che possono predisporre ad una ricaduta;
7. avere una visione realistica di sé e dei propri limiti;
8. stimolare il recupero e l'incremento delle abilità possedute e dei ruoli sociali, lavorativi e familiari allo scopo di ridurre il profondo senso di disvalore provato.

Il *Gruppo psicoeducativo* e di sostegno alla sobrietà rappresenta un'evoluzione di quello che nel Minnesota Model veniva definito gruppo orientato e dei più recenti gruppi educativi (Centurioni & Fusi, 2000) e psicoeducativi ed è più direttamente focalizzato sul gioco. Utilizza le tecniche della discussione e la filosofia dei 12 passi di G.A. Il suo scopo prioritario è di aiutare i pazienti ad ammettere l'esistenza del problema gioco d'azzardo, ad accettare la loro impotenza di fronte al gioco e la loro impossibilità di controllarlo, riconoscendo la necessità di cambiare. Al suo interno possono essere affrontati temi propri dei gruppi di auto-aiuto (desiderio compulsivo di giocare, ricadute, alibi, egocentrismo ecc.) tramite l'uso di letture o dispense scelte ad hoc.

I suoi obiettivi specifici sono:

9. fornire informazioni sulle dinamiche, pensieri, sentimenti e comportamenti tipici del gioco d'azzardo patologico inteso come dipendenza (perdita di controllo ed ingovernabilità del gioco);
10. ridurre l'atteggiamento difensivo del paziente ed il suo isolamento sociale, incrementando l'apertura autentica di sé a discapito della mistificazione e del disconoscimento di sé;
11. diminuire il senso di colpa legato alle inevitabili conseguenze negative collegate al gioco e stimolare la responsabi-

lità del cambiamento attraverso una pianificazione ragionata dei passi da fare;

12. aiutare a gestire e prevenire le ricadute.

Scale	Media Pre	D. s. pre	Media Post	D.s. post	t	p
GSI (Indice globale dei sintomi)	0,85	0,72	0,61	0,63	3,26	0,00*
SOM (Somatizzazione)	0,80	0,78	0,59	0,73	2,54	0,02*
O-C (Obsessività-Compulsività)	1,08	0,91	0,73	0,79	3,08	0,00*
IS (Sensibilità interpersonale)	0,90	0,78	0,59	0,71	3,47	0,00*
DEP (Depressione)	1,22	0,99	0,88	0,88	2,96	0,01*
ANX (Ansia)	0,89	0,88	0,70	0,81	1,84	0,07
HOS (Ostilità)	0,67	0,73	0,43	0,54	3,38	0,00*
PHOB (Ansia fobica)	0,49	0,69	0,33	0,55	2,35	0,03*
PAR (Ideazione paranoide)	0,89	0,89	0,66	0,71	2,14	0,04*
PSY (Psicoticismo)	0,83	0,82	0,53	0,57	3,50	0,00*
ADD (sintomi addizionali)	1,18	0,99	0,87	0,80	3,09	0,00*

Tab. 2. Confronto Pre-Post del campione clinico (N=34) tra le medie delle Scale dell'SCL-90 R. - \* =  $p < .05$

## Descrizione del campione

Il campione è composto da 34 pazienti che hanno concluso il primo stadio del recupero (riabilitazione di primo livello) nel periodo che va da luglio 2009 a maggio 2011. I pazienti inclusi hanno ricevuto tutti una diagnosi di gioco d'azzardo patologico secondo il DSM-IV-TR (2000); l'età media del campione è di 51 anni (range da 23 a 71 anni).

La tab. 1 descrive alcune caratteristiche del campione, rilevate all'inizio del trattamento mediante una Scheda di ingresso compilata attraverso un colloquio clinico.

## Strumenti

La batteria di questionari utilizzati in questo studio è composta da tre strumenti. La valutazione del trattamento (limitata al primo stadio del recupero) è stata effettuata somministrando all'inizio ed alla fine l'SCL-90-R -Symptom CheckList-90 Revised (Derogatis et al., 1983) e due questionari autodescrittivi (Questionario pre-post GAP; Scheda sul Gioco d'Azzardo), utilizzati all'interno del D.H., che sono in corso di validazione. Di seguito, forniamo delle descrizioni sintetiche dei questionari:

SCL-90-R, Symptom CheckList-90 Revised (Derogatis et al., 1983): è una scala di autovalutazione composta da 90 item relativi a vari sintomi e problemi psicofisiologici, di cui il sog-

Scale	Media Pre	D. s. pre	Media Post	D.s. post	t	p
GGA	1,54	0,94	1,11	0,83	2,49	0,02*
Add	1,13	0,71	0,95	0,66	1,60	0,12

Tab. 3. Confronto Pre-Post del campione clinico (N=34) tra le medie delle Scale della SGA. - \*= p<.05

getto valuta l'intensità secondo una scala Likert a 5 gradi (da 0 "per niente" a 4 "moltissimo"). La consegna prevede di rispondere riferendosi all'ultima settimana, compreso il giorno stesso della somministrazione. Il punteggio ottenuto viene interpretato sulla base delle risposte fornite agli item raggruppati in 9 scale: *Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo*; una scala *Addizionale* fornisce informazioni sulla presenza di disturbi del sonno, dell'alimentazione o sentimenti di colpa e inquietudine; nel presente studio è stato utilizzato anche l'*Indice di Gravità Globale (GSI)* che è relativo all'attuale stato psicologico generale del soggetto.

Scale	Media Pre	D. s. pre	Media Post	D.s. post	t	p
Uso	1,26	1,30	0,47	0,80	3,25	0,00*
O-c	1,53	0,99	0,84	0,90	3,32	0,00*
Motivazione	2,09	0,85	1,97	0,89	0,77	0,45

Tab. 4. Confronto Pre-Post del campione clinico (N=34) tra le medie delle Scale del Questionario Pre-Post GAP. - \*= p<.05

Questionario Pre-Post GAP (Vasale M., D'Alessandris L., Focà F., 2009) (in appendice): è un questionario autodescrittivo composto da 10 item riferiti a comportamenti, pensieri e sentimenti relativi all'ultimo mese, suddivisi in 3 scale: scala USO, che esplora i comportamenti finalizzati al gioco d'azzardo, scala O-C (ossessione-compulsione), che esplora i pensieri e l'intensità della spinta a giocare d'azzardo, scala MOT (motivazione al cambiamento), che esplora l'adesione al trattamento proposto ed il senso di efficacia nel mantenere l'astensione dal gioco. Si chiede al soggetto di rispondere utilizzando una scala Likert a 5 livelli. I punteggi di ciascuna scala vanno da 0 a 4, dove lo 0 indica assenza dell'uso e dell'ossessività-compulsività e alta motivazione al cambiamento.

S.G.A. - Scheda sul Gioco d'Azzardo (Vasale M., D'Alessandris L., Focà F., Luci G., 2008) (in appendice): è un questionario autosomministrato che esplora alcuni indici sintomatologici, comportamentali, cognitivi ed emotivi, collegati al gioco d'azzardo patologico. Si ispira ai criteri diagnostici del DSM-IV-TR, al South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987) e alle 20 Domande utilizzate dai gruppi di Gamblers Anonymous. È composto da 22 item cui il soggetto deve rispondere utilizzando una scala Likert a cinque livelli (da "mai" a "molto spesso"), valutando la frequenza

del comportamento descritto nell'ultimo mese. Gli item afferiscono a due diverse scale: 15 item (scala GGA: Gravità del Gioco d'Azzardo) esplorano comportamenti, pensieri e affetti direttamente legati al gioco d'azzardo patologico; 7 item (scala ADD: item addizionali) esplorano l'uso di alcol e droghe, ansia, depressione e relazioni affettive.

## Risultati

Le analisi dei dati provenienti dai test sono state effettuate tramite il programma Statistica per Windows. Abbiamo utilizzato il test t di Student per campioni dipendenti con alfa critico di .05 al fine di investigare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative tra le due misurazioni (pre e post) del campione clinico che ha terminato il primo stadio del recupero (riabilitazione di primo livello).

Di seguito sono riportate le tabelle con media, deviazione standard, punteggi t e p delle misurazioni dei tre questionari.

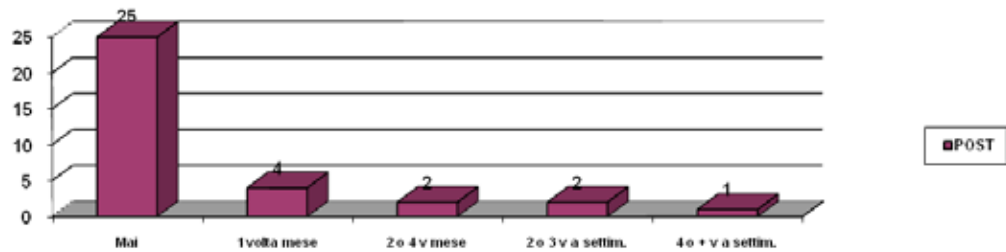
La tab. 2 riporta i dati delle scale della SCL-90 Revised del campione clinico presi all'inizio (pre) e alla fine (post) del trattamento (prima fase del recupero). I dati mostrano che i giocatori d'azzardo patologico alla fine della prima fase del recupero riferiscono meno sintomi e/o sintomi meno intensi rispetto all'inizio del trattamento. Vi sono differenze statisticamente significative in 8 scale: somatizzazione, disturbo Ossessivo-Compulsivo, sensibilità interpersonale, depressione, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide e psicoticismo, compresa la scala dei sintomi addizionali, 7 item che non fanno parte delle altre scale e che forniscono informazioni cliniche sulla presenza di disturbi del sonno, dell'alimentazione, sentimenti di colpa e inquietudine. La scala dell'ansia (ANX) fa registrare una diminuzione dei sintomi, ma non statisticamente significativa. Abbiamo calcolato anche uno dei tre indici globali del test, ovvero l'Indice di Gravità Globale (GSI) che mostra un complessivo miglioramento dello stato psicologico riferito.

I dati della tab. 3 sono relativi al questionario S.G.A.: si evidenzia una diminuzione dei punteggi in entrambe le Scale (Gravità del gioco d'azzardo, GGA; Sintomi Addizionali, Add), ma una differenza statisticamente significativa dal pre al post trattamento (prima fase del recupero) solo nella scala GGA.

Nella tab. 4 i dati mostrano una differenza statisticamente significativa nella scala Uso e O-C. Una diminuzione dei punteggi dalla fase pre alla fase post indica che i pazienti giocano meno (vedi grafico 1), hanno meno pensieri e bassa spinta a giocare. In particolare, i 34 pazienti con gioco d'azzardo patologico che terminano la prima fase del recupero riferiscono che: non hanno giocato d'azzardo nel 74% dei casi (25 pazienti su 34 dichiarano di non aver mai giocato d'azzardo nell'ultimo mese).

La scala Motivazione (Mot) rimane pressoché stabile indicando che i pazienti alla fine del trattamento di primo livello mantengono una buona motivazione al cambiamento.

Grafico 1. Risposte date all'Item 1 alla fine del trattamento:  
Nell'ultimo mese quante volte hai giocato d'azzardo?



## Discussione

Da una lettura sintetica dei dati emersi nel presente studio emerge un miglioramento clinico e sintomatologico (comportamentale, affettivo e cognitivo) dei pazienti che completano la prima fase del recupero. I giocatori d'azzardo patologico al termine di questa prima fase:

- soffrono meno a causa di percezioni di disfunzioni corporee (es. meno emicrania e altri equivalenti somatici dell'ansia; SOM);
- hanno meno pensieri ed impulsi egodistonici ed irrefrenabili cui non riescono a resistere (O-C) e, in generale, pensano meno al gioco e desiderano giocare in misura minore (GGA; O-c);
- sperimentano meno sentimenti di inadeguatezza, disagio ed inferiorità nei confronti di altre persone, mostrando aspettative meno negative nei loro confronti (IS);
- riferiscono meno sintomi legati all'umore disforico, come mancanza d'interesse, demotivazione, sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altre sensazioni cognitive e somatiche correlate (DEP) e mostrano un umore complessivamente meno depresso (Add);
- si sentono meno irritabili, aggressivi ed irrequieti (HOS, Add);
- riferiscono una minore sintomatologia legata all'ansia fobica (PHOB);
- appaiono meno sospettosi, grandiosi ed egocentrici (PAR);
- si sentono meno alienati o ritirati socialmente (PSY) e tendono a trascurare meno i loro impegni quotidiani, lavorativi e le loro relazioni (GGA);
- lamentano meno disturbi del sonno, dell'alimentazione o sentimenti di colpa e inquietudine (ADD).

In accordo con uno degli obiettivi prioritari del trattamento i pazienti smettono di giocare nel 74% dei casi (scala USO). Un ulteriore 17% dei pazienti riferisce di aver giocato meno di 4 volte nell'ultimo mese. Solo 3 dei 34 pazienti (9%) dichiara di aver giocato con una frequenza pari a due o più volte a settimana.

Il presente studio rappresenta una valutazione preliminare degli esiti del trattamento terapeutico-riabilitativo di gruppo per giocatori d'azzardo patologico effettuato presso il Day Hospital di Psichiatria Clinica e Tossicodipendenze del Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma. Rimane da esplora-

re l'efficacia della seconda fase del recupero al fine di poter effettuare una valutazione complessiva del trattamento. I limiti del presente studio riguardano la mancanza di un gruppo di controllo e l'utilizzo di alcuni questionari non ancora validati. Il nostro gruppo di ricerca sta lavorando per replicare questi risultati e raccogliere ulteriori dati utili a riflettere sull'efficacia del trattamento con campioni di giocatori patologici diversi per caratteristiche e tipologia; è altresì in corso la verifica della durata dei cambiamenti clinici a distanza di tempo (studi di follow-up) e lo studio delle caratteristiche dei drop-out.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision (DSM-IV-TR). Masson, 2000.
2. Anderson D.J. Perspectives on treatment. The Minnesota experience. Hazelden Foundation, Minnesota, 1981.
3. Centurioni A., Fusi G. (2000) I gruppi educativi. In Allamiani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Moretini A. Il libro italiano di alcologia. Volume I. SEE, Firenze, 2000.
4. Cook C.C.H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle method or myth? Part I. The philosophy and the programme. British Journal of Addiction, 83, 625-634, 1988a.
5. Cook C.C.H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle method or myth? Part II. Evidence and conclusions. British Journal of Addiction, 83, 735-748, 1988b.
6. Daghestani A.N., Elenz E., Crayton J.W. Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. Journal of Clinical Psychiatry, 57: 360-363, 1996.
7. Derogatis, I.R. SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. Manual-II: Clinical Psychometric Research. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, 1983.
8. Fanella F. (a cura di). Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica. Roma: Alpes, 2010.
9. Fanella F., Fedi R. Follow-up su pazienti alcolisti trattati in struttura semiresidenziale con il Minnesota Model (anni 1996-1998). Alcologia, 13, 1, pp 43-51, 2001.
10. Flores P. Group Psychotherapy with Addicted Populations. The Haworth Press, New York, 1997.
11. Giocatori Anonimi <http://www.giocatorianonimi.org/>
12. Grant J.E., Potenza M.N. Il gioco d'azzardo patologico. Springer-Verlag Italia, 2010.
13. Ibanez A., de castro I.P., Fernandez-Piqueras J., et al. Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. Mol Psychiatry, 5: 105-109, 2000.
14. Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. Alcohol Res Health. Review 1999; 23(2):151-60.
15. Lavanco G., Varveri L. Le nuove forme dell'azzardo. Psicologia Contemporanea, 33, 58-64, 2006.
16. Marlatt G., Gordon J. Relapse Prevention. Ed. Guilford Press, Washing-

ton, 1985.

17. Lesieur H.R., Blume S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument
18. for the identification of pathological gamblers. American Journal of Psychiatry, 144 (9), 1184-1188.
19. Miller W.R., Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Erickson, Trento, 2004.
20. Moreyra P., Ibanez A., Saiz-Ruiz J., Blanco C. (2010). Classificazione. In Grant J.E., Potenza M.N. Il gioco d'azzardo patologico. Springer-Verlag Italia, 2010.
21. Perez de Castro I., Ibanez A., Saiz-Ruiz J., et al. Genetic contribution to pathological gambling: possible association between a functional DNA polymorphism at the serotonin transporter gene (5-HTT) and affected men. Pharmacogenetics, 9: 397-400, 1999.
22. Potenza M.N., Kosten T.R., Rounsaville B.J. Pathological gambling. JAMA, 286: 141-144, 2001.
- 35.
23. Prochaska J.O., Di Clemente C.C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, 276-288, 1982.
24. Prochaska J.O., Di Clemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395, 1983.

25. Prochaska J.O., Di Clemente C.C. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Malabar, FL: Krieger, 1984.
26. Rugle L., Melamed L. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. J Nerv Ment Dis, 181: 107-112, 1993.
27. Spider J. The Minnesota Model. Hazelden Foundation, Minnesota, 1993.
28. Spunt B., Lesieur H., Hunt D. et al. Gambling among methadone patients. International Journal of Addiction, 30: 929-962, 1995.
29. Vannicelli M. Group Psychotherapy with alcoholics: special techniques. Journal of Studies on Alcohol, 40, 457-471, 1982.
30. Vasale M., Luci G., D'Alessandris L., Focà F., Fanella F., Franza R., Janiri L., Pozzi G., Bria P. Cambiamenti sintomatologici, relazionali ed intrapsichici in un campione di alcolisti trattati con un modello riabilitativo integrato basato sul Minnesota Model. Dipendenze Patologiche, vol. 1, N. 1-2, 2006.
31. Vinogradov, S., Yalom, I.D. Concise Guide of Group Psychotherapy. Ed Am. Psychiatric Press Inc., New York, 1990.
32. Volberg R.A. Gambling and problem gambling in New York: A 10-years replication survey, 1986 to 1996. Albany, New York Council on Problem Gambling, 1996.
33. Whelan J.P., Steenbergh T.A., Meyers A.W. Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico. Giunti O.S., 2010.
34. Yalom, I.D. Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Bollati Borin-ghieri, Torino, 1986.

## APPENDICI

### Allegato 1

COD	FASE	DATA	/	/
S.G.A.				

### Scheda sul Gioco d'Azzardo

Vasale M., D'Alessandris L., Focà F., Luci G. (2007)

Rispondi alle seguenti domande facendo riferimento all'ultimo mese.

	<u>NELL'ULTIMO MESE</u>	MAI	RARAMENTE	TALVOLTA	SPESSE	MOLTO SPESSE
1.	hai desiderato giocare?					
2.	le discussioni, i rimproveri o le frustrazioni ti hanno causato il bisogno di giocare?					
3.	hai giocato? (includi ogni tipo di gioco)					
4.	hai chiesto in prestito denaro per poter giocare?					
5.	hai perso il controllo sul giocare?					
6.	hai pensato al gioco per alleviare sentimenti spiacevoli?					
7.	il gioco d'azzardo ha reso infelice la tua vita familiare?					
8.	ti è capitato di avere difficoltà nell'addormentarti a causa dei tuoi pensieri legati al gioco?					
9.	ti è capitato di rubare tempo ai tuoi impegni (lavoro, studio, attività domestiche) a causa del gioco o dei tuoi pensieri sul gioco?					
10.	ti sei assorbito (sognare ad occhi aperti) in pensieri sul gioco?					
11.	hai trascurato i tuoi familiari per il gioco?					
12.	hai fatto uso di droghe o farmaci non prescritti?					

13.	il gioco d'azzardo ha procurato problemi a te ed ai tuoi cari?					
14.	hai ripensato ad esperienze passate di gioco d'azzardo?					
15.	quando non hai giocato, ti sei sentito irrequieto ed irritabile?					
16.	senti di aver dato affetto ai tuoi cari?					
17.	hai pensato di poterti rifare delle perdite avute al gioco, giocando di nuovo?					
18.	ti sei sentito depresso?					
19.	ti sei sentito in ansia?					
20.	hai pensato al suicidio/di farla finita?					
21.	hai bevuto alcool fuori dai pasti?					
22.	hai rispettato i tuoi impegni quotidiani?					

## Allegato 2

Cod.	Fase tratt.	Data	/	/
------	-------------	------	---	---

Questionario pre-post sul gioco d'azzardo

(Vasale M., D'Alessandris L., Focà F., 2009)

Il seguente questionario contiene una serie di frasi sui tuoi comportamenti, pensieri e sentimenti relativi al gioco d'azzardo nell'ultimo mese. Nel rispondere, segna con una crocetta l'affermazione che meglio ti descrive, utilizzando le scale di valutazione proposte. Rispondi a tutte le domande; se sei incerto o non ti è familiare la situazione descritta nella frase, dai la risposta che ti sembra più adeguata a descriverti.

## RICORDA DI RISPONDERE FACENDO RIFERIMENTO ALL'ULTIMO MESE

Quante volte hai giocato d'azzardo?

- ☐ Mai  
☐ Una volta al mese  
☐ Da 2 a 4 volte al mese  
☐ Da 2 a 3 volte a settimana  
☐ 4 o più volte a settimana

Quanti giorni a settimana hai giocato d'azzardo?

- ☐ Nessuno  
☐ Non più di 2  
☐ 3-4  
☐ 5-6  
☐ Tutti i giorni

Hai programmato la tua giornata per giocare d'azzardo?

- ☐ Mai  
☐ Raramente  
☐ Talvolta  
☐ Spesso  
☐ Sempre

Come valuti l'intensità del tuo desiderio di giocare d'azzardo?

- ☐ Molto bassa  
☐ Bassa  
☐ Media  
☐ Alta  
☐ Molto alta

Da quanti giorni non giochi d'azzardo?

- ☐ Da 1 giorno
- ☐ Da 1 settimana circa
- ☐ Da 2 settimane circa
- ☐ Da 3 settimane circa
- ☐ Da più di 3 settimane

Quanto è stata forte la spinta a giocare d'azzardo?

- ☐ Non ho provato nessuna spinta
- ☐ Ho provato una certa spinta
- ☐ Ho provato una forte spinta
- ☐ Ho provato una spinta molto forte
- ☐ La spinta è stata completamente involontaria ed irresistibile

Sei mai stato ad una riunione di Giocatori Anonimi?

- ☐ No
- ☐ Sì, 1 o 2 volte
- ☐ Sì, 3-5 volte
- ☐ Sì, 6-10 volte
- ☐ Sì, più di 10 volte

Hai la sensazione che la spinta a giocare d'azzardo sia stata troppo forte da controllare?

- ☐ Mai
- ☐ Raramente
- ☐ Talvolta
- ☐ Spesso
- ☐ Sempre

Se gioco o no, non vale la pena di parlarne.

- ☐ Non è vero
- ☐ Raramente è vero
- ☐ Qualche volta è vero
- ☐ Spesso è vero
- ☐ E' sempre vero

Ho imparato il modo per rinunciare al gioco d'azzardo anche quando ne sento il bisogno.

- ☐ Non è vero
- ☐ Raramente è vero
- ☐ Qualche volta è vero
- ☐ Spesso è vero
- ☐ E' sempre vero

Parte riservata al somministratore

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Questionario completato | <input type="checkbox"/> Questionario rifiutato | <input type="checkbox"/> Non in grado di rispondere |
| <input type="checkbox"/> Molto att.              | <input type="checkbox"/> Abb. att.              | <input type="checkbox"/> Poco att.                  |
| <input type="checkbox"/> Per niente att.         |   |   |

# L'esperienza di Campoformido: i dieci gruppi terapeutici per ex giocatori d'azzardo e loro familiari

Rolando De luca<sup>1</sup>

*1 - Centro di recupero per giocatori d'azzardo di Campoformido (Ud)*

L'attività di terapia di gruppo del centro per il trattamento del gioco d'azzardo patologico di Campoformido (Udine) risale al 1993 ed attualmente coinvolge dieci gruppi, per un totale di duecentotrenta persone in trattamento, tra giocatori e familiari. La terapia è a lungo termine, con una durata da stabilirsi a seconda del suo corso, ed è caratterizzata da un setting strutturato e con regole ben definite. Pur partendo dal sintomo del gioco compulsivo, l'intervento terapeutico si concentra solo in un primo periodo su di esso (e sulle altre dipendenze del giocatore e dei familiari), per poi toccare le dinamiche individuali e familiari profonde che vi stanno alla base. Dati confermati da ricerche sperimentali pubblicate condotte a Campoformido riferiscono che la percentuale di abbandono della terapia nel 2009-2010 è stata del 5% e che dal 2008 il numero di persone che hanno concluso regolarmente la terapia è stato maggiore di quello di coloro che l'hanno abbandonata. Attualmente, la naturale conclusione della terapia riguarda centoquindici persone (tra ex giocatori e familiari) e si sono registrati solamente due casi di ritorno al sintomo. Per quanto riguarda l'azzardo, il 90% dei giocatori che partecipano alla terapia è astinente, mentre il restante 10%, pur continuando a frequentare la terapia, continua ad azzardare, anche se in misura assolutamente inferiore.

## *The Campoformido experience: the ten therapy groups for former gamblers and their families*

*The Centre of group therapy for the treatment of pathological gambling in Campoformido (Udine) dates back to 1993. Currently there are ten groups with a total of two hundred and thirty people in treatment, including gamblers and relatives. It is a long-term therapy, and its duration differs for each individual. It is characterized by a structured setting and a series of set rules.*

*Initially, the therapy concentrates on the symptoms of compulsive gambling (and other addictions the gambler or relative may have), but then delves into the individual and family dynamics which are at the root of the problem.*

*Details referring to research carried out at Campoformido, show that the percentage of members who dropped out of therapy in 2009-2010, was 5%. In 2008, the number of members who completed the therapy was higher than the percentage which dropped out. At present, one hundred and fifteen people (ex-gamblers and relatives) have regularly completed the therapy and only two members have gone back to the symptoms. As regards to gambling, 90% of the group therapy members are abstinent.*

*The remaining 10% still continue to gamble but in a much less frequent manner.*

**Parole chiave:** *azzardo, terapia di gruppo, abbandoni, presenza in terapia, conclusione della terapia*

**Keywords:** *gambling, group therapy, drop-outs, therapy group attendance, end of therapy*

**Date:** *inviato: 16/04/2012 - accettato: 05/09/2012*

**Contatti:** **Dott. Rolando De luca**

*Centro di recupero per giocatori d'azzardo di Campoformido (Ud)*  
*tel.: 0432 728639*

*e-mail: rolandodeluca@gmail.it*

Il Centro di terapia di Campoformido nasce dall'esigenza di attuare una strategia terapeutica mirata ad ottenere il raggiungimento e il mantenimento dell'astinenza dal gioco d'azzardo, a distanza di anni, estirpando il problema sin dalle sue radici più profonde, per il giocatore e per i suoi familiari.

Le prime sperimentazioni hanno avuto inizio nel 1993, attra-

verso un lavoro con un ristretto numero di giocatori e loro familiari, per poi risolversi positivamente nella costituzione del primo gruppo terapeutico composto da giocatori e familiari nel 1998, con il patrocinio del Comune di Campoformido (Ud).

Attualmente sono in cura presso il centro di Campoformido

duecentotrenta persone, tra giocatori d'azzardo (centocinquante) e loro familiari (centoventicinque), a costituire ben dieci gruppi di terapia.

Il 25 maggio 2000, infine, è stata formalmente costituita l'Associazione degli ex giocatori d'azzardo e loro famiglie (A.GIT.A), con sede presso il Comune di Campoformido, a riconoscimento dell'alto valore sociale delle iniziative da essa promosse.

## Breve panoramica sulla psicoterapia di gruppo

La psicoterapia di gruppo da tempo offre un terreno ricco alla sperimentazione. Per questo non sorprende che il suo sviluppo e la sua diffusione siano tuttora in costante crescita. Jacob Moreno fu il primo a rivendicare per primo la paternità dell'uso del termine "terapia di gruppo" e ad indicare come lo psicodramma e la psicoterapia di gruppo favoriscano l'incontro e "l'armonia dei sentimenti".

La terapia di gruppo si sviluppò in modo consistente solo dopo la seconda guerra mondiale; in particolare in Inghilterra Joshua Bierer organizzò dei "club sociali" e Siegmund H. Foulkes si servì di tecniche analitiche per i suoi gruppi, facendosi promotore dell'idea che il gruppo fosse un'unità più fondamentale dell'individuo.

Negli stessi anni Wilfred R. Bion sperimentò delle tecniche di psicoterapia di gruppo che limitavano il più possibile l'intervento del terapeuta, così da favorire "l'esplorazione e l'interpretazione".

Foulkes e Bion considerano il gruppo di per sé come un tutto. Conseguentemente la domanda sul legame che tiene uniti i membri perde importanza.

Non possono inoltre non essere ricordati i gruppi operativi condotti da Pichon-Rivière, nei quali l'approccio lewiniano e gestalista si fonde con la psicoanalisi d'orientamento kleiniano.

I vari modelli e l'ampiezza clinica ed epistemologica, evidentemente molto più complessi, ampi ed articolati di quanto riportato in questa breve premessa, portano a letture trasversali della storia e delle prospettive dei singoli modelli, pur rimanendo fermo il fatto che la psicoterapia di gruppo può rappresentare un valido strumento nell'affrontare le varie forme di patologia sociale presenti nella società contemporanea.

## Il nostro modello terapeutico

Il modello terapeutico di gruppo proposto a Campoformido per il trattamento del GAP, sviluppatosi a partire da una cornice teorica di tipo sistemico-relazionale, fa sì che il beneficio del confronto e il rispecchiamento dell'individuo con gli altri membri coinvolgano l'intero contesto familiare. Questo presupposto, che grazie nel contesto di una terapia a lungo termine caratterizzata da un setting definito e da regole

precise, porta a cambiamenti significativi, altresì suffragati da ricerche sperimentali già pubblicate. La sintesi dei lavori di ricerca dimostra quanto dietro al disagio problema manifesto – l'azzardo patologico – si celino costellazioni sintomatologiche che spiegano le differenze tra giocatori e familiari. "Sintomi" che sono espressione di dinamiche emotive ed affettive che dalla famiglia si vanno cristallizzando in particolar modo sul giocatore, per poi svelarsi nuovamente come arresti comunicativi che a partire dal giocatore investono le famiglie intere all'interno dei gruppi terapeutici nel contesto gruppale.

Proprio dall'analisi dei medesimi tratti e fattori, a distanza di tempo, all'interno dei gruppi terapeutici è emerso che, indipendentemente dai metodi e dagli strumenti utilizzati, la psicoterapia di gruppo si offre come un ottimo "congegno" per la riduzione, a scalare, di quei sintomi che caratterizzano il comportamento patologico-azzardo, nonché il medium d'elezione per la ripresa della comunicazione degli affetti nelle relazioni non solo familiari ma anche inter-personali.

## La nostra pratica terapeutica presso il centro di Campoformido

Dopo la richiesta di aiuto, che in genere perviene al Centro da parte di un familiare o di un congiunto del giocatore, la prassi prevede che il diretto interessato, preferibilmente assieme ai componenti significativi della sua famiglia, partecipi ad un certo numero di colloqui individuali.

Questi incontri hanno lo scopo di rilevare un'effettiva presenza di gioco d'azzardo "patologico" in base ai criteri stabiliti per questo disturbo dal DSM IV T-R; inoltre, in questa sede vengono fornite informazioni propedeutiche con lo scopo di preparare il giocatore e i suoi familiari ai cambiamenti profondi – per quanto riguarda lo stile di vita, le relazioni e il personale approccio con la realtà – ai quali sicuramente andranno incontro dal momento in cui decideranno di entrare in un gruppo di terapia. Infine, queste prime sedute sono decisive nel creare il presupposto concreto per l'inizio del percorso terapeutico di gruppo, con la comunicazione chiara e dettagliata delle regole che strutturano lo specifico setting. Infatti, durante i colloqui preliminari vengono comunicate quelle che sono le regole da rispettare per poter frequentare le sedute ed ottenere il maggior beneficio. Tutte s'intendono come ugualmente determinanti per il funzionamento della terapia, ma sul rispetto di alcune in particolare, riguardanti la deontologia della pratica terapeutica e il rispetto della privacy, è impossibile transigere e l'infrazione determinerà l'estromissione dal gruppo.

## Criteri organizzativi fondamentali del setting di gruppo

Uno dei presupposti più significativi per il successo di un percorso terapeutico di gruppo, secondo il modello utilizza-

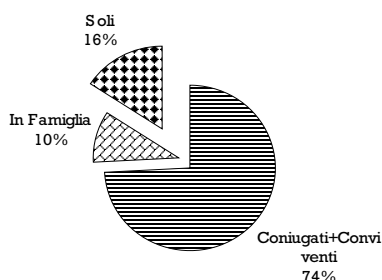
to presso il Centro di Campoformido, è il coinvolgimento in terapia dell'intera famiglia, a dispetto della presenza del solo giocatore.

I familiari di chi gioca d'azzardo, infatti, subiscono le stesse traumatiche perdite di chi pratica direttamente quest'attività (sia sul piano economico che sul versante emotivo e psicologico) e costituiscono per lui un supporto e soprattutto un'importante prospettiva di confronto per le interpretazioni del terapeuta sul problema.

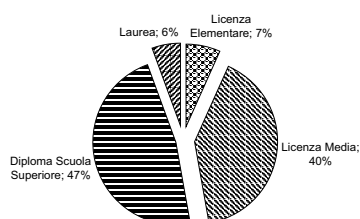
Inoltre, i problemi che si celano dietro al sintomo azzardo sono molto spesso di natura relazionale e riguardano quasi sempre l'ambiente sociale più vicino al giocatore, ovvero la sua realtà domestica, familiare e di coppia. Quindi il partner e/o i familiari assumono un ruolo centrale nella formazione del sintomo e nel suo mantenimento, nonostante non ne siano i diretti portatori.

È importante che la famiglia accetti questa nuova luce attraverso cui il problema dell'azzardo viene messo a fuoco e si dimostri disponibile a mettersi in discussione esattamente quanto il giocatore. Molto spesso, prima dell'ingresso di quest'ultimo in terapia, i familiari e/o il partner iniziano il percorso nel gruppo per conto proprio, lavorando su se stessi e sulle relazioni distorte che via via si individuano a partire da quanto viene condiviso di sé con gli altri membri durante le sedute; questo rende possibile un'importante inizio di trasformazione del contesto immediato attorno al giocatore, trasformazione che lo coinvolgerà e giungerà a trasformarlo prima ancora del suo ingresso, peraltro necessario, in terapia. Al contrario, l'ingresso nel gruppo del solo giocatore sembra dare risultati meno positivi, nonostante risulti in ogni caso un'importante spunto di riflessione su se stesso e sul proprio problema.

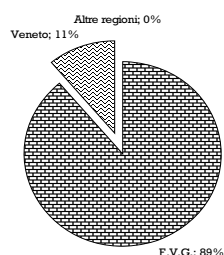
Giocatori Sett. 2010 : Stato Civile



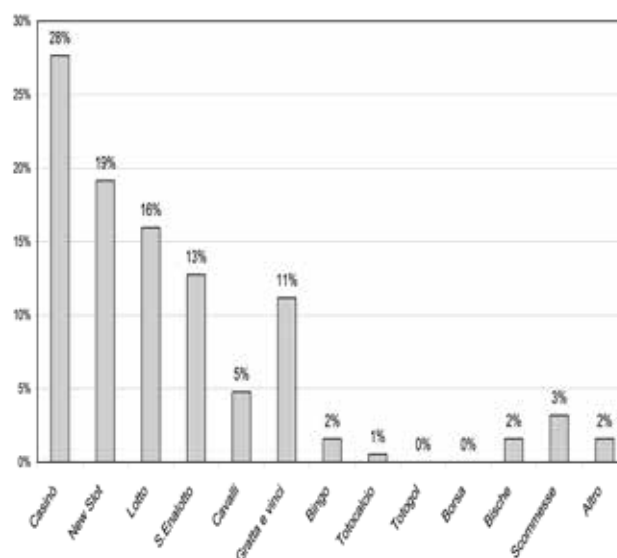
Giocatori Sett. 2010 : Titolo di Studio



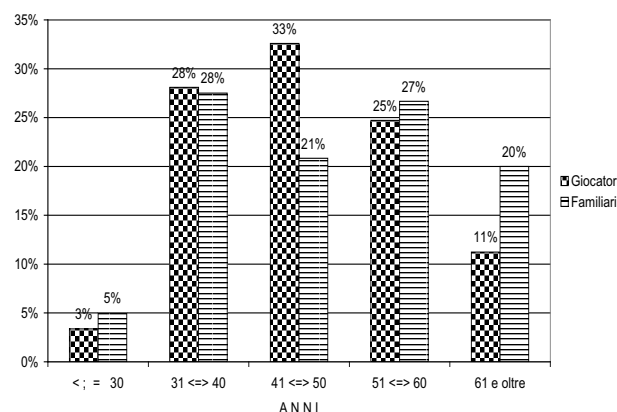
Giocatori sett.2010 : Provenienza



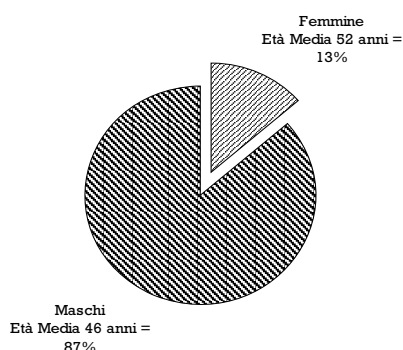
Set.2010 = Abitudini relative al gioco.



