

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Una proposta di follow-up come attività integrata nella presa in carico del paziente con disturbo da gioco d'azzardo. Analisi dei primi dati emersi dall'esperienza dell'Ambulatorio per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (DGA) del Ser.D. di Padova - Ulss 6 Euganea

Silvia Lazzaro*, Giulia Chinellato*, Pietro Pizzolitto^o, Federica Gesmundo^o, Anna Giordano^o, Annarita Brizzi^o, Rosa Ranieri*, Giancarlo Zecchinato[^], Guglielmo Cavallari**

SUMMARY

■ *This study is characterized by short time interval of evaluation during treatment, for patients suffering from pathological gambling (PG). Between January 2018 and December 2019, 102 patients (Addiction Service, Padua) have been evaluated at intake (T0) (interview and Gambling Follow-Up Scale GFS) and reassessed respectively at 3 (T1), 6 (T2), 12 (T3) months from T0 (short interview and GFS).*

79,4% are males (n=81); mean age (±DS): 47,8±15,9 years (21-82). 26,6% (n=21) play slot machine, 10,8% (n=11) VLT. Patients who play scratch cards have a higher mean age vs. VLT (p=.009), slot (p=.005), bet (p<.001). At T0 patients present an average of 6 DSM-5 criteria out of 9; 36,3% (n=37) present a moderate level of PG. The two most reported DSM-5 criteria are: 7 (telling lies) (91,2%) and 3 (efforts to control/cut back) (88,2%). From T0 to T1, the presence of each DSM-5 criteria have diminished (p<.000).

First months from the beginning of treatment may be a significant period in order to implement appropriate interventions since patient may be more adherent and motivated. Even though data from T1 to T2 do not present statistical evidence, they may suggest the hypothesis of presence of specific "trajectories" for each DSM-5 criteria during the evaluation of PG patients. Treatment should be focused on relational environment and multifactorial components related to the attribution of criteria 3 and 7. Assessing patients during treatment may foster the overall evaluation. ■

Keywords: Pathological Gambling, DSM-5 criteria 3 and 7, Follow up, Timing for follow-up, In treatment patients.

Parole chiave: Gioco d'azzardo patologico, Criteri 3 e 7 DSM-5, Cluster multifattoriali, Monitoraggio durante trattamento, Brevi intervalli temporali tra le rilevazioni, Pazienti in trattamento.

Available online: 30/12/2021

Introduzione

Nel mondo, il disturbo da gioco d'azzardo patologico (DGA) colpisce tra lo 0,7% e il 6,5% delle persone appartenenti alla

* *Educatore professionale.*

^o *Tirocinante psicologo.*

[^] *Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento UOC Ser.D.*

** *Dirigente Psicologo.*

Dipartimento Dipendenze - U.O.C. Ser.D. Padova - Piove di Sacco, ULSS6 Euganea, Padova.

popolazione adulta, nel corso di vita (Calado & Griffiths, 2016). Nel nostro Paese, circa il 3% delle persone che giocano d'azzardo rientra nel profilo di giocatore problematico, per il quale le conseguenze del gioco sono altamente negative ed influiscono in modo importante sulla sfera emotiva, sociale e lavorativa (Pacifci, 2019) con ripercussioni in termini di salute, difficoltà relazionali, disfunzioni nell'ambito familiare, problemi finanziari e legali (Shaffer & Hall, 2002). Indicativamente, solo il 10% delle persone con problemi di gioco si rivolge ai Servizi per le Dipendenze (Galetti & Tavares, 2017).

Le opzioni di trattamento del DGA includono diverse tipologie di intervento. In un lavoro di revisione Cowlshaw e colleghi (2012) hanno identificato i principali interventi messi in atto: terapie psicologiche con durata minima, breve, media o protratta (prevalentemente condotte in presenza e in parte minore da remoto), programmi gruppali di auto aiuto (alla presenza di operatori o gruppi di supporto tra pari). Tipicamente, le terapie psicologiche si fondano sull'approccio cognitivo-comportamentale. All'interno dei percorsi di intervento trovano spazio anche forme di colloquio legate al modello dell'intervista motivazionale. In alcuni casi sono previste integrazioni con terapie farmacologiche.

La definizione delle strategie di presa in carico e di intervento si associa all'importante tema del monitoraggio del percorso trattamento (*follow-up*) al fine di osservare l'evoluzione del problema di gioco, anche in relazione agli interventi proposti. Da un punto di vista clinico, risulta ampiamente condiviso il fatto che il problema di gioco evolva nel corso del tempo e quindi non possa considerarsi come stabile, ma si definisca piuttosto come un processo fluido e mutevole (Reith & Dobbie, 2013; Williams *et al.*, 2015). Un elemento che risulta quindi centrale nella presa in carico di pazienti con DGA riguarda proprio la capacità dei clinici di monitorare in modo efficace, appropriato e il più oggettivo possibile l'evoluzione del problema (e, di pari passo, il benessere complessivo della persona) sia nel corso del trattamento (per modularlo tempestivamente sulle criticità emergenti) sia alla sua conclusione per valutare la persistenza dei cambiamenti ottenuti.

Alcuni tra gli strumenti maggiormente utilizzati in ambito clinico per il *follow-up* di pazienti con DGA sono: il SOGS (*South Oaks Gambling Screen*) (Lesieur, 1987), la G-SAS (*Gambling Symptom Assessment Scale*) (Kim *et al.*, 2009), il PGSI (*Problem Gambling Severity Index*) (Ferris, 2001) e la GFS (*Gambling Follow-up Scale*) (De Castro *et al.*, 2005). I domini trattati in questi questionari derivano dai criteri identificati nel DSM che fungono da elementi critici per determinare la presenza e l'evoluzione del problema.

Slecza e Romild (2021) hanno pubblicato un interessante lavoro longitudinale da cui emerge l'importanza di considerare nei pazienti in carico l'evoluzione nel tempo dei diversi elementi che concorrono a definire il problema di gioco, proprio a partire dai criteri del DSM-5. Secondo gli autori ciascun sintomo contribuisce, con un suo specifico (e differente) peso, sulla progressiva evoluzione del disturbo e l'approfondimento di questo aspetto può essere utile al fine di programmare con sempre maggiore efficienza e pertinenza gli interventi rivolti a queste persone. Nonostante i recenti sviluppi nella ricerca in questo campo, il numero di studi longitudinali che indagano l'andamento del disturbo nel tempo risulta comunque ancora esiguo (Slecza & Romild, 2021; Slecza *et al.*, 2015).

Il presente studio mira a riportare alcuni tra i primi e principali dati emersi dal percorso di *follow-up* longitudinale implementato a partire da gennaio 2018 presso l'Ambulatorio per la prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo patologico (DGA) del Ser.D. di Padova – ULSS 6 Euganea (Lazzaro *et al.*, 2018). Questa procedura di monitoraggio prevede la messa in atto di strategie di valutazione dell'andamento della problematica di gioco attraverso la somministrazione ripetuta, in brevi intervalli di tempo, di interviste e questionari (in presenza e telefonici) al fine di effettuare un più accurato monitoraggio del soggetto nel corso del periodo di trattamento.

Gli elementi e le tematiche che si intende approfondire sono:

- l'analisi dell'efficacia di tale modalità di valutazione, della sua capacità cioè di rilevare, fin dall'inizio del trattamento, in modo originale e puntuale gli elementi che evolvono verso la criticità nel corso del periodo di osservazione;
- l'identificazione di caratteristiche socio-demografiche e di comportamenti di gioco peculiari al gruppo di pazienti in carico e il confronto delle stesse con la letteratura di riferimento;
- la rilevazione di eventuali correlazioni tra fattori socio-demografici e comportamenti di gioco riportati;
- la rilevazione di indicatori e criteri che contribuiscono a determinare (in modo più significativo rispetto ad altri) l'andamento del comportamento di gioco nel tempo.

Per questo primo step di analisi si è deciso di considerare i dati raccolti nel corso del biennio 2018-2019.

Materiali e metodi

Soggetti in studio

È stato preso in esame un campione di convenienza di pazienti che hanno iniziato un percorso di presa in carico per un problema di DGA presso l'ambulatorio dedicato del Ser.D. di Padova, Auls 6 Euganea, Regione Veneto.

I criteri di inclusione considerati sono: soggetti maggiorenni, capaci di intendere e volere, in grado di capire i propositi dello studio, che abbiano firmato il consenso alla partecipazione ad attività di studio e ricerca. I criteri di esclusione sono: qualsiasi condizione che potrebbe rendere difficoltosa la comprensione dello studio, la comunicazione e partecipazione alla ricerca.

Strumenti e procedure

La procedura di *follow-up* implementata si struttura su quattro tempi:

a) valutazione iniziale: il paziente, dopo un primo colloquio conoscitivo, effettua un secondo incontro (T_0) (circa una settimana dopo il colloquio conoscitivo). Questo incontro prevede la somministrazione da parte degli operatori (educatori professionali e psicologi) dei seguenti strumenti:

i) intervista semi-strutturata (creata *ad hoc*) che contiene sezioni dedicate alla raccolta di dati socio-demografici e specifici per il comportamento di gioco (gioco principale, frequenza, denaro speso), verifica dei 9 criteri del DSM-5 (presenza/assenza); rilevazione di ulteriori forme di dipendenza (nell'ultimo anno e life-time); ricognizione della situazione familiare, gestione del tempo libero;

ii) questionario validato *The Gambling Follow-Up Scale* (GFS) (de Castro *et al.*, 2005): 5 item, con 5 opzioni di risposta ciascuno. Gli item fanno riferimento alle 4 settimane antecedenti e riguardano: abitudini di gioco, attività lavorativa, rapporti familiari, tempo libero, presenza/assenza di pensieri sul gioco¹. L'uso di questa scala è stato introdotto nel protocollo di *follow-up* da Agosto 2018 e non sarà considerato nei risultati riportati in questo studio;

b) valutazione a breve termine – 3 mesi da T_0 (T_1);

c) valutazione a breve-medio termine – 6 mesi da T_0 (T_2);

