

**LINEE GUIDA  
PER L'INTERCETTAZIONE  
E LA PRESA IN CARICO  
DEI GIOCATORI  
D'AZZARDO PATOLOGICI**

# **MIND THE GAP**

**Una rete per  
il Distretto  
Bergamo Est**



# LINEE GUIDA PER L'INTERCETTAZIONE E LA PRESA IN CARICO DEI GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI

## **Documento redatto a cura di:**

CORRADO BRIGNOLI – Il Piccolo Principe – Società Cooperativa Sociale

GILBERTO GIUDICI – Il Piccolo Principe – Società Cooperativa Sociale

LARA MARCHESI – Consulente libera professionista

## **Hanno collaborato:**

STEFANO RINALDI – Direttore Ufficio di Piano Ambito Territoriale di Seriate e Responsabile di progetto

SABRINA BOSIO – Responsabile Ufficio di Piano Ambito Territoriale Seriate

CLAUDIO PERSICO – ASST Bergamo Est, Servizio Dipendenze di Gazzaniga (BG)

Il documento è stato discusso all'interno del tavolo "Intercettazione e presa in carico" istituito tra i partner del progetto "Mind the Gap"

## **Per informazioni e contatti:** Cooperativa Sociale Il Piccolo Principe

email: [comunicazione@piccoloprincipe.org](mailto:comunicazione@piccoloprincipe.org)

tel. 035 668017

<http://www.piccoloprincipe.org/mind-the-gap/>

Seriate, febbraio 2020



**"Determinazione di azioni locali di sistema nell'ambito della programmazione delle progettualità degli enti locali per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico in attuazione della l.r. 21 ottobre 2018, n. 8"**

**DGR n. 1114 del 19/12/2018**

<b>CAPITOLO 1: PREMESSA</b>	<b>6</b>
<b>CAPITOLO 2: LA DIFFUSIONE DEL FENOMENO</b>	<b>7</b>
<b>CAPITOLO 3: LA PERCEZIONE DEGLI INTERLOCUTORI TERRITORIALI RILEVATA NEL TAVOLO INTERCETTAZIONE E PRESA IN CARICO</b>	<b>8</b>
<b>CAPITOLO 4: DEFINIZIONE</b>	<b>9</b>
4.1 GIOCO D'AZZARDO	9
4.1.1 GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	9
4.1.2 L'EVOLUZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO	9
<b>CAPITOLO 5. QUANDO IL GIOCO D'AZZARDO DIVENTA UN PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>CAPITOLO 6. INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO</b>	<b>12</b>
6.1.IL DSM	12
6.2.L'ICD-10	12
6.3.CRITERI DSM - 5 (MANUALE DIAGNOSUCO E STAUUCO DEI DISTURBI MENTALI)	12
6.4.COMORBIDITÀ	13
6.5.ELEMENTI DI VULNERABILITÀ E SOGGETTI A RISCHIO	17
<b>CAPITOLO 7. IL LAVORO DI RETE</b>	<b>18</b>
<b>CAPITOLO 8. IDENTIFICAZIONE PRECOCE</b>	<b>20</b>
<b>CAPITOLO 9. STRUMENTI DI SCREENING</b>	<b>21</b>
<b>CAPITOLO 10.INDICAZIONI PER I PERCORSI DI CURA</b>	<b>22</b>
<b>CAPITOLO 11.LA PRESA IN CARICO DEI SERVIZI SPECIALISTICI AMBULATORIALI</b>	<b>24</b>
11.1.STRUMENTI DI VALUTAZIONE	25
11.2.LE SCALE DI VALUTAZIONE	25
11.3.TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	26
11.4.INTERVENU PSICOLOGICI	26
11.5.INTERVENTO MOTIVAZIONALE	27
11.6 MINDFULNESS	27
11.7. INTERVENTO CON I FAMILIARI	28
11.8. INTERVENTO ECONOMICO E FINANZIARIO	28
11.9. PIATTAFORME ONLINE/HELPLINE	29
11.10. LA PREVENZIONE DELLE RICADUTE	29
<b>CAPITOLO 12. IL MUTUO AUTO AIUTO</b>	<b>30</b>
<b>CAPITOLO 13. TRATTAMENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI</b>	<b>30</b>
<b>CAPITOLO 14. LA RETE DEI SERVIZI DI SOSTEGNO E CURA PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO DEL DISTRETTO BERGAMO EST.</b>	<b>31</b>

<b>CONCLUSIONI</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>35</b>
<b>1. ALLEGATI</b>	<b>37</b>
1.1.CANADIAN PROBLEM GAMBLING INDEX	37
1.2.TEST SOGS -SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN	38

ario

# CAPITOLO 1: PREMESSA

Il progetto "MIND The GAP Una rete per il Distretto Bergamo Est" prevedeva tra i propri obiettivi:

- Garantire la gestione stabile ed omogenea a livello del Distretto Bergamo Est di azioni di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo problematico attraverso UN MODELLO DI GOVERNANCE condivisa e autorevole;
- Migliorare l'efficacia delle azioni di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo problematico nel Distretto Bergamo Est attraverso la condivisione di un MODELLO DI INTERVENTO ESPORTABILE e SOSTENIBILE;
- Potenziare le strategie di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo problematico nel Distretto Bergamo Est attraverso IL COINVOLGIMENTO DELLA COMUNITÀ LOCALE;
- Consolidare il modello di governance e di intervento nel Distretto Bergamo Est attraverso il PASSAGGIO DA "AZIONI" A "SISTEMA" E DA "PROCESSO" A "ESITI".

Relativamente all'Area Aggancio e presa in carico, la realizzazione delle seguenti attività:

1. Attivazione di un Tavolo Intercettazione e presa in carico, volto a favorire conoscenza reciproca, definizione di modalità operative di collaborazione, per l'intercettazione, l'aggancio, l'invio reciproco di soggetti a rischio e problematici;
2. Stesura di **Linee guida** che definiscano ruolo e offerta di ciascuna realtà, metodologie, modalità operative per l'accompagnamento e l'orientamento nella rete dei servizi;
3. Realizzazione di percorsi formativi sui temi legali e finanziari, volti a incrementare la capacità dei servizi di comprendere e gestire tali aspetti;
4. Realizzazione di percorsi formativi rivolti a operatori di CPS e Consulitori Familiari, volti a favorire l'intercettazione precoce;
5. Realizzazione di interventi formativi rivolti ai referenti di gruppi AMA;
6. Attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione rivolti a varie categorie di soggetti "moltiplicatori" al fine di incrementare la capacità della rete di intercettare situazioni a rischio o problematiche
7. Individuazione di ragazzi a rischio di dispersione scolastica e costruzione di progetti individuali o di gruppo volti al superamento del rischio di uscita dal percorso scolastico;
8. Definizione di una campagna di sensibilizzazione e di materiale informativo volto a favorire, oltre alla consapevolezza dei rischi connessi al gioco d'azzardo, la conoscenza della rete dei servizi.

Il presente documento presenta le Linee Guida territoriali in materia di intercettazione precoce e presa in carico emerse dal progetto, elaborate alla luce di:

- Informazioni relative alla diffusione del fenomeno a livello territoriale;
- analisi della letteratura in materia di fattori di rischio e di protezione e alle fasce di popolazione vulnerabili;
- analisi della letteratura scientifica sul fenomeno e sulle strategie di intervento efficace;
- progettualità e collaborazioni attualmente in atto a livello territoriale;
- esiti del confronto all'interno del Tavolo Intercettazione e presa in carico.

## CAPITOLO 2: LA DIFFUSIONE DEL FENOMENO

Il gioco d'azzardo, da sempre presente nella nostra cultura, ha assunto negli ultimi 10-15 anni dimensioni e caratteristiche preoccupanti, che coinvolgono persone di ogni età e di ogni fascia sociale.

Circa **107** miliardi di euro sono stati giocati nel 2018 in Italia, pari a circa **2.108** per ciascun cittadino maggiorenne. Si tratta di importi in significativa crescita rispetto agli anni precedenti: 2.008 la media pro-capite nel 2017, 1.898 euro nel 2016.

In provincia di Bergamo la cifra giocata complessivamente nel 2018 solo per fisico (escluso gioco on line) è stata di circa **1.695 milioni**, corrispondente a 1.855 per ciascun cittadino maggiorenne, significativamente **superiore alla media nazionale** (pari a 1.486 euro l'importo per solo gioco fisico).

I dati forniti dalle indagini campionarie mostrano l'ampia diffusione del gioco d'azzardo e del gioco d'azzardo problematico in differenti fasce di età.

L'indagine ESPAD Bergamo realizzata nel 2018 in scuole superiori della provincia di Bergamo mostra come il **34,4%** degli **studenti di 15-19** anni abbia giocato almeno una volta negli ultimi 12 mesi e come l'esperienza di gioco sia stata sperimentata anche dal **31,6% dei minorenni**, nonostante il divieto di legge.

Il 4% degli studenti è risultato essere un **"giocatore a rischio"** e il 2% **"giocatore problematico"**.

L'indagine realizzata nel 2017 dall'Istituto Superiore di Sanità mostra come il 39,3% **della popolazione adulta** abbia giocato d'azzardo nell'ultimo anno e come il 6,9% sia un giocatore a "basso o medio rischio", mentre il 3% un giocatore "problematico". Rapportando tali dati alla popolazione residente nel Distretto Bergamo Est emergerebbero circa **9.500 giocatori problematici**. Il gioco d'azzardo è ampiamente diffuso anche tra la **popolazione anziana**.

Un'indagine realizzata nel 2014 da ATS Bergamo in collaborazione con Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa tra la popolazione di 65-84 anni residente in provincia ha evidenziato in questo target di età la presenza di **un 8,7% di persone a rischio o problematico (quasi 6.000** persone se rapportate alla popolazione residente nel territorio del Distretto Bergamo Est).

A fronte di una così ampia diffusione del fenomeno sono ancora pochi i soggetti che riescono ad accedere alla rete dei servizi: nel 2018 sono stati **147 le persone residenti nel Distretto che si sono rivolte ai Servizi Ambulatoriali per le dipendenze** (Ser.D o Servizi Multidisciplinari Integrati S.M.I.).

Un'ulteriore informazione riguarda i **drop out elevati** di questa tipologia di utenza e la maggior difficoltà nella ritenzione in trattamento. Nel 2015 ha abbandonato il trattamento il 27,2% degli utenti in carico ai Servizi Ambulatoriali della provincia di Bergamo per gioco d'azzardo patologico, a fronte di una percentuale di drop out pari al 10,2% tra l'utenza complessivamente in carico (per tossicodipendenza, alcoldipendenza, altre dipendenze) agli stessi servizi.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 100 pagine sul gioco d'azzardo. Informazioni e dati dal generale al locale. ATS Bergamo, 2018



# CAPITOLO 3 : LA PERCEZIONE DEGLI INTERLOCUTORI TERRITORIALI RILEVATA NEL TAVOLO INTERCETTAZIONE E PRESA IN CARICO

Dal confronto interno al tavolo emergono le seguenti percezioni:

1. **Difficoltà da parte dei servizi territoriali nell'identificare e intercettare** i soggetti con problematiche di gioco d'azzardo. I servizi sociali comunali riferiscono di non intercettare o di intercettare raramente tra la propria utenza questa tipologia di soggetti;
2. **Richieste esplicite ridotte da parte di soggetti problematici anche ai Servizi Ambulatoriali:** Ser.D, S.M.I. e Consulitori dispongono di figure professionali specifiche che si occupano di accoglienza e di orientamento dell'utenza. Anche in questa tipologia di servizio è tuttavia raro che si presentino soggetti che richiedano esplicitamente un intervento rispetto al Gioco d'azzardo patologico. Anche per questi servizi è più frequente che la richiesta di sostegno arrivi da parte di familiari o persone significative.
3. Maggior frequenza di richieste di aiuto da parte di familiari o persone significative. I servizi intercettano più frequente la richiesta ai servizi da parte di familiari o persone significative, attivate da un "evento scatenante", nella quasi totalità dei casi di natura economica, senza che venga esplicitata la sua correlazione con il comportamento di gioco d'azzardo.
4. Tendenza dei giocatori a esprimere richieste di aiuto ai servizi per difficoltà economiche, senza esplicitare la problematica inerente al gioco d'azzardo. Le richieste di aiuto per situazioni economiche del nucleo familiare sono numerose e riguardano il 13% dei bisogni espressi da coloro che hanno avuto accesso nel 2018 ai Servizi Sociali Comunali. Quando tuttavia gli operatori percepiscono che potrebbe esserci una sottesa problematica di gioco e tentano indagare quest'area, vi è tendenzialmente una negazione del problema e una chiusura della presa in carico;
5. **Motivazione** prevalente delle richieste di aiuto formulate rimane la **difficoltà di tipo economica**. Da questo punto di vista il Gioco d'azzardo patologico sembra differenziarsi dalle altre problematiche di dipendenza, che più frequentemente portano le persone interessate o i familiari a rivolgersi ai **servizi** per una tipologia più vasta di compromissioni: conseguenze sulla salute (scompensi fisici/psichiatrici), problematiche inerenti al lavoro, provvedimenti giuridici (ritiro della patente), ecc. Questa caratteristica del gioco d'azzardo rende l'intercettazione precoce dei soggetti problematici o patologici ancora più complessa, in quanto le difficoltà economiche, costituiscono un segnale, ma non permettono di per sé di discriminare le problematiche inerenti al gioco rispetto ad altre di tipo economico/sociale. Le conseguenze del comportamento problematico rimangono per molto tempo più sfumate e meno visibili, facendo sì che tendenzialmente le persone si rivolgano ai servizi solo a fronte di gravi compromissioni.
6. Forte **accettazione sociale** del gioco d'azzardo e promozione da parte del contesto culturale di comportamenti di dipendenza. Si tratta di elementi che vanno tenuti in considerazione nell'incontro e nel possibile aggancio con potenziali giocatori problematici.
7. Rapida evoluzione, al pari di altri comportamenti di dipendenza, del fenomeno. Ne sono un esempio la rapida diffusione del gioco on line, nonché il più recente fenomeno del trading di Borsa on line. Si tratta di un aspetto che suscita vissuti di inadeguatezza da parte di servizi e operatori, in difficoltà al rimanere "al passo" con l'evoluzione.