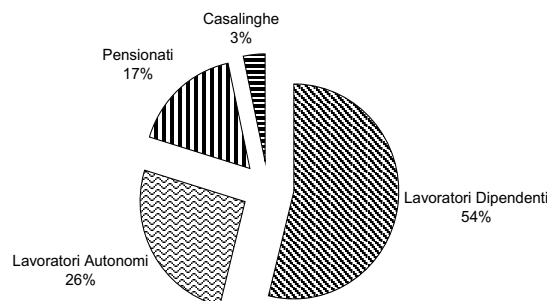
Sett. 2010 = Età : Confronto fra Giocatori e Familiari



Sett. 2010 = Sesso Giocatori , Età Media e Presenza %



Sett. 2010 : Professione Giocatori



Ogni gruppo parte con un progetto condiviso, che formalmente potrebbe essere inteso solo come il raggiungimento dell'astinenza dal gioco d'azzardo. Esso, in quanto sintomo, è in effetti la tematica dominante all'inizio della terapia, ma la fase di "gioco-non gioco" si può in genere considerare superata entro i primi due anni di terapia. Per questo motivo, in un secondo tempo, e per tutto lo svolgersi del percorso di gruppo, la terapia verterà sull'elaborazione di altri contenuti profondi che emergono, liberati dalla coltre del sintomo, attraverso l'espressione di sentimenti di rabbia, ansia e frustrazione relativi questa volta alla vita quotidiana precedente e soprattutto successiva alla dipendenza.

Portando alla luce le dinamiche relazionali e comunicative distorte, costituite e mantenute attraverso l'intera esistenza del paziente, e coinvolgendo nell'analisi anche la storia personale dei componenti significativi della sua famiglia, si giunge infine ad una ristrutturazione del suo stile di vita; questa nuova ottica va poi integrata con la prospettiva di un'esistenza liberata dal sintomo e per questo potenzialmente inaccettabile da parte del giocatore e della famiglia, in quanto non più "condotta al limite".

Per quanto riguarda i tempi di trattamento, le sedute osservano una cadenza settimanale, alla stessa ora, con un incontro della durata di due ore. La durata complessiva del percorso di terapia varia a seconda delle specifiche situazioni familiari e in base alle caratteristiche del paziente, alle sue resistenze, alla sua età e alla sua storia personale. E' necessario pensare ad una dimissione dal gruppo solamente nel momento in cui gli interessati siano in grado di mantenere l'astinenza dal sintomo azzardo e soprattutto quando sia effettivamente possibile per loro concepire la propria vita quotidiana, libera dal sintomo, come accettabile e gratificante.

Naturalmente, la liberazione dalla dipendenza deve implicare anche il raggiungimento della capacità di fare a meno del gruppo, che ha costituito per anni un appoggio e una fonte di sicurezza per l'ex giocatore e la sua famiglia.

Non esistono tempi standard per questo tipo di terapia, ma sicuramente non si può pensare ad un percorso a breve termine; un concetto, questo, espresso chiaramente fin dal pri-

mo incontro con gli interessati e più volte ribadito durante lo svolgimento del lavoro terapeutico.

In media, le dimissioni dal gruppo a Campoformido non avvengono prima di quattro anni ed è sempre il terapeuta che stabilisce quando sia opportuno concludere il trattamento.

La composizione del gruppo, come già anticipato, include i giocatori d'azzardo patologici e un numero variabile di loro parenti, congiunti o figure significative che si rendano disponibili ad intraprendere il percorso con loro. In genere, ed auspicabilmente, il numero di partecipanti per ogni gruppo non supera i dieci giocatori d'azzardo (senza contare i familiari). Si tratta di gruppi eterogenei per età, sesso e livello socioculturale, nonostante il terapeuta valuti, in sede di accoglienza, quale sia il gruppo maggiormente compatibile con i casi entranti per tipologia di problematica ed affinità di vissuti, al di là dei vincoli o delle preferenze di orario e di giornata.

Infine, le sedute si tengono sempre nella stessa sala, all'interno della quale i membri del gruppo e il terapeuta si dispongono seduti in cerchio.

## Dati riguardanti i dieci gruppi terapeutici a Campoformido

Per il 74 % i giocatori sono sposati o convivono; il 26 % di essi non vive in coppia (10 % in famiglia + 16 % soli).

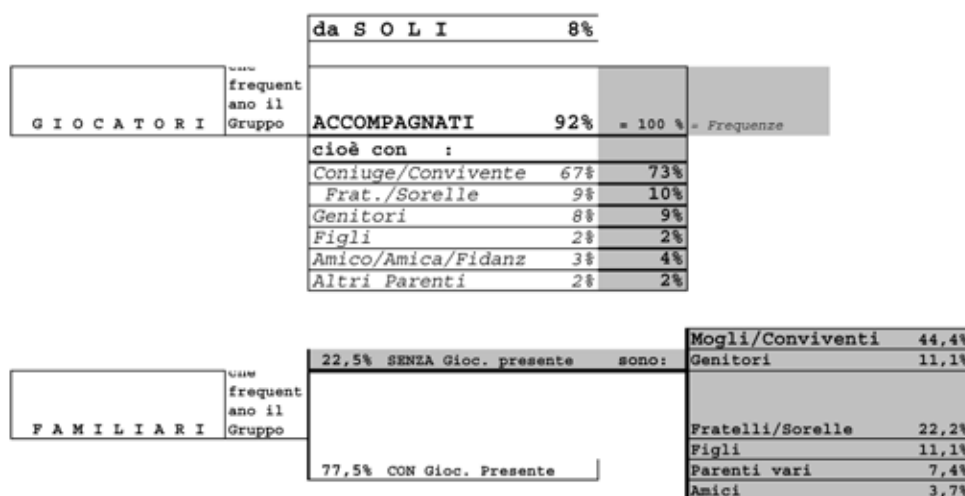
Il 7 % è in possesso della licenza elementare; il 40 % della licenza media; il 47 % di un diploma e il 6 % di laurea.

I giocatori provengono per l'89 % dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia; per il restante 11% dal Veneto.

## Abitudini relative al gioco

Il 28 % dei giocatori frequentava il casinò; il 19 % giocava alle new slot (ex videopoker), il 16 % al lotto, il 13 % al superegalotto; l'11 % al grattaevinci; il 5 % alle corse di cavalli; e ancora, il 2 % frequentava le Bische; l'1 % giocava al Bingo. Il restante 5 % infine si dedicava ad altri giochi (Totocalcio,

## Diagramma FREQUENZE 2010



scommesse, ecc). In realtà è molto frequente che chi gioca d'azzardo si dedichi a più di una tipologia di gioco; in particolare, secondo i nostri dati: il 47 % dei giocatori si dedica ad un solo tipo di gioco, il 37 % pratica da 2 a 3 giochi differenti ed il 13 % da 4 a 5; solo il 2 % ammette di giocare a più di cinque tipi di gioco. Ricordiamo che in questa sede si fa riferimento alla classificazione dei giochi, individuata da R.Caillois, in quattro campi semantici: fortuna, competizione, simulacro e vertigine. Nel caso specifico si tratta solo di giochi di "Alea" (la fortuna, ovvero il Caso, che secondo Caillois "non ha né mente né anima").

## Età dei partecipanti

Il 3 % dei giocatori ha meno di trent'anni, il 28 % si aggira tra i trenta e i quaranta, il 33 % va dai quaranta ai cinquant'anni e il 25 % ha tra cinquanta e i sessant'anni; l'11 % ha più di sessant'anni. Per quanto riguarda i familiari che accompagnano in terapia i giocatori, si evidenzia come il 47 % di essi abbia più di cinquant'anni, registrando dunque un'età media piuttosto elevata; questo specifico dato induce a ritenere che i giocatori e le famiglie arrivino al nostro Centro con esperienze di gioco d'azzardo protratte nel tempo.

## Sesso

L'87 % dei giocatori in terapia è costituito da maschi e il 13 % da femmine. Considerato che la percentuale di donne giocatrici secondo le statistiche nazionali è del 25% (rispetto al 75% dei maschi) e considerato l'aumento, rispetto agli ultimi tre anni, di richieste d'intervento terapeutico per problemi di gioco d'azzardo patologico da parte della popolazione femminile, sarebbe possibile avanzare l'ipotesi che questa percentuale possa in un prossimo futuro avvicinarsi a quella sopra citata (25%), riferita alla popolazione generale.

Sempre in merito alle giocatrici presenti in terapia (età me-

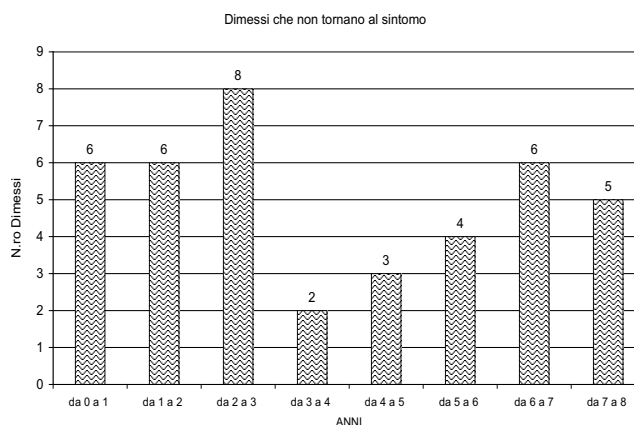
dia 52 anni), è interessante osservare come la loro età media sia relativamente avanzata rispetto a quella dei giocatori maschi (età media 46 anni), aggirandosi la prima attorno ai cinquant'anni, e che in molti casi esse giungono al Centro da sole, ovvero senza il supporto dei familiari, e in condizioni estremamente critiche.

## Professione

Il 54 % dei giocatori è costituito da lavoratori dipendenti, il 26 % da lavoratori autonomi, il 17 % da pensionati, il 3 % da Casalinghe. E' interessante notare come all'interno dei nostri gruppi non ci siano disoccupati, né tra i giocatori, né tra i familiari.

## Frequenza

Il 92 % dei giocatori partecipa ai gruppi di terapia assieme ai familiari (nel 100% del loro dettaglio: il 73 % è accompagnato dal coniuge/convivente, il 10 % da fratelli/sorelle, il 9



% dai genitori, il 2 % dai figli, per il 2 % di Parenti e il 4 % da amici). L'8 % dei giocatori viene invece in terapia da solo. Il 23 % dei familiari che vi partecipano lo fanno senza la presenza del giocatore (nel 100 % del loro dettaglio: per il 45 % si tratta di mogli o conviventi, per l'11 % di genitori, per il 22 % di fratelli e sorelle, per l'11 % di figli, e per il 7 % di Parenti, per il 4 % di amici).

Questo significa che le famiglie sentono altrettanto forte, se non in misura maggiore rispetto ai giocatori, la necessità di partecipare ai gruppi, in qualche modo anticipando il lavoro sulle relazioni all'interno del contesto familiare.

### Abuso d'alcol, tabacco e sostanze psicotrope

Viene confermato che molti giocatori d'azzardo sono forti fumatori (il 62 %); parimenti, si accerta l'abuso d'alcol (almeno tre volte alla settimana) nel 22 % dei giocatori e di una o più sostanze psicotrope nel 2 %.

Tuttavia, è interessante osservare come nel corso della lunga terapia di gruppo le persone tendano ad abbandonare completamente anche la dipendenza da tabacco (nel 30% dei casi), il che significa che si fa strada un nuovo stile di vita, decisamente orientato al benessere.

A conferma di ciò, si consideri come nei gruppi sia stato osservato un decremento di soggetti fumatori dal 90% al 62 %.

### Ricadute

Nel corso della terapia è naturale aspettarsi delle ricadute, ma queste vengono ammortizzate senza gravi conseguenze laddove fino a quel momento la clausola dell'astinenza sia stata osservata scrupolosamente; il ritorno sporadico all'azzardo in corso di terapia genera infatti nel giocatore una sensazione che nulla ha a che vedere con l'ebbrezza precedente, caricandolo piuttosto di sensi di colpa e di fallimento. Si tratta anzi di un percorso quasi obbligatorio per il giocatore al fine di sradicare la propria personale convinzione di onnipotenza permettendogli di riacquistare l'umiltà di riconoscere le proprie debolezze. Al contrario, continuare a giocare in corso di terapia, anche blandamente ma in modo continuativo (ad esempio la banale schedina), mantiene il giocatore incollato al modello patologico di impulso e dipendenza.

Il 54 % dei Giocatori ha ammesso di avere avuto delle ricadute.

### Percentuale d'abbandono

La percentuale d'abbandono nel 2009/2010 è del 5 %.

Ad ogni modo, secondo la nostra esperienza, in tutti i casi di abbandono si verifica un più o meno repentino ritorno al sintomo.

Tuttavia, va rimarcato il fatto che gli abbandoni risultano sensibilmente ridotti ed in genere "molto sofferti". La tipologia di abbandono è cambiata rispetto al passato, quando le persone "scomparevano" senza lasciare traccia di sé, ora infatti gli abbandoni sono quasi sempre motivati e in alcuni casi quasi "concordati".

E' inoltre importante considerare come la presenza ai gruppi risulti costante e continuativa durante tutto l'anno e che le assenze vengono in genere sempre motivate preventivamente (di solito per via telefonica).

Il 94 % di coloro che hanno iniziato la terapia nel 2009/2010 non l'hanno a tutt'oggi abbandonata.

Dal 2008 il numero di persone che hanno concluso regolarmente la terapia è stato maggiore di quello che l'hanno abbandonata.

### Risultati terapeutici

Il 90% dei giocatori che partecipano alla terapia non gioca più d'azzardo. Il restante 10%, pur continuando a frequentare la terapia, continua a giocare, anche se in misura assolutamente inferiore.

La naturale conclusione della terapia riguarda centoquindici persone, tra ex giocatori e familiari (rispettivamente, nel numero di 42 e 73).

Chi termina la terapia nei tempi prescritti, ad eccezione di due persone, non risulta tornare al sintomo (i cambiamenti, in ogni caso, non riguardano ovviamente solo il gioco d'azzardo...).

E' evidente che i dati riportati, pur rappresentando una tendenza, non possono essere considerati definitivi; ci sentiamo invece di poter sostenere con certezza che la terapia di gruppo per i giocatori e per le loro famiglie rappresenta uno degli strumenti più adeguati per affrontare la dipendenza da gioco d'azzardo, un problema sempre più "emergente" nella nostra società.

# L'applicazione dei metodi d'azione nella conduzione di gruppi psicoterapici per giocatori d'azzardo patologici

Maria Cristina Perilli<sup>1</sup>, Claudio Nicolai<sup>1</sup>

1 - Ser.T. Albenga Milano

**O**biettivi: nel 2010 abbiamo attivato un gruppo per GAP ed uno per giocatori e familiari (tot.14 pz.+5 familiari).

Si voleva verificare: la compliance dei pazienti alla terapia di gruppo e costanza nella frequenza; astinenza dal gioco d'azzardo; frequenza delle ricadute; il miglioramento della qualità della vita; eventuali differenze tra i 2 gruppi. Obiettivo dell'articolo è la condivisione dei risultati raggiunti

Metodi: i gruppi sono stati condotti con i "metodi d'azione". I punti principali sono: il soggetto rappresenta i propri conflitti anziché limitarsi a parlarne, agisce nel presente perché il passato è collegato al ricordo e lo allontana dall'immediatezza dell'esperienza trasformandolo in spettatore più che in attore, agisce "la sua verità" come la percepisce e può essere incapace di spontaneità; il processo di riscaldamento procede dalla periferia al centro; una sessione di lavoro richiede riscaldamento, parte centrale e dopo azione in cui interviene tutto il gruppo; un protagonista non deve essere mai lasciato con l'impressione di essere l'unico ad aver vissuto quel problema; il conduttore deve portare il gruppo, nella fase della discussione, a ritrovarsi parzialmente nella storia del soggetto.

Risultati: nell'anno di terapia, su 14 pz.: 7 astinenti; 3 brevi ricadute con perdita minima di denaro; 3 ridotto di molto sia denaro speso che tempo passato a giocare; 1 non controllo della compulsione e richiesta amministratore di sostegno. Tutti i 19 partecipanti riferiscono che la qualità di vita è migliorata, sia rispetto al gioco, che a molteplici aspetti della vita.

Conclusioni: visto il successo terapeutico la sperimentazione è divenuta prassi operativa.

## Application of methods of action in leading psychotherapeutic groups for gambling

*Goals: In 2010 we started two psychotherapeutic groups, one for GAP and one for gamblers and their family members (a total of 15 patients + 5 relatives).*

*The goal was to measure the patients' compliance with group therapy and group attendance; abstinence from gambling; relapse-rate-improvement of life quality; possible differences between the two groups.*

*Methods: The groups were conducted with "action methods" based on the following principles: the subject represents his own conflicts rather than just talk about them. He acts in the present because the past, connected to the memory, may take him away from the immediacy of the experience, turning him into a spectator rather than an actor who acts "his truth" as perceived and can thus be incapable of spontaneity; the "warming up" process goes from the outside to the inside; a working session requires a warming up phase, a central phase and an "after action" phase in which the whole group takes part; a patient should never have the impression of being the only one to experience that problem. In the discussion phase the leader helps the group to make the patient feel part of the story.*

*Results: At the end of the therapy out of the 14 patients: 7 abstained from gambling; 3 had brief relapses with minimal loss of money; 3 had reduced the amount of both money and time spent playing; 1 did not control the compulsion and asked for support ("amministratore di sostegno": a person who will manage his money).*

*All the 19 participants reported improvement in life quality regarding both gambling and many aspects of life.*

*Conclusions: in view of the therapeutic success the procedure has become a testing practice.*

**Parole chiave:** gioco d'azzardo patologico, dipendenza, gruppi psicoterapici, SERT

**Keywords:** gambling, addiction, psychotherapeutics groups, addiction service

**Date:** inviato: 24/04/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. ssa **Maria Cristina Perilli**  
SERT Albenga Milano  
via Albenga 2/A – 20153 - Albenga Milano  
tel.: 02/85782894-2  
e-mail: cperilli@asl.milano.it

## Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) - così come l'abuso di sostanze psicoattive, la dipendenza da strumenti elettronici, videogiochi o internet, alcune forme di disturbi alimentari ed altre patologie apparentemente diverse (sex addiction, shopping compulsivo...) - è considerato al pari di una tossicodipendenza, in quanto presenta una sintomatologia del tutto sovrapponibile ad essa. Sia la dipendenza da sostanze che quella "non da sostanze", presentano infatti sintomi molto simili: la perdita del controllo nella "gestione" della sostanza/comportamento additivo (illusione di saperlo controllare), la tolleranza/assuefazione (capacità dell'organismo di tollerare "dosi" maggiori di sostanza/comportamento ed il bisogno di aumentarle per trarne uguale "soddisfazione"), l'astinenza (serie di manifestazioni psico-fisiche dovute alla mancanza più o meno prolungata della sostanza/comportamento), il craving (intenso desiderio e pensieri fissi circa la ricerca e l'utilizzo della sostanza/comportamento) e danni psico-socio-sanitari (dispendio di tempo, energie e denaro, riduzione e/o interruzione delle attività ricreative, scolastiche, sociali, lavorative, familiari, etc., continuo uso della sostanza/messa in atto del comportamento ed incapacità di interromperlo nonostante la conoscenza della presenza del problema e delle sue gravi conseguenze psicologiche e fisiologiche, problemi dell'umore, ansia, sonno disturbato, disturbi sessuali).

La differenza principale tra le varie forme di dipendenza, è quindi evidenziabile non nei sintomi legati alla patologia, ma nel tipo di sostanza/comportamento verso cui il soggetto ha sviluppato la dipendenza stessa.

Per questa ragione è stato quasi "naturale" che i pazienti con problemi legati al gioco d'azzardo, abbiano iniziato a rivolgersi ai Ser.T per chiedere aiuto.

Da uno sguardo alla spesa degli italiani per il gioco d'azzardo, si vede che dai 24 miliardi di euro giocati nel 2004, oggi le cifre sono cresciute del 220%: gli italiani infatti, nel 2011 hanno speso per il gioco d'azzardo quasi 80 miliardi di euro (il 30% in più rispetto al 2010).

Tale fenomeno ha fatto sì che i disastri e le tragedie personali e familiari correlati al gioco d'azzardo, siano sempre più in aumento perché il giocatore compulsivo dedica sempre più tempo al gioco, investendo quantità crescenti di denaro, tenendo all'oscuro la famiglia che spesso trascina con sé alla rovina.

Nel 2011 i giocatori problematici in Italia hanno superato il 2% della popolazione (sono stati stimati tra 700.000 ed 1.000.000). Il GAP non è, quindi, un fenomeno che si può ignorare ed i Ser.T si sono dovuti perciò "attivare" per occuparsi della cura di questa patologia.

Si sottolinea che a Milano la spesa pro capite per il gioco d'azzardo nel 2011 è stata di 1235 euro. Spesa che ci pone al 12° posto nella "classifica". (AGICOS febbraio 2011, Il Sole 24 Ore marzo 2011).

In testa alla classifica c'è Pavia con 2125 euro pro capite, seguita da Como con 1504 e quindi Rimini con 1490.

Dal 2003 il Ser.T di via Albenga ha sperimentalmente inizia-

to la presa in carico dei pazienti concentrandosi meno sugli aspetti medico-farmacologici e prestando maggiore attenzione al concetto di rete di intervento, sia per quanto riguarda la comprensione dei fenomeni, in una dimensione di ricerca, che per quanto riguarda gli interventi terapeutici, in una dimensione di sperimentazione.

Gli operatori si sono così organizzati per il sostegno e la cura di tali pazienti e delle loro famiglie, offrendo un servizio in grado di fornire psicoterapie individuali e/o di coppia-familiari, psicoterapie di gruppo, incontri di psicoeducazione, tutoring educativo sulla gestione economica per i giocatori compulsivi (con eventuale invio ad esperti per l'assistenza legale per il rientro dei debiti contratti e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno), assistenza medica per i problemi psicosomatici (e non solo) connessi al craving e all'astinenza dal gioco.

Il tutto sempre in stretta collaborazione con il territorio in un lavoro di rete che ha permesso la collaborazione durante tutto il percorso di invio, terapia e reinserimento socio-affettivo del paziente.

Dal 2005 al 2008, sono stati accolti 50 pazienti con problemi di dipendenza dal gioco d'azzardo.

Tra il 2009 ed il 2010 è stata condotta un'interessante esperienza clinica: l'avvio di 2 gruppi psicoterapici "in parallelo", uno con pazienti cocainomani ed uno con giocatori compulsivi.

L'anno successivo (ottobre 2010-ottobre 2011), visto il successo di questa prima esperienza terapeutica e l'aumento delle richieste d'assistenza al Ser.T, si avviavano 2 gruppi per giocatori d'azzardo compulsivi: 1 composto da soli pz. e l'altro da pz. e familiari (mogli/mariti).

Alla fine del 2011, i pz.in carico al SERT con problemi legati al gioco d'azzardo erano 40ca.

L'intervento terapeutico (sia individuale che di gruppo) con tali pazienti, mira al raggiungimento del compenso duraturo del quadro clinico con il superamento della dipendenza/compulsione, in modo che la persona sia in grado di utilizzare, a fine trattamento, quelle capacità emotive, intellettuali e sociali necessarie a vivere nella comunità in modo realmente autonomo garantendo quindi una qualità della vita migliore sia a se stesso che a tutto il nucleo familiare (spesso anche quello più allargato).

## Materiali e metodi

Tutti i gruppi psicoterapici vengono condotti presso il Ser.T di via Albenga a Milano, con un'interessante metodologia clinica: i metodi di azione o interattivi.<sup>1</sup>

La formazione per la conduzione dei gruppi con tale metodologia è stata effettuata presso la Scuola Internazionale di Psicodramma Integrato (direttore scientifico Mario Valzania). La scuola assume come riferimenti principali i contributi teorici e metodologici di:

J.L. Moreno (1889-1974) padre dello Psicodramma. Si devono

a lui l'ideazione di metodologie attive quali il Sociodramma, il Role-Playing, la Sociometria ecc. che attualmente vengono utilizzate con varie finalità in molteplici contesti.

Mario Buchbinder che propone uno psicodramma particolare, caratterizzato dall'utilizzo delle maschere.

J. Fox e il metodo del Playback Theatre.

I contributi di K. Lewin e delle scuole psico-sociologiche nonché il pensiero di G. Bateson rispetto agli aspetti ecologico-sistemici del cambiamento e dello sviluppo organizzativo.

Dall'incontro tra la filosofia e la pratica dello psicodramma di Moreno e lo psicodramma corporeo - espressivo di Mario Buchbinder nasce una proposta nuova di integrazione dei linguaggi propri del teatro e della scena, del lavoro sul gesto e sul movimento, del lavoro con le maschere e con l'espressività del corpo: i "metodi d'azione".

I partecipanti alle sedute sono coinvolti in un'esperienza di gruppo in cui sperimentano il linguaggio della rappresentazione scenica, dell'improvvisazione, del disegno e della maschera per mettere in scena le loro storie personali, le loro possibilità di crescita e di sviluppo, le loro difficoltà ed i loro conflitti e consentire loro di riflettere su sé stessi, sulle proprie problematiche e sulle risorse creative che possiedono permettendo ad ognuno di vivere l'esperienza in prima persona come fattore di cambiamento.

Tali "metodi", proprio perché si basano sull'utilizzo di forme espressive e contesti relazionali diversi da quelli abituali, lasciando parlare spontaneamente il corpo, le emozioni, il pensiero, senza la continua preoccupazione del "dover essere", aiutano a colmare la frattura tra mente e corpo e permettono di recuperare la globalità dell'esperienza e del vissuto scoprendo nuovi aspetti di sé e rielaborando le esperienze per affrontare la vita, sia privata che lavorativa, in modo più creativo e soddisfacente.

Tutto ciò consente di raggiungere, anche in tempi brevi, livelli di maggior armonia e benessere.

Quando una persona, coppia o famiglia si rivolge ad un servizio per richiedere un aiuto psicologico, viene aiutata innanzitutto a capire e definire chiaramente il proprio problema e i propri bisogni.

E' un problema che appartiene all'individuo o al contesto relazionale in cui vive?

Chi è possibile coinvolgere per risolverlo?

La famiglia e più in generale tutti gli interessati, sono disponibili e motivati ad impegnarsi in un lavoro psicologico?

Cosa ognuno si aspetta per sé e per gli altri dalla terapia?

Che cosa si sta chiedendo al terapeuta?

Rispetto ai pazienti inseriti nei gruppi, dopo l'accoglimento della prima domanda di aiuto, si è provveduto, quindi, ad aiutare le persone che avevano esposto le loro "difficoltà", ad avere una visione più chiara delle proprie aree critiche e dei propri punti di forza.

A questo punto è stato sottolineato, a ciascun individuo/coppia, come fosse importante che gli obiettivi della terapia fossero condivisi dai pazienti, perché il loro impegno e la loro collaborazione è indispensabile al raggiungimento dei risul-

tati.

E' stato spiegato loro come la formulazione di una ipotesi diagnostica relazionale consenta al terapeuta di capire dove si colloca l'individuo nel suo contesto relazionale (coppia, famiglia di origine, famiglia attuale, contesto lavorativo o di studio, amici, società), di osservare i modelli relazionali efficaci e di riconoscere i modelli relazionali disfunzionali che alimentano il sintomo. È infatti anche questo che permetterà al terapeuta di lavorare con loro per modificare i modelli relazionali disfunzionali e permettere, sia al giocatore compulsivo che alla sua famiglia, di raggiungere un più elevato livello di differenziazione, di utilizzare risorse inesprese, di aumentare i gradi di libertà nel funzionamento individuale e relazionale.

In base agli elementi raccolti, è stata quindi decisa la cadenza (quindicinale) e la durata delle sedute (un'ora e mezza), ed in accordo con il pz., chi coinvolgere nelle sedute di terapia (l'individuo, la coppia, la famiglia), in base agli obiettivi da raggiungere e ai bisogni/disponibilità delle persone in quel momento.

È importante da ultimo sottolineare che quanto più il paziente (e la famiglia) riesce a definire in modo chiaro e concreto bisogni e aspettative rispetto alla terapia, tanto più efficace risulterà un piano di trattamento in quanto risultato della collaborazione rispetto agli obiettivi e, della partecipazione attiva e responsabile del paziente stesso (e della famiglia) al processo terapeutico.

A tale proposito il dott. De Luca (psicoterapeuta che da anni conduce gruppi per GAP), sottolinea che "i gruppi psicoterapici dimostrano infatti come le famiglie, una volta liberate dal sintomo del gioco d'azzardo, non intendano analizzare ed elaborare a fondo le dinamiche disfunzionali presenti al loro interno, individuando nel solo sintomo l'origine dei propri problemi"<sup>1</sup>.

Ciò può causare delle ricadute o lo "spostamento" su altre dinamiche disfunzionali.

Nella fase di conclusione della terapia, gli elementi a cui, chi conduce il gruppo, deve prestare particolarmente attenzione, riguardano i progressi fatti dal paziente, confrontando, ciò che egli riferisce, con i risultati attesi.

In particolare è utile sollecitare l'esplicitazione, in termini concreti e chiari, dei passi fatti (ad esempio attraverso la richiesta di individuazione di qualcosa che indichi la messa in atto di nuove opzioni piuttosto che vecchie modalità disfunzionali all'interno di situazioni problematiche).

Questo aiuta a verificare il raggiungimento degli obiettivi pianificati.

In linea generale l'obiettivo finale che ci si aspetta di raggiungere grazie all'intervento terapeutico effettuato con il paziente (e la famiglia), è il compenso duraturo del quadro clinico con il superamento della dipendenza/compulsione, in modo che la persona sia in grado di utilizzare, a fine trattamento, quelle capacità emotive, intellettuali e sociali necessarie a vivere nella comunità in modo realmente autonomo garantendo quindi una qualità della vita migliore sia a se stesso che a tutto il nucleo familiare (spesso anche quello più allargato).

## Risultati

Come già accennato, il gruppo psicoterapeutico per giocatori d'azzardo compulsivi condotto nel 2009-2010, aveva dato un positivo riscontro terapeutico: buona "compliance" (tutti i partecipanti si erano mostrati sempre precisi e puntuali nel rispetto degli impegni ed il gruppo non aveva praticamente nessuno "abbandono" nel corso di tutto l'anno di durata), ottima partecipazione (ciascun membro aveva partecipato con grande impegno al progetto terapeutico del gruppo stesso) e elevata percentuale di "astinenza" e miglioramento della qualità della vita.

L'anno dopo (ottobre 2010-ottobre 2011) quindi, "incoraggiato" dal buon risultato clinico ed in considerazione dell'elevato numero di nuovi pazienti presi in carico, il Ser.T faceva partire 2 gruppi psicoterapeutici per giocatori compulsivi.

Parallelamente a questi, il Ser.T ha comunque continuato ad offrire la possibilità ai pazienti di seguire un percorso di psicoterapia individuale e/o di coppia-familiare anche perché, ovviamente, non tutti i pazienti possono essere inseriti nei gruppi sia perché non tutti lo desiderano, sia perché non tutti sono clinicamente valutati "idonei" a tale metodologia di percorso terapeutico. Alcuni inoltre non possono partecipare ai gruppi semplicemente poiché gli orari/giorni in cui gli stessi si svolgono, sono in contrasto con i loro impegni lavorativi e/o familiari.

I due gruppi condotti dall'ottobre 2010 all'ottobre 2011 vengono definiti "gruppo A" e "gruppo B".

Il criterio utilizzato per la composizione dei 2 differenti gruppi A e B è stato quello di stabilire insieme al pz. se far partecipare o meno un familiare, eventualmente disponibile, al percorso terapeutico insieme al congiunto.

Si è inoltre stabilito per esperienze passate e come da letteratura, che i gruppi non dovessero superare i 10-14 partecipanti.

Gli obiettivi proposti erano:

verificare la compliance dei pazienti alla terapia di gruppo e la costanza nella frequenza durante l'anno di terapia

verificare se il lavoro terapeutico con i gruppi condotti con i "metodi d'azione" avrebbe permesso ai pazienti di mantenersi astinenti dal gioco d'azzardo

verificare l'eventuale frequenza delle ricadute

collegandoci a quanto sostenuto dal dott De Luca, verificare se lavorando non solamente sul "sintomo", ma bensì anche sulle "dinamiche disfunzionali" della coppia/famiglia, ciò avrebbe portato ad un generale miglioramento della qualità della vita del soggetto e del partner (con ovvie ripercussioni sulla famiglia)

verificare/osservare eventuali differenze tra i 2 gruppi di pazienti rispetto sia all'astinenza dal gioco che al miglioramento della qualità della vita.

GRUPPO "A": 8 pazienti senza familiari

(le prime 2 sedute i pazienti erano 15, ma sono diventati subi-

to 8 in quanto 3 hanno preferito continuare solo con le sedute individuali, 3 che erano disoccupati, hanno trovato lavoro e non potevano, quindi, assentarsi dalla ditta nell'orario del gruppo, 1 ha abbandonato il servizio).

GRUPPO "B": 6 pazienti + 5 familiari (i familiari sono 5 perché 1 pz. del gruppo "A" è stato inserito nel gruppo "B" per suoi problemi di orario).

Sia i pz. del gruppo "A" che i pz. del gruppo "B", periodicamente hanno effettuato colloqui individuali e/o di coppia con la psicologa del Ser.T.

Frequenza: ogni 2 settimane con una durata di circa 1,30-2 ore.

Abbandoni: nessuno dal novembre 2010.

Sesso: 3 femmine e 11 maschi (+ 5 partner tutti di sesso femminile).

Età (esclusi i familiari in quanto non propriamente "pazienti"): 9 pz. tra i 24 e i 59 anni

5 pz. > di 59 anni.

In generale tutti i pazienti riferiscono di partecipare alle sedute di gruppo assai volentieri e di sentire anzi il bisogno di un minor lasso di tempo tra una seduta e la successiva. Riferiscono infatti di trarre un gran beneficio dalle sedute e di sentirsi decisamente meglio da quando hanno iniziato a frequentare i gruppi; per tale ragione sono stati costanti nella frequenza per tutto l'anno di terapia.

Ma analizziamo più nel dettaglio tale "miglioramento terapeutico":

GRUPPO "A" - I pz. che partecipano al gruppo senza familiari, riferiscono tutti una sorta di "fatica" a creare un'alleanza col partner che vivono più come una sorta di controllore/supervisore, che come il/la compagno/a di un cammino terapeutico.

Coloro che effettuano periodiche sedute di coppia con la psicologa del Ser.T al di fuori degli incontri del gruppo (4 pz. su 8 perché 3 sono single ed 1 pz. non vuole coinvolgere il partner), affermano di aver riscontrato un certo miglioramento nella relazione dopo alcune sedute soprattutto per ciò che riguarda la presa di coscienza del partner che, lentamente, ha iniziato ad interiorizzare il concetto che il gioco d'azzardo patologico è una "malattia" e non un "vizio".