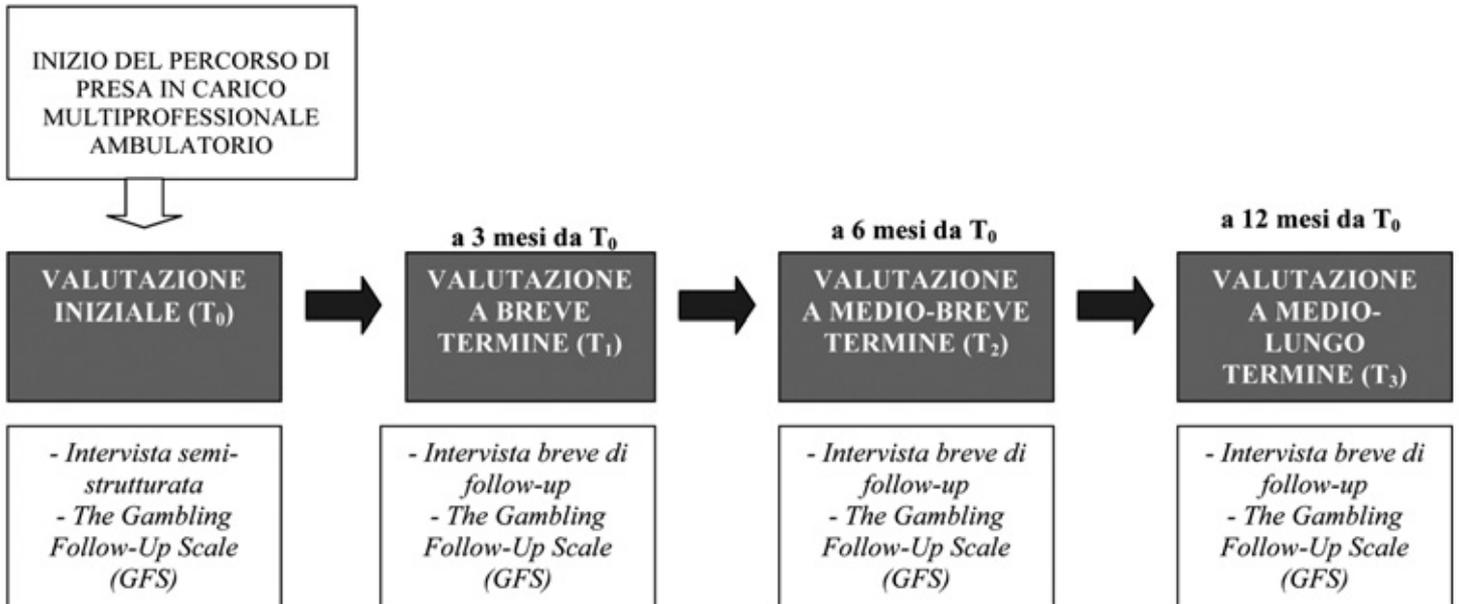
d) valutazione a medio-lungo termine – 12 mesi da T_0 (T_3).

Queste tre valutazioni successive (T_1 , T_2 , T_3) vengono effettuate telefonicamente e prevedono la somministrazione di:

- intervista breve di *follow-up* strutturata in una sezione per la verifica dei 9 criteri DSM-5 (presenza/assenza), rilevazione della frequenza di gioco e della spesa mensile per il gioco, monitoraggio economico;
 - questionario GFS.
- Tutti i dati raccolti vengono inseriti in un database elettronico mediante il quale viene anche gestita l'agenda di *follow-up*. Per questo primo step di raccolta dati si è scelto di selezionare una serie di variabili e indicatori al fine di effettuare una prima analisi osservazionale generale. I dati considerati sono:
- caratteristiche socio-demografiche dei soggetti (sesso, età, stato civile, occupazione, scolarità, convivenza);

- caratteristiche del comportamento di gioco (a T_0 , T_1 , T_2): tipo di gioco riferito come maggiormente problematico (gioco primario), frequenza di gioco (per il gioco primario), spesa mensile per il gioco primario, reddito mensile, presenza o assenza di monitoraggio economico;
- criteri DSM (a T_0 , T_1 , T_2): presenza o assenza di ciascun singolo criterio e numero totale di criteri presenti. Considerato che solo una esigua parte dei pazienti (14 su 102) hanno (al momento dell'analisi dei dati) completato tutti i tempi di valutazione, si è deciso di presentare i dati relativi alla presenza/assenza dei criteri per i pazienti che hanno completato T_0 , T_1 , T_2 , ($n=39$) (Fig. 1).

Fig. 1 - Processo di monitoraggio del paziente presso l'ambulatorio DGA – UOC SERD Padova e Piove di Sacco



Analisi dei dati

Le variabili di tipo categoriale sono state analizzate descrittivamente riportando numero e percentuale di risposte in ciascuna categoria, per quelle di tipo quantitativo sono state riportate: media, deviazione standard, minimo e massimo. Per testare la differenza di età tra maschi e femmine è stato utilizzato un t-test per campioni indipendenti. Rispetto alla spesa di gioco a T_0 , considerato che i dati non seguono una distribuzione normale, è stato usato il test non parametrico Mann-Whitney U per verificare se ci fosse una differenza nella spesa tra maschi e femmine. Attraverso un test di Kruskal-Wallis per campioni appaiati sono state indagate inoltre possibili differenze, sempre nella spesa per gioco riferita a T_0 , tra pazienti distinti in base alla severità del disturbo classificata dal DSM-5.

Date le evidenti differenze tra l'età dei soggetti e il tipo di gioco prevalente riferito dagli stessi, è stata effettuata una ANOVA a una via per esplorare una relazione tra queste due variabili. È stato poi effettuato un confronto relativo alla presenza/assenza dei criteri del DSM-5 nei pazienti che hanno completato le valutazioni T_0 , T_1 , T_2 . Al fine di indagare se ci fosse una differenza nel numero medio di criteri DSM-5 presenti nei diversi tempi, è stato eseguito un confronto tra T_0 vs. T_1 e T_1 vs. T_2 , utilizzando il test di Wilcoxon per dati appaiati. Il test non parametrico di McNemar è stato usato per rilevare eventuali diffe-

renze significative nella presenza dei singoli criteri tra i diversi tempi di valutazione (T_0 vs. T_1 e T_1 vs. T_2). Tutte le analisi sono state condotte tramite l'utilizzo del software statistico SPSS (versione 26.0).

Consenso informato

Lo studio è stato condotto in conformità alla Dichiarazione di Helsinki (versione emendata dall'Assemblea Medica Mondiale di Seoul, 2008). Tutti i soggetti, al momento di apertura della cartella presso il Servizio, hanno firmato un modulo di consenso al trattamento dei dati per finalità di studio e ricerca.

Risultati

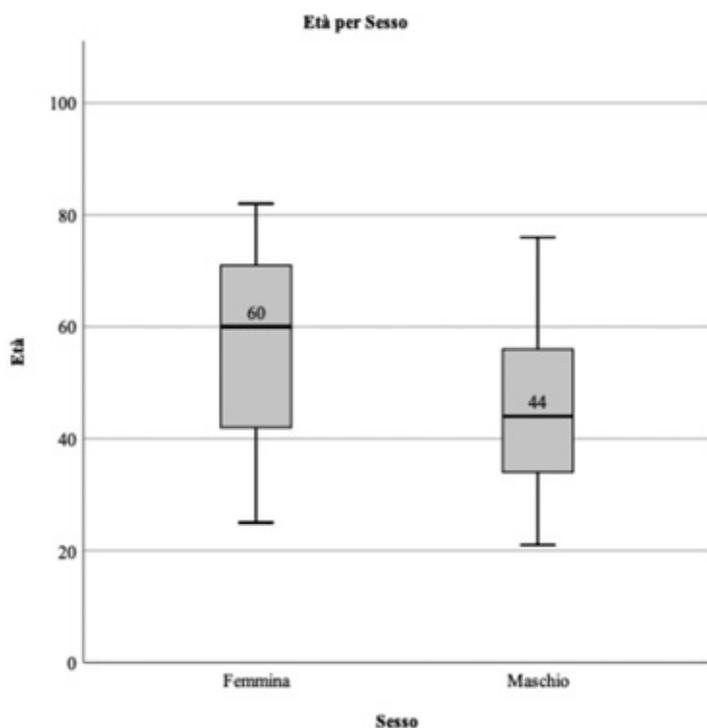
Caratteristiche socio-demografiche

Tra gennaio 2018 e dicembre 2019 sono stati complessivamente monitorati 102 pazienti. Tutti i soggetti sono rimasti in trattamento per il periodo di *follow-up* considerato. Il campione si compone di 81 maschi (79,4%) e 21 femmine (20,6%). L'età media (\pm DS) è di $47,8 \pm 15,9$ anni (range: 21-82); i maschi sono più giovani delle femmine ($M=45.1$ vs. $M=57.9$; $p=.001$) (Graf. 1).

Tab. 1 - Caratteristiche socio-demografiche

		n (%)	M	D.S.	p
Età	Maschi	81 (79,4)	45.1	15.7	.001
	Femmine	21 (20,6)	57.9	21.0	
Fascia età	<30	16 (15,7)			
	30-45	31 (30,4)			
	46-60	33 (32,4)			
	>60	22 (21,5)			
Stato civile	Sposato/a	49 (48,0)			
	Celibe/nubile	20 (19,6)			
	Divorziato/a o Separato/a	15 (14,7)			
	Convivenza	11 (10,8)			
	Vedovo/a	3 (2,9)			
	Dati mancanti	4 (4,0)			
Scolarità	Elementari	6 (5,9)			
	Medie inferiori	46 (45,1)			
	Medie Superiori	36 (35,3)			
	Laurea	14 (13,7)			
Occupazione attuale	Lavoro stabile	64 (62,7)			
	Pensione	21 (20,6)			
	Disoccupazione o Inoccupazione	11 (10,8)			
	Lavoro precario	5 (4,9)			
	Studente	1 (1,0)			
	Dati mancanti	1 (1,0)			
Convivenza	Partner e figli	38 (37,3)			
	Partner	26 (25,5)			
	Solo/a	16 (15,7)			
	Con i genitori	15 (14,7)			
	Con i figli	2 (2,0)			
	Dato mancante	5 (4,8)			

Graf. 1 - Età distinta tra maschi e femmine



I pazienti, sono per la maggior parte sposati (n=49, 48%), hanno un titolo di studio di scuola media inferiore (n=46, 45,1%) e un lavoro stabile (n=64, 62,7%). Il 37,3% (n=38) vive con partner e figli (Tab. 1).