Si forniscono di seguito alcuni elementi conoscitivi relativi alla definizione, inquadramento nosografico, fattori di rischio e vulnerabilità, nonché indicazioni relative al trattamento offerti dalla letteratura di settore.



# CAPITOLO 4: DEFINIZIONE

## 4.1 Gioco d'azzardo

Il Gioco per essere definito d'azzardo caso (Ladouceur et al., 2000), deve presentare contemporaneamente queste tre condizioni:

- il giocatore mette in palio una posta, in soldi o in oggetti di valore;
- una volta messa in palio, la posta non può più essere ritirata;
- il risultato si basa essenzialmente sull'imprevedibilità, sul caso.

## 4.2 Gioco d'azzardo patologica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il Gioco d'azzardo patologico (ora definito come "Disturbo da Gioco d'Azzardo" DGA) una **"forma morbosa"** chiaramente identificata, che in assenza di misure idonee di informazione e prevenzione, può rappresentare, a causa della sua diffusione, **un'autentica malattia sociale"** (Serpelloni, 2012).

## 4.3 L'evoluzione del gioco d'azzardo

A partire dagli **anni '90** il mercato dei giochi ha subito un rapido cambiamento grazie a tutta una serie di provvedimenti normativi che hanno via via legalizzato un significativo numero di giochi. Si assiste a partire da quegli anni, con un'accelerazione ulteriore negli ultimi 10-15 anni, ad un fortissimo **incremento dell'offerta in termini quantitativi** (maggiori giochi a disposizione, maggiori luoghi ove giocare e maggiore entità di soldi giocati), **ad una crescente diversificazione e polarizzazione della stessa** (da una capillare rete territoriale di punti "vendita/gioco" allo sfruttamento delle potenzialità della rete internet per il gioco on line) anche di tipo qualitativo per via dell'**immissione di giochi con caratteristiche di sempre maggiore addittività** (capacità di legare a sé, di creare dipendenza). Segnali di una lieve inversione di tendenza e di una lieve riduzione dell'offerta si sono evidenziati solo negli ultimissimi anni. L'offerta rimane tuttavia ampia, capillare e diversificata.

Così come le sostanze anche i giochi sono molto diversi tra loro, in relazione alla maggiore-minore potenzialità nel produrre rischi di dipendenza. I giochi che provocano maggiormente dipendenza sono quelli caratterizzati da elevata rapidità nelle sedute di gioco, con conseguente reinvestimento delle somme vinte o possedute.<sup>2</sup>

La crescente diffusione del gioco d'azzardo, non è stata accompagnata da un sistema di monitoraggio e di valutazione dei danni sociali, diretti ed indiretti, connessi al questo fenomeno.

La tabella seguente sintetizza le principali differenze tra il gioco d'azzardo nel passato e quello attuale.

Tab. 1 - I giocatori ieri e oggi<sup>3</sup>

Ieri	Oggi
<p><b>Sociali:</b> Si giocava con altri ed il gioco rispondeva anche a bisogni di socializzazione. Il gioco spesso era a "somma zero": ovvero il denaro perso da un giocatore era guadagnato da un altro</p>	<p><b>Solitari:</b> I giochi postmoderni si caratterizzano per essere esercitati da una persona contro un'organizzazione, una macchina, uno schermo, un algoritmo</p>

<sup>2</sup> M. Croce, Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono, Personalità/Dipendenze, 2001, fasc. II, pp.225-242

<sup>3</sup> M. Croce, Giochi, giocatori e industria del gioco. Un cambiamento radicale, in Year Book 2016 - Rischi da giocare, Coordinamento Nazionale Comunità di accoglienza

Ieri	Oggi
<p><b>Alta soglia di accesso:</b> era necessaria una predeterminazione del soggetto a partecipare a determinati giochi ed era richiesto di superare determinate soglie (simboliche, psicologiche, fisiche)</p>	<p><b>Bassa soglia di accesso:</b> è possibile incontrare il gioco in luoghi diversi e non deputati al gioco. Le nuove tecnologie inoltre (pc, smartphone, tv interattiva etc) offrono la possibilità di giocare da casa propria, dal posto di lavoro, etc.</p>
<p><b>Rituale:</b> il giocare faceva parte di un rito collettivo e spesso era limitato e circoscritto a determinate occasioni (es. la tombola a Natale, la Lotteria di Capodanno, etc)</p>	<p><b>Consumo:</b> il gioco perde il suo valore e il suo rituale e viene "consumato" in occasioni diverse autonomamente "scelte" dal soggetto o proposte dal "mercato"</p>
<p><b>Lentezza:</b> molti giochi d'azzardo avevano la caratteristica di essere lenti</p>	<p><b>Velocità:</b> la maggior parte dei nuovi giochi è molto veloce e non permette momenti di pausa</p>
<p><b>Sospensione</b> il gioco era disciplinato nei luoghi e negli orari. Spesso prevedeva anche momenti di sospensione</p>	<p><b>Continuità:</b> con determinati giochi (es. internet) è possibile giocare ininterrottamente ed a qualsiasi ora</p>
<p><b>Complessità:</b> molti giochi d'azzardo presentavano elementi di complessità e di Agon</p>	<p><b>Semplicità:</b> i giochi moderni sono sempre più semplici e caratterizzati dalla prevalenza dell'Alea</p>
<p><b>Contestualizzazione:</b> i giochi (si pensi a molti giochi di carte) erano legati a tradizioni del territorio e le regole venivano spesso tramandate tra generazioni</p>	<p><b>Globalizzazione:</b> i giochi sono sempre più uguali e sono appiattite le differenze locali e culturali. È possibile trovare giochi simili in contesti sociali, linguistici e politici tra loro estremamente diversi</p>
<p><b>Riscossione non immediata:</b> la riscossione della vincita talvolta richiedeva tempo interrompendo eventuale compulsività</p>	<p><b>Riscossione immediata:</b> la riscossione è immediata e talvolta virtuale. Ciò favorisce la possibilità di continuare a giocare e di dimenticare la "dimensione" del denaro</p>
<p><b>Manualità:</b> la variabile umana nel toccare gli elementi del gioco era centrale. Si pensi allo smazzare le carte, al lanciare dati, al sorteggiare</p>	<p><b>Tecnologica:</b> si gioca contro una macchina, un sito. L'attività fisica spesso corrisponde e si limita al "cliccare"</p>
<p><b>Visibilità:</b> era necessario, ad esempio, registrarsi per entrare in determinati Casinò</p>	<p><b>Invisibilità:</b> il giocatore è sempre più anonimo (es. nel gioco online non visibile alla collettività e ai controlli)</p>

## CAPITOLO 5 : QUANDO IL GIOCO D'AZZARDO DIVENTA UN PROBLEMA

Giocare d'azzardo, finché rimane un'attività piacevole e occasionale, in cui chi gioca lo fa per divertirsi, spesso in compagnia, senza spendere più di quello che può permettersi e interrompendo l'attività di gioco tutte le volte che lo desidera, non è di per sé problematico. Alcune persone con il tempo sviluppano però comportamenti compulsivi e problematici (perdita di controllo, con un impulso irresistibile a continuare a giocare). Le tipologie dei giocatori a cui fanno maggiormente riferimento le ricerche epidemiologiche effettuate in ambito nazionale e internazionale sono sostanzialmente tre:

**Giocatore sociale:** Per la maggior parte delle persone il gioco rappresenta un passatempo gratificante. Si stima, infatti, che circa l'80-90% della popolazione adulta del nostro paese partecipi a forme di gioco d'azzardo.

**Giocatore "eccessivo/problematico":** per una minoranza della popolazione il gioco costituisce un comportamento problematico. Questo tipo di giocatore prova eccitazione quando entra in contatto con un ambiente o una situazione in cui è possibile giocare d'azzardo e sente la necessità di fare puntate sempre più alte per vincere e/o recuperare il denaro perduto; può accadere che menta ai familiari e tenda a giocare più soldi di quanto preventivato.

**Giocatore patologico:** il gioco d'azzardo rappresenta una forma di dipendenza che induce il soggetto ad avvertire una necessità imperante di giocare e il desiderio irrefrenabile nel voler recuperare il denaro perduto, che lo porta a perdere la percezione sia del tempo che del denaro impiegato nel gioco. Giocare denaro diventa il centro di interesse esclusivo della propria esistenza. La dipendenza da gioco comporta dei costi non solo relativi alla salute del giocatore, ma anche al coinvolgimento dell'ambito familiare, lavorativo e sociale. Queste categorie tuttavia sono state sostituite nel DSM 5, come di seguito descritto, dai vari livelli di gravità: assenza di disturbo, disturbo lieve, moderato, grave.

# CAPITOLO 6 : INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO

## 6.1 II DSM<sup>4</sup>

Il DGA è riconosciuto come condizione morbosa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sin dal 1980.

Il DSM-III inserì il Gioco d'Azzardo Patologico nel gruppo dei "Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati Altrove" e in tale gruppo permarrà fino al DSM-IV compreso. Tale collocazione era legata al fatto che il disturbo è caratterizzato da elevato livello d'impulsività e da un andamento, nel suo manifestarsi, corrispondente agli altri Disturbi del Controllo degli Impulsi:

- sensazione crescente di tensione/eccitazione;
- piacere/sollievo/gratificazione durante e dopo l'atto;
- rimorso/autoriprovazione dopo aver compiuto l'atto (il cosiddetto senso di colpa "del giorno dopo").

Inoltre, a fronte di ciò, non vi erano, almeno inizialmente, elementi che potessero indicare una migliore collocazione.

## 6.2 L'ICD-10

**L'ICD-10 Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima Revisione (ICD-10). (WHO, 2007)** Organizzazione Mondiale della Sanità comprende nel capitolo F60-F69 i Disturbi della Personalità e del Comportamento nell'adulto. Tra questi il quarto capitolo è dedicato ai Disturbi delle Abitudini e degli Impulsi, e comprende il Gioco d'Azzardo Patologico (F63.0).

**F63.0 Gioco d'Azzardo Patologico:** il disturbo consiste in episodi frequenti e ripetuti di gioco d'azzardo, che dominano la vita del soggetto a deterioramento dei valori e degli obblighi sociali, lavorativi e familiari. Le persone affette da tale patologia possono mettere a repentaglio la propria occupazione, indebitarsi per grosse cifre e mentire o infrangere la legge per ottenere denaro o evitare il pagamento dei debiti. La persona descrive una necessità impellente di giocare, che è difficile da controllare, insieme con una costante polarizzazione su idee e immagini relative all'atto di giocare e alle circostanze che si associano all'atto stesso. Queste manifestazioni spesso si intensificano nei momenti in cui la vita è stressante.

Direttive diagnostiche: 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. Questi criteri sono monotetici, ossia devono occorrere simultaneamente (Capitanucci e Carlevaro 2004).

## 6.3 Criteri DSM - 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)

Con l'aumento delle osservazioni cliniche su numeri sempre più elevati di pazienti, si fece gradualmente strada l'ipotesi che il Gioco d'Azzardo Patologico avesse forti similitudini con le Dipendenze da sostanze.

Parallelamente l'accumularsi di evidenze scientifiche e di letteratura portò a chiarire che i sistemi neurobiologici di ricompensa, attivati e modulati nel Gioco d'Azzardo Patologico, erano gli stessi coinvolti nelle Dipendenze da sostanze e che diversi comportamenti del giocatore patologico erano del tutto simili a quelli dei dipendenti da sostanze.

Fu così che, nel DSM-5, tale comportamento venne annoverato nei "**Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction**", assumendo il nome di "**Disturbo da Gioco d'Azzardo**" (DGA). Anche nel DSM 5 si sottolinea che tale disturbo si riferisce a un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali. I criteri diagnostici per tale disturbo prevedono:

A. Comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che, nell'arco di un periodo di 12 mesi, presenta almeno quattro tra le seguenti condizioni:

1. Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata;
2. È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo;
3. Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo;

<sup>4</sup> E. Cozzolino, G. Zita, "Approcci clinici al disturbo da gioco d'azzardo" in Mission 48

<sup>5</sup> Ministero della Salute, Linee d'azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), 2017

4. È spesso preoccupato dal gioco d'azzardo (per esempio ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo);
5. Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per esempio indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a);
6. Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite);
7. Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo

B. Comportamento di gioco d'azzardo non meglio attribuibile a un episodio maniacale [DSM 5 pp 681-682].

Molti di questi criteri corrispondono a quelli utilizzati per il Disturbo da Uso di Sostanze.

Altresi, è evidente che alcuni criteri richiamano aspetti di:

- antisocialità e di psicopatia (criteri 7, 8, 9),
- ossessività (criterio 4)
- compulsività (1, 6)
- craving (2, 3)
- ansia e depressione (5)

Inoltre sembra rilevante far notare che diversi degli aspetti richiamati dai criteri diagnostici per il Disturbo da Gioco d'Azzardo, sono presenti anche in quadri clinici considerati ad esso comorbili, ad es. Disturbi di personalità, stati d'ansia, depressione, compulsività e impulsività.

Il DSM-5 offre anche delle specificazioni rispetto al decorso, alla remissione e alla gravità del disturbo:

Rispetto al **decorso**:

- Episodico: soddisfa i criteri diagnostici più di una volta con attenuazione dei sintomi per almeno diversi mesi fra i periodi di gioco d'azzardo.
- Persistente: persistenza continua dei sintomi tali da soddisfare i criteri diagnostici per molteplici anni.