Questa consapevolezza comporta un graduale cambiamento nel comportamento del partner del giocatore patologico. Egli/ella infatti inizia ad abbandonare quell'atteggiamento risentito (lei/lui non vuole cambiare... non mi ama abbastanza... è debole di carattere... tiene più alle macchinette che alla sua famiglia... ci vuole portare alla rovina...) e diventa più disponibile all'ascolto ed alla possibilità di effettuare un cammino insieme al partner "malato" mettendosi in discussione insieme a lei/lui.

A questo punto, anche se con maggiore lentezza ed ambivalenza, si comincia a notare anche nelle coppie che fanno

periodiche sedute con la psicologa “extra gruppo” (mentre il giocatore continua comunque da solo la frequenza al gruppo “A”) la stessa “evoluzione” che si osserva nelle coppie che partecipano insieme al gruppo “B”.

**GRUPPO “B”** - Nel gruppo con i familiari, non solo il paziente riferisce un aumento del benessere soggettivo, ma riferisce che anche il rapporto di coppia e la qualità della vita è notevolmente migliorato con la frequenza.

Tutte e 5 le coppie riferiscono di sentirsi più “unite”, di provare maggiore partecipazione emotiva per tutto ciò che coinvolge il partner, di aver sviluppato una sorta di positiva “complicità” e solidarietà interna alla famiglia, ma anche esterna (con i parenti, gli amici i colleghi...).

I coniugi riscoprono una vicinanza affettiva che sembrava ormai persa, si sostengono vicendevolmente ed infine, questa ritrovata intimità, rende l'alleanza tra coloro che sono anche genitori, più sana e pone fine a quelle triangolazioni che si erano create tra figli/madre (o padre) alleati contro il padre (o madre) gap.

L'intervento educativo dei genitori verso i figli, assume quindi prese di posizione interne alla coppia più univoche e coerenti.

Per ciò che riguarda quindi l'osservazione di eventuali differenze nel miglioramento generico della qualità della vita, dai risultati clinici a fine anno di terapia, si evidenzia che per ottenere un significativo miglioramento generale della qualità della vita, è importante la “condivisione” del “problema gioco” e del percorso terapeutico per la “guarigione”, con almeno un familiare

Rispetto all'astinenza ed alle ricadute non si è evidenziata invece una differenza significativa tra i 2 gruppi, ma un'equa distribuzione dei risultati che perciò possono essere esposti in modo unitario.

Dei complessivi 14 pazienti (i componenti dei gruppi sono 19, ma i 5 partner del gruppo “A” sono tutti non giocatori) nell'anno di terapia:

7 pz. si sono mantenuti completamente astinenti durante tutta la durata del gruppo;

2 pz. hanno avuto rispettivamente 1 e 5 brevissime ricadute con perdita minima di denaro;

1 pz. astinente da ottobre 2010, ha ripreso a giocare durante la sospensione estiva del gruppo per circa 1 mese (ha poi ripreso ad essere astinente fino alla chiusura del gruppo);

3 pz. pur non essendo riusciti a mantenersi mai del tutto astinenti, hanno ridotto di molto sia il denaro speso che il tempo passato a giocare;

1 pz. che non riusciva ad avere il controllo della compulsione ha chiesto lui stesso di poter avere l'amministratore di sostegno.

## Discussione

E' significativo il risultato di una delle attività che i pazienti hanno svolto nell'ultimo incontro, perché ha dato una chiara immagine, non solo grafica, del percorso terapeutico compiuto da ciascun membro dei 2 gruppi.

L'attività svolta dai gruppi, prevedeva che ogni partecipante disegnasse degli assi cartesiani su di un foglio posizionando sull'asse delle ascisse gli avvenimenti più importanti della propria vita (A, B, C, ...) e sull'asse delle ordinate, in una scala da 0 a 10, quanto ogni evento fosse stato per lui/lei negativo o positivo (“0” per il massimo di negatività e “10” per il massimo di positività) in modo che il risultato fosse una sorta di “grafico della vita” (vedi fig. 1).

Quello che è accaduto in modo identico nei 2 gruppi, è stato che si è verificato una sorta di “grafico unitario” dove sull'asse delle “X” sono stati posizionati sia eventi dal vissuto positivo (valenza 7, 9, 10 nel grafico) come l'incontro col partner, la nascita dei figli, le promozioni lavorative, una vacanza particolarmente felice, ma anche eventi con un vissuto doloroso e/o comunque negativo (valenza 0, 3, 4 nel grafico) come un tradimento, un licenziamento e la scoperta/confessione della compulsione al gioco del partner.

Di poco è variato il valore negativo/positivo che ciascuno ha dato a tali eventi.

La cosa interessante è stata che tutti i pazienti hanno individuato un punto (H nel grafico di fig. 1), dalla valenza estremamente negativa (per tutti l'evento più negativo della loro vita...o, almeno di quella rappresentata nel grafico: nessun altro evento ha infatti valenza 0), corrispondente alla scoperta e/o confessione al partner/famiglia della dipendenza dal gioco d'azzardo ed uno (I nel grafico di figura 1), dalla valenza “in risalita” verso la positività, corrispondente all'inizio della cura presso il Ser.T.

Come si può infatti osservare nel grafico, per tutti i pazienti, tranne che per uno, l'andamento della curva che si otteneva unificando i punti di intersezione dei due assi, da quel punto in poi era comunque tendente al positivo (con piccole variazioni personali nella “gradazione” della positività).

Altrettanto interessante è stato analizzare il grafico dell'unica

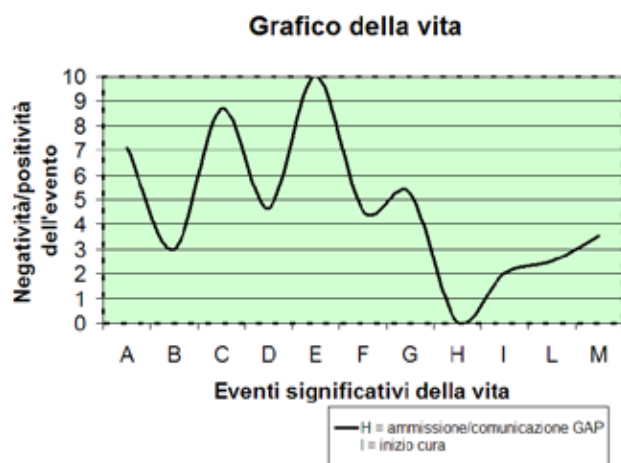


Fig. 1

paziente che, pur avendo anch'ella identificato nella "confessione" al marito un elemento col massimo valore di negatività e, nell'inizio della cura un elemento positivo nella sua vita, non ha però riscontrato un andamento della curva così tendente al positivo come i suoi compagni del gruppo.

Ella aveva infatti, sì rivelato in passato al marito la sua dipendenza dal gioco, ma poi, vista la reazione del partner e la paura della separazione, gli ha fatto credere di non aver più giocato e gli ha nascosto anche il reale motivo per cui è in cura qui al Ser.T. (il marito ed i figli credono che sia in cura dallo psicologo per un problema di depressione).

Nonostante l'inizio della cura le abbia permesso di condividere con il terapeuta ed i compagni del gruppo la sua malattia aiutandola a sentirsi meno sola e "colpevole" ed a credere nella possibilità di "guarire", il miglioramento della qualità della sua vita non è stato così marcato come negli altri pazienti perché ella continua in realtà a sentirsi sola a portare il peso della sua dipendenza (e, quindi, della sua sofferenza), all'interno del nucleo familiare.

## Conclusioni

Sembrerebbe perciò confermato che per ottenere un significativo miglioramento generale della qualità della vita, sia importante la "condivisione" del "problema gioco" con almeno un familiare e, quindi, del percorso terapeutico per la "guarigione".

Poiché tutti i pazienti, sia quelli accompagnati da un familiare che quelli da soli (ed anche i familiari stessi), riferiscono comunque che, con la frequenza ai gruppi, la loro "qualità" di vita è sicuramente migliorata, non solo rispetto al gioco, ma anche a molteplici aspetti della vita, si può trarre la conclusione che, in ogni caso il gruppo ha agito da "supporto" quasi come una sorta di "famiglia" alternativa per tutti.

E' significativo in tal senso che, dei 19 pazienti, ben 16 sono stati inseriti, su loro esplicita ed entusiasta richiesta, nei 3 nuovi gruppi avviati alla fine del 2011.

Per ciò che riguarda nello specifico il superamento del sintomo,

il 50% del gruppo si è mantenuto in completa astinenza ed oltre il 40% ha avuto un netto miglioramento. Il solo pz. che non ha avuto soppressione/miglioramento del sintomo, ha però acquistato consapevolezza della propria fragilità ed ha chiesto (spontaneamente) la nomina di un amministratore di sostegno.

Per tale ragione si è ritenuta la sperimentazione valida dal punto di vista clinico e, quindi, nel 2011 sono stati avviati ben 3 gruppi (2 con pz. e familiari ed 1 con soli pazienti) per GAP condotti con i "metodi d'azione". E' significativo che, dei 19 membri dei 2 gruppi "sperimentali", ben 16 sono stati inseriti, su loro esplicita ed entusiasta richiesta, in questi 3 nuovi gruppi. Uscire dal sintomo e dalle dinamiche disfunzionali della famiglia non è semplice e, come sottolinea il dott. De Luca: "È proprio per far fronte a questi momenti di crollo che la famiglia ha bisogno di appoggiarsi costantemente al gruppo, nel quale può rispecchiarsi e rivivere le proprie difficoltà osservandole, spesso, già in fase di superamento, nel vissuto di altre persone"<sup>2</sup>.

Per ciò che riguarda le ricadute, De Luca aggiunge: "Il ritorno sporadico all'azzardo dopo mesi di terapia genera nel giocatore una sensazione che nulla ha a che vedere con l'ebbrezza precedente, caricandolo piuttosto di sensi di colpa e di fallimento. Si tratta, anzi, di un percorso quasi obbligatorio per il giocatore, al fine di sradicare la propria personale convinzione di onnipotenza, permettendogli di riacquistare l'umiltà di riconoscere le proprie debolezze". Al contrario, continuare a giocare in corso di terapia, anche blandamente, per esempio una banale schedina, "mantiene il giocatore incollato al modello patologico di impulso e dipendenza e trasforma ogni fisiologica ricaduta in una pericolosissima via di ritorno al gioco"<sup>2</sup>.

## Bibliografia

1. sito on line di "METODI D'AZIONE"
2. DIRE, AGENZIA DI STAMPA QUOTIDIANA: "Gioco d'azzardo: Italia prima al mondo" (Intervista a De Luca ed altri 3/4/2008 – Redazione)

# Ricerca sugli outcomes di Orthos: programma residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo

Riccardo Zerbetto<sup>1</sup>, Adriano Schimmenti<sup>1</sup>, Daniela Poli<sup>1</sup>, Vincenzo Caretti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Associazione ORTHOS - Monteroni d'Arbia SI

Nel campo dei trattamenti per il gioco d'azzardo patologico (GAP) vengono generalmente offerti interventi di psicoterapia e counseling a livello ambulatoriale. La comunità terapeutiche di lungo periodo e le istituzioni psichiatriche non si presentano come risorse terapeutiche adeguate, specie per utenti per i quali è opportuno mantenere un collegamento con la famiglia, l'ambiente sociale e lavorativo. Da queste considerazioni si è sviluppato il Programma di psicoterapia intensiva in ambito residenziale di tre settimane denominato ORTHOS, per iniziativa dello psichiatra e psicoterapeuta Riccardo Zerbetto con il sostegno della regione Toscana. Nei cinque anni di attività all'interno di ORTHOS sono stati svolti 20 Moduli intensivi presso la sede del programma residenziale, in provincia di Siena. La ricerca sugli esiti è stata condotta su 140 casi che hanno partecipato al programma. Sui partecipanti è stata effettuata una rilevazione in T0 per la valutazione del comportamento sintomatico collegato al GAP, attraverso il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), e delle condizioni psicosociali generali, attraverso la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000). I soggetti sono stati ricontatti ad almeno un anno (T1) dal termine del trattamento, ed è stato nuovamente effettuato un assessment attraverso SOGS e VGF. Le differenze tra T0 e T1 evidenziano una riduzione significativa dei sintomi GAP (effect size=0,90) e un miglioramento delle condizioni psicologiche generali (effect size=0,89). Il programma ORTHOS risulta dunque un programma trattamentale efficace, utilizzabile con soggetti sofferenti di GAP.

## Outcomes from Orthos program: an intensive psychotherapy treatment for problematic gamblers

*In the field of treatment for pathological gambling (PG) only ambulatory psychotherapy or counseling is generally offered. Long term therapeutic communities and psychiatric institutions usually do not offer adequate therapeutic opportunity, especially for clients who need to keep the contact with their work, family and social milieu. From these consideration a three weeks intensive residential treatment called ORTHOS, sponsored by the Regione Toscana, has been developed under the initiative of Riccardo Zerbetto, psychiatrist and psychotherapist. Twenty treatment programs has been completed during 5 years in a residential facility close to Siena. Research on outcomes was conducted on 140 cases who completed the ORTHOS treatment. In T0, participants were assessed on PG symptoms via the South Oaks Gambling Screen through (SOGS, Lesieur and Blume, 1987); also the psychic global functioning was assessed through the Global Assessment of Functioning (GAF, APA, 2000). Participants were reassessed with the same measures at least one year after they completed the ORTHOS treatment (T1). The results of this study showed a significant reduction of PG symptoms (effect size = .90) and a general improvement of global functioning (effect size = 0.89) in T1. Therefore, the ORTHOS treatment program resulted effective for patients suffering from PG symptoms.*

Info: [www.orthos.biz](http://www.orthos.biz)

**Parole chiave:** Gioco d'azzardo, ludopatia, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali

**Keywords:** pathological gambling, residential treatment, psychotherapy, outcomes

**Date:** inviato: 16/02/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott. Riccardo Zerbetto

Associazione ORTHOS

Strada Ville di Corsano-Grotti-Bagnaia 1216

Monteroni d'Arbia 53014 SI

cell.: 3357842887

e-mail: [zerbetto.r@mclink.it](mailto:zerbetto.r@mclink.it)

\* Questo articolo è consultabile in forma completa su [www.dpascientificcommunity.it](http://www.dpascientificcommunity.it)

## Premessa

Il presente contributo riporta i risultati emersi da una ricerca sugli outcomes dei primi cinque anni di sperimentazione del trattamento in ambito residenziale del Programma Orthos per giocatori d'azzardo patologico.

Un programma innovativo è stato applicato ai giocatori d'azzardo patologico ma sta estendendosi, con opportuni adattamenti, anche ai “nuovi dipendenti” (da internet, cibo, sesso, buying compulsivo etc.) e presenta le seguenti caratteristiche:

1.1 Essere di durata più breve e comunque tale da rendersi compatibile con la permanenza di un inserimento nel tessuto sociale, lavorativo e familiare del soggetto;

1.2 Avere una alta specificità di intervento sulla patologia specifica;

1.3 Dotarsi di programmi a prevalente orientamento psicoterapico, più che medico, e articolati in modelli intensivi e fortemente strutturati al fine di poter incidere in profondità, pur in un arco di tempo limitato, sul comportamento disadattivo e sui nuclei problematici della personalità del soggetto;

1.4 Prevedere una fase diagnostica accurata di intake in collegamento con i servizi sul territorio;

1.5 Prevedere una fase di accompagnamento e consolidamento del lavoro psicoterapeutico collegato alla fase residenziale che sia sufficientemente strutturata e tale da non vanificare i risultati ottenuti (Zerbetto, 2010).

Il Progetto è stato approvato dalla Regione Toscana come progetto sperimentale con Delibera N. 918/2004.

è rifinanziato, a seguito della valutazione favorevole sugli esiti della sperimentazione ad opera della Commissione nominata dalla Regione Toscana, dal 2008 fino al 2011 con il completamento del quinto anno che viene previsto come termine ultimo per i progetti innovativi. Un prosieguo del Programma presuppone la sua messa a norma, requisito che prevede l'inserimento del gioco d'azzardo patologico tra i Livelli essenziali di assistenza (LEA) nonché un adeguamento del “Piano Integrato Sociale 20011-2014” per quanto concerne il capitolo su: “Interventi riferiti alla popolazione con dipendenze e con forte marginalità sociale”.

Il Progetto viene presentato sul sito: [www.orthos.biz](http://www.orthos.biz) e pubblicato sul sito della Italian Scientific Community on Addiction.

## Filosofia

Il nome del progetto, Orthos, nasce da un appellativo attribuito a Dioniso nella cultura greca classica. Orthos è “colui che sta in piedi” che non è reclinato (da cui cliente) o abbandonato passivamente (da cui paziente) a se stesso e non dipende quindi da altri nel reggersi sulle proprie gambe. Il riferimento, per quanto implicito, a Dioniso indica inoltre la scelta filosofica di fondo, all'origine del presente Progetto, di non demonizzare di per sé una inclinazione al piacere quanto

l'importanza di contestualizzare all'interno di una costellazione di valori e non di disvalori tale legittima aspirazione dell'essere umano (Zerbetto, 2004).

Nella prospettiva filosofica come nella metodologia applicativa ci siamo quindi orientati alla promozione dei seguenti principi:

2.1 nella salvaguardia di criteri generali di indirizzo, la terapia si esprime in modo “personalizzato” e tale da tener conto delle specifiche caratteristiche di ciascun Utente

2.2 la astinenza totale viene generalmente raccomandata come regola che si giustifica per la vulnerabilità di fondo alle ricadute che comunque permane in un soggetto che è incorso in forme gravi di gioco compulsivo. Al di là della valutazione sui rischi collegati al gioco d'azzardo, vale l'importanza di dedicare sforzi mirati al recupero di alternative che consentano di colmare quelle lacune che il GAP tende a compensare

2.3 la totale astinenza dal gioco viene richiesta per una prima fase del programma successivo alla cura (minimo da tre mesi a un anno) salvo prendere in considerazione, successivamente, forme di gioco “controllato” che, per definizione, non significa solo “auto-controllato” ma monitorato con l'intervento di un familiare o persona vicina che mantenga un monitoraggio vigile sull'andamento del gioco controllato stesso

2.4 l'intervento di Orthos si definisce, tendenzialmente, con finalità curative di tipo “causali” e non “sintomatiche”. Abbiamo infatti verificato per consolidata esperienza come la ricaduta nel GAP rappresenta l'espressione di un disagio o di una perdita di controllo generalmente collegata a periodi di difficoltà, ad una struttura personologica, ad uno stile di vita o ad una costellazione valoriale che rappresentano il vero obiettivo dell'intervento terapeutico al di là del sintomo del quale, comunque, è necessario farsi carico in una prima fase dell'intervento terapeutico.

2.5 Il Programma si ispira ad un modello di intervento che integra aspetti di carattere antropologico (universalità della spinta umana al gioco nelle sue diverse forme), psicodinamico (carattere orale e conflitto tra dimensione pulsionale e superegoica), relazione (struttura familiare di provenienza e di appartenenza), cognitivista (pensiero magico e condizionamenti operanti) integrati in una cornice di lavoro gestaltico sulle emozioni, il lavoro sul corpo, il ri-orientamento della spinta ad-gressiva, il recupero della dimensione immaginale e del contatto Io/Mondo. La metodologia implica la integrazione di psicoterapia di gruppo, auto narrazione, lavoro bioenergetico sulla corazza caratteriale, attività di arte-terapia, drammatizzazione e pratiche di auto-ascolto.

2.6 tinatari sono soggetti di ambo i sessi e di maggiore età che risultano sostanzialmente inseriti nel tessuto socio-economico e che ancora dispongono di una rete minima di legami familiari. Il Progetto si rivolge a soggetti con personalità non fortemente compromesse da elementi caratterologici disturbati ed una forma di dipendenza non gravemente invalidante. La eventuale rilevanza dei carichi penali viene valutata caso per caso. L'impostazione fortemente orientata alla responsabilizzazione dei residenti non consente l'accettazione

di soggetti affetti da patologie di tipo grave, sia sul versante delle dipendenze multiple che dei disturbi di personalità. Tale programma è destinato in particolare ai “giocatori patologici non patologici e ai “giocatori emotivamente disturbati” secondo la classificazione di Blaszczynski (2000).

## La valutazione degli outcomes

### 3.1 Quale standardizzazione sui risultati

Da una disanima sulle ricerche recenti relative agli outcomes da trattamenti per giocatori d'azzardo (Zerbetto, 2008 a. e b.), tema che richiederebbe uno spazio ben più ampio di quello a disposizione, si possono fare alcune ulteriori annotazioni:

3.1.1 Da una analisi di 32 articoli sul tema, emerge come generalmente non ci sono standards generalmente omogenei nella valutazione dei risultati. Tale grave lacuna rende impossibili very studi di “cross validation” (Walker M; Toneatto T; Potenza MN; Petry N; Ladouceur R; Hodgins DC et al. 2006

3.1.2 Da una ricerca condotta su 37 programmi di trattamento con valutazioni di self-report o eseguite da operatori risulta del pari la scarsa comparabilità tra le ricerche stesse. In ogni caso emerge una significativa differenza a favore dei soggetti trattati, sia nel breve che nel lungo periodo, rispetto a quelli che non ricevono alcuna forma di terapia psicologica (Pallesen S; Mitsen M; Kvale G; Johnsen BH; Molde H., 2005)

## Da una ricerca preliminare sugli outcomes a seguito del primo anno di sperimentazione

Con il marzo 2008 si è concluso il primo anno dall'inizio della sperimentazione del Programma che è stato valutato da una Commissione regionale costituita da 4 operatori esperti sul tema del GAP. Dal documento prodotto dalla Commissione, a seguito la valutazione dei primi 4 moduli, si riportano in sintesi alcuni dati più significativi (i dati più descrittivi sono stati pubblicati nel mio contributo su: Orthos:progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo su: Gioco d'azzardo (Zerbetto, 2008 a). Dalla raccolta dei dati è risultato che:

Il 51.5% degli utenti proveniva dalla Regione Toscana, mentre il 48.5% da altre parti di Italia. Il 63.3% dell'utenza è stata inviata dai SerT, mentre altri utenti hanno appreso dell'esistenza del programma da Internet o da organi di stampa. Il 97% ha concluso il programma residenziale dimostrando una buona retention rate ed una buona compliance nei confronti del programma.

3.2.1 Di questi ultimi utenti, ad una stima condotta a fine 2007, il 59% ha mantenuto un'astensione totale dal gioco mentre il 34% un'astensione parziale e il 6% ha avuto una o più ricadute più gravi. Tali stime, con il passare dei mesi, hanno avuto un modesto peggioramento percentuale. E' pur

vero che alcuni utenti che erano andati incontro a ricadute, si sono successivamente ripresi e manifestano una soddisfacente “tenuta” nei confronti delle ricadute. Una valutazione che tenga conto di un arco di tempo necessariamente più ampio è tuttora in corso.

3.2.2 Il 54.5% degli utenti che hanno completato il programma sono stati inviati ai SerT per essere sostenuti nel programma di mantenimento. Nelle sedi di Siena, Milano e Roma vengono condotti incontri periodici di sostegno per gli utenti che hanno completato il programma. In taluni casi si è avviato o confermato un inserimento in gruppi per Giocatori anonimi o di Auto-mutuo-aiuto

3.2.3 Si è confermata l'importanza del coinvolgimento della famiglia per una migliore riuscita del trattamento, spesso in collegamento con i servizi territoriali o liberi professionisti.

## La ricerca su tratti di personalità

Con l'intento di evidenziare le risultanze di una indagine sulle componenti psicodinamiche osservabili nei casi studiati al fine di mettere meglio a fuoco la specificità dell'intervento terapeutico, riportiamo di seguito la sintesi del contributo pubblicato su La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico (Zerbetto e Coll. 2011 a) nel quale, al campione di soggetti GAP di cui alla precedente ricerca, è stata somministrata una batteria di test, comprendente i seguenti reattivi self-report:

3.3.1 SOGS (South Oaks Gambling Screen: Lesieur e Blume, 1987; adatt. italiano di Guerreschi e Gander), questionario composto da 20 items, per lo screening della presenza e della severità del GAP;

3.3.2 BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale-11, Patton et al., 1995; adatt. italiano di Fossati et al.), questionario composto da 30 items su scala Likert a quattro punti, per la misurazione dell'impulsività (Caretto e coll, 2007) ;

3.3.3 DES-II (Dissociative Experiences Scale – Revised: Bernstein Carlson e Putnam, 1993; adatt. italiano di Schimmenti), questionario composto da 28 items, per la misurazione delle esperienze dissociative (Caretto e coll, 2007, Lumley 1995;

3.3.4 TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale – 20 items: Bagby, Taylor, Parker, 1994, adatt. italiano di Bressi et al.), questionario composto da 20 items, per la misurazione dell'alestitimia e della disregolazione affettiva (Caretto e coll, 2007).

Le statistiche descrittive relative alla patologia specifica evidenziano un risultato al SOGS una grave condizione patologica di questi soggetti con un punteggio medio di 14 (Lesieur e Blume 1991). Anche l'impulsività è molto elevata, se si considera che il punteggio medio nella popolazione italiana è di  $64,11 \pm 10,08$  (Blaszczynski e coll. 1991). Ancora, i punteggi alla DES-II, sebbene non raggiungano il cut-off di 30 suggerito dagli autori per lo screening della presenza di disturbi dissociativi, sono più elevati di quelli ottenuti dalla popolazione normale, mentre rispetto alla TAS-20 i soggetti

di questo gruppo si classificano come “borderline per l’alessitimia”, ottenendo un punteggio medio compreso tra 51 e 60, con ben 11 soggetti (34,4%) che risultano alessitimici (Ragby e coll, 1994, Bernstein e coll. 1993, Carlson e Putman, 1988, Kofoed e coll, 1997).

L’impulsività, a sua volta correla a livello di trend ( $r=0,34$ ;  $p<0,06$ ) con l’alessitimia, segnalando come “il tratto impulsivo sia probabilmente connesso ad inadeguati meccanismi di elaborazione intrapsichica e comunicazione intersoggettiva delle emozioni, nonché di un loro insufficiente utilizzo come guida per il comportamento (op. cit.)” (vedi anche Taylor, 1997).

Rispetto alla dissociazione, essa mostra le maggiori correlazioni con l’alessitimia ( $r=0,53$ ;  $p<0,01$ ), ed in particolare è proprio il primo fattore della TAS-20, DIF (difficoltà nell’identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche) a mostrare i valori più elevati di associazione nelle esperienze dissociative misurate dalla DES-II ( $r=0,55$ ;  $p<0,01$ ). Questo elemento è già stato rilevato in letteratura rispetto ad altre forme di dipendenza patologica (Caretto, Craparo, Schimmenti, 2006; Caretto et al., 2007) e mostra nuovamente che nella TAS-20 è il primo fattore l’indicatore del grado di disregolazione affettiva maggiormente convergente con altre misure della psicopatologia nelle addictions. Esistono numerosi modi di intendere la dissociazione (Caretto, Schimmenti, 2007): essa può essere intesa nel senso di “sistema o unità mentale non integrata alla coscienza, di alterazione della coscienza che comporta una disconnessione dal Sé o dalla realtà esterna” (è questo il caso dei disturbi dissociativi descritti nei manuali di diagnosi psichiatrica), e di meccanismo di difesa. Ad un approfondimento sulla covariazione della dissociazione e dell’alessitimia, è emerso un significativo effetto di interazione tra le due variabili rispetto ai punteggi SOGS ( $F=3,42$ ,  $gdl=3$ ,  $p<0,05$ ; Eta-quadrato= $0,268$ ). In particolare, la condizione di alessitimia incrementava di molto le medie marginali stimate al SOGS in rapporto alla presenza o meno di dissociazione strutturale (17,4 versus 12,5).

In sintesi, dunque, quando è presente l’alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva caratterizzato da forti difficoltà nell’identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero prevalentemente operatorio, orientato all’esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni alessitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano.

“Questo dato ci informa, comunque, che sia la dissociazione (in particolare quella patologica e strutturale) che l’alessitimia sono variabili importanti per comprendere i meccanismi della dipendenza dal gioco d’azzardo (op. cit.).

## Ricerca sugli outcomes del programma “orthos” nei primi cinque anni di sperimentazione

Al fine di sottoporre a verifica empirica l’efficacia del programma trattamentale intensivo ORTHOS, è stato effettuato uno studio volto a indagare gli effetti clinici del trattamento ad almeno un anno di distanza dal suo termine e, per l’esattezza, per circa il 50% della popolazione studiata a distanza di un anno, e per pari quota percentuale per due, tre, quattro sino a cinque anni per gli Utenti che hanno frequentato per primi il Programma.

La ricerca, promossa da R. Zerbetto è stata coordinata da Adriano Schimmenti con la supervisione di Vincenzo Caretti. Tutti gli operatori professionali - Giuseppe De Felice, Claudio Dal Piaz, Giovanna Puntellini, Eduardo Santillan, Elena Lunardi e Marie Ange Guisolan - hanno collaborato alla raccolta dei dati dagli Utenti a loro assegnati con il coordinamento e la formazione di Daniela Poli.

## Metodo

I partecipanti al programma ORTHOS sono stati intervistati in fase di accesso al trattamento (T0) per la valutazione del loro funzionamento psichico globale secondo DSM tramite la scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF; Global Assessment of Functioning, APA, 2000). In quel contesto, sono stati raccolti anche i dati relativi alle variabili sociodemografiche, alla storia clinica pregressa, ed è stato loro somministrato il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Leisure e Blum, 1987) per la valutazione dei sintomi di gioco d’azzardo patologico (GAP). I soggetti sono quindi stati contattati per effettuare un’intervista, telefonica o vis-à-vis, della durata di circa due ore, ad almeno un anno di distanza dalla fine del trattamento ( $M=1,7$  anni;  $DS=0,3$ ), in cui è stata nuovamente effettuata la valutazione del funzionamento globale e dei sintomi GAP attuali (T1). Le valutazioni VGF sono state effettuate in doppio cieco da due clinici esperti e supervisionate dal responsabile della ricerca (RZ); è stata utilizzata la media di tali valutazioni VGF per le successive analisi statistiche dei dati. Tutti i soggetti hanno fornito il consenso informato per il trattamento anonimo dei dati ai fini di ricerca.

## Soggetti

Lo studio ha coinvolto inizialmente 164 soggetti che avevano partecipato al programma trattamentale ORTHOS e lo avevano completato da almeno un anno. I soggetti presentavano un’età media al momento della rilevazione in T0 (inizio del trattamento) di 45,9 anni ( $DS=11,8$ ; range: 23-75), erano in prevalenza uomini ( $N=148$ ; 90,2%). I soggetti erano in prevalenza coniugati ( $N=79$ ; 48,2%) o celibi/nubili ( $N=47$ ; 28,7%), con livello di istruzione prevalentemente di licenza media ( $N=70$ ; 42,7%) o media superiore ( $N=80$ ; 48,8%). La

maggior parte di loro proveniva dalla regione Toscana (N=89; 54,3%), ma nella distribuzione erano presenti quasi tutte le regioni italiane. Essi presentavano una comorbidità clinica accertata nel 34,1% dei casi (N=56), in prevalenza depressione (N=39; 69,6%). I soggetti avevano un debito medio di € 42.166,13 con DS 182.379,73 con individui che arrivavano a circa due milioni di euro di debito. Di questi soggetti, 140 (83,3%) hanno partecipato alla rilevazione in T1.

## Strumenti

I soggetti sono stati valutati in T0 e T1 attraverso i seguenti strumenti:

a) South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), questionario self-report di screening volto a indagare la presenza e la severità del GAP. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, il SOGS permette di evidenziare la probabile presenza di problemi di gioco, fornendo informazioni su molteplici aspetti: tipo di gioco privilegiato, frequenza delle attività di gioco, difficoltà a giocare in modo controllato, mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, menzogne circa le attività di gioco, giocare più della somma prevista inizialmente, e così via;

b) Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000), scala da 0 a 100 di tipo clinician-report che rappresenta il V asse del DSM-IV-TR, qui codificata secondo i criteri del MGAF-R (Hall, 2000), che valuta il funzionamento globale dell'individuo rispetto alle aree psicologiche, sociali e lavorative. La VGF è considerata in letteratura come uno degli strumenti di sintesi più efficaci per pianificare il trattamento e misurare il suo impatto, per predire l'esito delle psicoterapie e per seguire i progressi clinici degli individui in termini globali, utilizzando una misura singola.

Di seguito sono riportate, a scopo esemplificativo, le caratteristiche cliniche relative ai valori alla VGF riscontrati nei soggetti nelle fasce maggiormente interessate dai punteggi riscontrati all'inizio del trattamento (T0) e al momento della valutazione (T1):

- Da 90 a 81: Sintomi assenti o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni occasionali coi membri della famiglia).

- Da 80 a 71: Se sono presenti sintomi, essi rappresentano

reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale occupazionale o scolastico (es.: rimanere temporaneamente indietro nello studio).

- Da 70 a 61: Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso e insonnia lieve). Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, e ha alcune relazioni interpersonali significative.

- Da 60 a 51: Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).

- Da 50 a 41: Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).

## Risultati

L'elaborazione dei dati relativi ai 140 casi che hanno partecipato alla rilevazione T1 mostra un effetto positivo significativo, di elevata ampiezza, del programma di trattamento ORTHOS sulla riduzione dei sintomi GAP e sulla salute mentale generale dei soggetti trattati, a un anno di distanza o più dalla fine del trattamento.

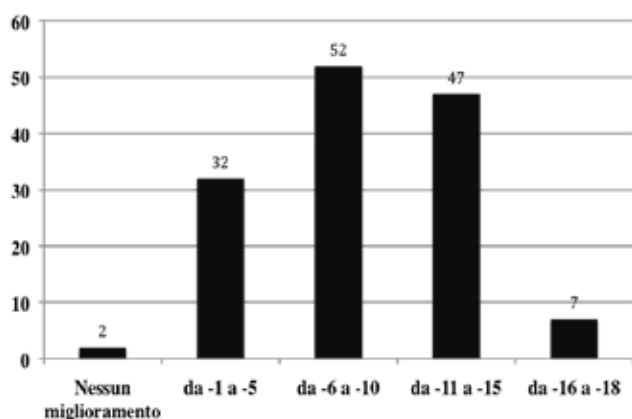
Come sintetizzato dalla Tabella 1, infatti, in questi soggetti si è osservata una riduzione media di 9,04 punti al SOGS ( $r=0,58$ ,  $p<0,0001$ ), con un elevato livello di significatività rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP. Nei 140 soggetti si è osservato anche un incremento ampio e significativo del funzionamento globale. L'incremento medio alla VGF è di 18,34 punti, indicando quindi un miglioramento della salute mentale generale e del funzionamento globale degli individui trattati di quasi il 20% ( $r=0,23$ ,  $p<0,01$ ).

In sintesi, questi risultati confermano l'efficacia del trattamento ORTHOS rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP, con oltre l'85% del campione in cui i sintomi manifestati non assumono più rilevanza clinica (punteggi al SOGS inferiori a 5).

Inoltre, nei 140 soggetti esaminati la partecipazione al programma ORTHOS risulta associata ad un importante miglioramento della salute mentale complessiva anche ad un anno

	Media T0 (DS)	Media T1 (DS)	t (139)	p	d	effect size
SOGS	13,15 (3,23)	4,11 (3,68)	- 24,78	<0,0001	4,20	0,90
VGF	55,06 (8,84)	73,41(10,76)	23,72	<0,0001	4,02	0,89

Tab. 1. Sintomi di Gioco d'Azzardo Patologico (SOGS) e Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) all'ingresso (T0) e a un anno o più (T1) dal trattamento ORTHOS (N=140). Nota: SOGS = South Oaks Gambling Screen; VGF = Valutazione Globale del Funzionamento.



Graf. 1a. Frequenze relative alla riduzione dei punteggi SOGS successivo al trattamento ORTHOS (T1; N=140).

di distanza o più dalla fine del trattamento, con un numero di casi peggiorati inferiore all'1% e un numero di casi migliorati globalmente superiore al 95%.