Tipologie principali di gioco problematico

Il 48% (n=49) dei pazienti arriva all'ambulatorio DGA riferendo come gioco problematico principale³ le slot machine; il 20,6% (n=21) le VLT, il 10,8% (n=11) il gratta e vinci e il 9,8% (n=10) le scommesse. Distinguendo i dati in base al genere, emerge che tra i maschi i giochi riportati con maggior frequenza sono slot (n=42; 51,8%) e VLT (n=17; 21%). Tra le femmine i giochi prevalenti sono gratta e vinci (n=8, 38,1%) e slot (n=7; 33,3%) (Tab. 2).

Tab. 2 - Tipologie principali di gioco problematico

	Totale	Maschi (n=81)	Femmine (n=21)
Slot machine n (%)	49 (48,0)	42 (51,8)	7 (33,3)
VLT n (%)	21 (20,6)	17 (21,0)	4 (19,0)
Gratta e vinci n (%)	11 (10,8)	3 (3,7)	8 (38,1)
Scommesse n (%)	10 (9,8)	10 (12,3)	0 (0)

Distinguendo i dati in base alla fascia di età dei pazienti, emerge che tra i soggetti con età inferiore a 30 anni (n=16) i giochi riferiti con frequenza maggiore sono le scommesse (n=5, 31,3%) e le slot (n=5, 31,3%). Le slot machine risultano il gioco riferito come più problematico per i pazienti in tutte le altre fasce di età (Tab. 3).

Sono state successivamente esplorate in modo descrittivo le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti differenziandoli in base al gioco prevalente (slot, VLT, gratta e vinci, scommesse. (Tab. 4).

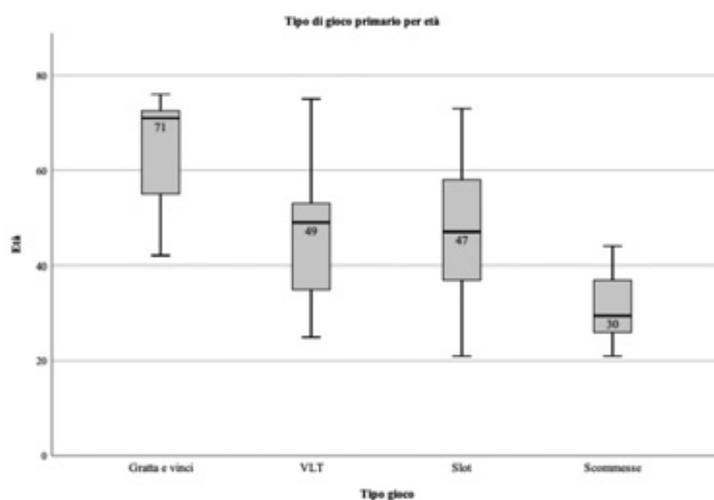
Tab. 3 - Tipologie di gioco problematico distinte per fascia di età

	< 30 anni n=16	30-45 anni n=31	46-60 anni n=33	> 60 anni n=22
Slot machine n (%)	5 (31,3)	18 (58,1)	17 (51,5)	9 (40,9)
VLT n (%)	3 (18,8)	5 (16,1)	9 (27,3)	4 (18,2)
Gratta e vinci n (%)	0 (0)	1 (3,2)	4 (12,1)	6 (27,3)
Scommesse n (%)	5 (31,3)	5 (16,2)	0 (0)	0 (0)
Poker n (%)	1 (6,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Casinò n (%)	2 (12,5)	1 (3,2)	1 (3)	2 (9,1)
Giochi online n (%)	0 (0)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)
Bingo n (%)	0 (0)	0 (0)	2 (6,1)	1 (4,5)

Dall'ANOVA a una via è emersa una differenza significativa a livello statistico ($F_{3,87}=10,05$, $p=.001$) tra le età dei giocatori distinte per tipologia di gioco prevalente. Un'analisi post-hoc di Tukey HSD ha evidenziato un'omogeneità per l'età tra giocatori VLT e slot e una differenza significativa rispettivamente tra gratta e vinci vs. VLT ($p=.009$), vs. slot ($p=.005$) e vs. scommesse

($p<.001$). Significativa risulta quindi anche la differenza tra scommesse vs. VLT ($p=0.14$) e vs. slot ($p=.003$) (Graf. 2).

Graf. 2 - Età media per tipologia di gioco principale



Indicatori relativi al gioco patologico a T_0

Rispetto ai criteri del DSM-5, i pazienti hanno mediamente presenti (alla somministrazione T_0) sei criteri su nove. Considerando la classificazione in base al numero di criteri presenti, la maggior parte si colloca su un livello moderato ($n=37$, 36,3%), men-

Tab. 4 - Dati socio-demografici distinti per tipologia di gioco primario

		Slot (n=49)	VLT (n=21)	Gratta e vinci (n=11)	Scommesse (n=10)
Sesso n (%)	Maschio	42 (85,7)	17 (81,0)	3 (27,3)	10 (100)
	Femmina	7 (14,3)	4 (19,0)	8 (72,2)	0 (0)
Età	Media	47,9	47,1	63,6	30,9
	DS	14,1	15,4	11,7	8,0
Stato civile n (%)	Sposato/a	25 (51,0)	9 (43,0)	5 (45,5)	2 (20,0)
	Celibe/nubile	8 (16,3)	4 (19,0)	1 (9,1)	5 (50,0)
	Divorziato/a o Separato/a	8 (16,3)	4 (19,0)	1 (9,1)	1 (10,0)
	Convivenza	7 (14,3)	2 (9,5)	1 (9,1)	1 (10,0)
	Vedovo/a	0 (0)	0 (0)	3 (27,2)	0 (0)
	Dato mancante	1 (2,1)	2 (9,5)	0 (0)	1 (10,0)
	Convivenza n (%)	Con partner e figli	21 (42,9)	5 (23,8)	3 (27,3)
Con partner		13 (26,5)	7 (33,3)	4 (36,3)	1 (10,0)
Con genitori		6 (12,2)	1 (4,8)	0 (0)	6 (60,0)
Con figli		0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)
Da solo		7 (14,3)	5 (23,8)	3 (14,3)	0 (0)
Dati mancanti		2 (4,1)	3 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Scolarità n (%)	Elementari	1 (2,1)	3 (14,3)	1 (9,1)	0 (0)
	Medie inferiori	30 (61,2)	5 (23,8)	6 (54,5)	2 (20,0)
	Medie Superiori	13 (26,5)	9 (42,9)	2 (18,2)	5 (50,0)
	Laurea	5 (10,2)	4 (19)	2 (18,2)	3 (30,0)
Occupazione attuale n (%)	Lavoro stabile	30 (61,2)	15 (71,5)	5 (45,5)	7 (70,0)
	Lavoro precario	4 (8,2)	0(0)	1 (9,0)	0 (0)
	Studente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (10,0)
	Pensione	10 (20,4)	4 (19,0)	5 (45,5)	0 (0)
	Disoccupazione o Inoccupazione	5 (10,2)	2 (9,5)	0 (0)	2 (20,0)
	Reddito mensile	Media	1589,2	1616,7	1395,0
Spesa mensile gioco	Media	659,0	2092,5	1122,7	1375,0

tre il 28,4% su un livello grave (n=29), il 23,5% lieve (n=24) e 11,8% sottosoglia (n=12).

Il 91,2% dei pazienti (n=93) ha presente il criterio 7 (Mentire per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo); l'88,2% (n=90) il criterio 3 (Ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo); l'80,4% (n=82) il criterio 6 (Tornare a giocare dopo aver perso soldi al gioco, perdite "inseguite") (Graf. 3).

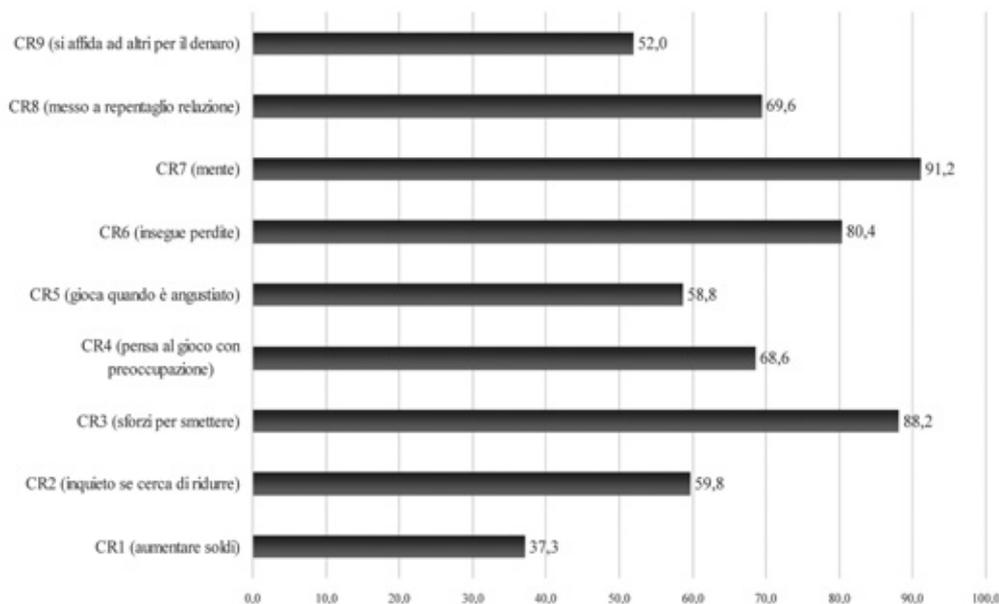
Distinguendo l'analisi in base al genere, emerge che mediamente i maschi hanno presenti 6,1 criteri su nove, le femmine 5,9 criteri su nove. Sebbene dalle analisi condotte non siano emerse differenze significative da un punto di vista statistico, risulta

interessante riportare le percentuali di presenza di alcuni criteri facendo un distinguo tra pazienti maschi e femmine.