Rispetto alla **remissione**:

- In remissione precoce (3-12 mesi): nessun riscontro di criteri diagnostici per il Disturbo da Gioco d'Azzardo in un periodo superiore ai 3 mesi e inferiore ai 12 mesi, dopo che i criteri diagnostici erano stati soddisfatti;
- In remissione prolungata (> 12 mesi): dopo che i criteri diagnostici per il Disturbo da Gioco d'Azzardo erano stati soddisfatti, nessun criterio diagnostico viene riscontrato per un periodo superiore ai 12 mesi.

Rispetto al livello di **gravità**:

- Lieve: Presenza di 4 o 5 criteri.
- Moderato: Presenza di 6 o 7 criteri.
- Grave: Presenza di 8 o 9 criteri.

## 6.4 Comorbidità<sup>4</sup>

Alcuni autori (El Guebaly et al., 2006) evidenziano come la presenza di uso di sostanze stupefacenti e/o di disturbi dell'umore e d'ansia incrementino la probabilità di comparsa del DGA e di come tale rischio aumenti se tali disturbi sono associati tra loro.

Le ricerche sottolineano l'importanza d'integrare il trattamento dei disturbi in comorbidità in qualunque programma rivolto al DGA, poiché tali comorbidità influenzano significativamente l'outcome del trattamento stesso (Hodgins et al., 2010).

Un'ulteriore pubblicazione (Kausch, 2003) evidenzia che, in una popolazione di soggetti presi in carico per il trattamento del DGA, una rilevante percentuale (66,4%) aveva utilizzato **stupefacenti** nella sua vita e che il 58,1% di tali soggetti era ancora un consumatore attivo. **L'alcol** era la sostanza più comunemente utilizzata, seguita da marijuana e cocaina. Viene ricordato che i giocatori patologici possono manifestare comportamenti impulsivi e disfunzionali multipli, quali: tentativi di suicidio, shopping compulsivo e comportamento sessuale compulsivo.

La presenza di un contemporaneo abuso di sostanze può influenzare la frequenza di manifestazione di tali comportamenti disfunzionali. Questi fattori hanno importanti implicazioni nel trattamento e nella prevenzione della ricaduta, così come nei modelli teorici delle altre dipendenze.

<sup>4</sup> E. Cozzolino, G. Zita, "Approcci clinici al disturbo da gioco d'azzardo" in Mission 48

In una review di articoli, pubblicati tra il 1998 e il 2010 (Lorains et al., 2011) su una popolazione di giocatori d'azzardo problematici o patologici, vengono ricercate le comorbidità associate.

In tale lavoro si rileva la presenza di comorbidità, oltre che con l'utilizzo di nicotina, alcol e sostanze di:

- **disturbo dell'umore** (38% dei casi) e **disturbo d'ansia** (37%). Si pone comunque il problema di quanto questi disturbi fossero precedenti o successivi alla comparsa del DGA;
- disturbo di **Personalità Antisociale**: presente nel 29% dei casi, percentuale molto elevata rispetto alla popolazione generale.

Sui disturbi d'ansia e depressione è di particolare interesse il lavoro svolto da Blaszczynski e Nower (2002) per i quali i disturbi dell'umore e d'ansia possono interagire diversamente con il DGA determinando quadri clinici molto difforni tra loro per manifestazione, gravità e prognosi.

**La Teoria di Blaszczynsky** postula che il DGA sia l'esito dell'interazione di differenti fattori:

- la personalità;
- l'ereditarietà;
- l'ambiente.

In funzione di come queste tre dimensioni s'intersecano tra loro, l'autore individua tre percorsi (pathways) fondamentali cui sono riconducibili i vari quadri clinici.

**1. Giocatori d'azzardo condizionati nel comportamento:** In questa classe il paziente ha distorsioni cognitive e scarse abilità nei processi decisionali, raramente presenta utilizzo patologico di alcol o sostanze, la depressione e l'ansia sono conseguenza del gambling. Inoltre non c'è premorbidità psicopatologica, né Disturbo di Personalità Antisociale, né familiarità per il gambling. Questi pazienti **hanno un indice di gravità basso, una buona prognosi e raramente è necessaria una farmacoterapia.**

## TIPO I – Giocatori condizionati

### Condizionamento e schemi cognitivi distorti

Assenza di psicopatologia primaria rilevante

No temperamento impulsivo

No vulnerabilità genetica

Maggiore motivazione e compliance

Minore gravità, migliore prognosi

Efficacia trattamenti brevi

Possibile ritorno al gioco controllato (?)

2. **Giocatori d'azzardo con vulnerabilità emotiva:** In questa classe abbiamo presenza di distorsioni cognitive e scarse abilità nei processi decisionali, comorbidità più frequente in particolare per abuso di alcol, disturbi d'ansia e depressione. Presenza di premorbidità per depressione e disturbi d'ansia ma non per antisocialità, la famiglia è poco contenitiva. **Livello di gravità significativo con una prognosi più complicata. La farmacoterapia è mediamente utile.**

TIPO II – Giocatori emotivamente vulnerabili
Condizionamento e schemi cognitivi distorti
Psicopatologia primaria, abusi, traumi
Bassa autostima, precarie abilità cognitive
Gioco come modulatore emotivo
Gravità significativa
Trattamenti a lungo termine per gioco e psicopatologia
Impossibile ritorno al gioco controllato: astinenza totale

3. **Giocatori d'azzardo con impulsività antisociale:** Anche in questa classe si mantiene la presenza di distorsioni cognitive e di scarse abilità nei processi decisionali, ma la comorbidità è alta con presenza d'impulsività, ADHD, antisocialità, poliabuso di sostanze e alcol. È presente un alto livello di psicopatologia premoribile e di predisposizione biologica, il background familiare è **decisamente sfavorevole. La gravità è elevata, la prognosi severa, il trattamento dovrà essere di lunga durata, multidisciplinare e integrato, la terapia farmacologica è fondamentale.**<sup>9</sup>

TIPO III – Giocatori impulsivi antisociali
Condizionamento e schemi cognitivi distorti
Temperamento impulsivo in molti contesti di vita
Bassi livelli di funzionamento e/o comportamenti antisociali
Gravità elevata, prognosi severa
Bassa motivazione e compliance
Risposta scarsa ai trattamenti
Difficoltà a mantenere l'astinenza

<sup>7</sup> G. Bellio, Disturbo da Gioco d'Azzardo: eterogeneità, valutazione e trattamenti, Lovre 2019

<sup>8</sup> Idem



Per quanto riguarda i disturbi di personalità, un'ulteriore review e metanalisi del 2014 (Dowling et al., 2015) relativa alla rilevazione dei disturbi di personalità presenti in soggetti con diagnosi di Disturbo da gioco d'azzardo in trattamento, rileva come essi siano presenti nel 47,9% dei soggetti con la prevalenza del Cluster B, una percentuale minore del Cluster C e un Cluster A poco rappresentato (6,1%). In particolare erano rilevate le seguenti percentuali:

- Narcisistico 16,6%
- Antisociale 14%
- Evitante 13,4%
- Ossessivo-compulsivo 13,4%
- Borderline 13,1%

Anche in questo caso i rilievi degli studi relativi alle comorbidità ci segnalano costantemente **la necessità di sottoporre a screening specifici i pazienti**, al fine di evidenziare quanto il loro quadro clinico sia riferibile al disturbo da gioco, e quindi trattabile in quanto tale, e quanto sia invece riferibile ad altre dipendenze o psicopatologie associate che richiedono assessment e trattamenti specifici.

Questo approccio dovrebbe essere applicato anche al contrario, e cioè quando si presenta al Servizio una persona che richiede interventi per Disturbo da uso di sostanze.

È fondamentale non cadere nella trappola della categorizzazione delle dipendenze, per sostanza o comportamento, come se fossero patologie completamente diverse e separate tra loro.

I background neurobiologici, le caratteristiche d'impulsività, risk seeking, compulsività, psicopatologia associata, ecc., rendono ragione di quanto i quadri clinici possano trasmutare l'uno nell'altro o associarsi in stati comorbili e/o di poliabuso che devono essere valutati nella loro complessità.

Non vanno infine dimenticati altri fattori di vulnerabilità quali i **Deficit Cognitivi** (Vocci, 2008) (Goldstein et al., 2009) che, essendo in grado di influenzare negativamente la consapevolezza di malattia e la disponibilità alla cura, peggiorano sensibilmente gli outcome e favoriscono il drop-out.

Tali deficit, nei soggetti giocatori patologici, possono essere anche superiori a quelli riscontrabili nei soggetti con Disturbo da uso di sostanze (Goudriaan et al., 2006) (Conversano et al., 2012).

La presenza di deficit cognitivi compromette funzioni esecutive quali:

- pianificazione;
- giudizio;
- decision-making;
- anticipazione;
- ragionamento;
- soppressione di eventi non necessari;
- inibizione di risposte inappropriate.

## 6.5 ELEMENTI DI VULNERABILITÀ E SOGGETTI A RISCHIO

Sulla base di varie segnalazioni bibliografiche<sup>10</sup>, le persone su cui concentrare attenzioni preventive (e quindi soggetti da attenzionare in un'ottica di intercettazione precoce), in quanto presentano un maggior rischio di sviluppare un comportamento di gioco d'azzardo patologico sono:

- 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 con false e distorte credenze sulla fortuna e sulla 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 al genere femminile;
- Persone divorziate;
- Adulti/anziani con carenti attività ricreative e socializzanti (anti-noia).

Relativamente agli adolescenti e giovani particolare attenzione va posta ai ragazzi che presentano:

- **Abuso di bevande alcoliche** (Barnes 2011, Fisher 2001, Engwall 2004, LaBrie 2003, Welte 2004);
- **Familiarità con gioco d'azzardo problematico o patologico**: il 20% dei soggetti con GAP ha familiari affetti dalla stessa patologia. È stato osservato, inoltre, che la possibilità di insorgenza del GAP è 3 volte superiore se presente in famiglia un genitore con GAP e diventa 12 volte superiore se ci sono nonni con GAP. Nella familiarità giocano un ruolo importante sia gli aspetti genetici (che spesso si manifestano con un'alterazione dei comportamenti e un forte grado di impulsività) (Gambino B et al., 1993; Lesieur HR et al., 1988), Potenza MN et al., 2003, sia i modelli educativi e i comportamenti dei genitori che possono evocare una emulazione comportamentale (Ibanez 2002, Gambino 1993).
- **Difficili rapporti con i familiari**, caratterizzati da relazioni non soddisfacenti, scarso controllo/monitoraggio genitoriale, povertà di stimoli, bassa percezione della condizione economica della famiglia;
- **tempo libero non strutturato** (Moore 2000, Blaszczynski 1990);
- **eventi negativi della vita** (Bergevin 2006) che creano una vulnerabilità psicologica (McCormick 2011);
- **maltrattamento infantile** (Petry 2005).
- **scarsa capacità di coping** (Gupta 2000, Lesieur 1987), o utilizzo di strategie di coping legate alle emozioni, e non agli obiettivi (Bergevin 2006);
- **elevata estroversione**, un basso grado di conformismo e autodisciplina, soprattutto se accompagnate da scarse capacità di comportamento adattivo (Dickson 2002);
- **difficoltà di adattamento sociale e psicologico**, con comportamenti ad alto rischio (Griffiths 1998; Maden 1992; Winters 2000; Vitaro 2001; Yeoman 1996);
- **scarsi risultati scolastici**, maggiore frequenza di sospensioni da scuola rispetto ai non-giocatori problematici (Ladouceur 1999) e assenze ingiustificate (Fisher 1999).

Negli adulti e in particolare modo nella popolazione over 65 anni, particolare attenzione va posta alle persone sottoposte a terapia con farmaci che aumentano la tendenza al gioco. Essi sono già stati segnalati nella raccomandazione CE del 7 novembre 2006 (e successiva informativa AIFA del febbraio 2007) che metteva in evidenza come tutti i farmaci della classe dopaminoagonisti (utilizzati nella sindrome di Parkinson, nella sindrome delle gambe senza riposo e dei disturbi endocrini) possono indurre un aumento della tendenza al GAP.

<sup>10</sup> 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

# CAPITOLO 7: IL LAVORO DI RETE

Il gioco d'azzardo, in quanto problema di salute pubblica, coinvolge non solo il giocatore e la sua famiglia ma anche la comunità in cui è inserito.

La complessità, l'eterogeneità, la multifattorialità, la difficoltà di identificazione e aggancio – evidenziati anche dal gruppo di lavoro – rendono necessario un approccio di rete<sup>11</sup>, a più livelli:

- Nei Servizi Specialistici, **attivando un'Équipe multiprofessionale**: l'esperienza mostra come la collaborazione tra professionalità differenti e la sinergia tra saperi e pratiche diversificate (psicologici, medici, sociali, educativi), garantisca maggior efficacia nelle risposte al giocatore patologico e alla sua famiglia.

- A livello di **Rete interistituzionale e territoriale**, favorendo la costituzione di un'equipe interistituzionale allargata che coniughi "il sapere dell'equipe clinica" con il "sapere del territorio", permettendo la messa a punti di strategie operative efficaci tra i diversi attori istituzionali impegnati ad affrontare il fenomeno e contribuendo all'incremento dell'empowerment di comunità (Zani, 2012).

- Attraverso **le reti formali e informali del giocatore**: il gioco d'azzardo patologico non coinvolge solo il giocatore, ma una molteplicità di soggetti e contesti: la famiglia, coinvolta a vario titolo anche nella clinica, la parentela, gli amici, i colleghi di lavoro, i vicini di casa, i gestori di locali con apparecchi da gioco, gli istituti di credito. Occorre porre attenzione a quali attori possano essere coinvolti in un progetto di rete di supporto al giocatore d'azzardo e definire azioni e modalità operative, al fine di sostenere la motivazione e supportare il percorso di cura, permettere di condividere la responsabilità con più soggetti, alleviare le responsabilità delle persone prossime, mobilitare la rete riattivando i legami, stimolare empowerment.