I dati di ricerca, pur considerando le limitazioni relative all'impossibilità di verificare possibili altri fattori successivi al trattamento, indicano con chiarezza che il programma intensivo di trattamento ORTHOS è efficace, avendo a distanza di un anno o più come effetti principali una riduzione molto importante dei sintomi del gioco d'azzardo patologico (qui misurati attraverso i punteggi al SOGS) e un miglioramento nel funzionamento globale (VGF) dei soggetti trattati. Inoltre, se si considera che effect size superiori a 0,80 vengono considerati nella ricerca medica e psicologica come effetti di grande rilevanza clinica (Cohen, 1988), i quali di per sé giustificano pienamente l'utilizzo di un particolare trattamento, gli effect size riscontrati in questo lavoro di 0,90 per il decremento SOGS e di 0,89 per l'incremento VGF indicano l'utilità del modello trattamentale ORTHOS per la cura del GAP e per il miglioramento della salute psichica complessiva nei soggetti trattati.

Tali dati, ulteriormente sintetizzati attraverso i Grafici 1a e 1b, che mostrano i livelli complessivi di miglioramento all'interno del campione, risultano di particolare rilievo in un'ottica di intervento clinico di tipo biopsicosociale orientato allo sviluppo della salute psichica complessiva.

Infatti, se è vero che l'efficacia trattamentale di un modello terapeutico di intervento su peculiari sindromi cliniche si misura attraverso specifici indici indipendenti che misurano tali sindromi (come il SOGS per la misurazione del GAP), è altrettanto vero che i modelli di intervento, in particolare quelli di tipo intensivo, devono mirare a farsi promotori di un miglioramento complessivo della qualità della vita dell'individuo trattato, al fine di promuovere condizioni virtuose di riadattamento sociorelazionale, affettivo e lavorativo, e dunque di evitare potenziali ricadute o l'eventuale insorgenza di altre sindromi che si collocavano su un piano subclinico.

In tal senso, il miglioramento medio complessivo sulla scala VGF di oltre 18 punti nei soggetti trattati, che risulta sul

piano statistico di ampia portata, testimonia ancora di più l'importanza del metodo ORTHOS non solo per la cura del GAP ma anche per un più adeguato funzionamento sociale, lavorativo e relazionale degli individui.

## Discussione dei risultati e conclusioni

Come è noto, non è facile avviare e mantenere una efficace relazione terapeutica con soggetti appartenenti all'ambito delle dipendenze e, forse in particolare, con giocatori problematici che evidenziano una struttura di personalità spesso disturbata ma comunque fortemente "egosintonica", con scarsa disponibilità a mettersi in discussione, a chiedere aiuto nei momenti difficili o a mantenere un contatto anche nei periodi nei quali "le cose vanno bene". Tra i casi che non è stato possibile contattare ci sono situazioni, infatti, è possibile ipotizzare ricadute con conseguente atteggiamento a sottrarsi ad un confronto percepito come frustrante, oppure situazioni di remissione del GAP ma nelle quali il soggetto adotta un atteggiamento di rimozione circa il suo passato di giocatore e ne evita ogni possibile rievocazione.

Al di là di queste premesse, a conclusione delle ricerche riportate possono trarsi le seguenti considerazioni:

## Sulla ricerca in generale in ambito specifico

4.1 Si ritiene urgente poter definire, possibilmente a livello internazionale, gli standard per la rilevazione dei dati utili a valutare gli outcomes dei programmi di trattamento in modo da poterne confrontare efficacemente le variabili che maggiormente incidono sulla loro efficacia.

4.2 I trattamenti in ambito residenziale, in particolare, sono molto rari allo stato attuale dal momento che le comunità terapeutiche tradizionali per le tossicodipendenze non si rivelano adeguate al trattamento dei giocatori d'azzardo mentre pressoché inesistenti risultano essere programmi di trattamento (specie se supportati dal servizio sanitario nazionale)

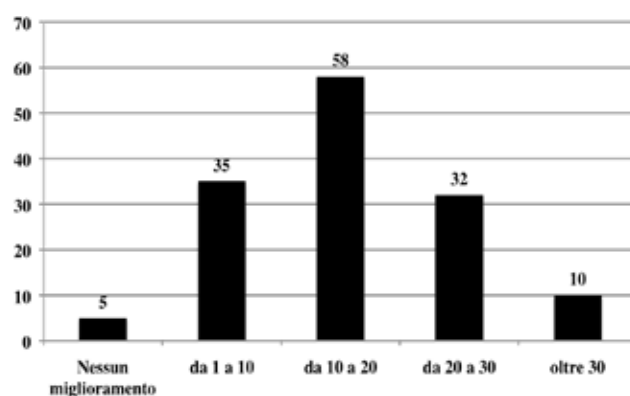


Grafico 1b. Frequenze relative all'incremento dei punteggi VGF successivo al trattamento ORTHOS (T1; N=140).

per le dipendenze comportamentali.

## Sulla presente ricerca in senso stretto

Preso atto dei risultati interessanti sia sul versante sintomatico che delle condizioni generali di vita dei giocatori compulsivi trattati, restano da approfondire alcuni quesiti quali:

5.1 - come scaglionare in tempi definiti (tre mesi, un anno, tre e cinque anni ..) le valutazioni per renderle confrontabili, ma tenendo realisticamente conto delle difficoltà nel mantenere il contatto con gli Utenti nonché i costi e l'addestramento professionale degli operatori-intervistatori nel rilevare i dati utili. Su tale aspetto è allo studio un "superindice" (simile a quello di borsa e che riflette la sommatoria dei titoli interessato ad una certa data) che consenta di evidenziare l'andamento globale della popolazione degli Utenti seguiti a prescindere dal tempo trascorso dall'inizio del trattamento ma che dia comunque un'idea complessiva relativa al miglioramento o meno della patologia sia sotto l'aspetto sintomatico che delle condizioni generali del soggetto

5.2 - come appurare la veridicità delle informazioni fornite dagli Utenti tenendo conto del tendenziale orientamento a nascondere i dati problematici così tipica del giocatore compulsivo?

5.3 - come valutare le variabili a cui ricondurre il miglioramento delle condizioni degli utenti (elaborazione delle esperienze traumatiche, la mentalizzazione delle emozioni, la regolazione dell'impulsività correlata alla regolazione dell'ansia e della rabbia, l'aumento della consapevolezza psicocorporea e dell'autostima, etc.) allo scopo di rendere il programma terapeutico più mirato ed efficace tenendo conto del periodo di tempo relativamente breve a disposizione per poter incidere su una patologia così resistente ed inveterata, spesso, in decenni di perpetuazione del comportamento compulsivo?

## Sul contesto più generale nel quale inquadrare i trattamenti residenziali e la loro valutazione

Vanno verisimilmente fatte le seguenti considerazioni (Zerbetto, 2011):

6.1 - la copertura finanziaria di tali interventi è resa difficoltosa in mancanza di strumenti legislativi, come l'inserimento del gioco d'azzardo patologico nei Livelli essenziale di assistenza (LEA). ai costi inerenti la fase in regime di residenzialità vanno considerati in aggiunta quelli degli incontri di verifica, quelli mensili, gli interventi di sostegno per telefono al fine di sostenere le situazioni più difficili e prevenire, per quanto possibile, le ricadute

6.2 - l'iniziativa si configura come intervento intensivo in ambito residenziale di durata breve (tre settimane) con tre incontri di verifica nel corso dell'anno che segue l'intervento residenziale intensivo, seguiti da incontri di verifica nel corso

dell'anno successivo. Il programma è quindi mirato a casi "problematici" ma non affetti da gravi patologie psichiatriche tenuto conto del periodo limitato di intervento intensivo e delle caratteristiche non medicalizzate dell'intervento stesso

6.3 - riteniamo inoltre utile discutere l'opportunità di una compartecipazione degli utenti ai costi del programma e soprattutto del periodo di prosieguo che, spesso, si estende ad un periodo di tempo più lungo dell'anno previsto per l'intervento intensivo. Se un sostegno finanziario si rende infatti indispensabile, specie in casi di disastrose condizioni finanziarie, una totale gratuità perpetua una situazione di dipendenza che rischia di mortificare la responsabilizzazione dell'utente a farsi carico della propria salute e del processo di progressiva autonomizzazione

6.4 - il Progetto Orthos si inserisce in modo anticipativo e coerente nelle linee previste dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 dove, al punto 7.12. "La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze" si prevede come: "Il fenomeno delle dipendenze da sostanze illegali e legali (alcol, fumo, farmaci) e delle nuove forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze, per la sua vastità e problematicità, per la natura di "patologia cronica e recidivante", nonché per la rapidità e mutevolezza delle forme di approccio e assunzione che investono strati sempre più rilevanti della popolazione, abbisogna di uno sforzo di intervento capace di adeguarsi ed articolarsi in forme e misure anche diverse tra loro, di essere presente sull'intero territorio regionale, di garantire continuità agli interventi, di esprimere capacità di innovazione senza abbandonare le prassi e i metodi di intervento già collaudati". In attesa di leggi-quadro che regolino il settore del gioco d'azzardo merita riportare come la "Bozza di intesa sulla ludopatia" pubblicata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 4.8.2011 all'art 5 sulle "Linee di recupero" pubblicata fa riferimento alla "attivazione di programmi di trattamento personalizzati, di gruppo e di auto-aiuto, secondo protocolli basati sulle evidenze scientifiche, da realizzarsi in sede ambulatoriale e, ove appropriato, residenziale". Fondamentale è quindi che tali forme innovative di intervento vengano esplicitamente previste in normative di carattere regionale o nazionale che ne favoriscano l'avvio se, come pare, si dimostrano utili ad affrontare nuove forme di patologia che non trovano adeguate risposte in forme tradizionali di intervento.

## Riferimenti bibliografici

1. American Psychiatric Association (1994): "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition, Text Revision". Washington, DC., Ed. It. (2001), Masson, Milano.
2. Bagby, R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994): "The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. 1. Item selection and cross-validation of the factor structure". J Psychosom Res 1994; 38:23-32.
3. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979): Cognitive therapy of depression, Guilford Press, New York (tr.it.: Terapia cognitiva della depressione, Boringhieri, Torino, 1987)
4. Bernstein Carlson, E., & Putnam, F.W. (1993): "An update on the Dis-

sociative Experiences Scale". *Dissociation*, 6(1), 16-27.

5. Bergler, E. (1957): "The Psychology of Gambling". Hill and Wang Inc., New York.
6. Blaszczynski, A. (2000): "Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling". *The Electronic Journal of Gambling Issues*.
7. Blaszczynski, A., McConaghy N., Frankova A. (1991): "A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment". *British Journal of Addictions*, 86, 11, 1485-9.
8. Caretti, V., Franzoni, E., Craparo, G., Pellegrini, G., Schimmenti, A., (2007), "Disregolazione affettiva e dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA". *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia*, 1/2007: pp. 3-16. Roma: Il Pensiero Scientifico.
9. Carlson, E., & Putnam, F.W. (1988): "Further validation of the Dissociative Experiences Scale". Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1988.
10. Cohen, J. (1988). "Statistical power analysis for the behavioral sciences" (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
11. De Castro V; Fuentes D; Tavares H. "The gambling follow-up scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment". *Canadian Journal of Psychiatry* 50(2): 81-86, 2005. (18 refs.)
12. Gonzalez-Ibanez, A., Pastor, C., Mercadé P.V., Aymami N. (1990): "Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico". *Libro de ponencias Socidrogalcohol; XVIII Jornadas Nacionales*, Barcelona.
13. Gonzalez-Ibanez, A., Saldana, C., Jiménez-Murcia, S., Vallejo, J. (1995): "Psychological and behavioural features of pathological fruit machine gamblers". Papers presented at the First European Conference on Gambling and Policy Issues, Cambridge University, Cambridge.
14. Gonzalez-Ibanez, A.: (2001): "Esperienze di valutazione sui trattamenti". In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): "Il gioco e l'azzardo". Franco Angeli, Milano.
15. Hollander E; Pallanti S; Allen A; Sood E; Rossi NB. "Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?" *American Journal of Psychiatry* 162(1): 137-145, 2005. (39 refs.)
16. Kofoed, L., Morgan, T., Buchkoski, J., Carr, R. (1997): "Dissociative experiences scale and MMPI-2 scores in videopoker gamblers, other gamblers, and alcoholic controls". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, pp. 58-60.
17. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003): "Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling". Centro Scientifico Editore, Torino.
18. Ladouceur R, Walzer M., 1996, A Cognitive Perspective on Gambling, in *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*, a cura di P.Salkovskis, John Wiley and Sons, Chichester, pp. 89-120.
19. Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991b): "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers". *Am J Psychiatry*, 1987, 144, pp. 1184-1188.
20. Lumley, M.A., Roby, K.J. (1995): "Alexithymia and pathological gambling". *Psychoterap. Psychosom.*, 63 (3-4):201-6.
21. McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1988): "Pathological Gambling. Reprint from *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*". Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.
22. Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ., *Clin Psychol Rev.* 2007 Dec;27(8):944-58. "Psychological treatment dropout among pathological gamblers". Epub 2007 Mar 2
23. Milesi, A., Clerici, M. (2001): "Gioco d'azzardo, comorbidità e struttura di personalità". In: Croce,
24. M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): "Il gioco e l'azzardo". Franco Angeli, Milano.
25. Pallesen S; Mitsem M; Kvale G; Johnsen BH; Molde H. "Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis". (review). *Addiction* 100(10): 1412-1422, 2005. (60 refs.)
26. Patton JM, Stanford MS, and Barratt ES (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
27. Petry, N.M., Steinberg, K.L. (2005): "Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers". *Psychol. Addict. Behav.*, June; 19 (2): 226-9.
28. Schimmenti A. (2012). Unveiling the hidden self: developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice*, 18(2) 181-194.
29. Schimmenti A., Caretti V. (2010). Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2): 115-132.
30. Pace U., Cacioppo M., Schimmenti A. (2012). The moderating role of father's care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2): 282-292.
31. Slutske WS; Caspi A; Moffitt TE; Poulton R. "Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults". *Archives of General Psychiatry* 62(7): 769-775, 2005. (51 refs.)
32. Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997): "Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness". Cambridge, Cambridge University Press.
33. Walker M; Toneatto T; Potenza MN; Petry N; Ladouceur R; Hodgins DC et al. "A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: The Banff, Alberta Consensus". *Addiction* 101(4): 504-511, 2008. (32 refs.)
34. Zerbetto R., "Il gioco nel mito e il mito del gioco", in Croce M. e Zerbetto R., a cura di (2002), *Il gioco & l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.
35. Zerbetto R. (2002) "L'uomo e le droghe: un passato da conoscere per un futuro da anticipare", *Lettura magistrale al I Convegno Nazionale di ERIT-Italia, su Dipendenze. Nuovi scenari e sfide al cambiamento*, edito a cura del Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Azienda USL di Ravenna, Argomenti, Vol. 1, 13 - 2004
36. Zerbetto, R. (2004) "Sul dio epidemico ed il suo ritorno", relazione presentata al Convegno su Il contagio e i suoi simboli promosso dalla Associazione Simbolo, conoscenza e società a Siena nell'ottobre 2000, Edizioni ETS
37. Zerbetto R. (2008 a) "Prima valutazione del Programma residenziale intensivo "Orthos" per giocatori d'azzardo patologici", in D. Capitanucci, M. Croce, M. Reynaud e R. Zerbetto, a cura di, *Il gioco d'azzardo in Italia. I dati e la ricerca*, supplemento al n. 8-9/2009 di *Animazione Sociale*
38. Zerbetto R. (2008 b), Contributo su "A Three weeks intensive residential program for gamblers in Italy" all'interno della European Association for the Study of Gambling (EASG) Conference Putting all the pieces together, 7th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, 1 - 4 July 2008, Nova Gorica, Slovenia" pubblicato sul sito [www.easg.eu](http://www.easg.eu)
39. Zerbetto R. (2008 c) "Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo" su: *Gioco d'azzardo. Alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio a cura della regione Toscana*, Centro stampa Arezzo.
40. Zerbetto R., Croce M., Picone F. (2010 a) "La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico", in V. Caretti e D. La Barbera, a cura di, *Addiction: Aspetti biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina, Milano
41. Zerbetto R., (2010 b) "Quale epistemologia di riferimento per un intervento di psicoterapia con giocatori d'azzardo patologici? L'esperienza di Progetto Orthos", in Francesca Picone, a cura di, *La terapia del giocatore patologico*, Carocci, Firenze
42. Zerbetto R., (2011) Editoriale al Numero unico del Bollettino per le Farmacodipendenze del Ministero della Salute su: "Dipendenze comportamentali / Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi a cura di G. Manna e P. Jarre
43. Zerbetto R. (2011), *Il pensiero magico nel giocatore patologico*, Atti del congresso su "Gioco d'Azzardo: il pensiero che dà i numeri" promosso da ALEA Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio in corso di pubblicazione.

# Il Gioco Problematico in un programma residenziale per la dipendenza da alcol/cocaina: effetti sugli esiti e sui processi terapeutici

Mauro Cibirin<sup>1</sup>, Serena Vanini<sup>2</sup>, Ina Hinnenthal<sup>3</sup>, Angelo Benevegnù<sup>4</sup>, Nicola Nante<sup>5</sup>

1 - Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 del Veneto, Mirano Venezia

2 - CT. Villa Soranzo, Tessera Venezia

3 - Dipartimento Salute Mentale integrato, ASL 1 Regione Liguria, Imperia

4 - Centro Don Milani, Mestre Venezia

5 - Dipartimento Sanità Pubblica, Università di Siena

**I**l Gioco Patologico e le Dipendenze presentano analogie cliniche e neurobiologiche, oltreché elevata comorbidità. Tra i pazienti in trattamento per Dipendenze il Gioco problematico è rilevante, ma spesso misconosciuto, situazione comportante il peggioramento degli esiti dei programmi terapeutici.

Scopi del lavoro: 1 - valutare la prevalenza di giocatori problematici in un programma residenziale per Dipendenza da Alcol e/o Cocaina; 2 - indagare il ruolo del Gioco nel modificare la presentazione clinica ed i processi terapeutici; 3 - individuare strategie per migliorare l'intervento.

Metodi: - Somministrazione del S.O.G.S. ai pazienti accolti da marzo 2010 a dicembre 2011; - Attivazione di un gruppo per giocatori problematici ed osservazione della fenomenologia clinica.

Risultati: 43 (23%) dei 191 pazienti testati sono giocatori problematici; 15 (35%) hanno una concomitante dipendenza da alcol, 15 (35%) da cocaina e 13 (30%) da alcol e cocaina; nel 72 % (n. 31) dei casi il gioco problematico non era stato segnalato dai servizi. Il 37% (n. 16) dei pazienti con Gioco problematico è uscito precocemente dal programma, contro il 20% nei non giocatori ( $p < 0.05$ ). Nel gruppo dei giocatori sono evidenziabili le seguenti caratteristiche: - significativa presenza di pazienti in fase di precontemplazione rispetto al gioco; - importanza della "astinenza" da gioco rispetto al drop-out precoce; - presenza di circuiti di auto mantenimento gioco/sostanze; - difficoltà nella percezione del craving e delle emozioni; - centralità delle tematiche legate al denaro;

Conclusioni: L'individuazione del Gioco Problematico è fondamentale per formulare programmi terapeutici personalizzati in grado di ridurre il drop-out precoce. L'inserimento di un gruppo di prevenzione della ricaduta nel programma terapeutico dei giocatori ha consentito di evidenziare dinamiche prima misconosciute oltre che di garantire una migliore fruizione del programma comunitario.

## *Problem gambling in an alcohol/cocaine residential program : effects on outcome and on therapeutic processes*

*Gambling and Substance abuse disorders present analogous clinical and neurobiological structures and similar important co-morbid factors. Sometime patients with dependency disorders in residential treatments show worse clinical results if problematic gambling remains untreated.*

*Aims of work: 1 - to discover the prevalence of problem gamblers as co-diagnosis in a residential program for alcohol and/or cocaine dependency. 2 - to explore the role of Gambling in the clinical process and the dynamic of the illness. 3 - to find strategies to better focus the therapeutic intervention.*

*Methods: - Filling out of S.O.G.S. (patients from march 2010 to dicembre 2011) - Activation of a therapeutic group for gamblers and observation of the phenomenological clinical issues.*

*Results: 43 (22,5%) of the 191 tested patients presented with gambling problems. 15 (35%) showed a comorbidity with alcohol dependency, 15 (35%) showed a comorbidity with cocaine dependency and 13 (30%) suffered from both types of dependency. In 72% (n.31) of gamblers the services who sent the patients did not recognized and mentioned the associated problem. The 37,2% (n.16) of the patients with problematic gambling left the program in "early drop out". Only 20% of the patients without comorbidity of gambling left the program in "early drop out". The difference is significant ( $p < 0,05$ ). The group of gamblers showed the following characteristics: - significant high level of patients in pre-contemplative phase - abstinence regarding "gambling" interacts with drop-out - presence of circuit between gambling and substance abuse - difficulty in awareness of craving and emotions - central importance of themes correlated to money*

*Conclusions: The recognition of problem gambling is fundamental to favour individual therapeutic programs and to prevent early drop-out. Adding a specific group for relapse prevention regarding gambling in the residential program for patient with that problem helped to evidence dynamics until now often not recognized and to guarantee a better general functioning of the residential program.*

**Parole chiave:** *Gambling, percorso residenziale, alcol, cocaina, drop out, prevenzione della ricaduta, craving*

**Keywords:** *carving Gambling, residential program, alcohol, cocaine, drop out, relapse prevention, craving*

**Date:** *inviato: 16/04/2012 - accettato: 06/09/2012*

**Contatti:** Dott. **Mauro Cibin**

*Dipartimento per le Dipendenze Az. Ulss 13  
via Arino 4 - Dolo Ve*

*tel.: 041 5102307*

*e-mail: m.cibin@libero.it*

## Introduzione

Il gioco d'azzardo problematico è l'impulso a continuare a giocare nonostante le conseguenze dannose o il desiderio di smettere. Secondo il Ministerial Council for Gambling (1) australiano "il gioco problematico è caratterizzato da difficoltà rilevanti nel limitare il denaro e/o il tempo speso nel gioco, con conseguenze negative per il giocatore, gli altri e la comunità". Il Gioco problematico di grado severo può essere diagnosticato come Gioco Patologico ove il giocatore incontra criteri diagnostici definiti (2) e secondo il DSM IV-TR il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)<sup>1</sup> è una categoria diagnostica nella sezione "Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove", ossia quei disturbi caratterizzati dall'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa. Numerose sono tuttavia le analogie tra il GAP ed i Disturbi da Uso di Sostanze dal punto di vista della storia naturale, della fenomenologia clinica, della comorbidità, della risposta al trattamento; si rilevano inoltre importanti analogie nelle basi genetiche e nei meccanismi neurobiologici, in particolare rispetto alla impulsività, al craving ed al deficit dei processi decisionali<sup>2-3</sup>. Alla luce di tali analogie la DSM-V Task Force ha proposto la nuova categoria "Addiction and Related Disorders", che includerebbe sia i disturbi da uso di sostanze che le dipendenze comportamentali<sup>4</sup>. Ricerche epidemiologiche e cliniche dimostrano che una percentuale variabile dal 30% al 70% dei giocatori problematici presenta un contemporaneo Disturbo da Uso di Sostanze<sup>5-6</sup>; d'altra parte soggetti con dipendenza da sostanze o alcol presentano maggiore probabilità di sviluppare problemi legati al gioco d'azzardo<sup>7</sup>. Tale rischio aumenta in presenza di disturbi d'ansia o dell'umore<sup>8</sup>. Tra i soggetti in trattamento per Disturbi da Uso di Sostanze si riscontra una elevata percentuale di giocatori patologici, indipendentemente dal setting e dalla tipologia del trattamento<sup>9-10-11</sup>. In un recente studio condotto in Francia su un vasto campione di pazienti in trattamento per problemi legati all'uso di alcol e/o altre sostanze, problemi legati al gioco d'azzardo vengono riscontrati nel 18,5% dei casi<sup>12</sup>. Anche gli scarsi dati italiani confermano la rilevante presenza di GAP tra i soggetti afferenti ai Servizi per le Dipendenze: Baldo e coll<sup>13</sup> riportano il gioco problematico come accompagnato da una maggiore sintomatologia psichica nel 29% degli alcol dipendenti e nel 53% dei Tossicodipendenti seguiti in un SerT del Veneto; un analogo più recente studio riporta percentuali inferiori, ma comunque significativamente alte<sup>14</sup>. La comorbidità gambling/sostanze peggiora l'esito del trattamento sia

dal punto di vista del comportamento di addiction che dei sintomi psichici associati<sup>15-16</sup>.

Se dunque le analogie tra gambling e dipendenze da sostanze e la loro associazione comorbile sono state oggetto di numerosi studi, meno chiara è la dinamica di tale associazione nella presentazione del quadro clinico e nei conseguenti interventi terapeutici.

Rasch e coll.<sup>17</sup> analizzano l'uso di alcol in pazienti che si sottopongono ad un trattamento per GAP; tale uso, che mediamente decresce nell'intero campione sia durante il trattamento che nelle prime settimane dopo il trattamento, al contrario si mantiene a livelli elevati nei soggetti che bevevano di più come baseline ed in coloro che continuano a giocare durante il periodo di trattamento. Questo andamento sembra suggerire la presenza di una "disinibizione" reciproca tra gambling ed uso di alcol, analogamente a quanto avviene nel circuito alcol/cocaina<sup>18-19</sup>.

In Italia, come in molti altri paesi, il gioco d'azzardo sta incontrando una grande diffusione<sup>20</sup> cui consegue la crescita dei problemi correlati e dei soggetti "addicted"; a fronte di ciò vi sono importanti difficoltà nello strutturare sistemi di prevenzione e di cura, difficoltà legate alla carenza nelle basi normative (il GAP non è incluso nei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza che definiscono le competenze della sanità pubblica), nei processi organizzativi (non è chiaro quali strutture territoriali si occupino del problema), nella formazione dei professionisti. Una delle conseguenze di questa situazione può essere la sottostima del fenomeno nei soggetti che afferiscono alle strutture di trattamento delle Dipendenze, a cui consegue la mancata attuazione di provvedimenti terapeutici specifici ed il peggioramento prognostico.

Scopi del presente lavoro sono:

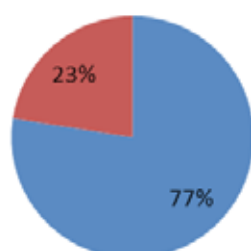
- 1- valutare la prevalenza di giocatori problematici tra i pazienti che intraprendono un Programma residenziale Breve per problemi legati all'uso di Alcol e/o Cocaina;
- 2- indagare il ruolo del GAP nel modificare la presentazione clinica ed i processi terapeutici nel campione;
- 3- individuare strategie per migliorare l'intervento.

## Materiali e Metodi

Sono stati esaminati 191 pazienti accolti nella CT Villa Soranzo ([www.cocaina-alcol.org](http://www.cocaina-alcol.org)) nel 2010/2011.

Villa Soranzo è una Comunità Terapeutica nata dalla colla-

■ Assenza gioco problematico ■ Presenza gioco problematico

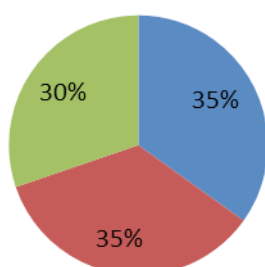


Tab. 1 - Presenza problematica gioco nel campione esaminato.

borazione tra un soggetto sanitario pubblico (Az. Ulss 13 del Veneto) ed una azienda del privato sociale (Centro Don Milani) che accoglie pazienti con Dipendenza da alcol e cocaina, soprattutto di tipo 1 secondo la tipologia di Cloninger<sup>21-22</sup>.

E' stato utilizzato come strumento di indagine il South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R Leiseur & S.B Blume<sup>23</sup>; il test permette di distinguere giocatore sociale (punti 0), giocatore a rischio (punti 1-4) e giocatore d'azzardo patologico (punti  $\geq 5$ ). Nella valutazione dei risultati abbiamo accorpato i giocatori a rischio e quelli patologici nell'unica categoria di "giocatori problematici".

■ Alcol ■ Cocaina ■ Alcol+Cocaina



Tab. 2 - Giocatori problematici: Comorbidità con Dipendenza da sostanze.

## Risultati

Dei 191 soggetti a cui è stato somministrato il SOGS, 43 (23%) sono risultati giocatori problematici (Tab.1), di cui 40 (93%) di sesso maschile; tra i giocatori problematici individuati, 15 (35%) hanno una concomitante dipendenza da alcol, 15 (35%) da cocaina e 13 (30%) da alcol e cocaina associate (Tab.2).

La problematica legata al gioco d'azzardo era stata segnalata dai servizi invianti (Ser.T, CIM, Enti e/o Professionisti del Privato Sociale) solamente rispetto a 12 soggetti (28%), mentre nei restanti 31 casi (72%) è stata individuata solo a seguito della somministrazione del SOGS all'arrivo in Comunità. (Tab.3)

Rispetto all'esito del trattamento, il 37% (n. 16) dei pazienti individuati come giocatori problematici sono usciti dal programma terapeutico prima della conclusione (Tab.4), mentre nei non giocatori la percentuale di drop-out è del 20% (n. 30): la differenza risulta statisticamente significativa ( $p < 0.05$ ).

## Discussione

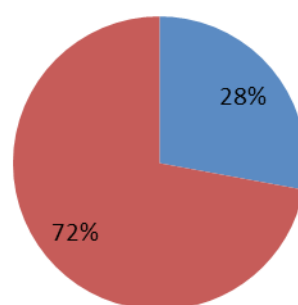
### 1) Individuazione dei Giocatori Problematici

Il presente lavoro costituisce la prima indagine italiana rispetto alla presenza di giocatori problematici tra i soggetti afferenti a programmi residenziali in CT. I dati presentati confermano quanto riportato in letteratura rispetto alla comorbidità tra Dipendenza da Sostanze e Gioco Problematico. Tale situazione è infatti presente nel 23% del campione esaminato e riguarda sia soggetti con problemi legati all'uso di alcol, che di cocaina, che entrambe; il gioco d'azzardo patologico è presente in maggior percentuale tra i soggetti con uso di cocaina/alcol rispetto ad alcol solo, ma tale differenza non è significativa.

Nel 72% dei casi il Gioco Problematico non era stato individuata dai Servizi invianti. All'origine di tale sottovalutazione potrebbe esservi sia la scarsa considerazione della problematica del gioco da parte dei Servizi, sia la sottovalutazione del problema da parte dei pazienti. Molti pazienti riferiscono infatti di non aver mai menzionato il comportamento di gioco ai servizi, ma che d'altra parte l'area del gioco non era stata attivamente indagata in sede diagnostica.

Una importante conseguenza della mancata individuazione del gioco problematico è che i pazienti giungono al programma residenziale in fase motivazionale di precontemplazione: in altre parole essi sono disponibili ad affrontare i problemi legati all'uso di sostanze, ma non sono "in azione" rispetto al gioco d'azzardo. La Motivazione al Cambiamento è una importante variabile sia nel trattamento del GAP che in quello dei Disturbi da uso di Sostanze<sup>24-25</sup>, al punto che il counseling motivazionale va considerato parte integrante dei programmi

■ Noti ai Servizi ■ Scoperti in CT



Tab. 3 - Individuazione Gioco Problematico.

di trattamenti sia ambulatoriali che residenziali<sup>26</sup>.

E' stato dunque necessario effettuare preliminarmente un intervento informativo e motivazionale individuale sui giocatori problematici individuati in Comunità, per permettere loro una graduale elaborazione della problematica e potersi poi sentire attivi nel proprio progetto di cura.

Un altro aspetto conseguente alla mancata individuazione del gioco problematico è la sottovalutazione della sintomatologia psicofisica connessa alla sospensione del gioco<sup>27</sup>, a sua volta correlata all'elevato craving ed allo stato emotivo negativo<sup>28-29</sup>. Questa fase di "astinenza" è caratterizzata da uno stato di attivazione ansiogena, con sbalzi d'umore piuttosto repentini, forte irascibilità, nervosismo e tendenza alla trasgressione ed all'ostilità. A differenza dei pazienti con Dipendenza da sostanze il giocatore spesso non è in grado di leggere questi segnali psicofisici come collegati all'assenza dell'attività di gioco: più frequentemente li imputa alla sua difficoltà di inserimento in comunità; nella nostra esperienza la situazione descritta si correla con il drop-out nel primo periodo di residenzialità e, insieme con i problemi motivazionali descritti, può dare una spiegazione della più frequente uscita dal programma per drop out da parte dei giocatori.

Sia le problematiche legate alla motivazione sia quelle di "astinenza" potrebbero essere gestite in maniera migliore da un punto di vista psicologico e farmacologico ove il problema gioco fosse individuato prima del ricovero in CT.

## 2) Il Circuito Gioco/ Sostanze

E' assai interessante l'esame delle relazioni emerse tra gioco problematico, alcol e sostanze psicoattive. Le situazioni riscontrate sono:

1. vera e propria "dipendenza multipla" da alcol e/o cocaina e gioco, nella quale è molto difficile cogliere la sostanza/comportamento primario, o comunque una sequenzialità nell'uso;
2. dipendenza da una delle sostanze/comportamento, mentre l'altra funziona da "apripista" per la ricaduta. In molti soggetti la ricaduta nel gioco è preceduta dall'uso di alcol, come suggerito anche nello studio di Rasch e coll.<sup>17</sup>; in altri casi il gioco viene utilizzato come "eccitante e attivatore", mentre la cocaina viene assunta per potenziare la concentrazione e resistere alla stanchezza psicofisica. E' interessante notare come queste "sequenze" presentano una certa stabilità nel tempo.
3. uso di alcol per "abbassare l'effetto" dell'attivazione dovuta al gioco e gestire l'ansia ad esso connesso; in queste situazioni è frequente anche l'uso associato di benzodiazepine allo stesso scopo.

E' evidente l'analogia con quanto accade per il circuito alcol/cocaina rispetto sia alla dinamica di assunzione, sia alla frequente mancanza di consapevolezza del ruolo di "apripista" dell'alcol, nel craving e nella ricaduta. E' dunque assai importante che in tutti i soggetti che presentano come problema primario l'alcolismo o il cocainismo si indaghi anche sull'altra sostanza, anche tramite indagini di laboratorio, e che si agisca nella direzione dell'astinenza da entrambe le sostanze. In

queste situazioni l'attuazione di una strategia di prevenzione della ricaduta richiede il riconoscimento del ruolo dell'alcol come situazione ad alto rischio, e quindi l'individuazione di opportuni interventi finalizzati a gestire il craving ed ottenere l'astinenza<sup>19-30</sup>.

Anche nel caso di Gioco/sostanze sembra che il gioco crei un circuito di automantenimento dell'uso di sostanze (e viceversa) la cui interruzione può essere vincente ai fini dell'esito del trattamento<sup>31</sup>.

E' dunque importante che la definizione di tale circuito e l'individuazione di specifiche strategie di fronteggiamento diventi parte integrante nel trattamento di questi pazienti in un'ottica di prevenzione psicobiologia della ricaduta.

## 3) Il gruppo dei giocatori nel programma "Villa Soranzo"

Una volta individuati i giocatori problematici, si è reso necessario integrare il programma residenziale con interventi specifici per i giocatori.

E' stato strutturato un gruppo psicoeducativo settimanale in cui si dà spazio alla condivisione di esperienze personali rispetto al gioco e all'approfondimento di strategie di fronteggiamento del craving nonché di gestione delle situazioni di rischio in un'ottica di prevenzione della ricaduta.

Dall'esperienza di questo gruppo emergono come centrali i temi della motivazione, del craving e della percezione delle emozioni, della gestione del denaro e dell'appartenenza.

Il gruppo si è dimostrato molto eterogeneo per quanto riguarda lo stadio di motivazione al cambiamento di chi lo frequenta: mentre i soggetti individuati come giocatori dopo l'ingresso in comunità sono prevalentemente in fase di pre-contemplazione, chi aveva affrontato il tema anche in sede ambulatoriale si mostra in "fase di azione". Il primo obiettivo del gruppo è quello dunque di utilizzare la testimonianza dei giocatori più "esperti" per muovere verso una fase motivazionale più matura i giocatori meno consapevoli; si è inoltre strutturato un intervento informativo rispetto al gioco ed ai problemi correlati.

Un aspetto peculiare del lavoro motivazionale con i giocatori riguarda l'autoefficacia: in questi pazienti la sensazione di potersi impegnare per farcela è inversamente proporzionale all'illusione di farcela legata al pensiero magico<sup>32</sup>.