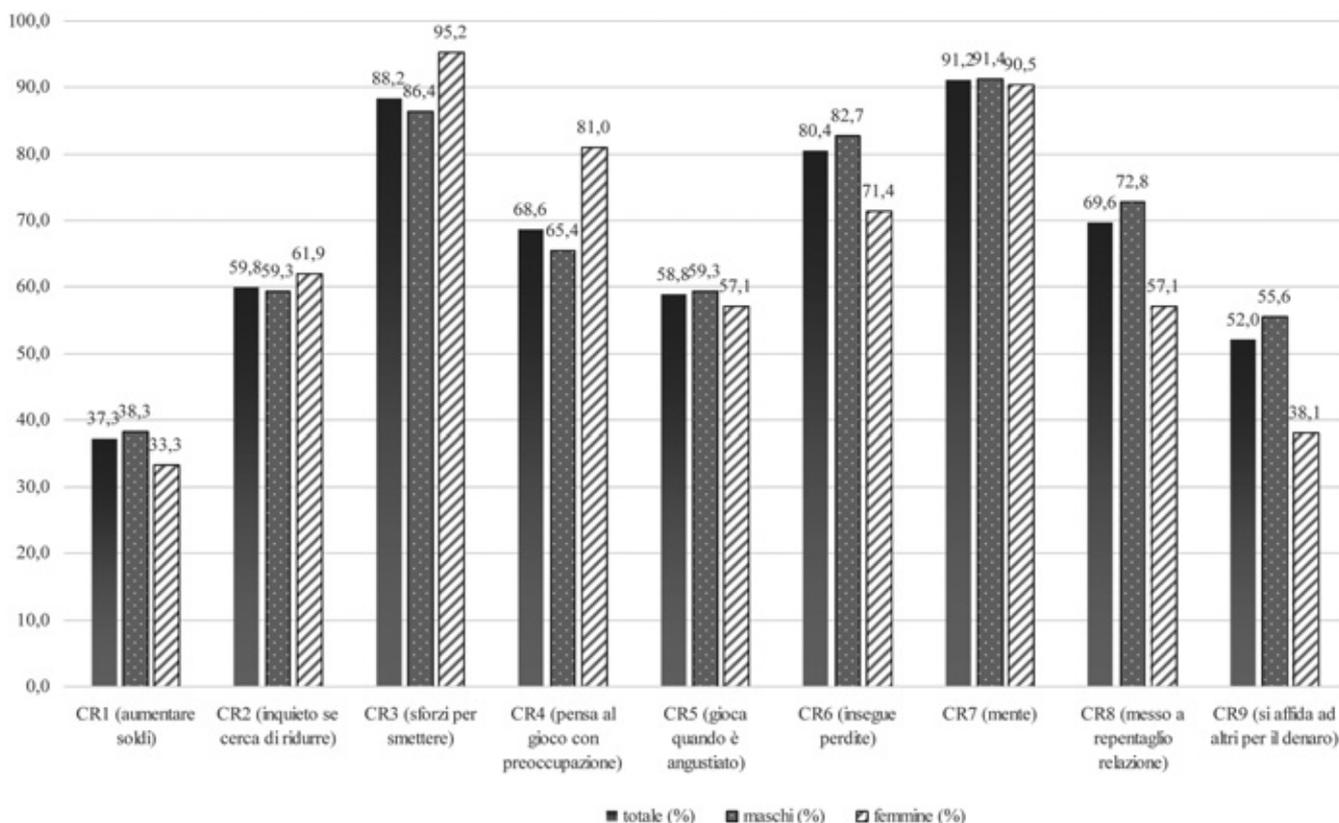
I criteri presenti con frequenza maggiore tra le pazienti femmine sono: il 3 (Ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo), il 4 (Preoccupazione per il gioco d'azzardo).

I criteri presenti con frequenza maggiore nei maschi sono: il 6 (Tornare a giocare dopo aver perso soldi al gioco, perdite "inseguite"), l'8 (Mettere a repentaglio o perdere una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo) e il 9 (Fare affidamento su altri per cercare denaro) (Grafico 4).

Graf. 3 - Presenza criteri DSM-5 a T0 (%)



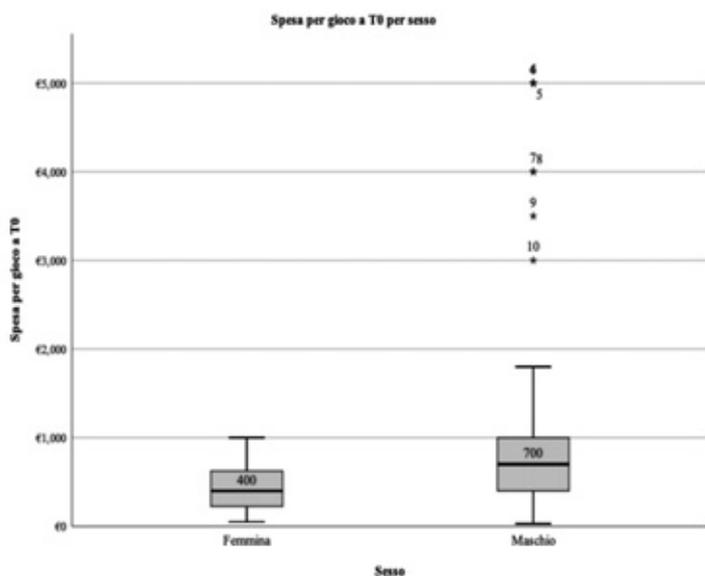
Graf. 4 - Presenza criteri DSM-5 a T0: confronto tra maschi e femmine



La spesa media mensile destinata al gioco è di 1251,9 euro (range: 30 euro – 20.000 euro). È emersa una differenza significativa ($p=.007$) tra la spesa media mensile destinata al gioco tra pazienti maschi (Mdn = 700.00) e femmine (Mdn = 400.00) (Graf. 5).

Complessivamente, i pazienti intervistati riferiscono di spendere mediamente circa il 76% del loro stipendio per il gioco (i maschi arrivano a spenderne mediamente l'80%), a fronte di un reddito medio mensile di 1645,7 euro.

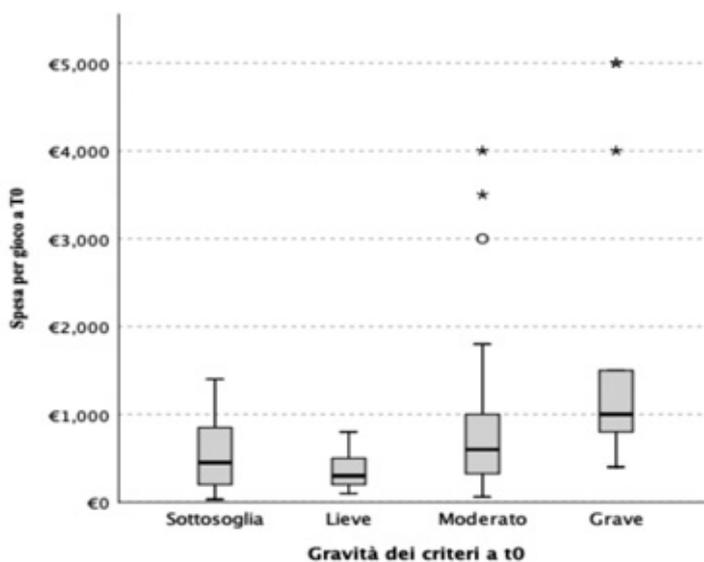
Graf. 5 - Spesa media per il gioco distinta tra maschi e femmine



Una differenza significativa ($p<.001$) è emersa inoltre all'analisi condotta per determinare l'eventuale presenza di differenze in termini di euro spesi a T_0 in base alla gravità del disturbo⁴. Dall'analisi post hoc di Dunn con correzione di Bonferroni sui campioni accoppiati si sono riscontrate differenze significative nel confronto tra lieve vs. moderato ($p=.028$) e moderato vs. grave ($p=.054$) (Graf. 6). Ad una maggior gravità del disturbo si accompagna una più alta quantità di denaro speso per il gioco.

Per quanto riguarda la frequenza di gioco, la maggioranza dei pazienti riferisce di giocare settimanalmente: il 41,2% ($n=42$) dalle quattro alle sette volte alla settimana, il 31,4% ($n=32$) da

Graf. 6 - Spesa media per il gioco distinta per classificazione criteri DSM5



una a tre volte alla settimana. L'85,3% dei pazienti ($n=87$) è sottoposto a forme di monitoraggio economico da parte di familiari e caregiver.

Evoluzione degli indicatori relativi al gioco patologico nei pazienti con T_0 , T_1 , T_2 completati

I pazienti che hanno completato le valutazioni T_0 , T_1 , T_2 sono complessivamente 39. Per quanto riguarda il numero medio di criteri presenti, si è rilevata una diminuzione significativa dei criteri dalla valutazione T_0 : 6,1 alla valutazione T_1 : 1,8 ($p<.000$). Nessuna differenza significativa è stata rilevata nella media dei criteri da T_1 a T_2 ($M=1,7$). Considerando singolarmente ciascun criterio, si è rilevata una diminuzione statisticamente significativa di tutti e nove dalla valutazione T_0 alla valutazione T_1 (Tab. 5). Nessuna differenza significativa a livello statistico è stata rilevata al confronto per ciascun criterio tra la valutazione a T_1 vs. T_2 . La percentuale di presenza dei criteri 3 e 7⁵ (i più presenti alla valutazione T_0) è passata da T_1 a T_2 , da 30,8% a 33,3% per il criterio 3 e da 25,6% a 30,8% per il criterio 7. Nel passaggio da da

Tab. 5 - Presenza dei criteri DSM 5 a T_0 , T_1 , T_2

	T_0	T_1	T_0 vs. T_1 p	T_2	T_1 vs. T_2 p
Media criteri presenti (max: 9)	6,1	1,8	<.000	1,7	ns
Criterio 1. "Bisogno di aumentare quantità di soldi" n (%)	14 (35,9)	2 (5,1)	.002	2 (5,1)	ns
Criterio 2. "Inquieto o irritabile se cerca di ridurre gioco" n (%)	24 (61,5)	6 (15,4)	<.001	6 (15,4)	ns
Criterio 3. "Sforzi senza successo per controllare/diminuire" n (%)	33 (84,6)	12 (30,8)	<.001	13 (33,3)	ns
Criterio 4. "Pensa con preoccupazione al gioco" n (%)	29 (74,4)	13 (33,3)	<.001	7 (17,9)	ns
Criterio 5. "Gioca quando è angustiato" n (%)	20 (51,3)	8 (20,5)	.004	8 (20,5)	ns
Criterio 6. "Insegue le perdite al gioco" n (%)	34 (87,2)	7 (17,9)	<.001	4 (10,3)	ns
Criterio 7. "Mente per nascondere coinvolgimento" n (%)	37 (94,9)	10 (25,6)	<.001	12 (30,8)	ns
Criterio 8. "Messo a repentaglio relazione" n (%)	28 (71,8)	10 (25,6)	<.001	8 (20,5)	ns
Criterio 9. "Fa affidamento ad altri per soldi" n (%)	19 (48,7)	4 (10,3)	<.001	5 (12,8)	ns

T₁ a T₂ sembrano seguire un trend in diminuzione il criterio 4⁶: da 33,3% a 17,9% e il criterio 6⁷: da 17,9% a 10,3% (p=ns).