A tal proposito il gruppo di lavoro del Tavolo Intercettazione e presa in carico ha definito a livello territoriale nell'area di riferimento del Distretto Bergamo Est:

- La presenza di una Rete di intercettazione, articolata e composta da un'ampia platea di soggetti. La mappa seguente rappresenta le tipologie di interlocutori individuati come possibili agenti di aggancio delle situazioni problematiche.

## Mappa 1 - La rete di intercettazione



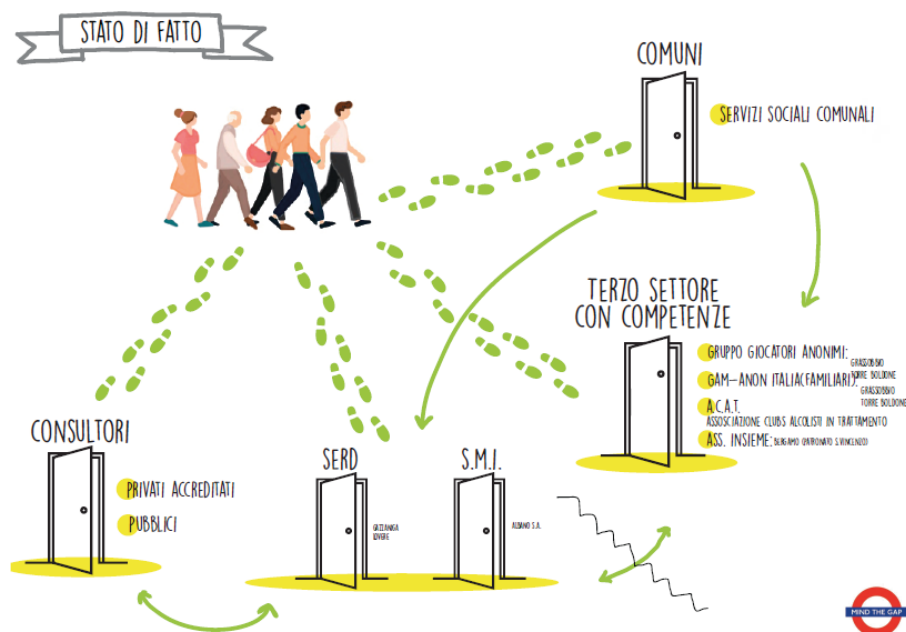
<sup>11</sup> V. Cocci, M. Pini, A. Alfano, Le "reti" nel Gioco d'Azzardo Patologico tra clinica e prevenzione, in Il gioco d'azzardo patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura. A cura di G. Lavanco, 2013

<sup>12</sup> Idem

- La definizione di una collaborazione all'interno del sistema dei servizi che preveda l'attenzione da parte di tutti i soggetti afferenti alla rete di intercettazione nel far riferimento a Ser.D e S.M.I. per la gestione della presa in carico dei giocatori problematici e patologici, favorendo, quando possibile, l'accesso delle persone a questi servizi per la valutazione multidisciplinare, anche attraverso forme di accompagnamento.
- la necessità di un supporto/formazione continua e permanente degli interlocutori afferenti alla rete di Intercettazione sia rispetto al fenomeno e alle sue continue evoluzioni, alle possibili modalità di "accompagnamento" dei soggetti problematici verso il Sistema dei Servizi. Tale formazione e/o supporto permanente deve essere "targhettizzato" in funzione delle caratteristiche degli interlocutori e dei contesti coinvolti (anche molto diversi fra loro).

Le mappe seguenti descrivono le modifiche tra lo stato di fatto dell'accesso dei soggetti problematici alla rete dei servizi prima del progetto e la nuova definizione.

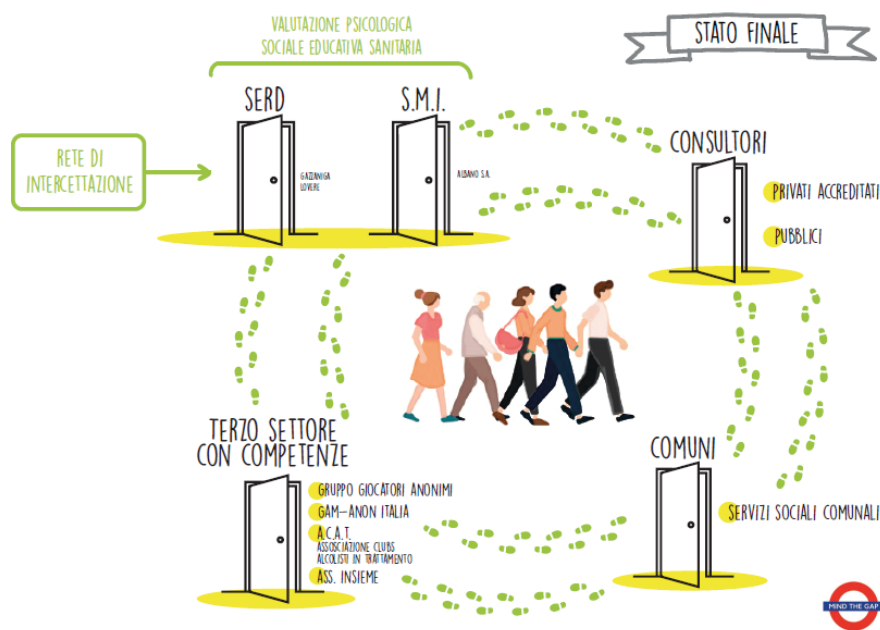
## Mapa 2 - Lo stato di fatto



Nella mappa 2 si evidenzia come in questo momento le persone/famiglie accedano ai Servizi in maniera frammentata e discontinua. Ciò comporta la necessità di una continua ri-definizione e riorientamento delle richieste di aiuto delle persone, più secondo le specificità dei servizi, che secondo i bisogni sottesi alle singole situazioni.

Conseguenza è la generazione di percorsi frammentati e discontinui, dentro i quali la possibilità di perdita dell'aggancio delle persone/famiglie in difficoltà aumenta considerevolmente. Se da un lato è necessario non trascurare le motivazioni che spingono una persona/famiglia a scegliere una "porta" piuttosto che un'altra, dall'altro non si può non negare che i passaggi da un servizio all'altro, se non gestiti adeguatamente, portino ad un aumento del drop out e conseguentemente all'aggravamento delle situazioni invece che alla loro cura e sostegno.

### Mapa 3 - Lo stato finale



La mappa 3 vuole rappresentare:

- come una rete di Intercettazione formata e supportata possa essere maggiormente efficace nell'accompagnare ai servizi preposti alla valutazione multidisciplinare le persone in difficoltà, riducendo discontinuità e frammentazione;
- come sia necessario aumentare l'integrazione all'interno della rete, mantenendo "al centro" la persona/famiglia e co-costruendo progetti terapeutici condivisi ed integrati fra servizi.

## CAPITOLO 8: IDENTIFICAZIONE PRECOCE

Il gruppo di lavoro del "Tavolo Intercettazione e presa in carico" rileva una difficoltà significativa da parte di familiari, ma anche degli stessi operatori territoriali, nell'identificare precocemente le persone con un comportamento di gioco problematico.

A questo proposito si citano alcuni dei comportamenti evidenziati frequentemente dai giocatori problematici:<sup>13</sup>

#### Tempo:

- Maggior quantità di tempo trascorso fuori casa;
- Ritardi agli appuntamenti;
- Dimenticanza di impegni importanti;
- Frequenti ritardi al lavoro o a scuola;
- Assenza per lunghi periodi di tempo senza spiegazioni.

#### Personalità:

- Modifica di abitudini alimentari e sessuali;
- Presenza di problemi di sonno;
- Presenza di sbalzi di umore e/o improvvisi scatti di ira;
- Ansia, depressione, irritabilità;
- Tendenza a mentire sul gioco e sui soldi persi;
- Presenza di pensieri e dialoghi frequenti sul gioco, con distorsioni cognitive e fantasie di supervincita;
- Scarsa cura di sé;
- Tendenza a trascurare gli affetti familiari e i figli;
- Tendenza al ritiro sociale.

<sup>13</sup> A. Iozzi, P. Mannari, I campanelli d'allarme per l'identificazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico, in G. Lavanco (a cura di), Il gioco d'azzardo patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura, Pisa 2013

# CAPITOLO 9: STRUMENTI DI SCREENING

Al fine di facilitare l'identificazione precoce possono essere utilizzati strumenti di screening. Ne esistono molti. Si presentano di seguito due strumenti di facile utilizzo e che possono essere proposti come **strumenti di autovalutazione**.

## 1. Canadian Problem Gambling Index (CPGI)

Il Canadian Problem Gambling Index (CPGI; Ferris & Wynne, 2001), adattato e validato a livello nazionale (Colasante et al. 2013) è stato sviluppato per valutare la problematicità del gioco d'azzardo in diverse tipologie di persone.

Permette di classificare le persone in diverse categorie di giocatori:

- giocatore non problematico;
- giocatore a rischio;
- giocatore con problemi moderati;
- giocatore con problemi gravi.

*Si riporta nell'allegato 1 il test CPGI.*

## 2. South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Il questionario SOGS, steso da Lesieur e Blume (1987), è uno dei più noti strumenti di rilevazione del gioco patologico a livello mondiale. La prima traduzione italiana del SOGS è opera di Cesare Guerreschi e di Stefania Gander.

Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati.

Fornisce informazioni su molteplici aspetti:

- il tipo di gioco privilegiato;
- la frequenza delle attività di gioco;
- la difficoltà a giocare in modo controllato;
- la consapevolezza circa il proprio problema di gioco;
- i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare;
- il tornare a giocare per tentare di recuperare il denaro perso;
- le menzogne circa le attività di gioco;
- il giocare più della somma prevista inizialmente;
- l'allontanarsi dal lavoro o dalla scuola;
- il prendere in prestito denaro per giocare, e i prestiti non rimborsati;
- indizi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco, o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti;
- l'eventuale presenza di familiari che hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.

Il valore massimo che si può ottenere è venti punti. Secondo i suoi autori, un valore di tre o quattro punti è indice di difficoltà potenziali circa il gioco, mentre coloro i quali ottengono un livello di cinque punti o più hanno un problema di gioco manifesto.

È così che un punteggio che raggiunge o supera nove testimonierebbe la presenza di un problema grave.<sup>14</sup>

Il SOGS è tanto affidabile quanto valido (Lavanco, 2001; Stinchfield et al., 2010) anche se molti studi hanno evidenziato che questo strumento tenda a sovrastimare il numero dei giocatori eccessivi ("falsi positivi") (Ladouceur et al., 2000).<sup>15</sup> Per tale motivo non si dovrebbe stabilire alcuna diagnosi utilizzando solo questo questionario, e andrebbe associato almeno un secondo strumento.<sup>16</sup>

La versione per adolescenti dello strumento, SOGS-RA (Winters et al., 1993, traduzione italiana Del Miglio et al. 2005), è il test maggiormente utilizzato in ambito internazionale per la valutazione del gioco d'azzardo su campioni di adolescenti.

*Si riporta nell'allegato 2 il test SOGS.*

<sup>14</sup> D. Capitanucci, T. Carlevaro. Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo di gioco d'azzardo patologico, 2004

<sup>15</sup> G. Lavanco (a cura di), Il gioco d'azzardo patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura, 2013

<sup>16</sup> D. Capitanucci, T. Carlevaro. Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo di gioco d'azzardo patologico, 2004

# CAPITOLO 10: INDICAZIONI PER I PERCORSI DI CURA

Il GAP è una forma di dipendenza in cui non è implicato un oggetto esterno; l'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata.

Goodman ha proposto (2008) dei criteri diagnostici per le dipendenze comportamentali molto simili a quelli delle dipendenze da sostanze raggruppando negli "Addictive disorders" disturbi da uso di sostanze psicoattive, bulimia nervosa, GAP, dipendenze sessuali.<sup>17</sup> Lo stile comportamentale del giocatore patologico, in definitiva, è molto simile a quello della persona dipendente da sostanze psicoattive come (es. mentire per occultare il gioco, evitare sentimenti, adottare strategie lecite e illecite, ecc.).

La fenomenologia del GAP evidenzia le principali caratteristiche dell'addiction:

- **Craving:** Il giocatore avverte un bisogno intenso e incontrollabile di tornare a giocare. Tale bisogno è tale che per la persona tornare a giocare è la cosa più importante in quel momento, più della famiglia, del lavoro, della propria salvaguardia. Il craving viene vissuto come una necessità che va appagata immediatamente a qualsiasi costo. Spesso la comparsa è facilitata da alcuni fattori: disponibilità di denaro, recente perdita/recente vincita, prossimità di luoghi di gioco. Lo stato di disforia e di eccitazione che il giocatore d'azzardo prova è paragonabile a quello prodotto dall'assunzione di sostanze stupefacenti.
- **Tolleranza:** Il giocatore patologico perde il controllo sul comportamento del gioco; con il passare del tempo impiega maggiori somme di denaro e dedica sempre più tempo al gioco per raggiungere l'eccitazione desiderata. Continua a giocare nonostante le conseguenze negative a livello familiare, professionale e sociale.
- **Astinenza** (Bellio et al., 2010): Quando tenta di ridurre o interrompere il gioco presenta una sintomatologia astinziale caratterizzata da irritabilità, irrequietezza, flessione del tono dell'umore, ansia, insonnia.

Infine, un'analogia importante tra le dipendenze comportamentali e le dipendenze da sostanze riguarda la possibile presenza di dinamiche familiari e relazionali disfunzionali, che contribuiscono ad alimentare e mantenere l'equilibrio patologico familiare (Castellani e Rugle, 1993; Comings et al., 2001). Durante gli anni di gioco o di abuso di sostanze, infatti, i ruoli familiari diventano come "congelati" e i legami si organizzano intorno al sintomo del paziente o meglio del "paziente designato".