Un secondo aspetto peculiare dei giocatori riguarda la percezione del craving e, più in generale, la percezione emotiva. Il giocatore, superata la fase iniziale, rientra in una dimensione di benessere favorita anche dal fatto che molto spesso non percepisce craving se non in presenza di stimoli attivatori; in tal caso il craving è immediato e fortissimo, e conduce in maniera quasi automatica alla attivazione comportamentale<sup>33</sup>. Nei soggetti con Dipendenza da Sostanze invece il desiderio persiste a lungo anche in assenza di stimoli ed il suo collegamento con la ricaduta può essere meno immediato. La costruzione di abilità personali di gestione del craving, unitamente alla prescrizione di farmaci anticraving, costituisce un elemento centrale dei programmi di prevenzione della ricadu-

ta sia in setting ambulatoriale che residenziale<sup>34</sup>: per un lavoro di questo tipo è fondamentale il riconoscimento del craving. La difficoltà del giocatore a sentire craving in ambiente protetto può costituire dunque una difficoltà nella attivazione di programmi di prevenzione della ricaduta. Le caratteristiche del craving nel giocatore fanno parte di una più generale quadro di difficoltà nella percezione emotiva e di tendenza ad agire impulsivamente in conseguenza di stimoli emotivi<sup>35</sup>, aspetto che va tenuto presente nella formulazione del programma residenziale.

Un terzo tema emerso dall'esperienza con il trattamento di giocatori è la gestione del denaro. Per tutte le persone in comunità l'uso del denaro viene controllato e non viene consentita una gestione totalmente autonoma di alcuna somma. Con il trattamento con cocainomani e/o alcolisti la gestione di piccole somme non rappresenta uno stimolo particolarmente potente per attivare craving e/o condotte di abuso. Il denaro in questi casi può rappresentare un mezzo per arrivare alla sostanza ma non è investito di particolari significati. Per il giocatore il denaro rappresenta esso stesso la sostanza e non il mezzo per ottenerla: la disponibilità di denaro rappresenta il "trigger" più pericoloso<sup>36</sup>.

Un nostro utente, durante un gruppo in cui si affrontava il tema della richiesta d'aiuto, non riusciva a scollegare la parola "aiuto" da "denaro": nella sua esperienza personale di giocatore "avere aiuto" significava avere un prestito di denaro. Portare il tema denaro nel gruppo dei giocatori ha dunque la stessa importanza che parlare di sostanze nella prevenzione della ricaduta nella Dipendenza, con la fondamentale differenza che con le sostanze l'obiettivo può essere l'astensione completa, mentre nella realtà non è possibile l'astensione completa dall'uso di denaro. Il gruppo costituisce un importante strumento nella direzione del "reimparare" ad usare il denaro: al gruppo viene affidata la rendicontazione delle entrate e uscite di chi vi partecipa con la supervisione del terapeuta.

Il monitoraggio del denaro rappresenta inoltre l'unico elemento che la Comunità dispone per verificare le ricadute nel gioco. A differenza dei pazienti con dipendenza da sostanze, in cui test urinari ed etilometria permettono il monitoraggio dell'uso, il giocatore può essere intercettato solamente tramite il controllo del denaro. Il gruppo dei pari diventa centrale poiché migliore è la sua qualità relazionale e l'investimento fatto su e per esso, tanto maggiore sarà la protezione reciproca nelle uscite, la gestione di eventuali situazioni di rischio e la possibilità di utilizzare la propria esperienza personale per comprendere il vissuto del compagno ed aiutarlo anche ad ammettere eventuali difficoltà e ricadute. Il clima di accettazione e di reciproco aiuto nel gruppo permette di dare spazio alla condivisione di vissuti di vergogna e colpa associati alla ricaduta ed all'utilizzo dell'esperienza come base per elaborare nuove strategie di fronteggiamento<sup>37</sup>.

Un altro tema centrale per il Giocatore in una Comunità Terapeutica è quello dell'appartenenza, derivante dal percepirsi diverso dagli altri utenti: il gioco in effetti è una droga

invisibile, "non si assume e non fa male al corpo", dicono spesso gli altri utenti dipendenti da sostanze "vere". Spesso il giocatore si autoesclude dalla Comunità, portando come motivo l'impossibilità da parte degli altri utenti di comprenderne i vissuti a causa della diversità della "sostanza" utilizzata, ed assume atteggiamenti di opposizione nei confronti delle cure e di provocazione rispetto all'utilità del programma terapeutico. Il superamento di questa fase richiede da parte dei terapeuti una grande comprensione della patologia del gioco e una pazienza non indifferente. L'attivazione del gruppo dei giocatori e la sensibilizzazione al tema del gioco sia dell'equipe curante che degli utenti non giocatori ha permesso un miglior inserimento di questi pazienti nel tessuto comunitario.

## Conclusioni

La somministrazione del SOGS a 191 pazienti ricoverati presso la CT Villa Soranzo ([www.cocaina-alcol.org](http://www.cocaina-alcol.org)) per problemi legati all'uso di alcol e/o cocaina ha permesso di evidenziare come giocatori problematici il 23% del campione; nel 72% dei casi tale caratteristica non era stata individuata nel corso del trattamento ambulatoriale. Si è inoltre evidenziato come i giocatori problematici siano soggetti al drop-out precoce in maniera significativamente maggiore rispetto ai pazienti con sola Dipendenza da Sostanze.

A seguito dell'individuazione dei soggetti con Gioco problematico è stato possibile attivare all'interno del programma comunitario un gruppo educativo/terapeutico specifico, grazie al quale sono state meglio evidenziate le seguenti caratteristiche cliniche:

- la significativa presenza di pazienti in stadio motivazionale di precontemplazione rispetto al gioco;
- l'importanza delle problematiche legate alla "astinenza" da gioco, specie rispetto al drop-out precoce;
- la presenza di circuiti di auto mantenimento gioco/sostanze;
- le difficoltà nella percezione del craving e delle emozioni;
- la centralità delle tematiche legate alla gestione del denaro rispetto alla ricaduta;
- le problematiche di "appartenenza" in un setting nato per pazienti con Dipendenza da Alcol e Cocaina.

L'individuazione del gioco problematico tra i soggetti con Dipendenze da Sostanze costituisce nella nostra esperienza un elemento fondamentale al fine di formulare programmi terapeutici personalizzati, che comprendano interventi specifici sulle problematiche di gioco, e che siano in grado di ridurre il drop-out precoce cui vanno incontro questi pazienti.

L'inserimento nel programma terapeutico dei giocatori problematici di un gruppo di prevenzione della ricaduta ha consentito di evidenziare situazioni e dinamiche prima misconosciute oltre che di garantire a questi pazienti una migliore fruizione dell'intero programma comunitario.

## Bibliografia

1. Ministerial Council on Gambling. Problem Gambling and Harm: Towards a National Definition, 2010. ([http://www.gamblingresearch.org.au/CA256902000FE154/Lookup/GRA\\_Reports\\_Files1/\\$file/NatDefs\\_ExecSum.pdf](http://www.gamblingresearch.org.au/CA256902000FE154/Lookup/GRA_Reports_Files1/$file/NatDefs_ExecSum.pdf))
2. Rosenthal R.J., Pathological gambling and problem gambling: problems of definition and diagnosis, Lexington Books, Massachusetts, 1990.
3. A.P.A., DSM IV – TR, Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi mentali, Text Revision, Masson, Milano, 2011.
4. Potenza MN, The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings, *Phil.Trans. R. Soc. B* 2008 363, 3181-3189
5. Leeman RF, Potenza MN, Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012; 219(2):469-90.
6. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA, Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):233-41.
7. Petry NM, Stinson FS, Grant BF, Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(5):564-74.
8. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA, Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*. 2011;106(3):490-8.
9. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 May;64(5):566-76
10. el-Guebaly N, Patten SB, Currie S, Williams JV, Beck CA, Maxwell CJ, Wang JL., Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gambl Stud*. 2006 Fall;22(3):275-87.
11. Hall GW, Carrierio NJ, Takushi RY, Montoya ID, Preston KL, Gorelick DA, Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *Am J Psychiatry*. 2000 Jul;157(7):1127-33.
12. Toneatto T, Brennan J., Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addict Behav*. 2002 May-Jun;27(3):465-9.
13. Peles E, Schreiber S, Adelson M., Pathological gambling and obsessive compulsive disorder among methadone maintenance treatment patients. *J Addict Dis*. 2009 Jul;28(3):199-207.
14. ANPAA, Nalpas B, Yguel J, Fleury B, Martin S, Jarraud D, Craplet M., Pathological gambling in treatment seeking alcoholics: a national survey in France. *Alcohol Alcohol*. 2011 Mar-Apr;46(2):156-60.
15. Baldo V, Cristoforetti M, Majori S, Cibir M, Peron C, Dal Zotto A, Zampieri N, Saia M, Trivello R, Relationship between pathological gambling, alcoholism and drug addiction., *Ann Ig*. 2006 Mar-Apr;18(2):147-53.
16. Garuti C., Gambling, Tossicodipendenti ed Alcolisti: ricerca preliminare al SerT di Cento (Fe) in dal fare al Dire, 2, 2011.
17. Ladd GT, Petry NM, A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2003 Aug;11(3):202-9.
18. Peron C., Cibir M., V. Baldo et alii, Indagine epidemiologica sulle relazioni tra gioco d'azzardo problematico, alcolismo e tossicodipendenza, *Alcolgia*, 14 (2-3), 95-109, 2002.
19. Rash CJ, Weinstock J, Petry NM, Drinking patterns of pathological gamblers before, during, and after gambling treatment. *Psychol Addict Behav*. 2011 Dec;25(4):664-74.
20. Carrol KM., Fenton LR., Ball Sa., Nich C., Frankforter TL., Shi J., Rounsaville BJ, Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial, *Arch Gen Psychiatry*, 61(3): 264-72, 2004.
21. Cibir M., Gallo S., Spolaor G., Bettamin S., Costa S., Lugato E., Hinnenthal I., Cocaina ed alcol: esperienza e risultati del Programma Residenziale Breve "Villa Soranzo". *Mission*, 29, 18-24, 2010.
22. Bastiani L, Gori M, Colasante E, Siciliano V, Capitanucci D, Jarre P, Molinaro S, Complex Factors and Behaviors in the Gambling Population of Italy. *J Gambl Stud*. 2011 Dec 4. [Epub ahead of print]
23. Cibir M., Jester A., Leonardini L., Lugato E., Papanastatos G., Transnational Catalogue of intervention options for young polydrug users, E.U. Executive Agency for health and Consumers, Bruxelles 2010 ([www.seidproject.eu](http://www.seidproject.eu)).
24. Hinnenthal I., Cibir M., eds, Il trattamento residenziale breve delle Dipendenze da Alcol e cocaina: il modello Soranzo, Seed Editore, Torino, 2011.
25. Leiseur H., Blume S.B., The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers, *Am J Psy* 144: 1184 – 1188, 1987
26. Gómez-Peña M, Penelo E, Granero R, Fernández-Aranda F, Alvarez-Moya E, Santamaría JJ, Moragas L, Aymamí MN, Bueno B, Gunnard K, Menchón JM, Jiménez-Murcia S, Motivation to change and pathological gambling: analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. *Br J Clin Psychol*. 2011 Jun;50(2):196-210.
27. Penberthy JK, Hook JN, Vaughan MD, Davis DE, Wagley JN, Diclemente CC, Johnson BA. Impact of motivational changes on drinking outcomes in pharmacobehavioral treatment for alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Sep;35(9):1694-704.
28. Cibir M., Hinnenthal I. (2011), Il punto di vista del paziente come elemento diagnostico e terapeutico: la "rivoluzione motivazionale" in Comunità Terapeutica. *MDD- Medicina delle Dipendenze*, I, 2, 25-34, 2011.
29. Cunningham-Williams RM, Gattis MN, Dore PM, Shi P, Spitznagel EL Jr, Towards DSM-V: considering other withdrawal-like symptoms of pathological gambling disorder. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2009;18(1):13-22.
30. De Castro V, Fong T, Rosenthal RJ, Tavares H, A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics. *Addict Behav*. 2007 Aug;32(8):1555-64.
31. Fiorido M., Spagnolo M.L., Percorsi residenziali per giocatori d'azzardo patologici: l'esperienza della comunità residenziale breve Sidecar. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 2009, 65, 48-54.
32. Cibir M. (2010) Craving: valutazione e prevenzione della ricaduta, in *Craving nell'alcolista: ricerca-riflessioni, osservazioni cliniche-terapia a cura di Ceccanti M., Maremmi I., Cibir M., Mosti A., Clueb ed., Bologna*, 2010.
33. Vanini S., Gamblers in Comunità: sperimentazione di un trattamento residenziale a Villa Soranzo. In I.M. Hinnenthal, M. Cibir, *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da Alcol e cocaina*, Seed Editore, Torino, 2011
34. Goodie AS, The role of perceived control and overconfidence in pathological gambling. *J Gambl Stud*. 2005 Winter;21(4):481-502.
35. Tavares H, Zilberman ML, Hodgins DC, el-Guebaly N, Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 Aug;29(8):1427-31.
36. Cibir M., Crestani M., Spolaor Gp., Hinnenthal I., Manzato E., Craving e ricaduta in Comunità terapeutica, in Manzato E., Nava F, *Il craving dell'alcolista: neurobiologia, psicopatologia e pratica clinica*, Franco Angeli, Milano, 2012.
37. Forbush KT, Shaw M, Graeber MA, Hovick L, Meyer VJ, Moser DJ, Bayless J, Watson D, Black DW. Neuropsychological characteristics and personality traits in pathological gambling. *CNS Spectr*. 2008 Apr;13(4):306-15.
38. Nower L, Blaszczyński A, Gambling motivations, money-limiting strategies, and precommitment preferences of problem versus non-problem gamblers. *J Gambl Stud*. 2010 Sep;26(3):361-72.
39. Yi S, Kanetkar V, Coping with guilt and shame after gambling loss. *J Gambl Stud*. 2011 Sep;27(3):371-387. *Gambl Stud*. 2011 Sep;27(3):371-387.

# Terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo Patologici: risultati a 6, 12 e 18 mesi di trattamento

Gianni Savron<sup>1</sup>, Rolando De Luca<sup>2</sup>, Paolo Pitti<sup>3</sup>

1 - Centro Disturbi Affettivi, Pavanello, Ponte di Brenta (Padova)

2 - Centro di Terapia ex Giocatori d'Azzardo e loro Famiglie, Campoformido (Udine)

3 - Centro Labuén, Comunità di Psicoterapia e Lavoro, Morrano (Orvieto)

**S**copo: lo scopo dello studio è stato quello di valutare le modificazioni psicopatologiche nel corso del trattamento di gruppo in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici (GAP).

**Materiali e Metodi:** sessantatré GAP sono stati confrontati con 52 soggetti di controllo. I giocatori sono stati valutati prima e durante i 6, 12 e 18 mesi di trattamento. I test utilizzati sono stati: il SOGS di Lesieur e Blume; la BPRS di Overall e Gorham, il BDI di Beck, lo STAI-Y1 e lo STAI-Y2 di Spilberger, la BIS-11 di Barratt e Stanford e il TCI di Cloninger.

**Risultati:** i GAP hanno ottenuto punteggi più elevati nella depressione, nell'ansia di stato e di tratto, nell'impulsività e nei tratti di Ricerca di Novità (RN), Dipendenza dalla Ricompensa (DR) e Trascendenza (T); punteggi inferiori nell'Autodirettività (A), Cooperatività (C) e nessuna differenza nelle dimensioni Evitamento del Danno (ED) e Persistenza (P). Dopo 6 mesi, 30 (47,6%) giocatori hanno sospeso la terapia. I GAP in trattamento (n=33) non riportano episodi di gioco d'azzardo ed evidenziano punteggi maggiori nelle dimensioni DR e C rispetto a coloro che hanno abbandonato. Durante la psicoterapia si osserva una progressiva riduzione di depressione, ansia di stato e tratto e impulsività, oltre a un calo dei punteggi nei tratti ED, DR, A e C. Dopo 18 mesi di terapia, i giocatori, pur mostrando notevoli miglioramenti, risultano più depressi, ansiosi, impulsivi (non a livelli patologici) e manifestano livelli più alti di RN e T, mentre ottengono punteggi minori nelle dimensioni di A e C.

**Conclusioni:** Lo studio evidenzia le differenze psicopatologiche fra giocatori e soggetti di controllo e identifica le caratteristiche di stato e di tratto dei giocatori che proseguono il trattamento.

## Group therapy with Pathological Gamblers: results after 6, 12 and 18 months of treatment

*Aim: the aim of this study was to evaluate the psychopathological differences during group therapy in a sample of Pathological Gamblers (PG).*

*Materials and Methods: sixty three PG were compared with 52 control subjects. The gamblers were evaluated before and during 6, 12 and 18 months of treatment. The study used the following tests: BPRS by Overall & Gorham, SOGS by Lesieur & Blume, BDI by Beck, lo STAI-Y1 and STAI-Y2 by Spilberger, BIS-11 by Barratt, and TCI by Cloninger.*

*Results: the gamblers had higher scores levels for depression, state and trait anxiety, impulsivity, Novelty Seeking (NS), Reward Dependence (RD) and Self-Transcendence (ST). PG had lower scores in Self-Directedness (SD) and Co-operativeness (C) and no differences were observed in Harm Avoidance (HA) and Persistence (P). During the 6 month period 30 gamblers (47.6%) dropped-out. The PG in treatment (n=33) had not gambled and they had higher scores in RD and C compared to those who dropped-out. During psychotherapy, progressive reduction in depression, state and trait anxiety, impulsivity, and lower scores in HA, RD, SD and C were observed. After 18 months of therapy gamblers still showed more signs of depression, anxiety and impulsiveness (not at pathological level), higher NS and ST but lower SD and C.*

*Conclusion: the study defined the psychopathological differences in the gamblers and control groups and identified state and trait characteristics in gamblers that continued group therapy.*

**Parole chiave:** Gioco d'Azzardo Patologico, ansia, depressione, personalità, impulsività

**Keywords:** Pathological Gambling, anxiety, depression, personality, impulsiveness

**Date:** inviato: 26/03/2012 - accettato: 02/07/2012

**Contatti:** Dott. Gianni Savron  
Centro Disturbi Affettivi-Analisi  
Via Bravi, 51  
35020 Ponte di Brenta (PD)  
tel. 049-6225211  
e-mail: doc@savron.it

\* Pubblicato su Rivista di psichiatria, 2007, 42, 3 189

## Introduzione

Il DSM-IV definisce il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) come un disturbo caratterizzato da un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette in vario modo le attività personali, familiari, sociali, finanziarie, lavorative del soggetto e per il quale sono stati compiuti vari tentativi infruttuosi di smettere<sup>1,2</sup>.

Il GAP è stato inserito nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi (tricotillomania, cleptomania, piromania, disturbo esplosivo intermittente), caratterizzati dall'incapacità di resistere a un impulso impellente e/o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per altri<sup>1,3-5</sup> e, a causa delle sue caratteristiche di dipendenza, è stato assimilato ai Disturbi da Utilizzo di Sostanze.

Le sue caratteristiche cliniche e gli aspetti comuni ai disturbi dell'umore e di personalità hanno anche reso necessario uno studio nelle sue dimensioni più generali.

Il modello neuropsicobiologico di Cloninger<sup>6</sup>, con il Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ), ha rappresentato un tentativo di spiegazione della personalità nelle sue parti genetiche, neurobiologiche e psicologiche e, in seguito, lo stesso autore ha ampliato la teoria biosociale della personalità<sup>7,8</sup> considerando anche l'interazione di fattori ereditari con elementi socio-ambientali.

A tale riguardo, il modello trova la sua applicazione pratica nel Temperament and Character Inventory (TCI)<sup>7-11</sup> che ipotizza l'esistenza di 7 dimensioni, di cui 4 temperamentali e 3 caratteriali, nelle quali rispecchiare la personalità e a ciascuna delle quali corrisponde uno specifico schema di comportamento in risposta ai vari stimoli ambientali.

I tratti "temperamentali" rappresentano la parte ereditabile-stabile dello sviluppo della personalità, poco influenzati dalle componenti socio-culturali e si riferiscono ad aspetti geneticamente indipendenti, attribuibili allo stile emozionale.

Essi sono:

1 Novelty Seeking, o Ricerca di Novità (RN), che è associata alla ricerca esplorativa, alla curiosità di fronte a stimoli nuovi, alla ricompensa potenziale; essa esprime l'impulsività decisionale, la stravaganza, la sregolatezza, il disordine, l'evitamento della monotonia e la ridotta resistenza alle frustrazioni.

2 Harm Avoidance, o Evitamento del Danno (ED), che rappresenta la tendenza a inibire il proprio comportamento di fronte a un pericolo, a una punizione, alle novità e all'assenza di ricompensa; si riferisce alla preoccupazione, al pessimismo, all'ansia anticipatoria riguardo i problemi futuri, all'incertez-

za di fronte all'ignoto, alla sensibilità verso le critiche, alla timidezza e alla facile affaticabilità.

3 Reward Dependence, o Dipendenza dalla Ricompensa (DR), connessa a comportamenti abitudinari e alla tendenza a mantenere lo stesso comportamento di fronte a segnali di ricompensa e approvazione sociale; esprime il sentimentalismo, l'attaccamento e la dipendenza dal sostegno e dall'approvazione degli altri.

4 Persistence, o Persistenza (P), modulatore dell'auto-controllo che rappresenta la costanza nel perseguire un comportamento nonostante la fatica e la frustrazione ed esprime l'industriosità e la determinazione. Ciascuna delle dimensioni riflette le variazioni dei 3 sistemi cerebrali principali (Sistema Centrale di Attivazione Comportamentale, Sistema Centrale di Inibizione Comportamentale, Sistema Centrale di Mantenimento del Comportamento) e corrisponde a uno specifico assetto neurotrasmettitoriale, rispettivamente relativi a dopamina, serotonina, noradrenalina.

Le dimensioni "caratteriali", invece, sono da porsi in relazione a influenze educative e socio-ambientali e sono in grado di predire la presenza di disturbi di personalità<sup>7,8</sup>.

Esse sono:

1. Self-directedness, o Autodirettività/Autodirezionalità (A), che esprime la coerenza con i propri fini e valori, l'auto-determinazione e il controllo del comportamento in funzione degli obiettivi da raggiungere. Essa riguarda lo sviluppo e l'accettazione di sé, la capacità di identificarsi come individuo autonomo in grado di risolvere i problemi e di accettare con fiducia le proprie responsabilità e anche la capacità di adattare il comportamento in accordo con le proprie scelte.

2 Cooperativeness, o Cooperatività (C), che si riferisce alla capacità di andare d'accordo e cooperare con le altre persone e all'identificazione di se stessi come parte della società e dell'umanità. Rappresenta l'accettazione degli altri e delle regole sociali, la tolleranza, l'empatia, l'onestà, la compassione, la lealtà, la comprensione delle esigenze altrui.

3 Self-Transcendence, o Trascendenza/Autotrascendenza (T), che concerne la dimensione spirituale della persona, la modestia, la creatività, l'altruismo, la pazienza, capacità di sacrificio, tolleranza all'ambiguità e incertezza della vita e del mondo. Implica la percezione d'essere parte integrante di tutte le cose, la natura e l'universo, oltre che la capacità a estraniarsi in un'attività che si sta svolgendo o l'immedesimarsi in una relazione mettendo da parte se stessi.

Dopo questa breve presentazione del TCI, necessaria premessa all'articolo, e tornando alle caratteristiche cliniche-psicologiche dei GAP, in un nostro precedente lavoro<sup>12</sup> era stata riscontrata nei giocatori, rispetto ai controlli, maggiore ansia, depressione, ostilità, sintomi somatici, paura dei sintomi ansiosi, inibizione emotiva e RN, con punteggi minori nella DR del TPQ; risultati in accordo con altri dati della letteratura.

Lo stesso studio, inoltre, aveva confermato, mediante una verifica della concordanza fra i punteggi del South Oaks Gambling Screen<sup>13</sup>, e criteri del DSM-IV, l'utilità e la validità della versione italiana del test per l'identificazione di un probabile GAP<sup>12</sup>.

Anche Kim e Grant<sup>14</sup>, utilizzando il TPQ, nel raffronto fra 33 GAP, 41 pazienti con disturbo ossessivo compulsivo e 40 soggetti di controllo, avevano verificato nei giocatori una maggiore RN e minore ED e nessuna differenza nella DR.

Un nostro studio successivo<sup>15</sup>, in un campione di 81 GAP, ha indagato le differenze psicologiche fra giocatori, mogli, ge-

nitori e soggetti di controllo, e i dati hanno confermato nei giocatori i risultati precedenti.

Le mogli, invece, raffrontate al rispettivo gruppo di controllo, presentavano maggiore distress (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità) e punteggi elevati nella sensibilità all'ansia, inibizione verbale, timidezza e nei tratti di ED e di DR del TPQ; inoltre, esse differivano dai mariti per maggiore DR e minore RN e dai genitori dei GAP per maggiore ED e DR.

Recentemente, Martinotti, et al.<sup>16,17</sup>, utilizzando il TCI e non il TPQ, hanno riportato risultati in parte simili ai nostri; infatti, nei GAP sono stati riscontrati punteggi elevati nel tratto RN e bassi nelle dimensioni DR, unitamente a una minore Autodirezionalità e Cooperatività rispetto ai controlli.

I dati sopra esposti appaiono importanti poiché i disturbi di personalità del cluster A (paranoide, schizoide, schizotipico) sono caratterizzati da bassa DR, mentre il cluster B (antisociale, borderline, istrionico) da un'alta RN, e il cluster C (evitante, dipendente, ossessivo compulsivo, passivo aggressivo) da un alto ED<sup>8</sup>.

Tutti i disturbi di personalità sono comunque accomunati da basse Autodirezionalità e Cooperatività<sup>8,18-20</sup>, per cui i risultati permettono di individuare nei giocatori la presenza di tratti di personalità ascrivibili al cluster B.

È ormai noto che i GAP rappresentano un grosso problema per se stessi, la famiglia e la società<sup>21,22</sup> e appare ormai chiaro che l'accedere con facilità al gioco aumenta, nei soggetti a rischio, lo sviluppo di una dipendenza patologica<sup>23,24</sup>.

Le motivazioni che concorrono a trasformare il giocatore occasionale in un GAP possono essere varie: dalla necessità di svago, allo scarico di tensioni accumulate, alla ricerca di emozioni forti, al bisogno di evadere dalla noia della routine e dai problemi; oppure al bisogno di mettersi alla prova per verificare le proprie abilità di gioco e vincita o anche all'abbandonarsi alla sorte nella speranza che si verifichi un colpo di fortuna.

In ogni modo, gli elementi che caratterizzano un giocatore dipendente da uno abituale o saltuario non sono solamente la ricerca di qualcosa che appaghi, l'aspettativa di vincita, l'emozione, il mettersi in mostra o altro, elementi abbastanza comuni, ma sono piuttosto l'incapacità di resistere all'opportunità di giocare e l'impulsività al gioco<sup>25-27</sup>.

Cosa spinge il GP a proseguire il gioco nonostante le forti perdite e le notevoli ripercussioni psicosociali?

Di volta in volta sono state chiamate in causa l'abitudine, il piacere, l'eccitazione, la competizione, l'emozione della vincita, la noia, la stanchezza, gli eventi stressanti, la fragilità psico-costituzionale, altri aspetti culturali, la presenza di comorbidità o un ridotto controllo degli impulsi, senza comunque giungere a risultati definitivi.

Varie ricerche hanno identificato gli aspetti psicopatologici associati al GAP (ansia, depressione, rabbia, disturbi di personalità, impulsività, mania, Disturbo da Deficit dell'Attenzione, abuso di sostanze) e i fattori che impediscono l'allontanamento e in seguito l'interruzione del gioco (opportunità

di gioco, disponibilità economica, precedente vincita, stimoli ambientali, supporto dei pari, accettazione sociale del gioco, ricerca di sensazioni, dimostrare le proprie capacità)<sup>25,27,28-30</sup>, non ultimi, il tipo di gioco, le precedenti esperienze, l'intensità del coinvolgimento e la convinzione di poter influenzare la sorte con le proprie abilità<sup>31</sup>.

Va comunque considerato che è altrettanto importante analizzare e approfondire lo studio dei fattori e degli elementi che favoriscono e agevolano il trattamento del giocatore incoraggiando la gestione e/o l'interruzione del gioco d'azzardo.

È, infatti, vitale attingere alle risorse presenti in ogni essere umano al fine di fare comprendere, oltre che accrescere, sia la capacità di modificare le proprie caratteristiche psicologiche che l'interazione sociale, quest'ultima, elemento non secondario per una buona riuscita nel cambiamento delle acquisite abitudini dannose.

È risaputo che solamente il 10% dei GAP richiedono un trattamento e il 30-50% abbandona prima del termine della terapia<sup>32-34</sup>, inoltre, i giocatori sposati hanno più probabilità di proseguire il trattamento<sup>34,35</sup>, perciò, è essenziale: a) utilizzare il più precocemente possibile strategie che incentivino il ricorso a trattamenti efficaci; b) favorire la motivazione al trattamento; c) ridurre le interruzioni del trattamento.

Ladouceur, et al.<sup>36</sup> hanno osservato che l'impulsività era l'unica variabile in grado di discriminare i giocatori che proseguono il trattamento dai drop-out; alti punteggi all'inizio differenziavano i soggetti che interrompevano la terapia da quelli che la proseguivano<sup>36,37</sup>, confermando quanto già evidenziato da Blaszczynski, et al.<sup>38</sup> che avevano notato un'elevata correlazione psicopatia-impulsività in merito a un sottostante costrutto "antisociale-impulsivo", esteso poi anche ai clusters B e C di personalità<sup>39</sup>.

Vitaro, et al.<sup>5</sup> hanno, invece, definito 4 aspetti tipici nelle persone impulsive:

- 1) tendono a essere molto sensibili ai risultati positivi e ricercano un rinforzo immediato;
- 2) tendono a rispondere velocemente senza considerare gli effetti del loro modo di agire;
- 3) sono insensibili alle conseguenze negative come la punizione;
- 4) hanno difficoltà a gestire l'autocontrollo.

Infatti, le caratteristiche che accomunano i vari tipi di gioco d'azzardo sono: l'accettazione da parte del giocatore del rischio a fronte di un beneficio che ha minori o scarse probabilità di accadere; la concomitante sopravvalutazione della possibilità di vincita; una minore tendenza a valutare il rischio; il preferire un guadagno più piccolo e immediato rispetto una vincita maggiore e ritardata nel tempo<sup>40-42</sup>.

Un'elevata impulsività è risultata essere associata alla severità di gioco<sup>34,39,43</sup>, all'utilizzo di alcool e droghe varie, alla disinibizione, alla personalità antisociale e alla ricerca di sensazioni (sensation seeking)<sup>4,5,39,44,45</sup> e rappresenta un fattore favorente lo sviluppo del GAP<sup>40</sup>.

La ricerca di sensazioni implica la necessità di soddisfare il

desiderio di vivere nuove e diverse esperienze con l'accettazione dei rischi necessari per giungere all'appagamento; per cui essa agirebbe da motivazione al gioco, mentre l'impulsività indurrebbe al gioco senza fare riflettere sulle sue conseguenze<sup>46</sup>; e l'eccitamento, provato durante il gioco, sarebbe la causa del rinforzo che induce a giocare nuovamente<sup>45</sup>.

La presenza dell'attivazione del sistema nervoso (arousal) di per sé non è piacevole e non rappresenta la causa del rinforzo a meno che essa venga associata positivamente all'eccitamento, mentre risulta sgradevole se viene accompagnata da esperienze negative come l'ansia<sup>47</sup>.

Come già indicato in precedenza, in ambito psico-patologico è stata ampiamente documentata l'associazione clinica del GAP con l'ansia, la depressione, l'ipomania, il disturbo bipolare, l'impulsività, l'abuso di sostanze, i disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline, evitante, schizotipico), il Deficit dell'Attenzione con Iperattività, il disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, e disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa, disturbi cardiologici, cefalea, disturbi intestinali) e tentati suicidi<sup>38,39,48-53</sup>. Diversi autori hanno supposto che l'alcool e il gioco d'azzardo esprimono il tentativo di ridurre, inibire o evitare la depressione e/o l'ansia, mentre per altri, questi stati mentali negativi esprimerebbero la reazione emotiva inerente la situazione finanziaria e i problemi di gioco; entrambe comunque vengono considerate sia causa che effetto del disturbo<sup>45</sup>. Esse tendono a ridursi notevolmente dopo trattamento anche se i giocatori "regolari" continuano a essere motivati al gioco nonostante la depressione e le perdite consistenti<sup>47</sup>.

Due fattori rinforzerebbero il gioco patologico: il primo, proveniente dalla gratificazione ottenuta dall'elevata "attivazione-eccitazione" procurata dal gioco stesso e il secondo, derivato dalla concomitante "fuga" dalla depressione<sup>47,54,55</sup>.

Considerando, invece, gli studi che hanno indagato gli effetti della psicoterapia sui GAP è riportato in media il 30-50% di abbandoni<sup>4,25,34,56</sup> e che circa un terzo dei giocatori guarisce spontaneamente senza alcun trattamento<sup>57,58</sup>, anche se vi sono alcuni autori che evidenziano l'assenza di studi validati empiricamente e quindi la mancanza di dati certi sull'efficacia del trattamento del gioco d'azzardo patologico<sup>59</sup>.

La miglior cura sarebbe la completa astinenza<sup>60</sup>. Dei vari interventi (psicodinamico e psicoanalitico, di coppia, familiare, di gruppo, giocatori anonimi, cognitivo-comportamentale, multimodale, farmacologico), l'unica terapia attualmente sottoposta a una ricerca controllata è quella cognitivo-comportamentale che ha dimostrato la sua efficacia<sup>36,45,58,61-65</sup>; in particolare, il controllo dello stimolo, l'esposizione in vivo e la prevenzione della risposta con la ristrutturazione cognitiva e la prevenzione delle ricadute.

Al riguardo, lo scopo del presente studio è stato:

- raffrontare gli aspetti clinico-personologici dei Giocatori d'Azzardo Patologici con un gruppo di controllo;
- indagare le differenze fra i giocatori che abbandonano la terapia da quelli che la proseguono;
- misurare le modificazioni psicopatologiche e caratteriali nel

corso del trattamento di gruppo;

- verificare l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico nell'agevolare un cambiamento delle abitudini mentali, emotive e comportamentali;
- esplorare i fattori predisponenti al gioco.

## Materiali e metodi

Il gruppo sperimentale è costituito da una serie consecutiva di 63 giocatori a cui è stata posta una diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico secondo i criteri del DSM-IV, che hanno richiesto di essere inseriti in un percorso di trattamento di gruppo per giocatori d'azzardo patologici presso il Centro di Terapia per Giocatori d'Azzardo e loro familiari di Campoformido (UD).

Il gruppo è stato raffrontato a un gruppo di 52 soggetti di controllo bilanciato per variabili socio-demografiche (età, professione, titolo di studio, status sociale e civile).

Tutti i soggetti sono stati edotti sulla metodologia e gli scopi della ricerca e hanno acconsentito di partecipare allo studio. Ai soggetti è stata somministrata una batteria di test di autovalutazione - South Oaks Gambling Screen (SOGS), Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory-Y1 (STAI-Y1), State-Trait Anxiety Inventory-Y2 (STAI-Y2), Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11); Temperament and Character Inventory (TCI)

- per quantificare le variabili clinico-psicopersonologiche e un'intervista semistrutturata (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) per valutare la presenza di psicopatologia psichiatrica in atto.

I criteri di inclusione nello studio erano:

- diagnosi primaria GAP (almeno 5 criteri DSM-IV);
- episodi di gioco eccessivo nel corso di almeno un anno;
- età compresa fra i 18 e 70 anni; I criteri di esclusione erano:
- presenza di psicopatologie gravi (depressione maggiore, psicosi, disturbo bipolare, mania);
- disturbi neurologici e disturbi organici gravi;
- disturbi di personalità conclamati;
- abuso di sostanze.