Discussione

Caratteristiche sociodemografiche dei giocatori coinvolti nel trattamento

Una prima, generale, riflessione va fatta rispetto al profilo socio-demografico dei pazienti considerati. Nella maggior parte (n=49, 48%) si tratta di persone sposate, con un titolo di studio di scuola media inferiore (n=46, 45,1%) e un lavoro stabile (n=64, 62,7%). Il 37,3% (n=38) vive con partner e figli. Questi dati sembrano tratteggiare un profilo di funzionamento sociale sufficientemente conservato e tendente verso la "normalità", soprattutto se si confrontano con quelli relativi a soggetti con altre forme di dipendenza (in particolare da sostanze o da alcol) (Zilberman *et al.*, 2018). È noto tuttavia come la dipendenza da gioco d'azzardo possa progredire nel tempo inficiando la capacità di mantenere una stabilità nei legami familiari e sociali e altresì una costanza sul piano lavorativo.

Il campione è costituito prevalentemente da giocatori maschi (79,4%). Tale dato risulta coerente con quelli di diversi altri lavori, nei quali si rileva una maggiore diffusione del problema tra la popolazione maschile. In una interessante revisione condotta nel 2018 da Pickering e colleghi (su 34 studi relativi a pazienti con DGA in trattamento) si è rilevata infatti una percentuale media di presenza maschile pari al 71,2%. Prendendo in considerazione il rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità che evidenzia tassi di prevalenza di gioco problematico tra la popolazione adulta rispettivamente del 3,6% per i giocatori uomini e 2,5% per le giocatrici donne (Pacifci, 2019), il nostro campione risulterebbe invece lievemente meno rappresentativo del genere femminile.

Rimane comunque aperta la possibilità che nella popolazione femminile il problema sia sottostimato, e che le donne accedano meno ai servizi anche a causa di stigmi sociali e culturali in base ai quali nelle persone di sesso femminile il "vizio" e la dipendenza sembrano meno compresi e accettati (Subramaniam *et al.*, 2015a; Baxter *et al.*, 2016).

Nel campione considerato, i maschi risultano inoltre spendere quantità maggiori di denaro per il gioco. È stata rilevata infatti una differenza significativa nella spesa media mensile tra pazienti maschi e femmine (M=1368,1 vs. M=792,5 p=.007).

La rilevazione di questi dati spinge alla formulazione di alcune riflessioni riguardanti la presenza di "traiettorie di gioco" distinte in base al genere (con minori conseguenze per le donne, per esempio rispetto al sovra indebitamento). I maschi sembrano essere maggiormente esposti allo sviluppo di forme di gioco patologico, giocano in misura maggiore e spendono di più. D'altro canto, le femmine tendono ad avvicinarsi in età più matura al gioco, ma nel momento in cui si consolida il comportamento, sviluppano più rapidamente forme di dipendenza patologica (Black *et al.*, 2017; Prever *et al.*, 2017). Coerentemente con altre pubblicazioni, emerge inoltre una propensione diversa verso le varie tipologie di gioco. Dai risultati è emerso infatti che i maschi giocano principalmente alle slot (n=42; 51,8%) e alle vlt (n=17; 21%), mentre le femmine al gratta e vinci (n=8, 38,1%) e alle slot (n=7; 33,3%). La scelta di una tipologia di gioco piuttosto che un'altra può riflettere anche in questo caso una differente motivazione alla base della messa in atto del comportamento.

L'età media del campione preso in esame (47,8 anni) risulta abbastanza in linea con i dati delle più recenti indagini nazionali. Nel report di Pacifci (2019) si è infatti rilevato che le fasce d'età che presentano una prevalenza superiore di soggetti nel profilo di giocatore problematico sono 50-64 anni (3,5%), a seguire 40-49 anni (3,4%) e 25-39 anni (3,3%). L'età media dei maschi risulta inoltre inferiore rispetto a quella delle femmine (M=45,1 vs. M=57,9 p=.002), probabilmente proprio per la tendenza femminile ad avvicinarsi al gioco in una età più matura. Similarmente a quanto emerso nel confronto tra maschi e femmine, risulta efficace tenere in considerazione le differenti motivazioni che spingono le persone, in momenti ed età diversi della vita, a giocare e altresì di come possano mutare la motivazione, il piacere e il desiderio nutrito verso forme di gioco d'azzardo nella transizione tra le varie fasi di vita. A supporto di queste riflessioni, dallo studio è emerso un risultato molto interessante che riguarda la rilevazione di una differenza statistica (p=.001) nell'età dei soggetti distinti in base alla tipologia di gioco prevalente. A fronte infatti di una omogeneità (per quanto riguarda l'età) tra i giocatori VLT e slot machine, è emersa una differenza significativa (p<0,001) tra l'età media di chi gioca a gratta e vinci (più adulti) e scommesse (più giovani). Questo risultato si dimostra decisamente rilevante e meriterà di essere debitamente considerato nelle analisi successive. È plausibile pensare che forme di gioco quali gratta e vinci e scommesse attirino soggetti con età e motivazioni diverse che ricercano, di fatto, sensazioni differenti. Dalla letteratura è emerso infatti come gli anziani giochino molto spesso per fuggire a emozioni negative, per ricercare momenti di eccitazione a fronte di probabili frequenti situazioni routinarie e di noia, aspetto questo che li rende un gruppo molto vulnerabile allo sviluppo di DGA (Sauvaget *et al.*, 2015; Lister & Nower, 2014). Gli anziani sembrano inoltre prediligere giochi che non richiedono particolari competenze o l'interazione con altre persone, come le lotterie istantanee, le slot e le VLT (Lister & Nower, 2014; Subramaniam *et al.*, 2015b). In particolare, il gratta e vinci è caratterizzato da una ampia disponibilità (vista la numerosità dei luoghi di gioco sul territorio) e da un'accessibilità in termini di costi, tratti che inducono ad una maggiore frequenza di gioco. Gli anziani mostrano una ridotta propensione per il gioco on line, a causa della scarsa familiarità con le nuove tecnologie ed una maggiore incidenza di disturbi psichiatrici⁸.

I giovani sembrano invece prediligere le scommesse sportive in una misura significativamente superiore. Si tratta infatti di una tipologia di gioco in cui abilità e conoscenza possono influire sull'esito della puntata. Nelle scommesse i giovani cercano di raggiungere uno stato di eccitazione, condizionati dalla speranza di poter vincere ingenti quantità di denaro (Lister & Nower, 2014; Black, 2017; 2015; Grant *et al.*, 2009).

Severità del problema di gioco: perché prevenire è importante

I pazienti considerati nello studio hanno mediamente presenti alla somministrazione T₀ sei criteri DSM-5 su nove. La maggior parte si colloca tra un livello moderato (36,3%) e grave (28,4%) di presenza del disturbo. La spesa media mensile destinata al gioco è di 1251,9 euro (range: 30 euro-20.000 euro). Complessivamente, riferiscono di spendere mediamente circa il 76% del loro stipendio per il gioco (i maschi arrivano a spendere in media l'80%). La maggioranza dei pazienti riferisce inoltre una elevata frequenza di gioco (il 41,2% dalle quattro alle sette volte alla settimana, il 31,4% da una a tre volte alla settimana).

Tutti questi dati concorrono a puntare l'attenzione rispetto al fatto che i soggetti considerati sono arrivati al servizio con un problema di gioco intenso e altamente problematico. A fronte quindi di un inquadramento diagnostico di DGA medio-grave, la discussione deve necessariamente toccare il delicato tema della prevenzione, sensibilizzazione e identificazione precoce di situazioni contraddistinte da comportamenti di gioco a rischio e problematico. La richiesta di un supporto specialistico avviene tardivamente, fatto presumibilmente legato alle fasi che di norma si riscontrano nella storia di gioco di un paziente, segnata da una compromissione profonda del funzionamento della persona e dalla convinzione di poter gestire e risolvere in autonomia anche situazioni debitorie estremamente complesse. A ciò si aggiunge lo stigma sociale che contraddistingue l'immagine del giocatore, che porta ad esperire senso di vergogna, imbarazzo e timore di essere riconosciuti e giudicati. Questi sentimenti rappresentano un ostacolo alla formulazione di una richiesta di aiuto all'esterno (Peter *et al.*, 2019; Dowling *et al.*, 2017a).

A fronte dei dati rilevati è necessario quindi pensare a delle nuove modalità preventive che agiscano a più livelli. Vi sono innumerevoli riferimenti in letteratura rispetto alle buone pratiche per prevenire e intercettare precocemente questo disturbo (Croce & Jarre, 2017). Molto interessante è certamente la sensibilizzazione dei medici di medicina generale⁹ e la promozione di iniziative di socializzazione attraverso il coinvolgimento di tutte le realtà associazionistiche del territorio (Croce & Arrigoni, 2017). Anche la normativa di riferimento interviene favorevolmente con azioni di prevenzione strutturale, avendo resa obbligatoria l'esposizione di materiale informativo e di sensibilizzazione nei luoghi di gioco (Decreto Balduzzi 158/2012) e l'introduzione di standard uniformi di contrasto al gioco patologico contenute nella più recente Legge Regionale 38/2019 della Regione Veneto.