Paradossalmente queste famiglie sviluppano un equilibrio relazionale basato sull'esistenza del gioco patologico o della sostanza di abuso in uno dei suoi membri: l'astinenza diventerebbe così un elemento destabilizzante tale, comunque, da richiedere un percorso di sostegno alla famiglia per evolvere verso la ristrutturazione e l'autentico cambiamento.

Gli studi sulle evidenze scientifiche sui trattamenti dei giocatori patologici si stanno lentamente accumulando. Le ricerche sui trattamenti e le linee guida presenti nella letteratura internazionale offrono tuttavia per lo più un quadro preliminare ed essenzialmente indirizzato a valutare l'efficacia dei singoli programmi terapeutici e non ancora quella di programmi complessi, multimodali e integrati.

Considerato l'eterogeneità e la comorbidità dei soggetti con disturbi da gioco d'azzardo patologico diventa fondamentale:

- evitare interventi monomodali, a favore di **trattamenti multimodali** che sembrano rappresentare l'approccio più corretto (Korn, Shaffer, 2004, AAVV, 2007).

"Nessun singolo trattamento è appropriato per chiunque" – Principio 2 del NIDA 2012;

- porre attenzione ai **molteplici bisogni dell'individuo**, con conseguente necessità di attivare **un lavoro di rete**.

"Un trattamento efficace si prende cura dei molteplici bisogni dell'individuo, non solamente del suo abuso di droga" – Principio 4 del NIDA 2012;



- che i **trattamenti** siano **personalizzati**, tengano conto delle aspettative e dei bisogni della persona, nonché delle sue caratteristiche e della tipologia di dipendenza;
  - che i programmi siano facilmente accessibili (Korn e Shaffer, 2004);
  - che il programma di intervento venga **monitorato in modo continuo e modificato al variare dei bisogni** e delle condizioni (Korn e Shaffer, 2004);
  - che in presenza di **disturbi mentali** i trattamenti devono essere condotti su entrambe le aree in modo integrato (Korn e Shaffer, 2004);
  - che si tenga conto dell'eventuale consumo di sostanze.
- La tipologia di Blaszczynski offre suggerimenti relativamente alla tipologia di trattamenti da adottare:

**1. Tipo I Blaszczynski:** i soggetti afferenti a questa tipologia sono caratterizzati da assenza di particolari condizioni psicopatologiche, livelli normali di impulsività, una vita familiare e relazionale sufficientemente conservata.

Spesso sono pertanto sufficienti **interventi brevi**, poco invasivi, che prevedano:

- Rinforzo motivazionale;
- Psico-educazione familiare e individuale;
- Limitazione comportamentale all'accesso al denaro;
- Counselling di gestione finanziaria;
- Trattamenti di counselling manualizzati brevi;
- Interventi cognitivi sulle distorsioni cognitive;
- Intervento di prevenzione delle ricadute.

**2. Tipo II Blaszczynski:** il trattamento di questi soggetti deve tener conto della comorbilità psichiatrica in atto, soprattutto di tipo affettivo. L'approccio terapeutico si avvantaggia di una cornice affettiva che mira a incrementare l'alleanza terapeutica e la relazione di aiuto. Sono indicati:

- Psicoterapia di sostegno;
- Limitazione comportamentale all'accesso al denaro;
- Psico-educazione familiare e individuale;
- Trattamento delle distorsioni cognitive;
- Trattamento farmacologico della comorbilità psichiatrica e/o del GAP;
- Rinforzo delle life skills, supporto alla gestione del tempo libero;
- Counselling di gestione finanziaria;
- Prevenzione delle ricadute;
- Terapia familiare;
- Gruppi di autoaiuto;
- Attenzione al consumo di sostanze.

**3. Tipo III Blaszczynski:** si tratta di soggetti con prognosi severa e condizionata da forte impulsività, frequente presenza di comorbilità psichiatrica, di tratti antisociali, da abuso di sostanze e scarso supporto dalla rete familiare. Il trattamento deve tener conto di ciò che è concretamente perseguibile. Sono in linea generale indicati:

- Limitazione comportamentale all'accesso al denaro;
- Psico-educazione e sostegno familiare (se possibile);
- Trattamento dell'impulsività;
- Trattamento farmacologico della comorbilità psichiatrica e/o del GAP;
- Trattamento dell'abuso di sostanze;
- Programmi di supporto e di reinserimento sociale e lavorativo;
- Terapia familiare;
- Counselling di gestione finanziaria;
- Supporto alla gestione del tempo libero;
- Gruppi di autoaiuto.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> G. Bellio, "L'ambulatorio per il gioco d'azzardo patologico nei servizi pubblici per le dipendenze: modelli organizzativi, prospettive, criticità", in G. Bellio, M. Croce (a cura di), "Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti", 2014

# CAPITOLO 11: LA PRESA IN CARICO DEI SERVIZI SPECIALISTICI AMBULATORIALI

I Ser.D e i Servizi Multidisciplinari integrati (S.M.I.) garantiscono l'accoglienza delle richieste dei singoli utenti e delle loro famiglie. L'accesso ai Servizi è diretto, senza necessità di prenotazione, né di richiesta medica nel rispetto della privacy e, ove richiesto, dell'anonimato. Il percorso ambulatoriale prevede un'articolazione in fasi.

## a) Intake e Accoglienza

È costituita da colloqui con l'utente o la famiglia volti a:

- ascoltare la richiesta dell'utente e/o della famiglia,
- ascoltare la problematica di dipendenza e prendere informazioni necessarie per un'eventuale successiva fase diagnostica.

Fondamentale in questa fase è l'intervento di counselling familiare, anche in assenza di motivazione del giocatore. L'accoglienza del giocatore o del familiare/persona di riferimento rappresenta un momento particolarmente significativo e delicato: è finalizzato alla costruzione di una sufficiente compliance terapeutica.

In un primo colloquio è importante:

- valutare le urgenze (gravi disturbi mentali, rischio suicidario, perdite economiche "emorragiche", bisogni primari);
- favorire l'aggancio del paziente e rinforzare le motivazioni;
- effettuare un'osservazione delle modalità di funzionamento psichico;
- effettuare un primo inquadramento della tipologia di giocatore secondo la Teoria di Blaszczynsky (paragrafo 6.4);
- avviare la valutazione multidisciplinare.

## b) Assessment - Valutazione multidisciplinare

Fornisce una base per lo sviluppo di un'alleanza con il paziente, per la comprensione del problema del gioco d'azzardo e la persona stessa, una traccia per la pianificazione del trattamento, e un punto di riferimento per il monitoraggio del trattamento e follow-up. Si basa su una valutazione multidisciplinare integrata e coinvolge le diverse professionalità dell'equipe, comprendendo il colloquio individuale e altri strumenti di valutazione.

Consiste nella ricostruzione anamnestica e nella raccolta di elementi utili:

- alla comprensione della domanda di aiuto;
- alla diagnosi del problema;
- a valutare la presenza di risorse utili al trattamento così come di fattori problematici o interferenti.

È finalizzata alla raccolta di dati rilevanti per l'inquadramento del caso, per la rilevazione di eventuali comorbilità e per una valutazione di gravità che consenta di indirizzare la presa in carico. Vanno tenuti in considerazione:

- l'anamnesi generale, mirata alle problematiche specifiche del DGA e dell'eventuale associazione con abuso di sostanze legali e illegali;
- la rilevazione di eventuali altri comportamenti di addiction attuali o pregresse;
- la valutazione di eventuale presenza di comorbilità;
- la presenza di fattori di vulnerabilità e di resilienza, quantificare problemi e risorse;
- la diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo;
- la ricostruzione della storia del comportamento, delle esperienze e delle condotte di gioco d'azzardo;
- la valutazione dell'impatto del gioco d'azzardo sul piano individuale, interpersonale e sociale;
- l'analisi del comportamento attuale di gioco e del relativo indice di gravità;
- la valutazione del funzionamento del sistema familiare e delle risorse di rete;
- la rilevazione della presenza di eventuali eventi traumatici e di comportamenti violenti;
- l'analisi delle abilità socio-lavorative e della situazione economica, debitoria e legale;

È opportuna e consigliata la valutazione di eventuali patologie somatiche pregresse e in atto.

## 11.1 STRUMENTI DI VALUTAZIONE

I principali strumenti utilizzati la valutazione multidisciplinare sono:

- il colloquio clinico;
- la raccolta anamnestica;
- l'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati.

## 11.2 LE SCALE DI VALUTAZIONE

Hanno la funzione di fornire agli operatori informazioni rapide a sostegno delle ipotesi che vengono formulate durante i colloqui. In alcuni casi le scale forniscono dati discordanti con quanto rilevato direttamente ai colloqui, dando occasione di approfondimento. Presentano il vantaggio della standardizzazione, ovvero la garanzia di raccogliere informazioni con modalità costanti che minimizzano i fattori legati all'intervistatore e al contesto.

Sono molti gli strumenti disponibili, validati anche in lingua italiana. La scelta di quali strumenti psicometrici è delicata e legata alla formazione degli operatori e al modello interpretativo adottato dai servizi.

Si citano di seguito, solo a titolo esemplificativo alcuni degli strumenti maggiormente diffusi (oltre alle scale già presentate nel paragrafo relativo agli strumenti di screening -SOGS e CPGI), senza alcuna pretesa di esaustività e rimandando alla letteratura specifica di settore per il loro approfondimento:

- **Intervista diagnostica sul GAP di Ladouceur** (Ladouceur et al. 2000), intervista semi-strutturata sviluppata da Ladouceur et al. allo scopo di disporre di uno strumento che orienti il colloquio clinico e che permetta di approfondire differenti aspetti legati alla storia e all'evoluzione del problema del gioco<sup>19</sup>.

- **Questionari sull'auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur** (Ladouceur et al. 2003), strumento diagnostico e terapeutico che Ladouceur e la sua équipe ritengono utile chiedere al giocatore di riempire ogni giorno durante il trattamento. Ogni giorno il giocatore riporta la sua valutazione su una scala da 0 a 100, in merito al suo livello di autocontrollo in rapporto al problema di gioco, alla sua soglia di tolleranza personale, al saper resistere al gioco o di astenersene, il desiderio di giocare, la frequenza di gioco, tempo e denaro perso, le emozioni provate nella giornata e il contesto o gli avvenimenti particolari che hanno potuto provocare l'episodio di gioco o suscitare il desiderio di giocare<sup>20</sup>.

- **GABS - Gambling Attitudes and Beliefs Survey** (Bretin e Zuckerman 1999 trad. it. Capitanucci, Carlevaro 2004), strumento pratico e di veloce somministrazione, che affronta in modo diretto alcune delle aree di comportamento ed i percorsi di pensiero tipici del giocatore patologico. Non vi è segnalato un cut-off per discriminare le categorie di giocatore sociale, eccessivo, patologico. Presuppone che chi utilizza il dato, abbia già una buona conoscenza in materia di gioco d'azzardo patologico, per poter comprendere appieno il significato delle risposte date dal paziente ai singoli item<sup>21</sup>.

- **ABQ Addictive Behavior Questionnaire** (Caretti et al. 2016), Self report per la formulazione della diagnosi di disturbo additivo secondo le indicazioni fornite dal DSM -5 e permette di poter elaborare una diagnosi sia categoriale che dimensionale per l'assessment delle diverse forme di addiction (compreso comportamento problematico relativo all'uso di internet). Permette di avere un quadro dimensionale specifico della gravità del craving, per migliorare il ragionamento professionale e il decision making. Presa in esame delle variabili psicopatologiche e comportamentali individuali: valutando le condizioni sintomatiche soggettive alla base dei comportamenti additivi, l'ABQ consente al clinico la costruzione, il monitoraggio e l'organizzazione dell'intervento terapeutico più individualizzato a favore del paziente.

- **GBS-A - Gambling Behaviour Scale/or Adolescents** (Primi C., Donati M.A., Chiesi F.), questionario auto-somministrato che indaga errori cognitivi, credenze irrazionali e atteggiamenti correlati con il gioco d'azzardo, con un sistema di valutazione basato sul grado di accordo con gli item. Non esiste cut-off per differenziare giocatori sociali, problematici e patologici<sup>22</sup>

- **GRCS - Gambling Related Cognitions Scale**, validata anche in Italia (Donati et al., 2015). Misura 5 variabili cognitive: Illusione di controllo della sorte, Controllo predittivo dell'esito, Distorsioni interpretative, Aspettative dal gioco, Incapacità a smettere di giocare<sup>23</sup>.

- **NODS-NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems** (Gerstein et al. 1999): basata sui criteri DSM-IV, sviluppata dal National Opinion Research Center dell'Università di Chicago. Adatta per interviste telefoniche, per indagini di popolazione, per la valu-

<sup>19</sup> D. Capitanucci, T. Carlevaro, Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo di gioco d'azzardo patologico, 2004

<sup>20,21</sup> Idem <sup>22</sup> P.Jarre, Diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, in I CONVEGNO NAZIONALE Il gioco d'azzardo in Italia, 18 ottobre 2018, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

<sup>23</sup> G. Bellio, A. Florin, Il modello di valutazione diagnostica dell'ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico di Castelfranco Veneto, 2015

tazione clinica e il follow-up<sup>24</sup>.

- **SCL-90-R Symptom Checklist** (Derogatis et al., 1970), scala sintomatologica che misura lo stato psicopatologico generale negli ultimi 7 giorni. Può essere somministrata anche più volte (test e retest, outcome del trattamento)<sup>25</sup>.

- **BIS 11 Barratt Impulsiveness Scale** (Patton et al, 1995), Misura tre dimensioni dell'impulsività: Impulsività motoria, Impulsività cognitiva/attentiva, Impulsività da non pianificazione<sup>26</sup>.