Il gruppo di GAP era composto di 10 femmine e 53 maschi, con una età media 41,90 anni ( $\pm 9,90$ ) e con un range di 21-69 anni; 38 di essi avevano la licenza media inferiore, 19 quella superiore e 6 possedevano una laurea.

Trentaquattro erano nubili/celibati, 24 coniugati, 5 separati/divorziati, 32 appartenevano a uno status sociale medio-basso e 31 medio-alto secondo la classificazione di Goldthorpe e Hope<sup>66</sup>.

La durata media di gioco era di 5,27 anni ( $\pm 4,00$ ) con un range di 1-20 anni e l'età media d'esordio del problema, considerato come tale, era di 36,03 anni ( $\pm 9,68$ ) con un range di 19-64 anni.

Nessun giocatore aveva già effettuato in precedenza una psicoterapia; 13 soggetti stavano seguendo una terapia farmacologica (5 antidepressivi, 8 ansiolitici); 48 i fumatori 15 non

fumatori, 6 avevano affermato di essere bevitori, 57 i non bevitori.

Il gruppo di controllo, costituito da non giocatori, era composto da 7 femmine e 45 maschi, con un'età media di

42,30 anni ( $\pm 9,32$ ) range 25-70 anni; 36 di essi avevano la licenza media inferiore e 1 licenza elementare, 13 quella superiore e 2 possedevano una laurea.

Venti erano coniugati, 28 nubili/celibati, 4 separati; 26 appartenevano a uno status economico sociale medio-alto e 26 medio-basso.

Sette soggetti stavano seguendo una terapia farmacologica (2 antidepressivi, 5 ansiolitici); 44 i fumatori, 8 i non fumatori, 4 avevano affermato di essere bevitori, 48 non bevitori.

Le variabili in oggetto di studio sono state: età, età di esordio e durata del disturbo, sesso, status socio-economico, titolo di studio, stato civile e lavorativo, precedente trattamento farmacologico, le attitudini al gioco, nonché le variabili clinico-psicologiche connesse alla depressione, ansia di stato e tratto impulsività e caratteristiche di personalità.

Gli strumenti psicometrici sono stati somministrati all'inizio della terapia e in seguito riapplicati al 6°, 12°, 18° mese di trattamento dallo psicoterapeuta che sosteneva gli incontri di gruppo (RDL) il quale non era informato degli esiti dei test.

### Valutazione psicometrica

Strumenti utilizzati:

- La Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) di J.E. Overhall e D.R. Gorman<sup>67</sup>, intervista psichiatrica semistrutturata composta da 18 item, a ciascuno dei quali è possibile attribuire un punteggio da 0 a 4 relativo all'assenza o presenza di sintomi psichiatrici schizo-affettivi.

- South Oaks Gambling Screen (SOGS) di Lesieur e Blume<sup>13,68</sup>, questionario a 20 item, utilizzato in studi epidemiologici e clinici che permette di evidenziare le caratteristiche e le problematiche attinenti al gioco. Non permette di fare una diagnosi ma di raccogliere informazioni sul tipo di gioco, quantità di denaro speso e rapporto con il denaro, modo di procurarselo, abitudini di gioco, consapevolezza e rapporto con il gioco, implicazioni familiari e sociali.

Può essere utilizzata sia come questionario che come intervista. I punteggi si ottengono sommando le risposte affermative degli item che identificano le situazioni a rischio. Un punteggio uguale o maggiore di 5 identifica un probabile giocatore patologico.

- Beck Depression Inventory (BDI) di Beck<sup>69</sup>. Questionario di autovalutazione la cui somma dei punteggi relativi (0-3) a ciascuno dei 21 item quantifica i sintomi depressivi e l'umore depresso nelle varie aree indagate (tristezza, pessimismo, insoddisfazione, colpa, idee suicidarie, ritiro sociale, delusione, riduzione dell'efficienza lavorativa, ponderale e della libido, indecisione, disturbi del sonno, appetito, ecc.). Il punteggio varia da 0 a 63 e il punteggio di 16 rappresenta il cut off clinico oltre il quale considerare la depressione di livello moderato.

- State-Trait Anxiety Inventory-1 (STAI Y-1) di Spilberger<sup>70</sup>. Questionario che misura l'ansia di stato, considerata come una condizione transitoria di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico conseguente a eventi di pericolo sia oggettivo che presunto, indicatore dello stato d'ansia relativo al contesto nel quale in soggetto si trova, e può fluttuare in base alle circostanze. Consta di 20 domande e il punteggio varia da 1 a 4 per ogni scala (quasi mai, qualche volta, spesso, sempre). Il totale viene conteggiato dalla somma dei punti con un range di 20-80.

- State-Trait Anxiety Inventory-2 (STAI Y-2) di Spilberger<sup>70</sup>. Questionario che misura l'ansia di tratto, condizione relativamente stabile di tensione, apprensione e maggiore attività del sistema psico-fisico che esprime una caratteristica stabile di personalità. Rispecchia la tendenza a percepire le situazioni stressanti come pericolose e rappresenta la predisposizione all'ansia. Consta di 20 domande e il punteggio varia da 1 a 4 per ogni scala (quasi mai, qualche volta, spesso, sempre). Il totale viene conteggiato dalla somma dei punti con un range di 20-80.

- Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) di Barrat<sup>71-75</sup>. Strumento psicometrico che misura l'impulsività nelle sue componenti motoria (agire senza pensare), cognitiva (velocità decisionale-disattenzione) e l'assenza di pianificazione (anticipare e prevedere gli esiti delle azioni, assenza di auto-controllo). Costituito da 30 item valutati con una scala a 4 punti (raramente/mai, occasionalmente, spesso, quasi sempre/sempre), range 30-120. Nello studio è stata utilizzata solamente la scala totale composta dalla somma dei punteggi delle 3 scale.

- Temperament and Character Inventory (TCI) di C. R. Cloninger, et al.<sup>7,9,10</sup>. Questionario parzialmente descritto in precedenza, composto da 240 item, che permette di valutare la personalità nella popolazione generale e in soggetti psichiatrici. Il calcolo delle scale viene eseguito su 226 item, a risposta dicotomica vero-falso. Consta di 7 scale di cui 4 per valutare i tratti temperamentali e 3 per quelli caratteriali. Ciascuna scala è composta di sottoscale bipolari che misurano i rispettivi tratti, ed esse sono:

- Scala-Ricerca di Novità, composta da: RN1, eccitabilità esplorativa vs rigidità; RN2, impulsività vs riflessività; RN3, stravaganza vs riservatezza; RN4, sregolatezza vs metodicità.

- Scala-Evitamento del Danno, composta da: ED1, ansia-paura anticipatoria vs ottimismo; ED2, paura dell'incertezza vs sicurezza; ED3, timidezza-diffidenza vs socievolezza; ED4, affaticabilità e astenia vs energia.

- Scala-Dipendenza dalla Ricompensa, composta da: RD1, sentimentalismo vs insensibilità; RD3, attaccamento vs distacco; RD4, dipendenza vs indipendenza.

- Scala-Perseveranza, composta da: RD2, ostinazione vs indecisione.

- Scala-Autodirettività, composta da: AD1, responsabilità vs colpevolizzazione (altrui); AD2, intenzionalità-propositività vs mancanza di scopo; AD3, ricchezza di risorse vs apatia; AD4, autoaccettazione vs auto-rifiuto; AD5, congruente

secondo la propria natura (con gli scopi) vs incongruente.

- Scala-Cooperatività, composta da: C1, accettazione sociale vs intolleranza sociale; C2, empatia vs disinteresse sociale; C3, utilità (disposto all'aiuto) vs inutilità (non disposto all'aiuto); C4, compassione vs vendicatività; C5, buona coscienza vs egoismo.
- Scala-Trascendenza: T1, dimenticanza di se stessi (essere assorti-estatici) vs autoconsapevolezza cosciente; T2, identificazione transpersonale vs autodifferenziazione; T3, spiritualità vs materialismo razionale.

### Valutazione Statistica

I punteggi sono stati espressi in medie e deviazioni standard. Per il raffronto delle variabili categoriche è stata utilizzata una statistica non parametrica mentre per le variabili dimensionali è stato utilizzato il t test per campioni indipendenti e l'analisi della varianza (ANOVA). Per il calcolo delle correlazioni è stato utilizzato il coefficiente rho di Spearman. Per valutare quali variabili predicavano statisticamente l'attitudine al gioco è stata eseguita la regressione statistica stepwise. Nell'equazione sono state inserite come variabili dipendenti rispettivamente il SOGS e la BIS 11 e come variabili indipendenti: sesso, stato civile, status socio-economico, titolo di studio, presenza di una precedente psico-terapia e/o il trattamento farmacologico, età, età di insorgenza e durata del disturbo, i test utilizzati per misurare le variabili clinico-fenomenologiche.

### Trattamento

Durante il primo e/o secondo incontro sono state raccolte dal terapeuta (RDL) le informazioni personali, forniti i test e illustrate le spiegazioni propedeutiche all'entrata in gruppo e relative al setting terapeutico (tempi, sede, durata e orari

di frequenza, doveri e regole da rispettare, tra cui quelle relative alle assenze e alla gestione del denaro) e alla composizione del gruppo; è stato, inoltre, esplicitato lo scopo ultimo degli incontri: giungere a un cambiamento nello stile di vita. Gli incontri, della durata di 2 ore ciascuno a frequenza settimanale (con la sola sospensione di 3 settimane nel corso dell'anno), erano rivolti, oltre che al giocatore, anche ai familiari, la cui partecipazione al gruppo viene considerata di grande importanza ai fini di una buona riuscita della terapia. Durante le sedute, che mirano a modificare le relazioni all'interno della coppia e della famiglia-concepite a loro volta come sistemi aperti in continua interazione con un contesto sociale allargato-sono state toccate le tematiche e i vissuti che il gruppo si trova progressivamente ad affrontare e si propone di elaborare lungo il percorso che conduce al cambiamento.

Il dialogo è stato lo strumento operativo utilizzato per far emergere alla coscienza anche ciò che non veniva esplicitato verbalmente, mentre l'analisi del conflitto individuo-gruppo ha permesso di comprendere e in seguito gestire le relazioni interpersonali<sup>76,77</sup>.

### Risultati

Sono state riscontrate notevoli differenze nelle variabili dimensionali ma non in quelle categoriche (sesso, status socio-economico, titolo di studio, stato civile e lavorativo, precedente psicoterapia o farmacoterapia).

Nel raffronto fra GAP e Controlli (Tab. 1) il gruppo giocatori ha espresso punteggi significativamente più elevati nella depressione, ansia di stato e di tratto, impulsività RN, DR, T, e punteggi inferiori nell'A e nella C; mentre,

Tab. 1. Differenze nei punteggi dei due gruppi (GAP – Controlli).

	Giocatori (n=63)		Controlli (n=52)		t	df	Sig.
	MEDIA	DS	MEDIA	DS			
SOGS	11.03	3.21	0.00				
BDI	16.90	8.29	3.76	3.69	11.28	89.08	.000***
STAI Y-1	53.57	11.77	33.71	10.22	9.54	113	.000***
STAI Y-2	51.00	10.45	34.73	7.58	9.37	113	.000***
BIS-11	71.90	10.30	51.19	8.36	11.66	113	.000***
TCI - RN	26.00	5.36	16.92	4.52	9.68	113	.000***
TCI - ED	16.92	5.92	16.23	5.10	.66	113	NS
TCI - DR	14.57	3.09	13.36	2.59	2.23	113	.027*
TCI - P	4.04	1.50	3.92	1.29	.47	113	NS
TCI - A	15.87	6.01	23.34	4.45	-7.66	11.80	.000***
TCI - C	22.33	5.19	25.30	4.05	-3.45	113	.001***
TCI - T	15.36	6.41	11.28	6.80	3.30	113	.001***

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

SOGS= South Oaks Gambling Screen; BDI= Beck Depression Inventory; STAI-Y1= State-Trait Anxiety Inventory Y-1; STAI-Y2= State-Trait Anxiety Inventory Y-2; BIS= Barrat Impulsiveness Scale; TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

Tab. 2. - Differenze nei punteggi dei 3 gruppi (Controlli – GAP abbandoni – GAP in terapia) alla I misurazione.

	Controlli (n=52)		GAP- abbandoni (n=30)	GAP- terapia (n=33)	t	df	Sig.
	MEDIA (DS)	Sig.	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)			
<b>SOGS</b>		anova	10.43 (3.66)	11.57 (2.67)	1.40	52.63	NS
<b>BDI</b>	3.76 ( 3.69)	***	16.23 (7.91)	17.51 (8.70)	.61	61	NS
<b>STAI Y-1</b>	33.71 (10.22)	***	52.73 (11.27)	52.09 (14.92)	.54	61	NS
<b>STAI Y-2</b>	34.73 (7.58)	***	49.60 (10.46)	52.27 (10.43)	1.01	61	NS
<b>BIS-11</b>	51.19 ( 8.36)	***	72.43 (9.39)	71.42 (11.18)	-.39	61	NS
<b>TCI - RN</b>	16.92 (4.52)	***	25.46 (5.16)	26.48 (5.57)	.75	61	NS
<b>TCI - ED</b>	16.23 (5.10)	NS	17.23 (5.65)	16.63 (6.22)	-.40	61	NS
<b>TCI - DR</b>	13.36 (2.59)	*	13.63 (3.41)	15.42 (2.53)	2.38	61	.02*
<b>TCI - P</b>	3.92 ( 1.29)	NS	4.20 (1.47)	3.90 (1.54)	-.76	61	NS
<b>TCI - A</b>	23.34 (4.45)	***	15.36 (5.39)	16.33 (6.55)	.64	61	NS
<b>TCI - C</b>	25.30 (4.05)	**	20.96 (4.77)	23.57 (5.32)	2.04	61	.04*
<b>TCI - T</b>	11.28 (6.80)	***	15.20 (6.1)	15.51 (6.75)	.19	61	NS

\*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01 \*\*\*p&lt;.001

SOGS=South Oaks Gambling Screen; BDI= Beck Depression Inventory; STAI-Y1= State-Trait Anxiety Inventory Y-1; STAI-Y2= State-Trait Anxiety Inventory Y-2; BIS= Barrat Impulsiveness Scale; TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

le dimensioni dell'ED e P non hanno espresso differenze significative.

Durante i primi 6 mesi di trattamento 30 giocatori (7 F e 23 M) hanno abbandonato la terapia.

I Giocatori d'Azzardo Patologici in Trattamento (GAPT) (n=33), alla seconda misurazione dopo 6 mesi, non riportano episodi di gioco d'azzardo ed evidenziano punteggi maggiori nelle dimensioni DR (p=.02) e C (p=.04) rispetto a coloro che hanno interrotto il trattamento (Tab. 2).

Nel raffronto delle variabili categoriche non sono state os-

servate differenze significative fra il gruppo abbandoni e non abbandoni.

Nel corso della psicoterapia di gruppo (misurazioni a 6, 12, 18 mesi di trattamento) (Tab. 3) si è verificata una progressiva e sostanziale diminuzione dei punteggi nella depressione (p=.000), ansia di stato e di tratto (p=.000) e impulsività (p=.000), oltre che una riduzione dei punteggi nei tratti Evitamento del Danno (p=.001) (sottoscale ansia anticipatoria/pessimismo e timidezza), Dipendenza dalla Ricompensa (p=.02) (sottoscale attaccamento e dipendenza), Autodiret-

Tab. 3. - Differenze nei punteggi GAP (33) in terapia I-IV/ misurazione.

	I	II	III	IV	t	df	Sig. (I-IV)
	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)			
<b>BDI</b>	17.51 (8.70)	10.66 (8.26)	9.09 (7.08)	6.06 (4.06)	8.11	32	.000***
<b>STAI Y-1</b>	52.09 (14.92)	42.12 (12.049)	39.33 (8.93)	37.12 (7.85)	5.18	32	.000***
<b>STAI Y-2</b>	52.27 (10.43)	42.33 (11.04)	40.93 (9.65)	38.42 (7.62)	7.36	32	.000***
<b>BIS-11</b>	71.42 (11.18)	64.36 (9.62)	61.69 (8.60)	60.03 (8.47)	5.71	32	.000***
<b>TCI - RN</b>	26.48 (5.57)	24.21 (5.05)	25.39 (4.89)	26.15 (4.20)	.73	32	.NS
<b>TCI - ED</b>	16.63 (6.22)	14.96 (5.09)	15.24 (5.08)	14.66 (4.31)	3.73	32	.001**
<b>TCI - DR</b>	15.42 (2.53)	16.12 (2.55)	15.15 (2.57)	14.42 (2.48)	2.54	32	.02*
<b>TCI - P</b>	3.90 (1.54)	3.96 (1.35)	3.87 (1.19)	3.66 (0.85)	1.24	32	NS
<b>TCI - A</b>	16.33 (6.55)	16.90 (6.26)	15.54 (5.94)	14.42 (5.10)	3.74	32	.001***
<b>TCI - C</b>	23.57 (5.32)	24.12 (4.49)	23.09 (4.88)	21.24 (4.09)	4.40	32	.000***
<b>TCI - T</b>	15.51 (6.75)	14.93 (6.46)	15.12 (6.15)	16.18 (5.27)	-1.24	32	.NS

\*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01 \*\*\*p&lt;.001

SOGS= South Oaks Gambling Screen; BDI= Beck Depression Inventory; STAI-Y1= State-Trait Anxiety Inventory Y-1; STAI-Y2= State-Trait Anxiety Inventory Y-2; BIS= Barrat Impulsiveness Scale; TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

Tab. 4 - Raffronto controlli, GAP IV misurazione, abbandoni.

	GAP-abbandoni (n=30)	GAP-terapia IV (n=33)	Controlli (n=52)	GAP- terapia IV (n=33)	
	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	t-test	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)
			Sig.		Sig.
<b>BDI</b>	16.23 (7.91)	6.06 (4.06)	.000***	3.76 ( 3.69)	6.06 (4.06)
<b>STAI Y-1</b>	52.73 (11.27)	37.12 (7.85)	.000***	33.71 (10.22)	37.12 (7.85)
<b>STAI Y-2</b>	49.60 (10.46)	38.42 (7.62)	.000***	34.73 (7.58)	38.42 (7.62)
<b>BIS-11</b>	72.43 (9.39)	60.03 (8.47)	.000***	51.19 ( 8.36)	60.03 (8.47)
<b>TCI - RN</b>	25.46 (5.16)	26.15 (4.20)	NS	16.92 (4.52)	26.15 (4.20)
<b>TCI - ED</b>	17.23 (5.65)	14.66 (4.31)	.046*	16.23 (5.10)	14.66 (4.31)
<b>TCI - DR</b>	13.63 (3.41)	14.42 (2.48)	NS	13.36 (2.59)	14.42 (2.48)
<b>TCI - P</b>	4.20 (1.47)	3.66 (0.85)	NS	3.92 ( 1.29)	3.66 (0.85)
<b>TCI - A</b>	15.36 (5.39)	14.42 (5.10)	NS	23.34 (4.45)	14.42 (5.10)
<b>TCI - C</b>	20.96 (4.77)	21.24 (4.09)	NS	25.30 (4.05)	21.24 (4.09)
<b>TCI - T</b>	15.20 (6.1)	16.18 (5.27)	NS	11.28 (6.80)	16.18 (5.27)

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

SOGS= South Oaks Gambling Screen; BDI= Beck Depression Inventory; STAI-Y1= State-Trait Anxiety Inventory Y-1; STAI-Y2= State-Trait Anxiety Inventory Y-2; BIS= Barrat Impulsiveness Scale; TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

tività (p=.001) (sottoscale responsabilità, propositività/intenzionalità, accettazione di sé) e Cooperatività (sottoscale accettabilità sociale, compassione) (p=.000).

Nella comparazione fra i punteggi dei GAPT alla IV misurazione e gli abbandoni (Tab. 4) si osservano differenze significative (p=.000) nella depressione, nell'ansia di stato e di tratto, nell'impulsività e nel tratto temperamentale ED (p=.046) ma non nelle altre variabili.

Dal raffronto, dopo 18 mesi di terapia, fra GAPT e il gruppo di controllo (Tab. 4) emerge che i giocatori, evidenziano notevoli miglioramenti anche se manifestano punteggi

maggiori nella depressione (p=.009), ansia di tratto (p=.04), impulsività (p=.000), RN (p=.000) e T (p=.001), mentre ottengono punteggi inferiori nelle dimensioni di A (p=.000) e C (p=.000).

Non risultano, invece, significative le differenze nell'ED, DR e P.

All'analisi delle correlazioni, nei 63 GAP (Tab. 5), si osserva che i punteggi del SOGS correlano con quelli della BIS 11 (p<.05), mentre quest'ultima correla negativamente con la scala dell'A (p<.001) e C (p<.05) e positivamente sia con RN (p<.001) che con l'ansia di stato (STAI-Y1; p<.001) e

Tab. 5 - Correlazioni gruppo 63 GAP.

	SOGS	BDI	ST-Y1	ST-Y2	BIS-11	TCI-RN	TCI-ED	TCI-DR	TCI-P	TCI-A	TCI-C
<b>SOGS</b>											
<b>BDI</b>	.112										
<b>STAI-Y1</b>	.089	.533***									
<b>STAI-Y2</b>	.065	.596***	.82***								
<b>BIS-11</b>	.251*	.011	.364**	.348**							
<b>TCI-RN</b>	.203	-.154	.113	.125	.463***						
<b>TCI-ED</b>	.029	.161	.294*	.338**	.229	-.078					
<b>TCI-DR</b>	-.045	-.043	-.101	-.046	-.171	.203	-.017				
<b>TCI-P</b>	-.023	.095	-.101	-.079	-.081	-.231	-.162	-.061			
<b>TCI-A</b>	-.050	-.210	-.384**	-.369**	-.521***	-.395***	-.493***	-.054	.041		
<b>TCI-C</b>	-.055	-.037	-.187	-.196	-.265*	-.271*	-.206	.482***	.197	.262*	
<b>TCI-T</b>	.142	-.253	-.180	-.097	.099	.215	.047	.436***	.168	-.171	.188

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

SOGS= South Oaks Gambling Screen; BDI= Beck Depression Inventory; STAI-Y1= State-Trait Anxiety Inventory Y-1; STAI-Y2= State-Trait Anxiety Inventory Y-2; BIS= Barrat Impulsiveness Scale; TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

Tab. 6 - Raffronto punteggi dati normativi USA, Svezia, Francia, Korea, Germania.

	Controlli (n=52) (Savron et al. 2007)	Cloninger, et al. (7) (n=300)	Brändström, et al. (80) (n=1300)	Pélissolo e Lépine (81) (n=602)	Richter et al. (82) (n=126)	Sung et al. (83) (n=851)
	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)
<b>TCI - RN</b>	16.92 (4.52)	19.2 (6.0)	18.8 (5.9)	16.4 (5.6)	15.7 (5.5)	19.0 (6.1)
<b>TCI - ED</b>	16.23 (5.10)	12.6 (6.8)	14.1 (6.3)	16.1 (7.2)	19.3 (4.5)	17.7 (6.7)
<b>TCI - DR</b>	13.36 (2.59)	15.5 (4.4)	14.9 (3.5)	14.2 (3.9)	15.3 (3.3)	15.9 (3.7)
<b>TCI - P</b>	3.92 (1.29)	5.6 (1.9)	3.7 (1.9)	4.6 (1.9)	3.7 (1.6)	4.4 (1.9)
<b>TCI - A</b>	23.34 (4.45)	30.7 (7.5)	32.5 (6.2)	31.9 (6.3)	34.0 (4.9)	23.3 (7.9)
<b>TCI - C</b>	25.30 (4.05)	32.3 (7.2)	33.6 (4.6)	31.7 (5.6)	32.4 (4.6)	30.2 (6.2)
<b>TCI - T</b>	11.28 (6.80)	19.2 (6.3)	12.5 (5.9)	13.7 (6.1)	11.5 (5.4)	14.9 (6.2)

TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

di tratto (STAI- Y2;  $p < .001$ ).

A un'elevata impulsività corrispondono una bassa Autodirettività e un'elevata ricerca di stimolazioni e di ansia di stato e di tratto.

La depressione correla con entrambe le scale dell'ansia ( $p < .001$ ) e queste ultime correlano positivamente con l'ED ( $p < .05$ ;  $p < .001$ ) confermando la corrispondenza diretta fra i due affetti negativi (depressione-ansia), e tra ansia ed ED.

Nella Tab. 5 si può osservare come l'ansia e l'impulsività influiscano negativamente sull'A ( $p < .01$ ;  $p < .01$ ) che correla negativamente anche con la RN ( $p < .001$ ) e l'ED ( $p < .001$ ).

Alla RN corrisponde anche una bassa C ( $p < .05$ ); mentre, alla DR corrispondono la C ( $p < .001$ ) e T ( $p < .001$ ).

In sintesi, l'ansia e l'impulsività influiscono maggiormente e negativamente sull'A rispetto alla C che, invece, risente della dimensione DR, appartenendo a uno stesso costrutto di sen-

timentalismo, altruismo e sensibilità.

Infine, esiste una debole correlazione fra C e T ( $p < .05$ ), mentre non si evidenziano correlazioni significative fra le 4 scale temperamentalmente (RN, DR, ED, P) del TCI; ciò a conferma della omogeneità e indipendenza dei rispettivi tratti già posta in rilievo da altri studi<sup>78,79</sup>.

In merito alla gravità di gioco, non è stata osservata alcuna relazione fra i punteggi del SOGS e le variabili socio-demografiche, mentre è stata riscontrata una correlazione positiva fra età dei soggetti, età di insorgenza del problema ( $\rho = .89$ ;  $p \leq .001$ ) e anni di gioco ( $\rho = .28$ ;  $p \leq .05$ ).

Allo stato civile di coniugato, allo status socio-economico e alla scolarità più elevate corrispondono minori preoccupazioni ansiose anticipatorie espresse dai punteggi dell'ED ( $\rho = -.32$ ;  $p \leq .001$ ;  $\rho = -.36$ ;  $p \leq .001$ ;  $\rho = -.24$ ;  $p \leq .05$ ), e la Cooperatività correla positivamente con lo status socio-

Tab. 7 - Raffronto punteggi dati italiani G.A.P.

	Controlli (n=52; F=7; M=45)	Giocatori (n=63; F=10; M=53)		Controlli (n=35; F=12; M=23) Martinotti, et al. (16)	Giocatori (n=32; F=12; M=20) Martinotti, et al. (16)		Controlli (n=45) Martinotti, et al. (17)	Giocatori (n=27; F=10; M=17) Martinotti, et al. (17)	
	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	Sig.	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	Sig.	MEDIA (DS)	MEDIA (DS)	Sig.
<b>TCI - RN</b>	16.92 (4.52)	26.00 (5.36)	***	18.1 (5.6)	25.7 (5.2)	***	17.9 (4.35)	26.1 (5.02)	***
<b>TCI - ED</b>	16.23 (5.10)	16.92 (5.92)	NS	16.7 (7.0)	15.5 (6.9)	NS	16.80 (6.5)	14.7 (6.97)	NS
<b>TCI - DR</b>	13.36 (2.59)	14.57 (3.09)	*	16.1 (3.4)	13.2 (4.0)	**	16.09 (3.29)	14.2 (4.03)	NS
<b>TCI - P</b>	3.92 (1.29)	4.04 (1.50)	NS	4.6 (1.6)	3.9 (1.5)	NS	4.61 (1.9)	4.5 (1.5)	NS
<b>TCI - A</b>	23.34 (4.45)	15.87 (6.01)	***	31.5 (7.4)	24.1 (8.0)	***	32.02 (6.01)	24.7 (7.65)	*
<b>TCI - C</b>	25.30 (4.05)	22.33 (5.19)	***	31.4 (4.9)	25.3 (5.4)	***	31.47 (5.0)	25.2 (5.31)	***
<b>TCI - T</b>	11.28 (6.80)	15.36 (6.41)	***	16.1 (6.1)	17.1 (5.8)	NS	15.91 (5.91)	18.8 (5.48)	***

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

TCI= Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

economico ( $\rho=.39$ ;  $p\leq.001$ ), mentre le femmine iniziano a giocare più tardi dei maschi ( $\rho=.30$ ;  $p\leq.05$ ).

All'analisi della regressione stepwise nei 63 GAP, inserendo come variabile dipendente i punteggi del SOGS e come variabili indipendenti l'età, l'esordio, gli anni di gioco e i punteggi dei vari test, l'unico predittore significativo risulta essere l'impulsività (BIS-11) ( $t=.06$ ;  $\beta=.25$ ;  $p=.046$ ); mentre, inserendo come variabile dipendente l'impulsività, i maggiori predittori sono risultati essere: i bassi punteggi di Autodirettività ( $t=-3.61$ ,  $\beta=-.39$ ,  $p=.001$ ) e di DR ( $t=-2.61$ ;  $\beta=-.26$ ,  $p=.01$ ) e i punteggi elevati di RN ( $t=3.28$ ;  $\beta=.36$ ,  $p=.002$ ).

Quindi, prima della terapia, l'impulsività è il fattore predittivo della gravità del GAP, mentre l'alta RN e le basse A e DR influenzano l'impulsività.

L'analisi della regressione stepwise nei 33 GAP, dopo 18 mesi di trattamento, inserendo come variabile dipendente l'impulsività (BIS-11) ha espresso come unico predittore significativo i punteggi dello STAI-Y1 ( $t=2.77$ ;  $\beta=.44$ ;  $p=.009$ ).

Per cui, dopo terapia, l'ansia di stato è l'unica variabile che predice significativamente l'impulsività.

## Discussione

I dati presentati in questa ricerca non consentono una spiegazione esaustiva dei risultati ottenuti sia a causa del numero non elevato dei soggetti che a causa degli strumenti di misurazione non ancora validati in un esteso campione di soggetti italiani, per cui non è possibile un raffronto con la popolazione generale.

Altri sono i motivi che rendono particolare la ricerca, fra i quali il tipo di terapia e la sua lunga durata, che non permettono il paragone con altri metodi di intervento; inoltre, è questo il primo lavoro del genere e ciò non consente una comparazione con altri studi simili.

A questi aspetti va aggiunta la specificità di trattamento che presenta delle caratteristiche peculiari, come la partecipazione attiva dei familiari, l'essere un gruppo semiaperto intermedio (10-15 soggetti) non analitico nel quale l'intervento terapeutico si focalizza sul dialogo, sulle relazioni soggetto-gruppo, sulle relazioni interpersonali e sulla creatività, e dove "il sintomo gioco d'azzardo" nel corso del tempo acquisisce una dimensione del tutto secondaria; non ultimo, la notevole esperienza del conduttore del gruppo.

Indubbiamente, parte dei risultati può anche dipendere dalle caratteristiche di svolgimento della terapia (regole precise, lunga durata, gestione delle finanze da parte del coniuge o familiare, ecc.), da altri fattori specifici, dall'effettiva motivazione al trattamento, oppure ai cambiamenti spontanei che possono verificarsi nel corso del tempo.

Tuttavia, lo studio ha permesso di giungere a risultati importanti poiché è confermata la presenza di depressione, ansia e impulsività quali sintomi caratteristici del GAP che comunque si riducono notevolmente nel corso della terapia, e non

vengono più riportati episodi di gioco d'azzardo sebbene il punteggio iniziale del SOGS fosse elevato.

In merito alle dimensioni temperamentali, i punteggi elevati nella dimensione di RN (RN1, RN2, RN3, RN4) del TCI permettono di definire i giocatori curiosi, eccitabili, stravaganti, disordinati e impulsivi, confermando così gli studi precedenti nei quali si evidenziava una maggiore estroversione, impulsività e ricerca di sensazioni<sup>4,5,12,14-17,36,37,39,44,45</sup>.

I giocatori, nel raffronto con i controlli, non presentano tratti caratteriali di eccessiva paura e/o preoccupazione anticipatoria ed esprimono un livello normale di pessimismo e timidezza, mentre risulta essere presente maggiore sentimentalismo (DR1), bisogno di un supporto emotivo e dipendenza dall'approvazione altrui, anche se quest'ultimo dato contrasta con altri risultati che avevano indicato nei giocatori punteggi minori nella dimensione DR (12,14-17).

Tale differenza è da mettersi in relazione con caratteristiche specifiche del gruppo di controllo utilizzato in questo studio; infatti, nel raffronto dei loro punteggi con quelli di altri studi (Tab. 6)<sup>7,80-83</sup> si osserva una maggiore variabilità nelle dimensioni caratteriali del TCI rispetto a quelle temperamentali, probabilmente in relazione a una variabilità etnico-culturale-socio-educativa.

I punteggi della P denotano, invece, un'uguale determinazione e tenacia.

Viceversa, in merito alle dimensioni caratteriali, i minori punteggi nell'Autodirettività (sottoscale A1, A2, A3, A4, A5) sottolineano la ridotta capacità di definire, pianificare e perseguire obiettivi significativi modificando il comportamento in funzione degli scopi, scarsa propositività e tendenza a colpevolizzare gli altri.

I bassi punteggi nella Cooperatività (sottoscale C1, C2, C3, C5) denotano una minore accettazione sociale degli altri, empatia, compassione e altruismo, anche se questo tratto risente positivamente dello status socio-economico e scolastico superiore.

Infine, i maggiori punteggi nella Trascendenza (sottoscale T1, T3) indicano nei giocatori la capacità di estraniarsi ed essere assorti in una relazione/attività, oltre che essere orientati verso la spiritualità, il mondo e le cose che ne fanno parte.

I nostri dati concordano con quelli presentati da Martinotti, et al.<sup>16,17</sup> (Tab. 7) a eccezione dei punteggi della dimensione temperamentale DR, che nei nostri controlli risultano inferiori, anche se a una significatività non elevata; infatti, tutti i giocatori, sia nel loro che nel nostro studio, evidenziano elevate RN e T ma ridotte A e C.

Considerando, invece, le differenze osservate fra i giocatori che proseguono il trattamento da quelli che lo abbandonano, i GAP in trattamento risultano essere più sentimentali e influenzati dall'approvazione altrui e presentano maggiore collaborazione, disponibilità, altruismo e compassione. Per cui, i tratti di maggiore DR e C giustificano la permanenza in trattamento dei 33 giocatori.

Passando a considerare gli effetti della terapia, dopo 18 mesi,

si evidenziano notevoli miglioramenti nell'umore (ansia, depressione), impulsività e ED (paura e ansia anticipatorie), ma nessun cambiamento nel tratto RN.

Le caratteristiche di curiosità, eccitabilità, stravaganza, impulsività di tratto, esprimono un aspetto stabile e tipico dei GAP che non viene a modificarsi nel corso della psicoterapia; comunque, ciò non sorprende e trova una spiegazione biologica nella teoria di Cloninger poiché il tratto temperamentale esprime una specifica espressione fenotipica (frutto dell'interazione di fattori genetici e ambientali) e solamente i soggetti con disturbo bipolare in fase ipomaniacale esibiscono un incremento temporaneo della RN<sup>182</sup>.

Come già affermato in precedenza, un'elevata RN e basse A e C ascrivono la presenza di disturbi di personalità, mentre soggetti senza tali disturbi presentano elevati punteggi nella C e DR<sup>7,8</sup> anche se soggetti con un'alta dipendenza dalla ricompensa esprimono tratti di personalità dipendente, vulnerabilità sociale e ricerca di gratificazione in risposta alle frustrazioni.

Svrakic, et al.<sup>8</sup> hanno riscontrato che in soggetti con moderata/alta A la presenza di un'elevata C riduce il rischio per un disturbo di personalità, poiché nel loro campione punteggi inferiori al valore soglia di 20 nell'A erano predittivi nel 90% dei casi della presenza di un disturbo di personalità.

Nel nostro esempio possiamo ipotizzare che i maggiori punteggi nella DR attenuino l'impatto esercitato dalle basse A e C, confermando anche indirettamente la correttezza del criterio di esclusione utilizzato in questa ricerca, rappresentato dalla presenza conclamata di un disturbo di personalità.

Altre sono le considerazioni che vanno fatte con i nostri giocatori, poiché il maggiore punteggio nella T porta a considerare la capacità individuale di estraniarsi e sentirsi parte di un insieme (mondo e cose); mentre, a seguito della terapia, la riduzione dei punteggi nell'A e C, contrari a quanto ci si sarebbe aspettato, trovano una spiegazione plausibile ipotizzando che il lavoro di gruppo abbia ridotto la capacità gestionale individuale e/o che si sia determinata una migliore percezione individuale di Sé, ma parimenti si sia costituita una maggiore dipendenza dalle scelte operate in gruppo e dal gruppo.