Nella definizione di strategie adeguate ed efficaci finalizzate alla prevenzione, devono naturalmente essere considerati i principali fattori di rischio per lo sviluppo di DGA delineati in letteratura (Cowlshaw *et al.*, 2012). Tra questi: essere maschi (Dowling *et al.*, 2017), la giovane età¹⁰ (Desai *et al.*, 2004; Wiebe & Cox, 2005; Zhai *et al.*, 2017) e, contestualmente, l'età anziana (Black, 2017; Subramaniam *et al.*, 2015 a; 2015 b; Pietrzak *et al.*, 2007; Volberg, 2003).

Dowling e colleghi (2017) identificano inoltre altri elementi di rischio come: basso status socio-economico, la presenza di tratti di personalità quali: impulsività (Zilberman *et al.*, 2018), *sensation seeking*, propensione al rischio (Steward *et al.*, 2017), l'uso concomitante di sostanze o alcol. Secondo questi stessi autori, anche il contesto e le caratteristiche dell'ambiente in cui il soggetto vive possono influire e concorrere a determinare in misura significativa la propensione o meno a sviluppare forme di dipendenza patologica da gioco (Zilberman *et al.*, 2018).

Monitorare l'evoluzione del comportamento di gioco nei pazienti in trattamento: modalità, tempi, outcome e strumenti

Generalmente, per i pazienti in trattamento, le tempistiche di *assessment* vengono definite nei termini di una valutazione *baseline* (all'inizio del programma trattamentale) e di valutazioni successive alla conclusione del trattamento a breve (3-6 mesi dopo), medio (1 anno) e lungo termine (2 anni) (Walker, 2006; Pickering *et al.*, 2018).

Il presente lavoro introduce, rispetto alla letteratura di riferimento, una peculiarità metodologica che consiste nell'aver monitorato l'evoluzione dei criteri del DSM-5 durante il trattamento, in periodi temporali ravvicinati, contestualmente alla messa in atto di interventi integrati multidimensionali (prevalentemente psicologici cognitivo-comportamentali e educativo-riabilitativi).

Dai dati raccolti alla valutazione *baseline* è emerso che alcuni criteri risultano più presenti rispetto ad altri. Il 91,2% dei pazienti (n=93) ha infatti riferito di mentire per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo (criterio 7). La presenza nella quasi totalità del campione di questo criterio si lega al fatto che, tipicamente, i giocatori presentano forme di disturbo da gioco d'azzardo con una intensità moderato-grave (conseguenza di una frequenza assidua di gioco e ingenti somme di denaro perse precedentemente). Sovente, nella pratica clinica, si fa esperienza di pazienti che rifuggono dall'idea di avere un problema e tendono a minimizzarlo, alle volte anche per non essere giudicati o per non sentirsi colpevolizzati o stigmatizzati (Peter *et al.*, 2019). Non è un caso che l'88,2% (n=90) dei pazienti presenti anche il criterio 3, ovvero riporti di aver messo in atto ripetuti sforzi (risultati poi infruttuosi) per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

La tendenza a minimizzare il comportamento di gioco o il desiderio di risolverlo entro "le mura domestiche" porta sicuramente al peggioramento del problema e delle sue conseguenze e rappresenta la prima vera sfida (soprattutto nel campo della prevenzione e della sensibilizzazione) per i clinici. Una sfida che, come detto, si gioca anche fuori dagli ambulatori e necessita di essere implementata nei luoghi "sensibili", al fine di intercettare in modo efficace e efficiente quelle fasce di giocatori che sono potenzialmente a rischio o che hanno incominciato a manifestare evidenti comportamenti sintomatici anche nei luoghi abituali di gioco.

Il monitoraggio effettuato entro i tre mesi dall'inizio del primo contatto ha permesso di osservare una riduzione significativa della presenza di tutti i criteri del DSM-5 nel periodo temporale che intercorre tra la valutazione iniziale (T_0) e la valutazione a tre mesi (T_1) dalla presa in carico. Si tratta di un fenomeno tipico nelle dipendenze da sostanze, già indicato in passato come "Luna di Miele", ovvero dell'effetto piacevole iniziale dell'incontro con l'operatore (Cancrini, 1982). L'inserimento in un percorso di presa in carico e trattamento costituisce, per il campione di pazienti considerato, una potenziale condizione protettiva che si riflette sin da subito in un miglioramento generale nei comportamenti e nelle relazioni significative. Nel corso dello studio, non è stato indagato in modo puntuale, il legame causa-effetto tra la messa in atto di interventi (psicologici ed educativi) e l'evoluzione del problema di gioco (nei termini di presenza/assenza dei criteri DSM-5). Ciò che emerge dai risultati presentati può essere dunque interpretato come una generale tendenza verso il miglioramento del funzionamento del giocatore, confermato dalla riduzione dei criteri DSM-5 nei primi mesi dalla presa in carico, anche se non è possibile stabilire precise correlazioni con la tipologia e la frequenza degli interventi attuati. Tale riduzione non può essere direttamente imputata alla realizzazione degli interventi specifici, ma deve piuttosto essere interpretata considerando diversi aspetti. Tra questi: la spinta motivazionale iniziale del paziente, l'appropriatezza della presa in carico, la specificità dell'intervento attuato, variabili ambientali e di contesto, il controllo e monitoraggio economico attuato da un prossimo significativo¹¹. A fronte di situazioni debitorie particolarmente gravose, questo ultimo aspetto rappresenta indubbiamente un importante strumento per mettere i pazienti

in una condizione di maggiore sicurezza e tranquillità (anche nei casi di sdebitamento per meritevolezza).

Dal punto di vista clinico, questa fase sembra essere quindi un momento ideale per proporre interventi appropriati, vista e considerata la buona motivazione, l'elevata disponibilità dei pazienti ad aderire alle proposte di trattamento e la tendenza a ridurre o astenersi dal gioco.

Grazie alla peculiarità metodologica adottata in questo studio si sono iniziati inoltre a indagare i trend che seguono i criteri del DSM-5 nei tempi successivi di trattamento. I dati disponibili in questa prima fase di pubblicazione non consentono la formulazione di speculazioni che decretino in modo risolutorio e definitivo l'evoluzione del problema di gioco nel periodo di presa in carico. I risultati presentati hanno però il pregio di puntare l'attenzione su alcuni aspetti, al fine di costruire ipotesi di ricerca da indagare nei futuri lavori, una volta ampliato il campione.

Sebbene l'indagine statistica non abbia evidenziato differenze significative, va rilevato come nel passaggio da T_1 a T_2 (ovvero da 3 a 6 mesi dalla valutazione *baseline*) a fronte di una generale stabilità di alcuni criteri, si rialzino (seppur leggermente) i due criteri 3 e 7 più frequenti a T_0 (che riguardano la perdita di controllo, la capacità di trattenersi dal giocare e il ritornare a mentire per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco).

Data la peculiarità nella scelta dei tempi di valutazione, non è stato possibile confrontare questi specifici risultati con altri studi simili. Una suggestione interessante arriva però dalla recente pubblicazione di Slecza e Romild (2021) secondo cui ciascun criterio del DSM-5 ha un peso specifico nel definire il problema di gioco e la presenza di un singolo criterio (piuttosto che un altro) può esercitare un diverso impatto nella evoluzione a medio-lungo termine del disturbo. Gli autori hanno preso in esame un campione di 8165 soggetti della popolazione generale (16-84 anni) e hanno rilevato che i criteri non sono stabili ma subiscono un aumento o una riduzione nel corso del tempo. Enfatizzano inoltre il fatto che la rilevazione di alcuni criteri piuttosto che altri, giochi un ruolo determinante nella futura evoluzione del comportamento di gioco. L'ipotesi che emerge anche dal presente studio (e che andrà verificata attraverso ulteriori indagini) riguarda quindi non solo la possibilità che i singoli criteri abbiano un peso diverso sull'andamento del problema di gioco, ma che alcuni di essi possano essere maggiormente resistenti al trattamento e dunque meritevoli di un intervento e monitoraggio più puntuale. Sembra infatti plausibile ipotizzare che, ad un momento iniziale (T_1) caratterizzato da una buona motivazione da parte del paziente, segua una fase a medio termine nel trattamento in cui alcuni criteri necessitano di essere considerati in modo più stringente di altri.

Se confermata, la persistenza nel tempo dei criteri 3 e 7, dovrebbe indurre gli operatori ad apportare dei cambiamenti per migliorare la qualità e l'efficacia dell'intervento, declinando la costruzione del percorso trattamentale sia sui bisogni del paziente che sui peculiari contesti relazionali e di riferimento che sostengono e sottendono a tali criteri.

Rispetto alla tendenza a mentire, si rinvia ad una criticità (di non poco conto) che riguarda la possibilità di agire forme di controllo oggettivamente rilevabili che dimostrino l'effettiva condizione astinenziale. Nel disturbo da uso di sostanze sono previsti controlli tossicologici che attestano empiricamente lo stato di astinenza. Questo tipo di oggettività non è trasferibile sul piano del gioco, rendendo necessaria l'adozione di misure di contenimento diverse, più di matrice sistemico relazionale. Un esempio potrebbe essere la triangolazione della relazione con il paziente per effettuare il monitoraggio, attraverso il coinvolgimento di

una terza persona, con cui vi è condivisione significativa della quotidianità, il quale si assume temporaneamente il compito di gestire le risorse economiche, con l'obiettivo prioritario di evitare che una eccessiva disponibilità economica possa da una parte elicitare il *craving*, dall'altra perpetuare le abitudini di gioco. Il coinvolgimento di terzi risulta utile anche nella valutazione della situazione di partenza, non essendo sempre attendibile quanto riferito inizialmente dal giocatore rispetto al coinvolgimento nel gioco. Si fa strada inoltre l'idea di monitorare la ricorrenza di eventuali episodi sporadici di gioco, al fine di evitare che il paziente ricada nel problema, cercando al contempo di attenuare il senso di vergogna o di frustrazione.

La presenza e resistenza del criterio 3 (sforzi per controllare o ridurre il gioco) induce a considerare quali misure di contenimento del comportamento di gioco siano state fattivamente agite dal soggetto interessato. Ad esempio, al monitoraggio economico, di cui sopra, viene esplicitamente richiesta l'attivazione del paziente nel procedere alla richiesta di autoesclusione dai giochi online o dal casino terrestre (qualora la tipologia del gioco praticato rientrasse tra questi).