- **UPPS-P Impulsive Behavior Scale** (Cyders e Smith, 2007), Misura cinque dimensioni dell'impulsività: Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation seeking, Positive<sup>27</sup>.

In considerazione della sovrapposizione di comportamenti a rischio per la salute associati al Disturbo da Gioco d'Azzardo è consigliata l'esecuzione di esami ematochimici e screening infettivologici.

Per la formulazione di un progetto terapeutico personalizzato può essere opportuno utilizzare anche strumenti per la valutazione generale e dei tratti di personalità, quali ad esempio MMPI 2- Minnesota Multiphasic Personality Inventor, MCL-III Millon Clinical Multiaxial Inventory - III, SCL 90 Symptom Checklist-90-R, BIS-II Barrat Impulsiveness Rating Scale, ICF Dipendenze - International classification of functioning.

Vi sono inoltre strumenti, come ad es. il **Core-Om - Clinical outcome routine evaluation outcome measure** e il **Mate**, che oltre a supportare la valutazione clinica iniziale, permettono la valutazione del follow up del trattamento e dei suoi esiti.

### 11.3 TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

A tutt'oggi non c'è alcun trattamento farmacologico specifico e ben validato per il gioco d'azzardo patologico. Tuttavia i risultati di studi clinici controllati sembrano suggerire che i giocatori patologici rispondano al trattamento farmacologico.<sup>28</sup>

Senza entrare nel merito delle categorie farmacologiche, sembra possibile affermare che una **farmacoterapia dovrebbe trovar luogo all'interno di un programma multimodale, integrato con altri interventi psicoterapici o socio-riabilitativi.**

Elementi che dovrebbero far considerare l'importanza di valutare l'adozione di una terapia farmacologica dovrebbero essere:

- presenza di comorbidità psichiatrica;
- compresenza di ansia, depressione, disturbi spettro bipolare;
- Presenza di ADHD in età adulta;
- bassi livelli intellettivi o di abilità cognitive;
- tratti e sintomi comportamentali rilevanti;
- difficoltà elevate a mantenere l'astinenza e craving persistente e resistente;
- abuso di alcool o altre sostanze;
- impulsività molto elevata;
- interventi psicoterapici o comportamentali poco efficaci o non attuabili.

### 11.4 INTERVENTI PSICOLOGICI

Considerata la complessità e la molteplicità delle dimensioni coinvolte dal DGA (individuali, familiari, sociali ed economiche) il trattamento si caratterizza come un intervento multimodale ed integrato, rivolto al giocatore e ai suoi familiari. Gli interventi terapeutici utilizzati nell'ambito del DGA sono vari e differenziati sia in ambito nazionale che internazionale.

Può essere importante un **intervento di psico-educazione**, volto a far conoscere ai giocatori patologici i meccanismi di avvio e di mantenimento del disturbo.

Rispetto agli interventi psicoterapici, dalla revisione della letteratura scientifica si rileva una maggior frequenza dell'utilizzo e una maggiore efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale associato all'intervento motivazionale (Picone 2010; Grant, Potenza, 2010; Petry, Ginley e Rash, 2017).

Gli interventi psicoterapici possono essere individuali o di gruppo.

## 11.5 INTERVENTO MOTIVAZIONALE

È un dato accertato che solo una parte dei giocatori patologici giunga ai servizi (Gupta et al. 2004, Ladoucer et al. 2004, Suurvali et al. 2008, Croce e Jarre 2017). Si stima che si rivolgano ai servizi con una richiesta di aiuto tra il 7 e il 12% dei giocatori patologici e che coloro che chiedono un trattamento sono certamente i casi più gravi<sup>29</sup>. Peraltro non è scontato che coloro che si rivolgono ai servizi siano realmente motivati al trattamento. Spesso si presentano ad esempio per pressione dei familiari.

Molti drop out sono dovuti alla scarsa motivazione (Wulfert, Blanchard e Freidenberg, 2006).

L'intervento motivazionale, che si colloca pertanto a cavallo tra la fase di valutazione multidimensionale e quella della cura, è pertanto fondamentale per sostenere e incrementare la motivazione al cambiamento.

Dalla letteratura scientifica emergono due importanti interventi di counselling motivazionale:

- il Motivational interviewing (MI): è uno stile di counselling non manualizzato, non direttivo, centrato sul paziente, che mira ad assistere le persone ad esplorare e risolvere l'ambivalenza relativa al cambiamento comportamentale. L'obiettivo è chiarire gradualmente l'ambivalenza legata al cambiamento comportamentale e far emergere un discorso collegato al cambiamento usando tecniche di informare con scelte, ascoltare con un obiettivo, e porre domande curiose. L'intervento è fondato sulla collaborazione tra operatore e paziente, rispettando il diritto, ma anche la capacità del paziente di fare scelte in modo informato, ascoltandolo con empatia.

- il Motivational Enhancement Therapy (MET): tecnica del colloquio motivazionale, manualizzata, basata su interventi specifici, sviluppati dall'approccio MI che consiste in 4/5 sedute.

I risultati della review della letteratura, indicano che gli interventi di MI e MET sono efficaci nel ridurre sia l'entità delle giocate e la frequenza del gioco sia, in alcuni casi, anche il disagio psicologico legato alla patologia (Cevrosky et al. 2007, Tcakushl et al. 2004, Wulfert, 2006). Costituisce pertanto un approccio raccomandato nei confronti dei pazienti con disturbo da gioco d'azzardo.

## 11.6 MINDFULNESS

Mindfulness significa 'consapevolezza'. È una pratica che ha origini nella tradizione millenaria del Buddismo Theravada che consiste nel diventare consapevoli, nei momenti in cui la pratichiamo, della nostra esperienza, così com'è, con atteggiamento non giudicante e gentile/compassionevole. Con la "consapevolezza mindful", il flusso di energia e informazioni che costituiscono la nostra mente entra nella nostra attenzione cosciente. Anziché vivere in modo automatico e superficiale (mindless), la Mindfulness sviluppa una certa forma di attenzione alle nostre esperienze nel qui ed ora, per quanto piccole possano essere. Ne consegue un'attenzione consapevole alle nostre sensazioni, vissuti corporei, emozioni e pensieri.

Alcuni studi scientifici hanno dimostrato che applicazioni specifiche della "consapevolezza mindful" migliorano la nostra capacità di regolare le emozioni, di contrastare le disfunzioni emotive, di migliorare i pattern di pensiero e di ridurre gli assetti mentali negativi. Le ricerche su alcune dimensioni delle pratiche di "consapevolezza mindful" rivelano che esse rafforzano anche il funzionamento del corpo: la sua capacità di guarigione, le risposte immunitarie, la reattività allo stress e il senso generale di benessere fisico sono rafforzati dalla Mindfulness. Anche le nostre relazioni con gli altri migliorano.

In quest'ottica la mindfulness può essere uno "strumento" utile per meglio gestire e controllare anche quei comportamenti impulsivi e compulsivi che per alcune persone possono portare a sviluppare problematiche legate al gioco d'azzardo, all'ipersessualità, allo shopping compulsivo etc...

Da qualche anno il metodo trova infatti applicazione nell'area delle dipendenze e nel trattamento del gioco d'azzardo patologico. Risulta efficace in particolare nel favorire la diminuzione della "ruminazione mentale" e nell'aumentare la capacità di accettare l'esperienza così come si presenta (McIntosh et al. 2016). Nei pazienti che utilizzano il gioco d'azzardo come modulatore delle emozioni e come strategia disfunzionale di adattamento alla realtà, permette di fare esperienza consapevole delle proprie emozioni, di non attribuire un significato di verità ai pensieri, di affrontare la realtà senza aspettative, accettando ciò che accade in modo non giudicante e consapevole<sup>30</sup>.

L'ASST Bergamo Est sta per attivare in via sperimentale, alcuni gruppi MBRP (Mindfulness based relapse prevention), rivolti a

<sup>29</sup> O. Casciani, O. De Luca, Trattamento del DGA, in "Il trattamento psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da gioco d'azzardo in una prospettiva multidisciplinare" (O. Casciani, O. De Luca, a cura di), 2018

<sup>30</sup> M.L. Spagnolo, Tipologie di intervento, Il Disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica. Indicazioni per la comprensione e l'intervento (M Croce, P. Jarre, a cura di)

familiari e giocatori.

Il percorso si svilupperà prendendo come modello e riferimento il protocollo di mindfulness MBSR (mindfulness based stress reduction) di Jon Kabat-Zinn, e consiste in un insieme di attività svolte per la durata di due ore e mezza, una volta la settimana, ogni settimana per otto settimane. Tali attività includono meditazione seduta, meditazione camminata (anche immaginata laddove non sia possibile tale movimento), movimenti dolci "consapevoli" (es.yoga, stretching etc..) in piedi o sdraiati, scansioni mentali del corpo (body scan). I partecipanti riceveranno tracce audio di queste pratiche in modo da poterle praticare da soli a casa, ogni giorno, se lo desiderano.

## 11.7 INTERVENTO CON I FAMILIARI

L'esperienza dei servizi ha evidenziato come spesso chi si presenta a richiedere aiuto non sia il diretto interessato ma un familiare o persona significativa.

È importante lavorare con i familiari presenti per:

1. dare sostegno alla famiglia sul piano psicologico;
2. incoraggiare il familiare a lavorare su una persuasione a lungo termine del giocatore a chiedere aiuto;
3. fornire supporti e indicazioni rispetto alla gestione economica e sostenere l'assunzione diretta della maggior parte di responsabilità nella gestione di entrate e uscite familiari;
4. favorire il familiare a ricercare alleanze nella famiglia allargata;
5. offrire sostegno in merito alla gestione di eventuali atteggiamenti aggressivi agiti dal giocatore.

L'esperienza ha dimostrato come lavorare sulla famiglia possa facilitare la formulazione di una richiesta di cura da parte del giocatore, seppure non nell'immediato. Può inoltre costituire uno strumento per migliorare la qualità della vita della famiglia e contenere il gioco d'azzardo<sup>31</sup>.

Il gruppo di lavoro del "Tavolo Intercettazione e presa in carico" si è soffermato particolarmente sulla necessità di validare il supporto ai familiari e/o alle persone significative - senza la presenza del soggetto portatore - come vero e proprio percorso di trattamento terapeutico, dedicandovi risorse e strategie specifiche e abbandonando definitivamente la prassi della singola consulenza. A tal proposito il gruppo cita l'esempio dei gruppi per solo familiari GAM.ANON.

## 11.8 INTERVENTO ECONOMICO E FINANZIARIO

Come detto in premessa spesso sono i problemi economici, fonte di preoccupazione elevata per il giocatore e i suoi familiari, a portare a esplicitare una richiesta di aiuto.

È necessario tener presente che una **situazione economica critica** può rappresentare una **importante leva terapeutica**. Porre attenzione alla situazione economica è fondamentale nella programmazione di un trattamento perché ciò può influire nel lavoro sulla motivazione al cambiamento.

La disposizione della messa in sicurezza dei beni personali e familiari è necessaria per evitare che il giocatore possa rapidamente perdere considerevoli somme di denaro, sia nella prima fase del trattamento, sia durante la sua prosecuzione, in caso di recidive. Questo tipo di intervento tutela anche il familiare che si vede meno esposto a sentimenti di sconfitta e di tradimento da parte del giocatore, abbassando i livelli di stress e rendendo la situazione familiare meno conflittuale.

Gli interventi volti al risanamento dei debiti hanno inoltre la funzione di restituire alle persone che accedono ai servizi una dimensione di accoglienza ed ascolto del bisogno vissuto come più impellente.

Possibili azioni su questo piano possono essere:

- interventi volti a limitare l'accesso al denaro, ad es. interventi di tutoraggio (individuazione di un tutor, determinazione di importi massimi spettanti al giocatore, indisponibilità di assegni, moneta elettronica, accesso al conto corrente, ecc.);
- counselling finanziario volto a riorganizzare il bilancio e gestire l'indebitamento;
- attivazione di interventi di protezione (es. nomina Amministratore di sostegno, autoesclusione nei casinò, ecc).

Il gruppo di lavoro del "Tavolo Intercettazione e presa in carico" ha evidenziato come mantenere l'attenzione sulla richiesta esplicita di supporto di tipo economico, senza definire nell'immediato la patologia e la ricerca di alleanza terapeutica tramite il suo riconoscimento, possa favorire l'aggancio e permettere di fronteggiare il drop out. A questo scopo si citano ancora i gruppi GA, i quali hanno aggiunto alle loro azioni di aiuto le consulenze legali/finanziarie. In sostanza si descrive uno spostamento dell'attenzione dal "sintomo" al "bisogno esplicitato dal giocatore o dal familiare".

## 11.9 PIATTAFORME ONLINE/HELPLINE

L'help line diffuse prevalentemente nei paesi anglosassoni, hanno il vantaggio di garantire l'anonimato e di essere disponibile 24 h/24. Offre ascolto nelle situazioni di crisi e orienta e invia i giocatori presso Servizi che si occupano di cura.

La modalità di accesso remoto al counselling o alla terapia, attraverso piattaforme terapeutiche on line rappresentano strumenti di indubbia efficacia per promuovere la presa in carico di quei giocatori problematici che, diversamente, non si rivolgerebbero ad alcun servizio di aiuto<sup>32</sup>. Le piattaforme online prevedono infatti accesso libero, gratuito ed anonimo e favoriscono la fruizione da parte di utenti che temono la stigmatizzazione sociale.

## 11.10 LA PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Gli interventi di prevenzione delle ricadute sono risultati particolarmente efficaci soprattutto nelle prime fasi della presa in carico. Insegnare ai pazienti a identificare le situazioni di rischio e individuare le strategie per affrontarle sembra essere un intervento proficuo per aumentare il periodo di astinenza e la ritenzione in trattamento.