Tale dato sarebbe confermato dalle osservazioni fatte nel corso degli incontri psicoterapeutici in cui i soggetti stessi hanno riconosciuto da un lato la presenza di una certa sicurezza-dipendenza dal gruppo e dall'altra difficoltà-timore in previsione del termine della terapia.

Questi dati tuttavia, in mancanza di altri lavori simili, rappresentano delle ipotesi esplicative su cui è necessario effettuare ulteriori studi.

In ogni modo, le caratteristiche di temperamento-carattere che differenziano i GAP dai controlli, anche dopo terapia, sono l'elevata RN e T e i bassi punteggi di A e C.

La presenza di questi tratti costituisce l'elemento caratteristico differenziale, senza che tale assetto personologico necessariamente esprima la presenza di specifici disturbi di personalità conclamati.

Questi dati hanno delle implicazioni rilevanti in funzione del fatto che, come hanno indicato Svraik, et al.<sup>8</sup>, le dimensioni caratteriali sarebbero il focus del trattamento psicoterapico (cognitivo, esistenziale, psicodinamico) mentre le variabili temperamentali sarebbero suscettibili di intervento psicofarmacologico e comportamentale.

Passando a considerare l'ansia di stato/tratto, esse sono i fattori e/o elementi psicofisici favorevoli all'impulsività, mentre l'assenza di correlazioni dell'ansia e depressione con altre scale denota una dimensione umorale indipendente, probabile conseguenza dei problemi inerenti il gioco.

È noto che i punteggi dell'ED si elevano quando le persone sono agitate e/o depresse e questo tratto spinge a evitare gli stimoli potenzialmente dannosi<sup>6,85-90</sup>; al contrario, lo stesso tratto si riduce dopo terapia.

Come già rilevato in altri studi, l'impulsività correla con la RN e tale relazione non sorprende dato che la sottoscala RN2 del TCI identifica il medesimo costrutto ed essa è l'unica variabile predittiva dei punteggi del SOGS in relazione alla gravità del gioco d'azzardo<sup>43,66,91</sup>.

Inoltre, l'assenza di correlazione fra le 4 scale temperamentali denota una loro indipendenza, mentre nelle scale caratteriali la Cooperatività, correla debolmente con l'Autodirettività.

Altrettanto coerente con una valutazione intuitiva è l'osservazione che l'Autodirettività viene influenzata negativamente da ansia, impulsività, RN, ED, mentre la Cooperatività (empatia, collaborazione, tolleranza) risulta concettualmente connessa al tratto temperamentale DR (sensibilità, sentimentalismo, altruismo, minore distacco sociale, disponibilità),

Valori elevati di ED e T unitamente a bassi punteggi di A e C sono state poste in relazione alla presenza di depressione maggiore<sup>81,92</sup>, disturbo comunque non presente nel nostro campione e confermato dal criterio di inclusione dei soggetti nel gruppo sperimentale della ricerca e dai punteggi del BDI. Infine, un altro dato che denota il cambiamento avvenuto nei soggetti in terapia è mostrato dal fatto che, dopo 18 mesi di trattamento, la variabile che predice l'impulsività risulta essere l'ansia di stato, mentre prima dell'intervento essa viene influenzata dai bassi punteggi della A e DR e da alti punteggi nella RN.

Prima della terapia, l'impulsività rappresenta il fattore predittivo della gravità di gioco espressa dal SOGS, mentre dopo terapia l'ansia di stato diventa l'unica variabile che la predice significativamente.

Ciò consente di affermare che l'intervento ha modificato l'impulsività e il suo impatto sulla tendenza a giocare.

Dopo terapia, solo la percezione situazionale di ansia, e non altre variabili emotive/cognitive, è predittiva dell'impulsività e il trattamento dell'ansia residua potrebbe essere un ulteriore focus di intervento sull'impulsività.

## Conclusioni

In merito alla personalità del giocatore, i risultati emersi nel

presente studio confermano che i GAP, rispetto a un gruppo di soggetti non giocatori, sono più depressi, ansiosi, impulsivi e propensi a ricercare forti stimolazioni e novità.

I risultati avvalorano la presenza di tratti temperamentali e caratteriali specifici: la presenza di elevata RN e T, e le basse A e C rappresentano un aspetto caratteristico dei giocatori e probabilmente il fattore di rischio che espone i soggetti alla possibilità di diventare un GAP.

Nonostante il numero non elevato di soggetti che hanno proseguito la terapia, che non consente di trarre risultati definitivi e per i quali sono necessarie ulteriori verifiche, lo studio ha permesso di:

- confermare precedenti ricerche;
- identificare le caratteristiche psicopatologiche dei giocatori che interrompono e che proseguono la terapia;
- misurare le modificazioni psicopatologiche e caratteriali nel corso del trattamento di gruppo circoscrivendone le rispettive dimensioni;
- verificare l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico nell'agevolare un cambiamento delle abitudini mentali, emotive e comportamentali;
- esplorare i fattori predisponenti al gioco;
- rilevare che, prima del trattamento, l'impulsività rappresenta il fattore predittivo della gravità del GAP, mentre dopo terapia l'ansia di stato è l'unica variabile che predice significativamente l'impulsività;
- evidenziare l'importanza e l'utilizzo di strumenti di misurazione psicologica per identificare i soggetti a rischio di sviluppare il DGAP.

Nell'insieme, i giocatori rispetto ai controlli, prima del trattamento, risultano essere più depressi, ansiosi (componenti stato e tratto) e impulsivi, con tratti di maggiore curiosità, stravaganza, sregolatezza (RN), sentimentalismo, attaccamento sociale e dipendenza dal supporto e dall'approvazione degli altri (DR); con minori auto-accettazione di sé, capacità di risolvere i problemi e raggiungere obiettivi, abilità nel modificare il proprio comportamento in accordo con le scelte (A), accettazione delle regole sociali e Cooperatività.

Essi presentano, invece, maggiore creatività, percezione di essere parte integrante della natura e dell'universo, accettazione della dimensione spirituale e capacità di essere assorti in sé stessi e/o in un'attività (Trascendenza).

Il 47,6% (n=30) dei GAP abbandona il trattamento nei primi 6 mesi di terapia.

Il 52,4% (n=33) di giocatori che proseguono l'intervento, rispetto ai giocatori che hanno interrotto, riferisce di non giocare più d'azzardo ed evidenziano sia un maggiore sentimentalismo, attaccamento sociale, sensibilità e dipendenza dall'approvazione degli altri, che maggiore accettazione delle regole sociali, tolleranza ed empatia verso il prossimo.

Si può, quindi, dedurre che maggiore Dipendenza dalla Ricompensa e maggiore Cooperatività sono i due tratti che influenzano la decisione di partecipare alla terapia di gruppo.

I soggetti che proseguono la terapia (6°, 12° e 18° mese di trattamento) evidenziano una sostanziale diminuzione della

depressione, ansia di stato e di tratto e impulsività, nonché i tratti di personalità connessi alla tendenza a inibire il proprio comportamento di fronte a un potenziale pericolo (ED), problemi futuri e l'ignoto.

Inoltre, si rileva una riduzione dei punteggi connessi ai comportamenti abitudinari, e quindi con minore dipendenza dall'approvazione altrui (DR).

Al contrario, non si rileva alcuna riduzione nei tratti di Ricerca di Novità, Persistenza e Trascendenza.

Si osservano anche cambiamenti non immediatamente comprensibili nell'Autodirettività e Cooperatività, che trovano una loro spiegazione se si ipotizza che nei giocatori si determini nel corso della terapia una minore percezione di responsabilità personale e una minore tendenza ad agire come singolo, e una contemporanea identificazione-appartenenza-dipendenza dal gruppo.

Questi risultati pongono l'accento sull'effetto del trattamento a lungo termine poiché si assiste all'interruzione del gioco d'azzardo, al miglioramento dell'umore (ansia-depressione), alla riduzione dell'impulsività e al cambiamento temperamentale-caratteriale (ED, DR; A, C); tuttavia, tali cambiamenti evidenziano che i giocatori risultano, nonostante i 18 mesi di terapia, più ansiosi, depressi, impulsivi, sebbene a livelli non patologici, con maggiore RN (tratti di maggiore curiosità, impulsività e minore tolleranza alle frustrazioni) dei soggetti di controllo.

Nonostante la terapia, permangono minori capacità decisionali, autonomia, attitudine a risolvere i propri problemi, e anche una minore tolleranza, scrupolosità, accettazione degli altri e delle regole sociali.

La terapia di gruppo produce notevoli cambiamenti nei soggetti che vi aderiscono.

Il primo beneficio concerne l'interruzione del gioco, anche se esso rappresenta solamente una parte del cambiamento; contemporaneamente si osservano modificazioni graduali sia nelle dimensioni umorali (ansia, depressione), comportamentali (impulsività) sia personologiche (Evitamento del Danno, Dipendenza dalla Ricompensa, Autodirettività, Cooperatività).

I cambiamenti implicano un tempo considerevole di trattamento e nonostante tali modificazioni permangono ugualmente delle differenze significative non patologiche con i soggetti di controllo.

Per terminare, è possibile affermare che la forte espansione del gioco d'azzardo e la maggiore accessibilità ai vari tipi di gioco comportano, negli individui più vulnerabili, un rischio maggiore di sviluppare un Disturbo da GAP con le prevedibili e gravi conseguenze personali, familiari e sociali.

È, quindi, auspicabile un'informazione più estesa possibile dei rischi connessi al problema per cogliere i primi segnali indicatori di pericolo e porre così in atto strategie di intervento immediato, disponendo di punti di ascolto e trattamento; infine, che gli ex giocatori informino e condividano il loro percorso di guarigione con altri giocatori ancora succubi del gioco.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 4<sup>a</sup> ed. (DSM-IV). Masson, Milano, 1996.
2. Stinchfield R: Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160, 180-182.
3. Vitaro F, Arseneault L, Tremblay RE: Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154, 1769-1770.
4. Vitaro F, Ferland F, Jacques C, Ladouceur R: Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviours*, 1998, 12, 185-194.
5. Vitaro F, Arseneault L, Tremblay RE: Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 1999, 94, 565-575.
6. Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44, 573-588.
7. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 975-990.
8. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 991-999.
9. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, MO, 1994.
10. Battaglia M, Bajo S: Temperament and character inventory. In: Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria. SEE, Firenze, 2000, 1375-1388.
11. Kose S: Psychobiological model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium*, 2003, 41, 86-97.
12. Savron G, Pitti P, de Luca R: Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici. *Rivista di Psichiatria*, 2001, 36, 1, 14-21.
13. Gherardi S, Lesieur E, Blume SB: Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS). South Oaks Foundation, 1992.
14. Kim SW, Grant JE: Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 2001, 104, 205-12.
15. Savron G, Pitti P, de Luca R: Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari. *Rivista di Psichiatria*, 2003, 38, 247-258.
16. Martinotti G, Paparello F, Reina D, Andreoli S, Di Nicola M, Janiri L: L'assessment dimensionale nel gioco d'azzardo patologico: il ruolo della novelty seeking. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, 2005, 28, 3-4.
17. Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, Poli V, Bria P, Janiri L: The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Comprehensive Psychiatry*, 2006, 7, 350-356.
18. Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger CR: Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 1996, 37, 292-298.
19. Maggini C, Pintus A: Disturbi di personalità e comorbidità. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 1996, 2, 133-145.
20. Gutierrez F, Sangonrrin J, Martin-Santos R, Torres X, Torres M: Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *Journal of Personality Disorders*, 2002, 16, 344-359.
21. Lorenz VC, Yaffee RA: Pathological gambling: psychosomatic, emotional, and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 1988, 4, 13-26.
22. Ladouceur R, Boisvert JM, Pepin M, Loranger M, Dumont M: Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 1994, 10, 399-409.
23. Lester D: Access to gambling opportunities and compulsive gambling. *International Journal of the Addiction*, 1994, 29, 1611-1616.
24. Campbell F, Lester D: The impact of gambling opportunities on compulsive gambling. *Journal of Social Psychology*, 1999, 139, 126-127.
25. Petry N, Armentano C: Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: a review. *Psychiatric Services*, 1999, 50, 1021-1027.
26. Petry NM: Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 63, 29-38.
27. Ledgerwood DM, Petry NM: What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical Psychology Review*, 2006, 26, 216-228. *Terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo Patologici*
28. Carroll D, Huxley JAA: Cognitive dispositional and psychophysiological correlates of dependent slot-machine gambling in young people. *Journal of Applied Social Psychology*, 1994, 24, 1070-1083.
29. Blaszczynski A, Silove D: Cognitive and behavioural therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 1995, 11, 195-220.
30. Black DW, Moyer T: Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling. *Psychiatric Services*, 1998, 49, 1434-1439.
31. Griffiths ND: The acquisition, development, and maintenance of fruit machine gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 1990, 6, 193-204.
32. Ladouceur R, Gosselin P, Laberge M, Blaszczynski A: Dropout in clinical research: do results reported in the field of addiction reflect clinical reality? *The Behavior Therapist*, 2001, 24, 44-46.
33. Shaffer H, LaBrie R, Plante DA, Kidman RC, Donato AN: The Iowa treatment program: treatment outcomes for a follow-up sample. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 61-73.
34. Gonzalez-Ibanez A, Moreno PRI: Evaluation and treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 35-42.
35. Stewart RM, Brown RI: An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 152, 284-288.
36. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al.: Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001, 189, 774-780.
37. Leblond J, Ladouceur R, Blaszczynski A: Which pathological gamblers will complete treatment? *British Journal of Clinical Psychology*, 2003, 42, 205-209.
38. Blaszczynski A, Steel Z, McConaghy N: Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 1997, 92, 75-87.
39. Steel Z, Blaszczynski A: Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 1998, 93, 895-905.
40. Chambers RA, Potenza MN: Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2003, 19, 53-84.
41. Holt DD, Green L, Myerson J: Is discounting impulsive? Evidence from temporal and probability discounting in gambling and non-gambling college students. *Behavioural Processes*, 2003, 64, 355-367.
42. Kalenscher T, Ohmann T, Onur Güntürkün: The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *International Journal of Psychophysiology*, 2006, 62, 203-211.
43. Alessi SM, Petry NM: Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behavioural Processes*, 2003, 64, 345-354.
44. Blaszczynski A, Steel Z: Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 1998, 14, 51-71.
45. Raylu N, Oei TPS: Pathological gambling: a comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 2002, 22, 1009-1061.
46. Zuckerman M: Vulnerability to psychopathology: a biosocial model. American Psychological Association, Washington, DC, 1999.
47. Hills D, Hill S, Mamone N, Dickerson M: Induced mood and persistence at gaming. *Addiction*, 2001, 96, 1629-1638.
48. Gherardi S: Il gioco d'azzardo: una rassegna. *Rivista di Psichiatria*, 1991, 26, 189-198.
49. Beona E, Del Carmen LM, Fuentes MJ: Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 1996, 78, 635-640.
50. Rupcich N, Frisch GR, Covoni R: Comorbidity of pathological gambling in addiction treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1997, 14, 573-574.
51. Lesieur HR: Cost and treatment of pathological gambling. *Annals of the American Academy*, 1998, 556, 153-171.
52. Won Kim S, Grant JE, Eckert ED, Faris PL, Hartman BK: Pathological

- gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders*, 2006, 2, 109-116.
53. Croce M, Zerbetto R: Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento. Franco Angeli, Milano, 2001.
  54. Hand I: Pathological gambling: a negative state model and its implications for behavioural treatments. *CNS Spectrum*, 1998, 3, 58-71.
  55. Blaszczynski A, Nower L: A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 2002, 97, 487-499.
  56. Ladouceur R: Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 51-59.
  57. Hodgins DC, Makarchuk K, el-Guebaly N, Peden N: Why problem gamblers quit gambling: a comparison of methods and samples. *Addiction Research and Theory*, 2002, 10, 203-218.
  58. Slutske WS: Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, 297-302.
  59. Toneatto T, Millar G: Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49, 517-525.
  60. Ladouceur R: Controlled gambling for pathological gamblers. Paper presented at the Quebec Meeting, 2002.
  61. Ladouceur R, Sylvain C, Letarte H, Giroux I: Cognitive treatment of pathological gamblers. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 1998, 36, 1111-1119.
  62. Toneatto T, Ladouceur R: The treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Journal of Addictive Behaviour*, 2003, 17, 284-292.
  63. Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A: Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 1991, 86, 299-306.
  64. Blaszczynski A: Conceptual and methodological issues in treatment outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 2005, 21, 5-11.
  65. Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, et al.: Cognitive-Behavioral Therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74, 555-567.
  66. Goldthorpe JH, Hope K: The social grading of occupations. Oxford University Press, Oxford, 1974.
  67. Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 1962, 10, 799-812.
  68. Lesieur HR, Blume SB: A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144, 1184-1188.
  69. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4, 561-571.
  70. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y - self-Evaluation Questionnaire). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1983.
  71. Barratt ES: Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 1959, 9, 191-198.
  72. Barratt ES, Stanford MS: Impulsiveness. In: Costello CG (ed) *Personality characteristics of the personality disordered client*. Wiley, New York, 1995.
  73. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES: Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 1995, 51, 768-774.
  74. Fossati A, Acquarini E, Di Ceglie A, Barratt ES: Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non clinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 2001, 57, 815-828.
  75. Conti L: Barratt Impulsiveness Scale. In: *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Firenze, SEE, 2000, 1637-1640.
  76. De Luca R: La psicoterapia di gruppo per giocatori d'azzardo e le loro famiglie: l'esperienza di Campofornido (UD). ITACA, 2002.
  77. De Luca R: I nove gruppi di terapia per ex giocatori d'azzardo e loro familiari: valutazioni sul prima, durante e dopo un decennale percorso terapeutico di gruppo. Relazione presentata al Convegno Nazionale: La terapia di gruppo nella dipendenza da gioco d'azzardo, prima, durante e dopo un lungo percorso terapeutico. Valutazioni di psicoterapeuti e riflessioni di ex giocatori d'azzardo e loro familiari. Campofornido (UD), 15 ottobre 2006.
  78. Heath AC, Cloninger CR, Martin NG: Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the Personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 66, 762-775.
  79. Stallings MC, Hewitt JK, Cloninger CR, Heath AC, Eaves LJ: Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: tree or four primary temperament dimension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 70, 127-140.
  80. Brändström S, Schlette P, Przybeck TR, Lundberg M, Forsgren T, Sigvardsson S, et al.: Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 1998, 39, 122-128.
  81. Pellissolo A, Lépine JP: Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Research*, 2000, 94, 67-76.
  82. Richter L, Eisemann M, Richter G: Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2000, 250, 40-47.
  83. Sung SM, Kim JH, Yang E, Abrams KY, Lyoo IK: Reliability and validity of the Korean version of the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 2002, 43, 235-243.
  84. Strakowski SM, Stoll AL, Tohen M, Faedda GL, Goodwin DC: The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatry Respon-* sibility, 1993, 48, 1-8.
  85. Cloninger CR: Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Develop-* ment, 1986, 3, 167-226.
  86. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR: Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 1992, 24, 217-226.
  87. Perna G, Bemarderschi L, Caldirola D, Garberi A: Personality dimension in panic disorder: state versus trait issues. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 1992, 8, 49-54.
  88. Joffe RT, Bagby RM, Levitt AJ, Regan JJ, Parker JD: The Tridimensional Personality Questionnaire in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, 959-960.
  89. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Code-luppi S, et al.: Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders*, 1999, 52, 203-207.
  90. Ball S, Smolin J, Shekhar A: A Psychobiological approach to personality: examination within anxious outpatients. *Journal of Psy-* chiatry Research, 2002, 36, 97-103.
  91. Clarke D: Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality and Individual Differences*, 2006, 40, 5-15.
  92. Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kijiri K, Ajamier A, Ansseau M: Temperament and Character Inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatry Research*, 1999, 33, 31-36.

# Gambling un'altra faccia della dipendenza: “Dipendenza senza droga” Risultati di una ricerca multicentrica

Concettina Varango<sup>1</sup>, Albina Prestipino<sup>2</sup>, Fabrizio Cheli<sup>2</sup>

1 - Ser.T. di Lodi – ASL Lodi

2 - Ser.T. di Bergamo- ASL Bergamo

Il gambling presenta molte analogie con la addiction da sostanze, quali l'eroina, l'alcol, etc.. Il gruppo regionale di ricerca sul gioco d'azzardo (G.A.S.), con questo studio ha voluto mettere in evidenza i legami esistenti tra l'assunzione di sostanze e il gioco d'azzardo patologico. La ricerca è stata condotta presso 17 Servizi per le Dipendenze della Lombardia (Bergamo, Brescia, Cremona, Lodi, Milano, Sondrio, Varese).

*Gambling another face of addiction: “Addiction without drug”. Results of a multicentric research study*

*The gambling show many analogys with drug addiction, like heroin addiction, alcol addiction and so on. G.A.S. (Regional group of gambling research), with this study want show the connection between gambling and drug addiction. The research bring on 17 Medical Center for addictio in Lombardia (Bergam, Brescia, Cremona, Lodi, Milano, Sondrio, Varese).*

**Parole chiave:** Eroinodipendenza, Gambling, Comorbidità

**Keywords:** heroin addiction, Gambling, comorbidity

**Date:** inviato: 26/03/2012 - accettato: 05/09/2012

**Contatti:** Dott.ssa **Concettina Varango**

Dip. ASS / Dipartimento Dipendenze

ASL Prov. di Lodi - Via Pallavicini 1 - 26900 Lodi (LO)

tel.: 0371 5872425

e-mail: cvarango@libero.it

## Introduzione

Il DSM IV, pur mantenendo il gioco d'azzardo problematico nei “disturbi del controllo impulsivi”, ha reso specifici i criteri diagnostici di questa patologia. Infatti alcuni di essi sono paragonabili a quelli della dipendenza da sostanze. La comunità scientifica internazionale ha cercato di studiare e spiegare la “perdita del controllo” attraverso la descrizione del meccanismo neurobiologico del GAP, che lo collegherebbe, per certi aspetti, anche all'addiction”. Nel Gap sono coinvolti alcuni sistemi neurotrasmettitoriali, in particolare i sistemi serotoninergico e noradrenergico, che modulano comportamenti diversi: l'inizio del gioco patologico, la disinibizione comportamentale ed il meccanismo di gratificazione. La serotonina modula in particolare l'inibizione comportamentale e l'aggressività, la noradrenalina media l'attenzione e l'arousal, la dopamina regola i meccanismi del piacere, della gratificazione e i comportamenti “sensation” o “novelty-seeking”. L'interazione di questi tre sistemi può contribuire alla realizzazione

di tale patologia.

E' evidente che vi sono disfunzioni del sistema serotoninergico, noradrenergico e dopaminergico nel gamblers. Ognuno di questi sistemi neurotrasmettitoriali può giocare un ruolo unico nei meccanismi che sottostanno ai comportamenti d'inizio, disinibizione e meccanismi di reward/rinforzo che sono evidenti nei giocatori patologici e in altri disturbi della perdita del controllo.

L'interazione tra i sistemi serotoninergico, noradrenergico e dopaminergico, può facilitare la comparsa di comportamenti impulsivi o di “addiction”. L'interesse rivestito dal sistema serotoninergico è dimostrata dalla presenza dei recettori 5-HT, in particolare di due sottotipi recettoriali (5-HT1a e 5-HT2c) che giocano un ruolo importante nella neurofarmacologia e nella neurobiologia dei giocatori patologici (SSRI e fluvoxamina sono attivi su questi sottotipi recettoriali). Degna di attenzione è l'ipotesi che spiegherebbe un'anomalia specifica dei sottotipi recettoriali selettivi pre e post 5-HT, ma non dell'intero meccanismo serotoninergico<sup>1</sup>, hanno dimo-

\* Pubblicato su Bollettino sulle Dipendenze Volume XXX - N. 3/2007

strato anche, un deficit di risposta della prolattina nel plasma dei giocatori patologici e una diminuzione dell'attività della monoamino-ossidasi piastrinica, marcatore periferico del sistema 5-HT. E' interessante notare che un difetto primario nella struttura del gene per la MAO-A si associa ad un comportamento impulsivo, ulteriormente sostenuto dal riscontro di una correlazione tra gioco patologico, impulsività e disfunzione del sistema serotoninergico<sup>2</sup>

Alcuni criteri diagnostici del Gap, secondo il DSM-IVTR sono paragonabili essenzialmente a quelli della dipendenza da sostanze, quali ad esempio: il bisogno di investire quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata; il tentativo, senza successo, di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo; la comparsa di irrequietezza o irritabilità quando il giocatore tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo. Tali criteri ricalcano fedelmente quelli della dipendenza da sostanze, equivalenti dei concetti di tolleranza ed astinenza.

Come nel caso della dipendenza, inoltre, viene sottolineato che il gioco diventa patologico quando il soggetto perde il controllo sul comportamento, cioè sul gioco, diventa dipendente nonostante le esperienze negative in cui incorre.

Partendo dall'assunto che la gratificazione, intesa come stimolazione di intensa sensazione di piacere, è sostenuta da meccanismi psicologici ed è il focus della dipendenza e del comportamento compulsivo del GAP, si è voluto attraverso la ricerca multicentrica svolta dal Gruppo D'azzardo Sovrazonale nei diversi Sert della Regione Lombardia, verificare la presenza di tali assetti psicologici e comportamentali nei pazienti comorbili.

Si è concordi con la definizione di dipendenza<sup>3</sup>: "La dipendenza è una condizione patologica correlata ad una alterazione del sistema della gratificazione e ad una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere caratterizzato da CRAVING e da una relazione con un oggetto (sostanza, situazione, comportamento) connotata da reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia" e, nello specifico, si evidenzia sia nella dipendenza da sostanze che nel GAP la presenza di desiderio, orientato alla ripetizione del comportamento, di variabile intensità fino alla perdita di controllo (compulsione-craving).

Il craving è in relazione a quanto sopra; il bisogno acquisito diventa primario, anzi totalizzante ed esclusivo e si esprime attraverso la compulsione.

Il craving è da considerare aspetto patognomonico della dipendenza e quindi del gioco d'azzardo.

Dal punto di vista psicopatologico il GAP è un comportamento impulsivo, è fonte di piacere ed eccitazione, mentre la compulsione del disturbo OSSESSIVO-COMPULSIVO producono intenso disagio.

Per perdita del controllo degli impulsi si intende l'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé e per gli altri.

Il soggetto avverte una sensazione crescente di tensione ed

eccitazione prima di compiere l'azione ed in seguito prova piacere, "gratificazione" o sollievo nel momento in cui commette l'azione stessa. Dopo l'azione possono esservi: rimorso, autoriparazione o senso di colpa.

Il gioco diventa patologico quando il soggetto "perde il controllo" sul comportamento, cioè sul gioco, e viene ripetuto il comportamento nonostante vengano esperite emozioni negative fino a giungere alla totale incapacità a resistere a quel comportamento, qualora il gesto si verifichi nella sua ineluttabilità.

Il gambling presenta molte analogie con la addiction da sostanze, ha molte caratteristiche comuni con la dipendenza da eroina, da alcol, da sostanze. Il gioco problematico e patologico, oltre che rivestire un grande interesse come fenomeno sociale e culturale, ha assunto una notevole importanza tra tutti coloro che lavorano nel campo delle "dipendenze" poiché viene sempre maggiormente riscontrata una correlazione tra gioco d'azzardo e abuso di sostanze, disturbi dell'umore e della personalità.<sup>4</sup>

Alcuni autori lo inquadrano come un sintomo di una comune predisposizione, che sarebbe alla base di tutte le dipendenze, altri mettono in evidenza la comorbidità con altri disturbi presenti nelle dipendenze, o considerano i giocatori patologici una categoria a sé, in cui è necessario differenziare comportamenti, modalità relazionali, stati affettivi diversi. Da un punto di vista psichiatrico il gioco d'azzardo Patologico nel DSM-IV-TR è incluso nel capitolo dei "Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove". In questo capitolo rientrano anche il Disturbo Esplosivo Intermittente, la Cleptomania, la Piromania, la Tricotillomania. La caratteristica fondamentale, che accomuna questi disturbi, è l'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, infatti il soggetto avverte una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione, con la sensazione di non poter controllare l'impulso. Nel momento in cui la persona fa l'azione, prova piacere, sollievo, gratificazione, dopo c'è spesso rimorso, senso di colpa. Esaminando i criteri diagnostici descritti nel DSM-IV-TR per il GAP si osserva che essi sono analoghi a quelli previsti per i Disturbi da Uso di Sostanze, l'unica differenza è l'assenza della sostanza psicoattiva nel GAP che viene sostituita dal comportamento patologico. I dieci criteri diagnostici del gambling descrivono in modo chiaro e preciso la natura del disordine cronico pervasivo e debilitante del comportamento di "gioco d'azzardo maladattivo". Alcuni criteri diagnostici del Gap, secondo il DSM-IV-TR sono paragonabili essenzialmente a quelli della dipendenza da sostanze, quali ad esempio il criterio n. 2 - 3 - 4 - 7 - 8 - 9. Essi ricalcano fedelmente quelli della dipendenza, tolleranza ed astinenza da sostanze.

Nel gambling il soggetto perde il controllo sul comportamento, diventa dipendente nonostante le esperienze negative in cui incorre. La classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il GAP come un gioco d'azzardo persistentemente ripetuto che continua e spesso aumenta, nonostante le negative conseguenze finanziarie, familiari e so-

ciali. Dal punto di vista psicopatologico il GAP è un comportamento impulsivo, fonte di piacere ed eccitazione. Il piacere e l'eccitazione relativo al gioco non sono in rapporto alle vincite, ma all'atto di giocare. Si è concordi con la definizione di dipendenza<sup>5</sup>: "La dipendenza è una condizione patologica correlata ad una alterazione del sistema della gratificazione e ad una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere caratterizzato da CRAVING e da una relazione con un oggetto (sostanza, situazione, comportamento) connotata da reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia". Si evidenzia sia nella dipendenza da sostanze che nel GAP la presenza di desiderio, orientato alla ripetizione del comportamento, di variabile intensità fino alla perdita di controllo (compulsione-craving). Nel craving il bisogno acquisito diventa primario, totalizzante ed esclusivo e si esprime attraverso la compulsione. Il craving è una fenomenica di base implicata in un ampio spettro di disturbi che spaziano dai disturbi mentali organici, ai disturbi da uso di sostanze psicoattive, ai disturbi del controllo degli impulsi.

## Scopo della ricerca

In letteratura il gioco d'azzardo viene paragonato ad un comportamento di "RISK-TAKING" che induce la persona vulnerabile a sviluppare un comportamento di gioco patologico in cui le emozioni del "vincere e del perdere" rinforzano il comportamento, mantenendo e creando una dipendenza psicofisiologica simile a quella indotta da sostanze stupefacenti<sup>6</sup>. La similarità tra dipendenza da sostanze e gambling è insita nel meccanismo della ricerca del piacere attraverso il comportamento (tossicomano e gioco) che è contemporaneamente distruttivo per l'individuo, per la famiglia e per la società. La gratificazione, intesa come stimolazione di intensa sensazione di piacere sostenuta dal craving, è il focus della dipendenza e del comportamento compulsivo del GAP.

Il gruppo regionale di ricerca sul gioco d'azzardo (G.A.S.), con questo studio ha voluto mettere in evidenza i legami esi-

stenti tra l'assunzione di sostanze e il gioco d'azzardo patologico. La ricerca è stata condotta presso 17 Servizi per le Dipendenze della Lombardia (Bergamo, Brescia, Cremona, Lodi, Milano, Sondrio Varese) e si pone gli obiettivi:

1. di verificare la presenza di criteri comportamentali (craving e perdita del controllo degli impulsi) nei pazienti comorbili
2. cercare correlazioni tra i comportamenti tipici dei giocatori patologici e la perdita del controllo.

## Metodi

Si è proceduto nel seguente modo:

1. Attraverso la ricerca bibliografica internazionale, si è cercata l'esistenza di un'evidenza scientifica, che collegasse la perdita del controllo e meccanismi neurobiologici propri.
2. Sono stati contattati 1780 utenti. Si è preso in esame una popolazione di riferimento che è stata determinata identificando l'utenza in carico con diagnosi di dipendenza da eroina; in MMT da oltre 3 mesi (MMT stabilizzato) o ospiti di strutture residenziali (CT) in una settimana campione. Sono stati invece esclusi i pazienti con diagnosi primaria di GAP o alcolodipendenza.
3. A questi utenti è stato somministrato il SOGS – South Oaks Gambling Screen (Lesieur-Blume, 1987). Tutti i soggetti intervistati avevano assunto eroina come sostanza primaria nella loro vita ed alcuni anche altre sostanze come uso secondario (cocaina, cannabis ecc.). Hanno risposto al questionario 968 soggetti, con un tasso di adesione medio del 56%.
4. Si sono analizzati, attraverso item specifici, i comportamenti tipici dei gamblers e la perdita del controllo.

Descrizione Dati (Interazione comportamenti tipici/categorie SOGS)

Il nostro scopo è stato quello di valutare e verificare nei pazienti comorbili (tossicodipendenti gamblers) la presenza significativa dei comportamenti tipici del gambling, come indicati dal DSM, raggruppati sotto la voce "perdita del controllo" (item 4/15 SOGS) con particolare attenzione a quelli che denotavano "perdita del controllo" (item 7 e 10).

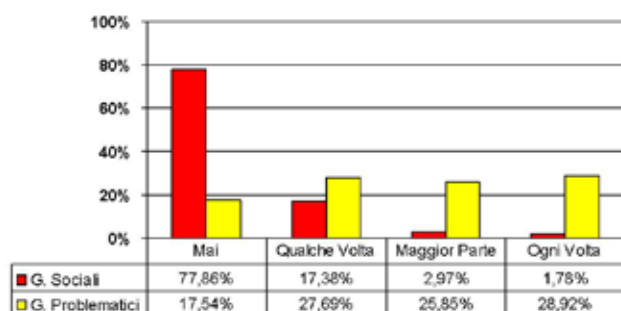
Comportamenti tipici non direttamente correlati a perdita di controllo

L'item numero 5 indaga "l'atteggiamento" assunto dai soggetti intervistati, in relazione al riconoscimento della perdita di denaro al gioco, con la domanda: "Le è mai capitato di dire ad altri di avere vinto soldi quando non era vero mentre in realtà aveva perso?" (Tab.1)

Il 39,07 % dei soggetti nega di avere perso, per cui un terzo dei pazienti non ammette in maniera esplicita di perdere soldi al gioco, occulta cioè la realtà, attraverso una ricostruzione menzioniera ed opposta.

Questi comportamenti sono tipici nella tossicodipendenza e

**RICONCORSA ALLA PERDITA**  
(Fatto 100% ogni singola categoria)



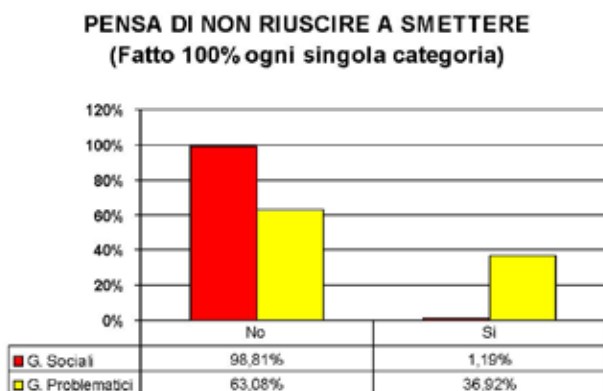
Tab. 1.

nel gambling. Nel gruppo dei giocatori patologici del nostro campione (325 soggetti):

1. il 36% ammette di avere nascosto le prove relative alle giocate.
2. il 2% sono giocatori sociali riconoscono la perdita.
3. il 7% di gamblers ammette di mentire sul gioco, ma in realtà il 36% nasconde le prove relative alle giocate.
4. il 58% dei giocatori eccessivi o patologici riconoscono di avere problemi con il gioco, ma non sono in grado di chiedere aiuto o di smettere.

Questo comportamento “a rischio” è tipico sia gamblers che degli eroinomani.