Conclusioni e implicazioni per la pratica clinica

Il monitoraggio dell'andamento del problema di gioco nei pazienti in trattamento risulta essere una componente tanto essenziale quanto complessa della presa in carico. I dati rilevati trovano conferma in alcune pubblicazioni dalle quali emerge una interpretazione multifattoriale dell'evoluzione del problema nel tempo (Black, 2017; Slutske *et al.*, 2003; 2006; La Plante *et al.*, 2008). Ad una idea di "stabilità" del disturbo (intesa come tendenza a rimanere collocati ad un certo livello diagnostico senza migliorare o peggiorare) si contrappone una chiave interpretativa tesa all'evoluzione dello stesso, generalmente verso il decremento del problema.

I risultati di questo e altri studi aprono a interessanti riflessioni in merito al monitoraggio dei pazienti in trattamento. Tale azione costituisce l'esito di precise scelte metodologiche definite a priori che riguardano primariamente: i tempi, le modalità, gli strumenti e gli indicatori (*outcome*) definiti per l'*assessment*.

La complessità del tema determina una ampia eterogeneità in letteratura per quanto riguarda gli aspetti sopra esplicitati. Esiste infatti una variabilità piuttosto ben documentata sia relativamente agli indicatori da monitorare, che rispetto agli strumenti adottati (Galetti & Tavares, 2017; Pickering *et al.*, 2018; Toneatto & Ladoucer, 2003).

I tempi di monitoraggio rappresentano un elemento centrale, la cui definizione a priori costituisce il riflesso, la cifra, dell'intenzionalità e progettualità da cui prendono avvio gli interventi effettuati. È per questo motivo che la riflessione in merito a questi aspetti costituisce un momento decisivo non soltanto da un punto di vista metodologico ma anche da una prospettiva più ampia.

Nonostante l'eterogeneità degli studi presenti, diversi autori sono concordi nell'attribuire autorevolezza al significativo lavoro di sintesi derivante dal Banff Consensus ad opera di Walker e colleghi (2006)¹². Nel report citato vengono infatti identificati tre gruppi di indicatori che necessitano di essere raccolti trasversalmente nell'*assessment* di pazienti in trattamento. Le misure identificate sono le seguenti:

- misure legate ai comportamenti di gioco (spesa mensile, numero di giornate in cui si è giocato per ogni mese, tempo speso per il gioco mensilmente);

- misure legate ai problemi causati dal gioco (salute, relazioni, finanze, legalità);
- misure legate al processo di cambiamento-trattamento (ad esempio: presenza di distorsioni cognitive).

Segue una tabella con un report sintetico dei principali risultati emersi da questo primo studio, che possono essere considerati come interessanti riflessioni tematiche per la pratica clinica.

Tab. 6 – Sintesi dei principali risultati e tematiche emerse

<i>Caratteristiche sociodemografiche dei giocatori in trattamento</i>	Maggiore diffusione del problema tra la popolazione maschile: i maschi sembrano essere più esposti allo sviluppo di forme di gioco patologico e giocano in misura maggiore, spendendo di più. Tuttavia, il problema può essere sottostimato tra la popolazione femminile.
<i>Severità del problema di gioco: perché prevenire è importante</i>	È stata rilevata una differenza statistica ($p=.001$) nell'età dei soggetti distinti in base alla tipologia di gioco prevalente. A fronte di una omogeneità nell'età tra i giocatori VLT e slot machine, è emersa una differenza significativa ($p<0,001$) tra l'età media di chi gioca a gratta e vinci (più adulti) e scommesse (più giovani). È plausibile pensare che forme di gioco quali gratta e vinci e scommesse attirino soggetti con età e motivazioni diverse.
<i>Follow-up di pazienti in trattamento per DGA</i>	<p>I soggetti considerati sono arrivati al servizio con un problema di gioco intenso e altamente problematico. La maggior parte si colloca tra un livello moderato e grave di presenza del disturbo. La spesa media mensile destinata al gioco è di 1251,9 euro. Complessivamente, riferiscono di spendere mediamente circa il 76% del loro stipendio per il gioco (i maschi arrivano a spendere in media l'80%). La maggioranza dei pazienti riferisce inoltre una elevata frequenza di gioco (il 41,2% dalle quattro alle sette volte alla settimana, il 31,4% da una a tre volte alla settimana). I dati invitano a riflettere in merito all'opportunità di mettere in campo strategie integrate per sensibilizzare la popolazione e prevenire il disturbo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dopo i primi tre mesi dall'inizio del trattamento si è osservata una generale tendenza verso il miglioramento del funzionamento del giocatore, confermato dalla riduzione dei criteri DSM-5 • I primi mesi dalla presa in carico trattamentale costituiscono un momento ideale per proporre interventi appropriati, vista e considerata la buona motivazione e l'elevata disponibilità dei pazienti ad aderire alle proposte di trattamento e la tendenza a ridurre o astenersi dal gioco.

Limiti dello studio

La bassa numerosità campionaria e il fatto di aver coinvolto un campione di convenienza hanno certamente ridotto il livello di accuratezza, precisione e approfondimento dell'analisi statistica. Essendo questo un primo step di analisi dei dati, gli stessi sono stati presentati in modo parziale per quanto riguarda i risultati del monitoraggio di tutti i tempi di valutazione previsti per ciascun soggetto. Nelle fasi successive saranno disponibili tutti i dati che consentiranno quindi di produrre una descrizione più complessa ed esaustiva delle variabili prese in esame.

Note

1. Successivamente alla somministrazione dell'intervista semi-strutturata e della GFS il paziente viene preso in carico presso l'ambulatorio DGA e inizia un percorso trattamentale declinato sui bisogni e sulle caratteristiche rilevate, comprensivo di colloqui psico-educativi centrati sull'assessment motivazionale, l'esame dei pensieri disfunzionali, sulle funzioni che il gioco riveste, sulle strategie per la gestione del *craving* e delle ricadute, sulla riabilitazione del tempo libero attraverso l'individuazione di attività alternative al piacere del gioco. Il Progetto Regionale Cambio Gioco (Delibera n. 97 del 07/02/2019) ha reso disponibili ulteriori forme di supporto al paziente, di seguito elencate: stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) per la riduzione del *craving*, programmi residenziali brevi, week-end per coppie, frequentazione di centri diurni, consulenze finanziarie e legali a fronte di situazioni debitorie particolarmente complesse. Ancora, sviluppo di una app dedicata alla prevenzione di comportamenti di gioco e l'avvio di un progetto innovativo che riguarda l'uso della realtà virtuale come strumento di prevenzione nel gioco patologico. La progettazione del percorso richiede pertanto la concertazione delle differenti figure professionali unitamente alla motivazione e al consenso del paziente.

2. Come già esplicitato, solo pochi pazienti hanno completato tutti i tempi di valutazione ($n=14$), dunque è risultato, a parere degli autori, interessante presentare e discutere i dati relativi ad un gruppo più consistente di soggetti ($n=39$) che hanno completato i primi tre tempi di analisi: T_0 , T_1 e T_2 .

3. Al momento dell'intervista il paziente deve esprimere quale è il tipo di gioco che considera maggiormente problematico poiché praticato più frequentemente e/o perché la persona vi spende più denaro.

4. Classificazione relativa al numero di criteri del DSM-5 presenti.

5. 3) Ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo; 7) Raccontare bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo.

6. 4) Preoccupazione per il gioco d'azzardo.

7. 6) Tornare a giocare dopo aver perso soldi al gioco (perdite "inseguite").

8. Per quanto concerne gli anziani, si riscontra di frequente la tendenza a rivolgersi al medico di famiglia, al quale la persona riferisce sintomi fisici legati al gioco problematico che l'operatore tratta come tali (Croce & Arrigoni, 2017) rendendo elusa una possibile diagnosi differenziale. Nel 2019, all'interno del Progetto Cambio Gioco, è stata condotta (dai gruppi di lavoro del Dipartimento Dipendenze dell'Aulss 6 Euganea) una formazione specifica destinata ai medici di medicina generale, che rappresentano un potenziale canale di intercettazione precoce del bisogno e di invio al servizio competente. L'intervento formativo era centrato sulla conoscenza dei principali meccanismi psicopatologici alla base del DGA, i dati epidemiologici regionali e nazionali, le opzioni terapeutiche in atto, le modalità di accesso al servizio.

9. L'intercettazione precoce del bisogno può essere effettuata attraverso una formazione progettata per i medici di medicina generale, finalizzata all'ottimizzazione dello spazio del colloquio medico per rilevare eventuali problematicità legate al gioco d'azzardo, intervenendo in quella prima fase di pre-contemplazione che ha come obiettivo la maturazione di una consapevolezza rispetto al problema.

10. I giovani sembrano inoltre presentare un ulteriore livello di complessità (Dowling *et al.*, 2017b) legato alla maggior presenza di problemi

legali, uso di alcol o altre sostanze (Petry, 2002) e maggior rischio di *drop out* (Jimenez Murcia et al., 2015).

11. Il monitoraggio è una misura altamente necessaria per determinare in tempi brevi una significativa riduzione del comportamento di gioco con una conseguente limitazione dei danni economici ed una stabilizzazione del sintomo. L' utilizzo calmierato del denaro per le spese necessarie del quotidiano, solleva il giocatore dalla preoccupazione di disporre di somme potenzialmente generatrici di desiderio di riprendere a giocare. Pertanto i primi mesi tratteggiano la cornice di una presa in carico in cui il paziente deve sentirsi accolto, contenuto e sostenuto, attivando e coinvolgendo la rete familiare o i soggetti prossimi.

12. Un ulteriore lavoro di riferimento è l'articolo di revisione di Pickering e colleghi (2018) che ha considerato 34 studi; nel 57% di questi le variabili monitorate non erano direttamente legate al comportamento di gioco (si trattava nello specifico dei seguenti domini: uso di altre sostanze, benessere complessivo, funzionamento sociale, impulsività, autostima, ansia, depressione). Nel 39,7% degli studi si usavano strumenti volti ad indagare nello specifico il problema di gioco in termini di severità, distorsioni cognitive, *craving*. La scala più usata (23,5%) è stata la SOGS; nel 20,6% degli studi sono stati direttamente rilevati i criteri del DSM. Il 70% ha considerato alcuni aspetti del comportamento di gioco come un *outcome*/indicatore del trattamento: il 41% la frequenza, il 17,6% la durata delle sessioni di gioco. L'altra principale componente comportamentale considerata come indicatore (38%) è stata la spesa per il gioco.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Baxter A., Salmon C., Dufresne K., Carasco-Lee A., Matheson F.I. (2016). Gender differences in felt stigma and barriers to help-seeking for problem gambling. *Addictive Behaviors Reports*, 3: 1-8. DOI: 10.1016/j.abrep.2015.10.001.