Si tratta di un insieme articolato di tecniche che, facendo propri i risultati della ricerca psicologica, consente di elaborare un trattamento personalizzato, flessibile, attivo, responsabilizzante ed applicabile a diverse fasi di cura delle dipendenze<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> F. Lucchini, M. Fea, F. Nava, "Evidenze preliminari dalla piattaforma terapeutica online Giocaresponsabile. Condizioni socio-economiche e comportamenti di gioco", in Mission 48 FederSerD

<sup>33</sup> A. Fiorin, La prevenzione delle ricadute, in Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti (G. Bellio, M. Croce, a cura di), 2014



## CAPITOLO 12: IL MUTUO AUTO AIUTO

Il gruppo rappresenta uno strumento storicamente utilizzato nella clinica delle dipendenze in quanto favorisce meccanismi trasformativi attraverso la nascita di legami identificativi, lo sviluppo di relazioni trasversali tra pari, la creazione di una cultura comune.

Il gruppo, come definito da K. Lewin (1951), non come semplice somma degli individui che lo compongono, ma come "totalità dinamica, basata sull'interdipendenza invece che sulla somiglianza", costituisce contemporaneamente contenitore e contenuto. Yalom (1975) ha individuato quali fattori terapeutici aspecifici dei gruppi:

- universalità,
- informazioni,
- infusione di speranza,
- cambiamento del "copione familiare"
- altruismo,
- sviluppo di tecniche di socializzazione
- comportamento imitativo
- apprendimento interpersonale
- coesione di gruppo
- catarsi
- fattori esistenziali<sup>34</sup>.

Nel trattamento del gioco d'azzardo i gruppi di mutuo auto aiuto rappresentano uno strumento importante.

Oltre che uno strumento nella presa in carico del giocatore, **l'attivazione di gruppi rivolti a familiari** possono rappresentare una prima occasione di ascolto e accoglienza della sofferenza, uno spazio di confronto favorito dalla presenza di altre famiglie.

## CAPITOLO 13: TRATTAMENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Regione Lombardia, con DGR del 1 ottobre 2018 - n. XI/585, ha avviato una sperimentazione relativa a servizi residenziali e semiresidenziali specifici per Giocatori d'azzardo patologici.

Sono due le tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali previste:

1. Servizio di diagnosi, definizione dell'esigenza e primo trattamento;
2. Servizi di trattamento, a loro volta suddivisi in:
  - a. Servizio Residenziale;
  - b. Servizio Residenziale breve con Progetto Territoriale;
  - c. Servizio Semiresidenziale.

<sup>34</sup> M.L. Spagnolo, Tipologie di intervento, in Il Disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica. Indicazioni per la comprensione e l'intervento (a cura di M. Croce, P. Jarre)

# CAPITOLO 14: LA RETE DEI SERVIZI DI SOSTEGNO E CURA PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO DEL DISTRETTO BERGAMO EST

## 14.1 SERVIZI SPECIALISTICI AMBULATORIALI: SER.D E SERVIZI MULTIDISCIPLINARI INTEGRATI (S.M.I.)

Si tratta di servizi, pubblici o privati, che offrono interventi di accoglienza, valutazione multidisciplinare, screening delle patologie correlate, consulenza, programmi e trattamenti psicologici, sociali, educativi, medici e farmacologici a soggetti con problematiche di dipendenza, tra cui il Gioco d'azzardo patologico. L'accesso sia ai servizi pubblici sia a quello privato è gratuito per problematiche di gioco d'azzardo (così come per dipendenza da alcol, farmaci, sostanze illegali).

Non è necessaria l'impegnativa del medico di base. Per accedere al servizio è sufficiente presentarsi o telefonare per concordare un appuntamento. Oltre alla tutela garantita dalla legislazione sulla privacy, le persone che accedono ai servizi ambulatoriali possono avvalersi dell'anonimato.

### Ser.D. sede di Gazzaniga (ASST Bergamo Est)

Via Manzoni 98 - 24025 Gazzaniga (Bg)  
e-mail [sert.gazzaniga@asst-bergamoest.it](mailto:sert.gazzaniga@asst-bergamoest.it)  
Tel. 035.3062795

Orario di apertura al Pubblico: Dal lunedì a venerdì 08.00 - 13.00 e 14.00 - 16.00  
Visite, Colloqui, Esami, ecc. (su appuntamento): lunedì, martedì, giovedì, venerdì: 08.00 - 16.00  
Mercoledì 08.00 - 19.00 (8.00 - 16.00 dall' 01.06 al 30.09)

### Ser.D. sede di Lovere (ASST Bergamo Est)

Piazzale Bonomelli 8 - 24065 Lovere (Bg)  
e-mail [sert.lovere@asst-bergamoest.it](mailto:sert.lovere@asst-bergamoest.it)  
Tel. 035.3062375

Orario di apertura al Pubblico: Dal Lunedì a Venerdì: 08.00 - 12.30 e 13.30 - 16.00  
Visite, Colloqui, Esami, ecc. (su appuntamento): lunedì, martedì, mercoledì, venerdì: 08.00 - 16.00  
Giovedì 08.00 - 19.00 (8.00 - 16.00 dall' 01.06 al 30.09)

### SMI "Il Piccolo Principe" (Cooperativa Sociale "Il Piccolo Principe")

Via Lega Lombarda, 5  
Albano Sant'Alessandro Tel. 035 668017 - 328 4465093  
e-mail: [smi@piccoloprincipe.org](mailto:smi@piccoloprincipe.org)

Orario di apertura al Pubblico: Lunedì 9.00 - 12.00 e 17.00 - 20.00, Martedì 13.30 - 19.30, Mercoledì 13.30 - 19.30, Giovedì 13.30 - 19.30, Venerdì 8.30 - 12.30 e 13.30 - 15.30

## 14.2 AMBULATORI PER IL GIOCO D'AZZARDO (ASST BERGAMO EST)

Si tratta di ambulatori recentemente attivati presso gli ospedali del Distretto Bergamo Est, con un'apertura settimanale specifica per i disturbi da gioco d'azzardo, in cui vengono offerti interventi di consulenza e orientamento. Come per i Servizi Ambulatoriali, l'accesso è gratuito e libero (non serve impegnativa del medico di base).

### Ospedale di Alzano Lombardo

Lunedì ore 9.00 - 12.30  
(Poliambulatori - Ambulatorio 16 - 035.3064333)

### **Ospedale di Lovere**

Mercoledì ore 9.00 – 12.30

(piano rialzato - Ambulatorio medicina del lavoro - 035.3067360)

### **Ospedale di Seriate**

Martedì ore 9.00 – 12.30

(Poliambulatori - Ambulatorio 12 - 035.3063936)

## **14.3 GRUPPI DI AUTO-MUTUO-AIUTO**

Sul territorio sono presenti associazioni che promuovono gruppi di auto mutuo aiuto dedicate alla problematica del gioco d'azzardo patologico.

Seppur con modalità diverse, l'intervento si basa sull'importanza del confronto e del mettere in comune il proprio vissuto di disagio, sofferenza e dipendenza.

L'accesso è libero e gratuito. Per accedere è necessario contattare il referente dei gruppi.

### **GA Giocatori Anonimi – Grassobbio**

Via Papa Giovanni XXIII, 35 c/o Oratorio San Domenico Savio Grassobbio (BG) Tel 339/6299847

grassobbio@giocatorianonimi.org

Lunedì 21,00-23,00

### **GAM.ANON Gruppo per Familiari di Giocatori – Grassobbio**

Via Papa Giovanni XXIII, 35 c/o Oratorio San Domenico Savio Grassobbio (BG) Tel 342/6030021

gamanongrassobbio@yahoo.it

Lunedì 21,00-23,00

### **Associazione Insieme – Bergamo**

c/o Patronato San Vincenzo Via Gavazzeni Tel 366/3524305

associazioneinsiemebg@gmail.org

Oltre ai gruppi citati, specifici per problematiche di gioco d'azzardo, si segnala che anche alcuni **CAT (Club Alcolisti in Trattamento)** accolgono, oltre a persone con problematiche di dipendenza, anche persone e familiari con problemi di gioco d'azzardo patologico. Si suggerisce di contattare l'ACAT del territorio d'interesse per avere informazioni precise sull'eventuale gruppo CAT a cui rivolgersi.

### **A.C.A.T. BERGAMO**

Via Borgo Palazzo, 130 pad. 7/a BERGAMO

Presidente: Umberto Micheletti tel. 342 0548010

e-mail: acatbg@libero.it - micheletti1950@tiscali.it

Gestisce sul territorio: CAT di Seriate

### **A.C.A.T. VALLE SERIANA SUPERIORE e VALLE DI SCALVE**

Via Leonardo da Vinci, 3 - Castione della Presolana

Presidente: Silvio Mignocchi tel. 334.914.2638

e-mail acataltavalseriana@tiscali.it - silviomarco2@gmail.com

Gestisce sul territorio: CAT di Clusone, Fiorine (Clusone), Ponte Nossola, Schilpario

### **A.C.A.T. MEDIA VAL SERIANA**

c/o Centro Anziani, Via M.O. Briolini, 2/f -24021 Albino

Presidente: Maurizio Bertocchi

tel. 334.980.8448

e-mail: acatmediavalseriana@gmail.com

Gestisce sul territorio: CAT di Cazzano Sant'Andrea, Vertova, Cene, Vall'Alta di Albino, Albino, Pradalunga, Nuova Famiglia

### **A.C.A.T. VALCAVALLINA VALCALEPIO**

c/o Parrocchia, Via Mons. Vistalli – Chiuduno  
 Presidente: Massimo Benagli  
 tel. 320.152.5284 - benaglimassimo@gmail.com  
 Gestisce sul territorio: CAT di Chiuduno, Telgate/Bolgare, Albano Sant'Alessandro, Carobbio, Trescore Balneario, Casazza

#### **A.C.A.T. ALTO SEBINO**

c/o Domus Civica, via Nazionale – 24062 Costa Volpino (BG)  
 Presidente: Giacomo Lorenzetti  
 tel. 335/6995822 - e-mail: bloren.g@alice.it  
 Gestisce sul territorio: CAT di Costa Volpino

#### **A.C.A.T. "ARCOBALENO"**

c/o Centro Sociale Mons. Barbisotti - via Libertà, 40 - 24046 Osio Sotto  
 Presidente: Giansanto Bronco tel. 331.3307860  
 e-mail: miranda.santo@tiscali.it - gb51@tiscali.it  
 Gestisce sul territorio: CAT di Grassobbio (e-mail bonomi.giuseppe@libero.it)

## CONCLUSIONI

Il tema dell'intercettazione e della cura dei giocatori d'azzardo patologici è difficile e complesso. Non è pretesa del presente documento essere esaustivo. Si è ritenuto tuttavia importante delineare alcune caratteristiche dei giocatori dal punto di vista diagnostico e clinico, nonché fornire alcune nozioni sui possibili trattamenti al fine di favorire la **comprensione della multidimensionalità** e facilitare **conoscenze e linguaggio comuni** tra le varie istituzioni coinvolte. Si rimanda in ogni caso alla letteratura di settore per i dovuti approfondimenti.

Le evidenze scientifiche permettono di delineare alcune priorità. È importante che i trattamenti attivati:

- Siano **tempestivi e multimodali**, basati su programmi terapeutici **personalizzati**, che tengano in considerazione aspettative e bisogni della persona;
- Abbiano **durata adeguata**;
- tengano conto dell'**età** e delle **caratteristiche della persona**;
- si rivolgano ai **molteplici bisogni della persona**;
- coinvolgano la **famiglia** e la **rete della persona**;
- pongano attenzione alla comorbilità psichiatrica e all'uso di sostanze.

L'elevato livello di complessità rende necessaria l'adozione di **un approccio di RETE**, che può costituire una risorsa preziosa:

- **nel favorire l'intercettazione precoce** e il conseguente invio ai servizi specialistici;
- **nel sostenere la motivazione alla cura** e il percorso terapeutico del giocatore patologico.

Si evidenziano come fondamentali:

- il coinvolgimento **della famiglia e della rete primaria**;
- l'intervento di **tipo economico e finanziario** (consulenza finanziaria, nomina **amministratore di sostegno**, ecc.).

Dal confronto interno al tavolo alla luce:

- della difficoltà di intercettazione dei giocatori problematici e patologici;
- della difficoltà di aggancio;
- della continua e rapida evoluzione del fenomeno;
- del drop out elevato e della difficoltà di ritenzione in trattamento;

sono emersi come **bisogni della rete territoriale la necessità** di:

- mantenere un'attenzione elevata al fenomeno e alla sua evoluzione, anche attraverso un attento **monitoraggio territoriale continuo**;
- attuare interventi di **formazione continua rivolta agli operatori di settore** (Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze, Consulitori Familiari, Servizi Sociali Comunali, Gruppi di Mutuo Auto Aiuto);
- mettere in atto un **sistema di formazione continua**, rivolta a tutti i soggetti che possano intercettare situazioni a rischio o problematiche, al fine di incrementare:
  - Conoscenza del fenomeno, con particolare attenzione alla sua collocazione nel contesto culturale (incentivante ai fenomeni di dipendenza) e agli aspetti economici;
  - Conoscenza dei "segnali" e dei "primi" segnali di GAP (Intercettazione precoce), valutando anche la promozione di test di screening di facile utilizzo;
  - Modalità di gestione della relazione con il giocatore a rischio o problematico e con i familiari, nonché modalità di accompagnamento ai servizi specialistici;
  - Conoscenza della "rete" dei servizi, e dei possibili punti di accesso formali ed informali;

- **mettere in rete tutti i potenziali luoghi di intercettazione** (formali e non) delle situazioni di gioco problematico o patologico (tema, già in parte avviato a livello territoriale e provinciale, che deve necessariamente confrontarsi con il tema della normativa sulla privacy), coinvolgendo tutti i possibili attori così definiti dal gruppo di lavoro del Tavolo di Intercettazione e Trattamento: Agenti di polizia locale, Gestori di locali, Istituti Bancari, Sportelli d'ascolto nelle scuole, Sportelli d'ascolto Caritas, Medici di Base, Referenti aziende aderenti a rete WHP, Referenti Centri Anziani, ecc.