Gli items numero 12 e 13 evidenziano come il gambling sia un elemento di conflittualità e disagio familiare, con la domanda: Le è mai capitato di avere discussioni in famiglia sul modo in cui gestisce il denaro? Se sì, tali discussioni sono mai state in relazione al gioco? “ (Tab. 2)



Tab. 2.

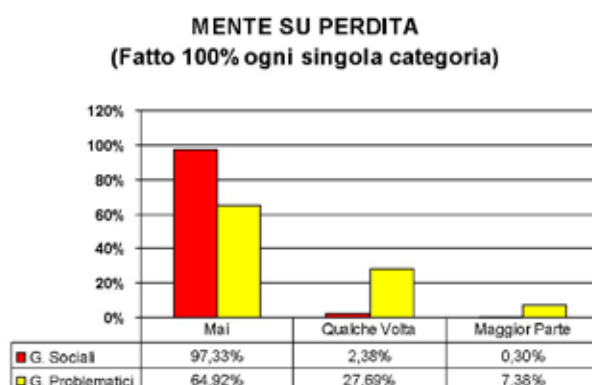
Questi items mostrano come il gioco diventi elemento di conflitti a livello familiare.

L' 86,4% degli intervistati, dicono di avere discussioni in famiglia, a causa dell'uso e della gestione del denaro; il 40% dei giocatori patologici ha discussioni in famiglia per il gioco. L'item 13 5 e 8 rivelano situazioni problematiche e di tensioni nei rapporti familiari e sociali che lasciano intravedere disagi e conflittualità sottostanti. Comportamenti legati ad aggressività, litigiosità, tendenza ad assumere posizioni antagonistiche e conflittuali, presenti negli eroinomani, sono parimenti riscontrabili in maniera significativa nei giocatori patologici nel 40%.

Il denaro acquista una notevole importanza nelle relazioni familiari e sociali, in quanto attraverso esso vengono veicolati significati affettivi ed aggressivi all'interno delle relazioni familiari. Spesso conflitti non elaborati riemergono ed esplodono per esempio dilapidando i risparmi della famiglia. Per il giocatore accanito, il denaro perde il suo significato simbolico per diventare strumento e mezzo per “rilanciare” una posta

sempre più alta, allo stesso modo per il tossicodipendente il denaro diventa mezzo della sua insaziabilità. Per gli eroinomani c'è l'eroina, per i giocatori patologici c'è il gioco. In entrambi i casi, quando la conflittualità si manifesta è esplicita, si scatena apertamente quando i familiari si rendono conto che la sostanza o il gioco assorbono tutte le risorse disponibili. Ecco che emergono le tensioni nella famiglia ed ambientale, aumentano le critiche, si accendono improvvisamente le discussioni, si avvertono i problemi, inizialmente percepiti come facilmente superabili, malgrado non si sappia come affrontarli. Il 58% dei soggetti ha la percezione e la consapevolezza della problematicità del gioco, infatti dichiara di sentire il gioco come problema. L'item numero 8 infatti chiede: “Si è mai sentito in colpa per il suo modo di giocare d'azzardo o per quello che succede quando gioca d'azzardo?” (Tab.3)

Un legame significativo con il gioco sembra essersi già instaurato, il 56% ha un elevato senso di colpa rispetto al gioco e il 62% dei soggetti si sente oggetto di critiche da parte degli

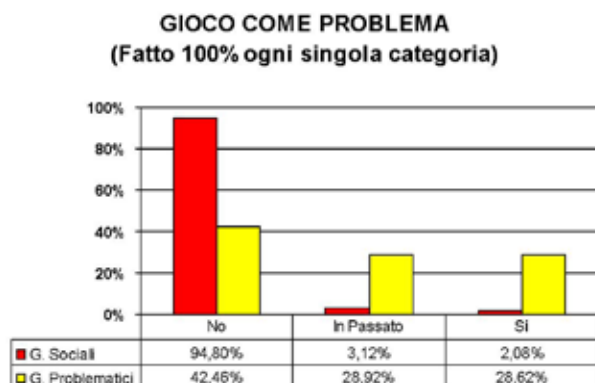


Tab. 3.

altri. Questo stato d'animo, vero o presunto, rivela un disadattamento a livello psicoaffettivo e sociale caratteristico di un iniziale stato di impotenza. Il gioco, è un'attività piacevole, nel nostro campione, è vissuto però con sentimenti di colpa, perché è stato perso il suo fine precipuo di divertimento per diventare oggetto di forte attaccamento, ma anche di repulsione e minaccia. Nella ricerca i vissuti verso l'ambiente esterno sono di tipo conflittuale, sia per le discussioni in famiglia (40%), sia per il grado di conflittualità dovuto alle critiche ricevute (62%) .

Comportamenti Tipici di G.A.P. indirettamente Correlati alla Perdita di Controllo

L'item 4 indaga la rincorsa alla perdita formulando la domanda: “Quando lei gioca/ava, le capitava di tornare a giocare di nuovo con il proposito di riguadagnare i soldi persi?” (tab.4) Nel nostro campione di gamblers (325 vs. 998) il 54,7% rincorre la perdita la maggior parte delle volte o sempre. Questo comportamento è tipico dei giocatori che hanno instaurato un legame privilegiato con il gioco, anche se non è l'indice si-



Tab. 4.

curo della presenza di gambling. Il fatto di inseguire le vincite mostra una determinata ripetitività nel comportamento, agito attraverso il tentativo di recuperare il denaro perso al gioco. Questo può significare l'inizio di un attaccamento al gioco, mascherato dalla apparente "necessità di riguadagnare le perdite", dato che un atteggiamento più equilibrato prevederebbe che le perdite siano vissute come tali ed accettate. Analizzando le due classi, dipendenza da sostanze e gambling, attraverso i criteri del DSM si evidenzia che le caratteristiche sono sovrapponibili, si differenziano per la sostituzione del gioco con la sostanza. Nel gambling troviamo il "coinvolgimento abituale alla ricerca di denaro per giocare". Solo che il denaro diventa "il terreno per sfidare il destino"<sup>7</sup>. Interessante sapere:

1. in che modo il giocatore che perde insegue le sue perdite
2. con quale frequenza ritorna a giocare
3. se ritorna allo stesso gioco, o se cambia tipologia,
4. se parla delle sue perdite con amici o familiari.

E' molto costruttivo osservare il comportamento del giocatore in rapporto ad altri fattori, come i prestiti per il gioco, la



Tab. 5.

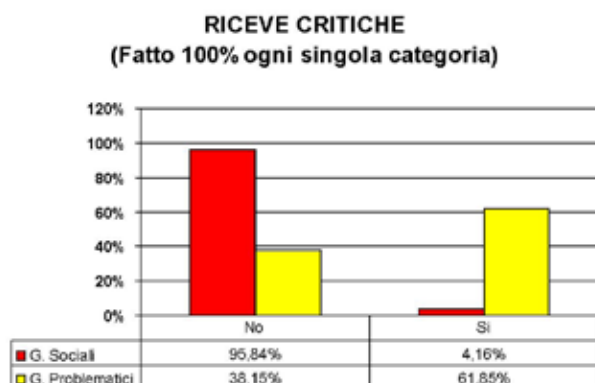
tendenza a giocare più del previsto, la consapevolezza. L'item numero 14 chiede: Le è mai capitato di chiedere in prestito da qualcuno dei soldi che poi non ha potuto restituire a causa del gioco?". (Tab. 5, 6 e 7).

Il 26% non restituisce i prestiti contratti a causa del gioco. Qui si analizza il tipo di legame con il gioco, attraverso l'uso del denaro. I prestiti di denaro si hanno con:

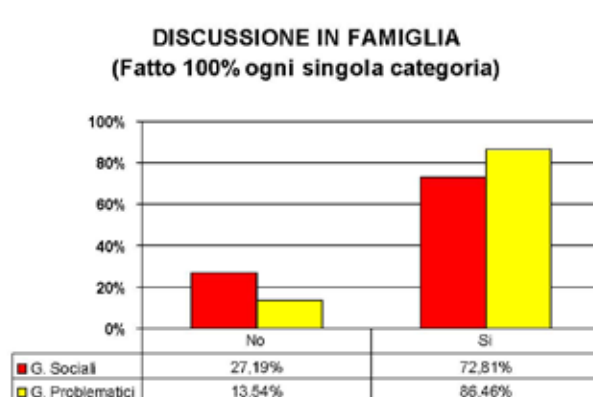
- 1) persone della cerchia familiare
- 2) vendita di oggetti o beni patrimoniali
- 3) assegni, scoperti bancari o prestiti ad usurai.

Le diverse tipologie di prestito configurano non solo molteplici possibilità, ma anche gravità diverse delle azioni debitorie. Si potrebbe ipotizzare che nei casi in cui sono coinvolte banche, terze persone, finanziarie, il livello di coinvolgimento emotivo abbia raggiunto livelli elevati, pertanto il craving ed il grado di dipendenza sono maggiore. I soggetti che non hanno potuto restituire il denaro preso in prestito:

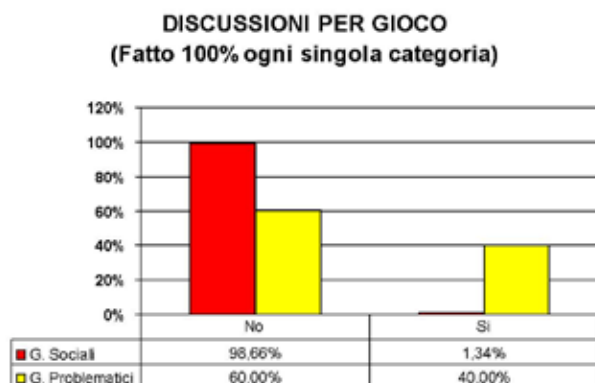
- 1) ricevono un maggior numero di critiche (62%),
- 2) discutono in famiglia a causa del gioco (40%)



Tab. 6



Tab. 7



Tab. 8

3) nascondono prove del gioco(36%).

La vita appare inalterata, ma nel gambler si apre una dicotomia tra l'idea che il giocatore ha di se stesso i dati di realtà e le azioni intraprese che lo allontanano dal mondo reale.

Aumenta il senso di ansietà, di angoscia e di isolamento dagli altri, attuato con l'intento di evitare le conflittualità, le divergenze e di riparare "in qualche modo" ai problemi esistenti. Qui si delinea un bivio:

- 1) verso un contenimento dei debiti e dei problemi affettivo relazionali.
- 2) verso l'inesorabile discesa fino alla "disfatta totale".

La presenza di prestiti, soprattutto se non restituiti puo' essere riconducibili sia:

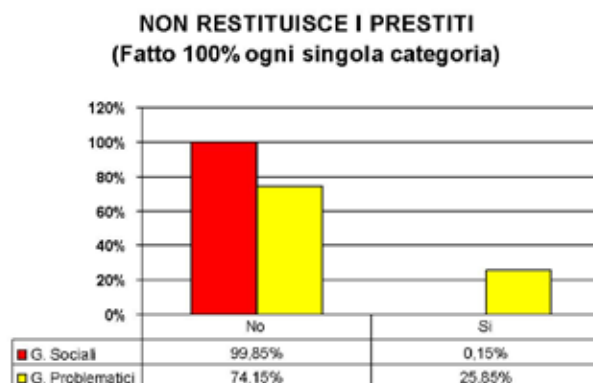
- 1) a scarse risorse economiche che hanno reso impossibile la restituzione
- 2) ad un segnale di un attaccamento reiterato al gioco e di difficoltà nel controllo degli impulsi.

Nell'item 15 "Le è mai capitato di assentarsi o ritardare al lavoro o a scuola a causa del gioco?", emerge che:(Tab. 8) il 27.1% dei soggetti problematici, si assenta dal posto di lavoro per giocare. Qui il gioco è dominante nella mente del giocatore.

Comportamenti Tipici G.A.P. direttamente Correlati alla perdita di controllo

L'item 10 chiede: "Ha mai avuto il pensiero di smettere di giocare ma ha pensato che non sarebbe riuscito" (tab. 9)

Le risposte a questo item ricordano la seguente citazione: il "pensiero onnipotente" del tossicomane equipollente al "pensiero magico" del giocatore porti il paziente ad investire sul comportamento ripetitivo, ma coatto e compulsivo in una sorta di "illusione di controllo"<sup>8</sup> che si manifesta maggiormente quando il grado di coinvolgimento del giocatore è elevato e quindi quando il "craving" è rappresentato ed esperito in maniera significativa. Emerge dall'item n.10,;



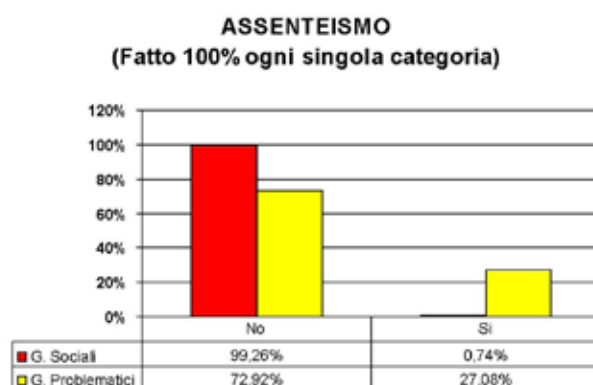
Tab. 9

1) il 37 % dei soggetti desidera smettere, ma pensa di non riuscirci.

2) Il 58% degli intervistati sente il gioco come un problema ma è incapace di smettere .

Il gambling non è necessariamente coincidente con l'assunzione di sostanze,per alcuni è probabile, per altri l'assunzione di sostanze è un'alternativa al gioco d'azzardo. I nostri gamblers utilizzavano in media più tipologie di giochi rispetto ai giocatori sociali, si può ipotizzare una maggiore tendenza alla dipendenza dei poligiocatori, come se la necessità di dipendere da un oggetto o una sostanza predisponesse a creare maggiore dipendenza da sostanze o da gioco.

L'item 7 domanda: "Le è mai capitato di giocare più di quanto intendeva?" (Tab.10), qui si indaga:



Tab. 10

1. la perdita del controllo dell'impulso
2. la completa mancanza di controllo del gioco
3. la compulsione al gioco che spinge a ripetere il gioco all'infinito.

Nella ricerca l'84,3% di gamblers conferma l'ipotesi che il "craving" è il sintomo patognomonico dei diversi comportamenti di dipendenza. Come fa notare Custer (1982) il pathological gambler è motivato soprattutto da una soddisfazione indiretta di componenti lipidiche e aggressive inconsciamente proibite che lo spingono compulsivamente al gioco. Inoltre tale giocatore è caratterizzato da maggiori sentimenti di colpa per le vincite con un'incapacità di fermarsi in caso di vittoria, e un desiderio inconscio di perdere: per questo è incapace di smettere quando ancora sta perdendo.<sup>9</sup> Il giocatore che ha perso il controllo degli impulsi, non può sottrarsi all'urgenza di ripetere in maniera "ossessiva" le sue giocate, in una sorta di compulsione a riprodurre gesti, azioni, tensioni. La ripetizione dell'atto di giocare, il "Tentare la fortuna" è riferito alla ripetizione in sé, poiché né vincita né perdita sarà mai una risposta alla spinta imperiosa degli impulsi. In questa fase l'angoscia e la tensione si sono instaurate comunque e non scompariranno facilmente. La ripetizione dà sollievo, ma anche alimenta la compulsione a giocare di nuovo.

## Conclusioni

La ricerca presentata conferma pertanto l'ipotesi di partenza che ci ha portato a verificare quanto il Gambling possa essere un'altra faccia della dipendenza, dove la sostanza è sostituita dal comportamento patologico. La maggior parte degli autori sono concordi nell'affermare che l'essere sopraffatti da un "incontrollabile bisogno di giocare" assieme all'impossibilità di resistere agli impulsi e alla tentazione del "rincorrere la perdita" siano le caratteristiche comuni e peculiari nel GAP. In letteratura emerge una comparazione delle slot machine alle droghe fortemente tossicogene. Da un punto di vista chimico la dipendenza non è correlata ad una sostanza quale l'eroina, l'alcol, ma riguarda un comportamento, una situazione anche relazionale. Il Gap viene così considerato una tossicomania senza sostanza, permeata da preoccupazioni di liberarsi dal gioco, perdita del controllo ed il manifestarsi di disordini psichici di ampio spettro all'estinzione del comportamento. La lettura e l'interpretazione dei dati esposti, conferma quanto in letteratura internazionale è già stato evidenziato. Interessante sarebbe il confronto con i giocatori definiti "Gamblers

puri" per confermare che il Gap pur rientrando nella "patologia del controllo degli impulsi non classificati altrove" sia in termini nosologici una vera e propria patologia della dipendenza, "un'altra faccia della dipendenza".

## Bibliografia

1. Cottler L. Toward an improved understanding of comorbidity, *Journal of Gambling Studies* 2003, 19(3):257-260
2. Di Chiara G., Carboni E. (1991). Role of mesolimbic dopamine in the motivational effects of drugs. In: *The mesolimbic Dopamine System: from Motivation to Action*, John Wiley and Sons Ltd., pp.367-3849
3. Croce M. La difficoltà di riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze, *Personalità/Dipendenze* 2003, 9(1):43-54
4. Cibin M., Zavan V., Zampieri N. gioco d'azzardo patologico: storia naturale e possibilità d'intervento. *Alcologia* 2000, 12(3): 163-170
5. Bellio G., Forin A. Il gioco d'azzardo patologico: stato dell'arte, *Psichiatria di Comunità* 2003, 2(4): 217-232
6. Nora R.M. Substance abuse, mental illness, and pathological gambling. *American Journal of Psychiatry* 1986, 147(4): 558-559
7. Herscovitch A.G. Alcoholism and pathological gambling. Similarities and differences. Learning Publication Inc., 1999
8. Maccallum F., Blaszczyński A. Pathological gambling and comorbid substance use, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002, 36: 411-415
9. Spazzapan B., Lenassi P. Il gioco d'azzardo patologico in soggetti con abuso di alcolici. In: Croce M., Zerbetto R. (a cura di) *Il gioco e l'azzardo, il fenomeno, la clinica, la possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano, 2001: 139-147
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Third Edition (DSM-III), Washington DC, 1980. Trad. tal. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III)*, Masson, Milano 1987
11. Ladouceur R., Boutin C., Doucet C. Il gioco d'azzardo eccessivo. *Vincere il gambling*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2003
12. Valleur M., Matys A.J.C. Sesso, Passione e videogiochi. Le nuove forme di dipendenza. Bollati Boringhieri, Torino, 2004
13. Hall G.W., Carrier N.J., Takushi R.Y., Montoya I.S., Preston K.L., Gorelick D.A. Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients, *American Journal of psychiatry* 2000;157: 1127-1133
14. Derevensky J.L. Empirical support for a general theory of addictions, *McWill University*, Montreal 2000
15. Agus A. Il gioco d'azzardo nei soggetti in trattamento con metadone, *Medicina delle Tossicodipendenze. Italian Journal of the Addictions*. 1998,6,1(18)
16. Vitaro F., Brendgen M., Ladouceur R., Tremblay R.E. Gambling, delinquency and drug use during adolescence; mutual influences and common risk factors. *Journal of gambling studies* 2001, 17(3): 171-190
17. Gessa G.L. Addictus-a-im Medicina della Tossicodipendenza, *Italian Journal of the Addictions* 1998, 6, 1(18)

Ricerche, Progetti ed Iniziative

## Presentazione del Progetto Nazionale GAP per l'attivazione di strategie e per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche, coordinate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e al trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico e per il dimensionamento ed il monitoraggio del fenomeno

Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

L'articolo presenta il progetto GAP, nuovo progetto nazionale che, affrontando il fenomeno del gioco d'azzardo patologico sotto diversi punti di vista, intende promuovere le azioni di prevenzione dell'insorgenza del gioco d'azzardo problematico e patologico, proporre strategie e modelli di intervento per far fronte alla difficoltà di organizzare forme strutturate e scientificamente orientate di cura, riabilitazione e valutazione dell'esito dei trattamenti nei sistemi sanitari e supportare l'attivazione concreta di linee di ricerca nel campo delle neuroscienze delle dipendenze senza uso di sostanze e nel campo dell'informatica per lo sviluppo di possibili applicazioni a scopo preventivo e di contrasto.

Il progetto, che verrà avviato all'inizio del 2013, sarà coordinato direttamente dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero della Salute e l'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato. Saranno inoltre coinvolte direttamente tutte le amministrazioni, le istituzioni socio-sanitarie e le strutture interessate a vario titolo dal fenomeno.

Il risultato che si vuole conseguire con l'attivazione di questo progetto è quello di promuovere ed incoraggiare una maggiore capacità del sistema dei servizi italiani di rispondere alle necessità di cura e trattamento presentate dalle persone affette da gioco d'azzardo patologico e al bisogno di sostegno delle loro famiglie attraverso la definizione linee guida e l'individuazione di modelli e strategie scientificamente orientati.

*Overview of the National Project on Pathological Gambling, aimed at the implementation of policies and research studies for the preparation of guidelines and operating procedures directed to the prevention, care and treatment of pathological gambling, as well as at monitoring its diffusion*

*The article presents the Pathological Gambling Project, a new Italian project that studies pathological gambling from various angles, so as to prevent the onset of pathological gambling and to propose strategies and models of intervention to address the challenges posed by the need to organize sound structured and scientifically proven care, rehabilitation and evaluation of the outcome of treatments in the health systems. The project also supports specific research studies in the field of neuroscience of addiction without substances and in the field of informatics for the development of possible applications in the prevention and law enforcement strategies.*

*The project, which will be launched in early 2013, will be directly coordinated by the Italian Department for Drug Policy, in collaboration with the Ministry of Health and the Autonomous Administration of State Monopolies. Local administration, social and health institutions and services involved in various capacities will be also involved in the project activities. The main results we wish to achieve with this project is to promote and encourage a greater capacity of the system of Italian services to meet the needs of care and treatment of the people affected by the disorder of pathological gambling and the need to support their families by establishing guidelines and the identification of scientifically oriented models and strategies.*

**Parole chiave:** *Gioco d'Azzardo Patologico, flusso informativo nazionale, linee di indirizzo, approccio integrato*

**Keywords:** *Pathological gambling, compulsive behaviour, vulnerability factor*

**Contatti:** *Ufficio Progetti*

*Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Cons. dei Ministri  
Via Po, 16/A - 00198 Roma (Italy)*

*tel.: +39 06 67793666*

*e-mail: [progettidpa@governo.it](mailto:progettidpa@governo.it)*

## Introduzione

Negli ultimi anni, anche nel nostro paese, il fenomeno del gioco d'azzardo ha assunto ormai dimensioni rilevanti e soprattutto preoccupanti livelli di ricadute patologiche, sia in ambito sanitario che sociale. Infatti per le sue caratteristiche il gioco d'azzardo può favorire lo sviluppo di una vera e propria forma di dipendenza comportamentale (Gioco d'Azzardo Patologico - GAP) in individui particolarmente vulnerabili per una serie di fattori individuali, famigliari ed ambientali.

Ricerche e studi scientifici hanno infatti contribuito a configurare il gioco d'azzardo patologico come una dipendenza comportamentale patologica caratterizzata da un persistente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo, tant'è che il disturbo è ora classificato come un disturbo del controllo dell'impulso secondo i criteri diagnostici previsti nella Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-X) e nel DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association.

Il gioco d'azzardo patologico pertanto si presenta ormai come un grave problema di salute pubblica, anche perché può creare problemi psico-sociali al soggetto affetto, può condurre a disturbi di natura antisociale ed inoltre è causa di problemi finanziari; infatti da un punto di vista sociale i soggetti affetti da GAP presentano un elevato rischio di compromissione finanziaria personale che ha evidenti ripercussioni in ambito familiare e lavorativo, fino ad arrivare a gravi indebitamenti e alla richiesta di prestiti usuranti. Questo è uno degli aspetti che collega il gioco d'azzardo patologico alla criminalità organizzata che investe energie e capitali in questo settore.

Infine è necessario mettere in evidenza che molto spesso il GAP è associato all'uso di sostanze stupefacenti, all'abuso alcolico, alla presenza di patologie psichiatriche e ad tassi elevati di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.

Tuttavia il gioco di per sé è fonte di legittimo piacere e quindi non può essere vietato o proibito tout court, anche perché facente parte della cultura popolare e delle società ma, necessariamente, nel momento in cui vi sono effetti negativi documentati sulla salute di alcune persone è necessario prendere in seria considerazione l'esigenza di introdurre forme di regolamentazione e di tutela della salute e dell'integrità sociale più stringenti, anche e soprattutto alla luce della forte evoluzione che questi giochi stanno avendo sulla rete internet dove diventa estremamente difficile esercitare controlli e introdurre forme di prevenzione.

Queste considerazioni, unite alla necessità di avviare studi re-

lativi al corretto dimensionamento del fenomeno, rendono pertanto essenziale l'attivazione di strategie e linee d'azione coordinate, scientificamente orientate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione e indirizzate, da un lato, alla filiera del gioco legale distribuita sul territorio nazionale e dall'altro alle istituzioni socio-sanitarie cui competono le attività di cura e di recupero delle persone con diagnosi di gioco d'azzardo patologico.

A tal fine il Dipartimento Politiche Antidroga ha deciso di attivare un nuovo progetto nazionale finalizzato ad individuare soluzioni sostenibili e realizzabili per affrontare il fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico, definire precise strategie di tutela della salute ed integrità sociale sia del giocatore patologico che della sua famiglia e, nel contempo, trovare possibili indirizzi per una migliore regolamentazione dell'intero sistema del gioco d'azzardo, compresa l'autoregolamentazione della pubblicità e il sistema dei giochi online.

## Obiettivo

Il progetto rispondere alla necessità di valorizzare e promuovere le azioni di prevenzione dell'insorgenza del gioco d'azzardo problematico e patologico, alla difficoltà di organizzare forme strutturate e scientificamente orientate di cura, riabilitazione e valutazione dell'esito dei trattamenti nei sistemi sanitari e all'assenza di linee di ricerca nel campo delle neuroscienze delle dipendenze senza uso di sostanze e nel campo dell'informatica per lo sviluppo di possibili applicazioni a scopo preventivo e di contrasto.

L'obiettivo è quello di fornire soluzioni sostenibili e realizzabili per fronteggiare il fenomeno del gioco d'azzardo patologico affrontando il problema sotto diversi punti di vista e proponendo strategie e modelli di interventi per ognuna delle seguenti aree:

## Epidemiologia

Rilevazione epidemiologica del gioco d'azzardo attraverso indagini nella popolazione generale e in quella studentesca utilizzando le indagini istituzionali già esistenti (GPS e SPS) e strutturazione di un flusso informativo nazionale (su base regionale) in grado di fornire stime realistiche e rappresentative rispetto ad alcuni indicatori chiave per il corretto monitoraggio e dimensionamento del fenomeno (soggetti a rischio, soggetti con GAP, pazienti in trattamento ed esito dei tratta-

menti) e monitoraggio del gioco d'azzardo online finalizzato anche ad individuare strategie di prevenzione e contrasto.

## Prevenzione

Stesura e diffusione di Linee di Indirizzo scientificamente orientate in grado di fornire strategie per l'attivazione di azioni di prevenzione selettiva, per la diagnosi precoce dei fattori di rischio in giovane età e più in generale dei comportamenti di gioco problematici; format per l'attivazione di campagne informative rivolte in particolare ai giovani, genitori ed insegnanti ma anche ai target più a rischio di gioco d'azzardo patologico; definizione di possibili indirizzi per l'autoregola-

## Ricerca

Attivazione di ricerche e collaborazioni scientifiche nel campo delle neuroscienze e delle terapie per comprendere meglio i meccanismi eziopatogeni del gioco d'azzardo patologico e le migliori forme di intervento. Attivazione di ricerche anche nel campo dell'informatica al fine di sviluppare device di controllo e warning da applicare sia ai giochi elettronici che a quelli online.

Per la realizzazione dell'obiettivo generale sono stati individuati i sotto obiettivi specifici, relativi alle singole aree di intervento, evidenziati nella tabella di seguito:

1. Censimento delle strutture pubbliche e private per singola regione impegnate nell'assistenza a persone con gambling patologico, della tipologia di prestazioni erogate e delle metodologie utilizzate.
2. Organizzazione di un flusso nazionale permanente per la raccolta di dati aggregati sulle persone con gambling patologico in carico ai Dipartimenti delle Dipendenze, Ser.T. e Comunità Terapeutiche e monitoraggio dei dati raccolti, con particolare attenzione a quelli relativi alla popolazione dedicata al gioco d'azzardo per regione e ai fenomeni collegati all'usura in relazione al gioco d'azzardo
3. Rilevazione epidemiologica del gioco d'azzardo attraverso indagini nella popolazione generale e in quella studentesca utilizzando flussi esistenti GPS e SPS.
4. Studio, stesura e diffusione di linee di indirizzo scientificamente orientate per la prevenzione del Gambling patologico con particolare orientamento all'early detection delle condizioni di vulnerabilità nei giovani e alla prevenzione ambientale (compresa la definizione di possibili indirizzi per l'autoregolamentazione per la pubblicità)
5. Studio, stesura e diffusione di linee di indirizzo evidence based in ambito terapeutico riabilitativo comprensive di metodologie per il supporto alle famiglie delle persone affette da GAP e standard per la valutazione diagnostica e dell'esito dei trattamenti (Outcome)
6. Studio e attivazione di ricerche nel campo del neuroimaging finalizzate allo studio delle funzioni di controllo prefrontale e dei comportamenti di gioco
7. Studio di modelli correlati al gambling e definizione di possibili device di controllo e warning da applicare online, sui giochi elettronici e con le persone con diagnosi di gambling patologico.
8. Monitoraggio del gioco d'azzardo in internet e studio di possibili soluzioni per la prevenzione e il contrasto.

mentazione della pubblicità e metodologie per attivare azioni di prevenzione ambientale che possano rendere più difficoltoso l'accesso e la fruizione delle diverse forme di gioco d'azzardo da parte dei minori e dei soggetti vulnerabili.

## Cura e Trattamento

Stesura e diffusione di Linee di Indirizzo scientificamente orientate in cui vengano identificate anche le tipologie di prestazioni ammissibili e i requisiti da poter inserire nei LEA, modelli per il supporto alle famiglie e modelli di protocolli standard per il trattamento, la riabilitazione e congiuntamente la valutazione degli esiti dei trattamenti.

## Materiali e Metodi

Il progetto sarà affidato al CUIEM, Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale avrà durata di due anni e verrà avviato all'inizio del 2013.

Sarà coordinato direttamente dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero della Salute e l'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato, avvalendosi di un gruppo interdisciplinare di coordinamento tecnico scientifico nell'ambito del quale saranno coinvolte tutte le amministrazioni, le istituzioni socio-sanitarie e le strutture competenti e interessate a vario titolo dal problema del gioco d'azzardo.

In particolare, le attività progettuali verranno realizzate con il costante supporto del Coordinamento Nazionale delle Dipendenze (CND), gruppo di riferimento nazionale composto dal DPA e dai rappresentanti delle Regioni e Province autonome nato come tavolo di discussione e confronto per

il coordinamento tecnico scientifico interregionale, per le decisioni comuni e per poter attivare quanto più rapidamente possibile ed in maniera meno burocratizzata progettualità rispondenti a bisogni emergenti e riservando le discussioni in conferenza stato regioni solo per quegli atti particolarmente complessi ed impegnativi da un punto di vista degli impegni economico-finanziari ed organizzativi generali. Le Regioni e le Province autonome facenti parte del CND verranno coinvolte tramite richiesta di trasmissione di una manifestazione di interesse a partecipare al progetto e svolgeranno un ruolo fondamentale nelle varie fasi del progetto.

Saranno infatti parte attiva sia nel coinvolgimento delle strutture pubbliche e private che già offrono assistenza a persone con diagnosi di gioco d'azzardo patologico e che dovranno poi orientare le buone prassi e sostenere il flusso informativo con la trasmissione dei dati epidemiologici, sia nell'elaborazione delle linee di indirizzo per la prevenzione del gambling patologico e di quelle in ambito terapeutico riabilitativo che saranno poi diffuse su tutto il territorio nazionale.

Le linee di indirizzo di cui sopra verranno realizzate nell'ambito di gruppi di lavoro specifici che saranno costituiti ad hoc e nell'ambito dei quali verranno discusse e definite le strategie, i modelli e le procedure che sottendono alle stesse. In particolare è utile mettere in evidenza che relativamente alle Linee di Indirizzo sulla prevenzione particolare attenzione sarà rivolta all'early detection delle condizioni di vulnerabilità nei giovani, all'individuazione di forme di prevenzione ambientale e alla definizione di possibili indirizzi per l'autoregolamentazione della pubblicità.

Relativamente invece alle linee di indirizzo in ambito terapeutico riabilitativo il lavoro sarà orientato alla definizione di tipologie di prestazioni ammissibili e dei requisiti da poter inserire nei LEA, oltre che all'individuazione di modelli di protocolli standard per il trattamento, la riabilitazione e la valutazione degli esiti dei trattamenti e di modelli per il supporto alle famiglie.

La rilevazione epidemiologica del gioco d'azzardo verrà effettuata integrando specifici item ai questionari già predisposti ed utilizzati dall'Osservatorio Nazionale sulle Droghe istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga nell'ambito delle survey sul consumo di sostanze psicotrope legali e illegali e sulla percezione del rischio nell'assunzione di sostanze stupefacenti, sia in riferimento alla popolazione generale tra i 15 e i 64 anni (GPS), sia in riferimento a quella studentesca tra i 15 e i 18 anni (SPS).

Le ricerche nel campo del neuroimaging e dell'information and Communication Technology verranno affidate a realtà istituzionalmente riconosciute e di comprovata esperienza nel loro settore specifico di competenza, capaci di fornire ampie garanzie in fatto di affidabilità e certezza di risultato, soprattutto per quanto riguarda gli studi di neuroimaging dell'addic-

tion tramite risonanza magnetica transcranica.

Le ricerche nel campo dell'Information and Communication Technology saranno orientate soprattutto allo studio di dispositivi che permettano di registrare la frequenza di gioco sulle singole slotmachine e di applicazioni per il monitoraggio e lo studio delle condizioni dei pazienti nel loro habitat.

Infine il monitoraggio del gioco d'azzardo online verrà realizzato sia attraverso la creazione di una procedura specifica nell'ambito del sistema nazionale di allerta precoce sia tramite l'attivazione di un sistema per la segnalazione di siti non autorizzati.

## Risultati attesi

Il coinvolgimento nel progetto di tutti gli attori implicati a vario titolo nella problematica relativa al gioco d'azzardo patologico e l'approccio scientifico integrato e coordinato proposto permetterà non solo di affrontare il fenomeno gambling a 360 gradi ma anche di proporre modelli, strategie e procedure operative condivise in grado di orientare le varie organizzazioni presenti sul territorio nazionale che si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione verso metodologie ed interventi scientificamente orientati con risposte socio-sanitarie omogenee.

In particolare il progetto si propone di ottenere i seguenti risultati:

- Maggiore conoscenza del fenomeno del gioco d'azzardo in Italia da un punto di vista epidemiologico, con particolare riferimento al gioco d'azzardo problematico e a quello patologico, a fronte degli attuali dati disponibili molto eterogenei, frammentari e deficitari;
- Individuazione di modelli e strategie per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico, con particolare riferimento all'early detection, alla prevenzione ambientale, ma anche del gioco d'azzardo online;
- Maggiore capacità del sistema dei servizi italiani di rispondere da una parte alle necessità di cura e trattamento presentate dalle persone affette da GAP e dall'altra di offrire sostegno alle famiglie delle persone con diagnosi di gioco d'azzardo patologico anche con l'individuazione di requisiti e prestazioni da poter inserire nei LEA;
- Attivazione di linee di ricerca nel campo dell'informatica per lo sviluppo di possibili applicazioni a scopo preventivo e di contrasto;
- Studio e definizione di possibili soluzioni per trovare una migliore regolamentazione dell'intero sistema dei giochi, compresi i giochi online, e di indicazioni per l'autoregolamentazione della pubblicità;
- Maggiore conoscenza delle funzioni di controllo prefrontale del cervello e dei comportamenti di gioco anche tramite apposite ricerche scientifiche.