Black D.W., Coryell W., McCormick B., Shaw M., Allen J. (2017). A prospective follow-up study of younger and older subjects with pathological gambling. *Psychiatry research*, 256: 162-168. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.06.043.

Black D.W., Shaw M., Coryell W., Crowe R., McCormick B., Allen J. (2015). Age at onset of DSM-IV pathological gambling in a non-treatment sample: early-versus later-onset. *Comprehensive psychiatry*, 60: 40-46. DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.04.007.

Blanca D., Coletti L.M., Russell-Roberts J. (2017). South America - Women and compulsive gambling: caught between frustration and revenge. In: Bowden-Jones H., Prever F., editor, *Gambling Disorders in Women: An International Female Perspective on Treatment and Research*. New York: Routledge. DOI: 10.4324/9781315627625-7.

Calado F., Griffiths M.D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal Of Behavioral Addictions*, 5: 592-613. DOI: 10.1556/2006.5.2016.073.

Cancrini L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Firenze: Nis - La nuova Italia Scientifica.

Cowlishaw S., Merkouris S., Dowling N., Anderson C., Jackson A., Thomas S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.cd008937.pub2.

Croce M., Arrigoni F. (2017). *Gratta e perdi. Anziani, fragilità e gioco d'azzardo*. Rimini: Maggioli Editore.

De Castro V., Fuentes D., Tavares H. (2005). The gambling follow-up scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50: 81-86. DOI: 10.1177/070674370505000202.

Croce M., Jarre, P, AA.VV., a cura di (2017). *I Manuali Professionali - Il Disturbo da Gioco d'Azzardo, un problema di salute pubblica: indicazioni per la comprensione e per l'intervento*. Cuneo: Publiedit.

Desai R.A., Maciejewski P.K., Dausey D.J., Caldarone B.J., Potenza M.N. (2004). Health correlates of recreational gambling in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 161: 1672-1679. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.9.1672.

Dowling N.A., Merkouris S.S., Greenwood C.J., Oldenhof E., Toumbourou J.W., Youssef G.J. (2017a). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 51: 109-124. DOI: 10.3410/f.726987144.793544334.

Dowling N.A., Shandley K.A., Oldenhof E., Affleck J.M., Youssef G.J., Frydenberg E., Jackson A.C. (2017b). The intergenerational transmission of at-risk/problem gambling: The moderating role of parenting practices. *The American Journal on Addictions*, 26: 707-712. DOI: 10.1111/ajad.12599.

Fernández-Alba A., Labrador F.J. (2007). Sociodemographic, Psychopathological and Clinical Characteristics of Pathological Slot-Machine Gamblers in Treatment: A Descriptive Study of Spanish Male Gamblers. *International Gambling Studies*, 5: 113-122. DOI: 10.1080/14459790500098051.

Ferris J.A., Wynne H.J. (2001). *The Canadian problem gambling index*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Galetti A.M., Tavares H. (2016). Development and validation of the Gambling Follow-up Scale, Self-Report version: an outcome measure in the treatment of pathological gambling. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39: 36-44. DOI: 10.1590/1516-4446-2016-1911.

Grant J.E., Kim S.W., Odlaug B.L., Buchanan S.N., Potenza M.N. (2009). Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences. *Journal of psychiatric research*, 43: 380-387. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2008.04.005

Jiménez-Murcia S., Granero R., Fernández-Aranda F., Arcelus J., Aymamí M.N., Gómez-Peña M., Fagundo A.B. (2015). Predictors of outcome among pathological gamblers receiving cognitive behavioral group therapy. *European addiction research*, 21: 169-178. DOI: 10.1159/000369528.

Kim S.W., Grant J.E., Potenza M.N., Blanco C., Hollander E. (2009). The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): a reliability and validity study. *Psychiatry research*, 166: 76-84. DOI: 10.1016/j.psychres.2007.11.008.

LaPlante D.A., Nelson S.E., LaBrie R.A., Shaffer H.J. (2008). Stability and progression of disordered gambling: lessons from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53: 52-60. DOI: 10.1177/070674370805300108.

Lazzaro S., Chinellato G., Giordano A., Stivanello A., Zecchinato G., Cavallari G. (2018). Una proposta di follow-up come attività? integrata nella presa in carico del paziente con disturbo da gioco d'azzardo. L'esperienza dell'Ambulatorio per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (DGA) del SerD di Padova (Ulss 6 Euganea). Atto convegno FeDerSerD (Roma, 24-26 ottobre 2018).

Lesieur H.R., Blume S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American journal of Psychiatry*, 144: 1184-1188. DOI: 10.1176/ajp.144.9.1184.

Lister J.J., Nower L., editor (2014). *Gambling and older adults. The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*. NJ: Wiley. DOI: 10.1002/9781118316078.ch16.

National Opinion Research Center at the University of Chicago (NORC). (1999). Report to the National Gambling Impact Study Commission. *Gambling Impact and Behavior Study*.

- Pacifici R., Mastrobattista L., Minutillo A., Mortali C. (2019). *Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 19/28).
- Peter S.C., Li Q., Pfund R.A., Whelan J. P., Meyers A.W. (2019). Public stigma across addictive behaviors: Casino gambling, Esports gambling, and internet gaming. *Journal of Gambling Studies*, 35: 247-259. DOI: 10.1007/s10899-018-9775-x.
- Petry N.M. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *The Gerontologist*, 42: 92-99. DOI: 10.1093/geront/42.1.92.
- Pickering D., Keen B., Entwistle G., Blaszczynski A. (2018). Measuring treatment outcomes in gambling disorders: A systematic review. *Addiction*, 113: 411-426. DOI: 10.1111/add.13968.
- Pietrzak R.H., Morasco B.J., Blanco C., Grant B.F., Petry N.M. (2007). Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American journal of geriatric psychiatry*, 15: 301-313. DOI: 10.1097/01.jgp.0000239353.40880.cc.
- Prever F., Locati V. (2017). Female gambling in Italy: a specific clinical experience. In: Bowden-Jones H., Prever F., editor, *Gambling Disorders in Women: An International Female Perspective on Treatment and Research*. New York: Routledge. DOI: 10.4324/9781315627625-7.
- Reith G., Dobbie F. (2013). Gambling careers: A longitudinal, qualitative study of gambling behaviour. *Addiction Research & Theory*, 21: 376-390. DOI: 10.3109/16066359.2012.731116.
- Ronzitti S., Soldini E., Lutri V., Smith N., Clerici M., Bowden-Jones H. (2016). Types of gambling and levels of harm: A UK study to assess severity of presentation in a treatment-seeking population. *Journal of Behavioral Addictions J Behav Addict*, 5: 439-447. DOI: 10.1556/2006.5.2016.068.
- Sauvaget A., Jiménez-Murcia S., Fernandez-Aranda F., Fagundo A.B., Moragas L., Wolz I., Real E. (2015). Unexpected online gambling disorder in late-life: a case report. *Frontiers in psychology*, 6, 655-663. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00655.
- Shaffer H.J., Hall M.N. (2002). The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *The Journal of Social Psychology*, 142: 405-424. DOI: 10.1080/00224540209603909.
- Slecza P., Romild U. (2021). On the stability and the progression of gambling problems: longitudinal relations between different problems related to gambling. *Addiction*, 116: 116-125. DOI: 10.1111/add.15093.
- Slutske W.S., Jackson K.M., Sher K.J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of abnormal psychology*, 112: 263-274. DOI: 10.1037/0021-843x.112.2.263.
- Slutske W.S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163: 297-302. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.2.297.
- Steward T., Mestre-Bach G., Fernández-Aranda F., Granero R., Perales J.C., Navas J.F., Menchón J.M. (2017). Delay discounting and impulsivity traits in young and older gambling disorder patients. *Addictive Behaviors*, 71: 96-103. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.03.001.
- Subramaniam M., Abidin E., Shahwan S., Vaingankar J.A., Picco L., Browning C.J., Chong S.A. (2015a). Culture and age influences upon gambling and problem gambling. *Addictive Behaviors Reports*, 1: 57-63. DOI: 10.1016/j.abrep.2015.04.004.
- Subramaniam M., Wang P., Soh P., Vaingankar J.A., Chong S.A., Browning C.J., Thomas S.A. (2015, b). Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: a systematic review. *Addictive Behaviors*, 41: 199-209. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.10.007.
- Toneatto T., Ladoceur R. (2003). Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of addictive behaviors*, 17: 284-292. DOI: 10.1037/0893-164x.17.4.284.
- Volberg R.A. (2003). *Gambling And Problem Gambling In Arizona. Report to the Arizona Lottery*. Alberta Gambling Research Institute.
- Walker M., Toneatto T., Potenza M.N., Petry N., Ladouceur R., Hodgins D.C., Blaszczynski A. (2006). A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus. *Addiction*, 101: 504-511. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01341.x.
- Wiebe J.M., Cox B.J. (2005). Problem and probable pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R. *Journal of Gambling Studies*, 21: 205-221. DOI: 10.1007/s10899-005-3032-9.
- Williams R.J., Hann R.G., Schopflocher D., West B., McLaughlin P., White N., King K., Flexhaug T. (2015). *Quinte Longitudinal Study of Gambling and Problem Gambling. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre*. Guelph, Ontario. February 20, 2015.
- Zhai Z.W., Yip S.W., Steinberg M. A., Wampler J., Hoff R. A., Krishnan-Sarin S., Potenza M.N. (2017). Relationships between perceived family gambling and peer gambling and adolescent problem gambling and binge-drinking. *Journal of gambling studies*, 33: 1169-1185. DOI: 10.1007/s10899-017-9670-x.
- Zilberman N., Yadid G., Efrati Y., Neumark Y., Rassovsky Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82: 174-181. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.03.007.