- **coinvolgere banche e istituti di credito** nella riflessione sulle possibili azioni a tutela dei soggetti a rischio e problematici, nonché dei nuclei familiari;

- **valutare con i gestori** di locali con installati apparecchi da gioco la possibilità di attivare interventi di "autoesclusione".

Relativamente al **trattamento delle persone con problematiche di gioco** intercettate emerge come importante:

- Valutare nella relazione con il giocatore che accede al servizio l'opportunità di spostare l'attenzione della presa in carico dal sintomo (il gioco d'azzardo) al bisogno espresso dalla persona o dal nucleo familiare e di utilizzare la richiesta esplicita espressa per creare aggancio e costruire una relazione di aiuto significativa; un esempio in tal senso potrebbe essere l'offerta di consulenza legale/finanziaria per rispondere in prima battuta alla richiesta di tipo economico espresso dal giocatore;
- Mantenere **aggancio e intervento supportivo con la famiglia**, anche quando il giocatore non accede ai servizi;
- Attuare interventi multimodali, con coinvolgimento di più enti e servizi, con condivisione di obiettivi, strategie, azioni;
- Individuare a livello territoriale tutti i possibili **punti di accesso**, come indicati dalla mappa seguente:



- **Valutare la possibilità di passare da una collaborazione tra servizi basata sugli "invii" a una sull'"accompagnamento", prevedendo modalità di segnalazione preferenziali e valutando la possibilità di definire un protocollo tra servizi.**

Relativamente a quest'ultimo punto verrà avviato un percorso interistituzionale volto a valutare la fattibilità di una formalizzazione di un modello di intervento.

## BIBLIOGRAFIA

- Angelucci N., Poli R. (a cura di), "Year Book 2016 - Rischi da giocare", Coordinamento Nazionale Comunità di accoglienza, 2014  
ASL di Bergamo, Consiglio Nazionale delle Ricerche Istituto di Fisiologia Clinica, "Il gioco d'azzardo nella popolazione di 65 - 84 anni della provincia di Bergamo, 2015
- ATS Bergamo, "Alcuni dati sul fenomeno del Gioco d'Azzardo nella popolazione studentesca 15 - 19 anni della provincia di Bergamo, 2017
- ATS Bergamo, Consiglio Nazionale delle Ricerche Istituto di Fisiologia Clinica, "Consumo di sostanze psicoattive, il gioco d'azzardo, l'uso di internet e altri comportamenti a rischio tra gli studenti di 15-19 anni della provincia di Bergamo - Studio ESPAD®Italia 2016 - Provincia di Bergamo", 2017
- ATS di Bergamo, "100 pagine sul gioco d'azzardo. Informazioni e dati dal generale al locale", 2018
- ATS di Bergamo, "100 pagine sul gioco d'azzardo. Informazioni e dati dal generale al locale - Aggiornamento Aprile 2019"
- Bellio G., Croce M. (a cura di), "Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti", 2014
- Bellio G., Fiorin A., "Il modello di valutazione diagnostica dell'ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico di Castelfranco Veneto", 2015
- Caneppele S., Marchiaro M. (a cura di), "Gioco d'azzardo patologico: Monitoraggio e prevenzione in Trentino. Rapporto Progetto Pre. Gio. 2013-2014"
- Capitanucci D., Carlevaro T., "Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo di gioco d'azzardo patologico", 2004
- Casciani O., De Luca O. (a cura di), "Il trattamento psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da gioco d'azzardo in una prospettiva multidisciplinare", 2018
- Cerrai S., Resce G., Molinaro S. (a cura di), Consumi d'azzardo 2017. Rapporto di Ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD®Italia
- Cozzolino E., Zita G., "Approcci clinici al disturbo da gioco d'azzardo" in Mission 48
- Croce M., Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono, in "Personalità/Dipendenze, 2001
- Croce M., Jarre P. (a cura di), "Il Disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica. Indicazioni per la comprensione e l'intervento"
- Dipartimento Politiche Antidroga, "Il gioco d'azzardo patologico in Italia", The Italian Journal on addiction, 2012
- FederSerD, "Gioco d'azzardo, società, istituzioni, servizi" Presentazione lavori pervenuti Convegno Tematico Nazionale, FerderSer-Dinforma n. 17, 2015
- Fiorin A., Gaddi R. (Ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico Dipartimento per le Dipendenze di Castelfranco Veneto) "Gioco d'azzardo: guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore", 2013
- Jarre P., Diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, in I CONVEGNO NAZIONALE Il gioco d'azzardo in Italia, 18 ottobre 2018, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
- Lavanco G. (a cura di), "Il gioco d'azzardo patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura", 2013

Lucchini F, Fea M., Nava F-, "Evidenze preliminari dalla piattaforma terapeutica online Giocaresponsabile. Condizioni socio-economiche e comportamenti di gioco", in Mission 48 FederSerD

Ministero della Salute, Linee d'azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), documento redatto a cura dell'"Osservatorio Nazionale per il contrasto del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave", 2017

NIDA, National Institute on Drug Abuse, Department of Health and Human Services Principles of drug addiction treatment. A research-based guide. Third edition, 2012

Pacifici R., Giuliani M., La Sala L (a cura di), Istituto Superiore Sanità, Disturbi da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale, Rapporto ISTISAN 18/5, 2018

Regione Lombardia, "Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale. Linee Guida Regionali" 2007

Regione Lombardia, "Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale. Linee Guida Regionali" 2009  
Santoro G. (a cura di), "Educazione alla salute e prevenzione delle dipendenze: dalla formazione degli operatori alla programmazione degli interventi in tema di riduzione della domanda delle sostanze psicoattive, 2005

Serpelloni G., "Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle dipendenze", 2013

# ALLEGATI

## 1.1 CANADIAN PROBLEM GAMBLING INDEX

Pensando agli **ultimi 12 mesi**, leggi le domande e metti una crocetta in base alla frequenza con la quale ti sono capitate le situazioni in oggetto (mai, talvolta, la maggior parte delle volte, quasi sempre).

		Mai	Talvolta	La maggior parte delle volte	Quasi sempre
1	Hai scommesso più di quanto potessi realmente permetterti di perdere?	0	1	2	3
2	Hai avuto bisogno di giocare più soldi per ottenere la stessa sensazione di eccitazione?	0	1	2	3
3	Sei tornato a giocare col proposito di recuperare il denaro per "rifarti"?	0	1	2	3
4	Hai chiesto prestiti o hai venduto qualcosa per avere i soldi da giocare?	0	1	2	3
5	Hai pensato di avere un problema col gioco d'azzardo?	0	1	2	3
6	Il gioco ti ha causato problemi di salute, inclusi stress o ansia?	0	1	2	3
7	Alcune persone ti hanno criticato per il tuo modo di giocare o ti hanno accusato di avere un problema di gioco, a prescindere dal fatto che tu ritieni che ciò sia vero o meno?	0	1	2	3
8	Hai pensato che il gioco ti ha causato problemi economici o ne ha causati al tuo bilancio?	0	1	2	3
9	Ti sei sentito in colpa per il tuo modo di giocare o per ciò che accade quando giochi?	0	1	2	3
	<b>Totale Punteggio</b>				

Punteggio Totale	Classificazione
0	Giocatore non problematico
Da 1 a 2	Giocatore a rischio
Da 3 a 7	Giocatore problematico di gravità media
8 o maggiore	Giocatore problematico di gravità elevata



## 1.2 TEST SOGS-SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN

Il presente test non vuole e non può assolutamente sostituirsi alla consultazione o alla diagnosi di un professionista; si rimanda infatti per qualsiasi approfondimento ad una consultazione psicologica specialistica.

La funzione del SOGS è quella di aiutarti a verificare se potresti soffrire di un Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico che richieda l'attenzione di un professionista della salute psicologica.

Ora se vuoi, stampa il test ed inizia la compilazione.

### 1 Test Sogs

**1. Indicare quali, tra i seguenti tipi di comportamenti "d'azzardo", avete seguito durante la vostra vita.** Per ogni tipo di comportamento segnare solo una risposta: "MAI", "MENO DI UNA VOLTA A SETTIMANA", "UNA O PIU' VOLTE A SETTIMANA"

	Mai	Meno di una volta a settimana	Più di una volta a settimana
A) Giocare a carte per soldi			
B) Scommettere su cavalli, cani, o altri animali (in agenzia, alla pista, o con un bookmakers)			
C) Scommettere su vari sport			
D) Giocare con i dadi per soldi			
E) Recarsi al casinò (legali e non)			
F) Giocare al lotto o altre lotterie			
G) Giocare a Tombola (BINGO)			
H) Giocare in borsa o sulle transazioni economiche			
I) Giocare alle slot-machine, pokermachine, o altre macchine			
J) Giocare al biliardo, golf, o giocare a qualsiasi altro gioco di abilità per soldi			

**2. Qual è la somma di denaro più alta che avete puntato in un giorno?**

	Si	No
Non ho mai giocato		
Fino a 1 euro		
Più di 1 euro ma meno di 10		
Più di 10 euro ma meno di 100		
Più di 100 euro ma meno di 1.000		
Più di 1.000 euro ma meno di 10.000		
Più di 10.000 euro		

**3. I suoi genitori hanno (o hanno avuto) problemi col gioco d'azzardo?**

	Si	No
Tutti e due i miei genitori giocano (o giocavano) troppo		
Mio padre gioca (o giocava) troppo		
Mia madre gioca (o giocava) troppo		

**4. Quando gioca, quanto spesso torna a giocare un'altra volta per recuperare i soldi persi?**

	Si	No
Mai		
Ogni tanto (meno della metà delle volte che perdo)		
La maggior parte delle volte che perdo		
Ogni volta che perdo		

**5. Ha mai affermato di aver vinto soldi col gioco d'azzardo, ma in realtà aveva perso?**

	Si	No
Mai		
Si, meno della metà delle volte che ho perso		
Si, la maggior parte delle volte		

**6. Ritieni di avere (o aver avuto) problemi col gioco d'azzardo?**

Si	In passato, ma non ora	No

**7. Ha mai giocato più di quanto voleva?**

Si	No

**8. È mai stato criticato per aver giocato d'azzardo?**

Si	No

**9. Si è mai sentito colpevole per il suo modo di giocare d'azzardo o per quello che succede quando gioca d'azzardo?**

Si	No

**10. Si è mai sentito come se avesse voglia di smettere di giocare, ma non potesse farlo?**

Si	No

**11. Ha mai nascosto ricevute di scommesse, biglietti di lotteria, denaro destinato al gioco o qualsiasi altra "prova" di gioco d'azzardo, al suo coniuge, ai suoi figli o ad altre persone importanti nella sua vita?**

Si	No

**12. Ha mai discusso con le persone con cui vive sul modo in cui Lei gestisce il denaro?**

Si	No

**13. (Se ha risposto "si" alla domanda 12): Le discussioni sul denaro riguardavano il fatto che Lei gioca d'azzardo?**

Si	No

**14. Ha mai chiesto in prestito denaro a qualcuno senza restituirlo, a causa del gioco d'azzardo?**

Si	No

**15. Ha mai sottratto tempo al lavoro (o alla scuola) a causa del gioco d'azzardo?**

Si	No

**16. Se ha chiesto in prestito denaro per giocare d'azzardo o per pagare debiti di gioco, da chi e dove lo ha preso in prestito? (risponda "sì" o "no" per ciascuna delle seguenti opzioni)**

	Si	No
a. Dai soldi di casa		
b. Dal coniuge		
c. Da altri parenti		
d. Da banche, finanziarie o agenzie di credito		
e. Tramite carte di credito		
f. Dagli usurai		
g. Mettendo all'incasso azioni, obbligazioni o altri titoli		
h. Vendendo proprietà personali o di famiglia		
i. Emettendo assegni scoperti (a vuoto) o andando in rosso sul conto corrente		
j. Ha (o aveva) un conto aperto con un allibratore		
k. Ha (o aveva) un conto aperto con un casinò		

## Punteggi del SOGS

### Si ottengono sommando il numero di domande che mostrano una risposta "a rischio":

Le domande 1, 2 e 3: non si calcolano

Valgono un punto:

- a) Alla domanda 4, le risposte "la maggior parte delle volte che perdo"  
oppure "ogni volta che perdo"
- b) Alla domanda 5, le risposte "sì, meno della metà delle volte che ho perso"  
oppure "sì, la maggior parte delle volte"
- c) Alla domanda 6, le risposte "sì, in passato, ma non ora"  
oppure "sì"

Inoltre, vale un punto:

- Alla domanda 7: "sì"
- Alla domanda 8: "sì"
- Alla domanda 9: "sì"
- Alla domanda 10: "sì"
- Alla domanda 11: "sì"

La domanda 12 non deve essere computata anche in caso di risposta affermativa

- Alla domanda 13: "sì"
- Alla domanda 14: "sì"
- Alla domanda 15: "sì"
- Alla domanda 16a: "sì"
- Alla domanda 16b: "sì"
- Alla domanda 16c: "sì"
- Alla domanda 16d: "sì"
- Alla domanda 16e: "sì"
- Alla domanda 16f: "sì"
- Alla domanda 16g: "sì"
- Alla domanda 16h: "sì"
- Alla domanda 16i: "sì"

Infine, Le risposte alle domande 16j e k: non sono calcolate

### Attribuzione punteggi:

- 0 -2 = Nessun problema
- 3 - 4 = Giocatore problematico e a rischio
- 5 o più = Giocatore d'azzardo patologico



MIND  
THE GAP