

📄 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

## Approcci clinici al disturbo da gioco d'azzardo

Edoardo Cozzolino\*, Gianmaria Zita<sup>o</sup>

### SUMMARY

■ *Gambling disorder, previously defined as an impulse control disorder has recently been reclassified as a substance-related and addictive disorder in the DSM-5. This reclassification calls for a change in the clinical approach. This study reports the latest data on epidemiology, diagnosis, psychiatric comorbidity and pharmacological strategies. In addition, methodology and clinical approaches over a 3 year of activity of the gambling treatment team in the city of Milan, are presented. The challenges of this “new” addiction implies an update of clinical directions in dealing with and treating the disorder. The treatment system should also deal with the need to improve efficiency and accuracy in managing work processes.* ■

**Keywords:** *Gambling, Addiction, Teamwork, Pharmacological treatment, Comorbidity.*

**Parole chiave:** *Gioco, Azzardo, Dipendenza, Organizzazione, Équipe, Trattamento farmacologico, Comorbidità.*

### Premessa

La definizione del Gioco d'Azzardo Patologico (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) e il suo successivo trasferimento dai Disturbi del Controllo degli Impulsi ai Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction nel DSM-5 (APA, 2013), ha definitivamente validato un cambiamento di approccio mentale alle dipendenze.

Tra i clinici infatti vi è sempre stata una forte resistenza al pensiero che una condizione di dipendenza potesse instaurarsi in assenza di una sostanza chimica in grado di attivare direttamente i sistemi di gratificazione e di determinare una modifica neuroplastica sia in essi sia nelle diverse reti e sistemi neuronali collegati. Il nuovo corso degli studi apre inoltre la via alle ulteriori estensioni ad altri comportamenti (internet addiction, shopping compulsivo, sex addiction, ecc.), determinando la possibilità di “incorporare”, nelle dipendenze comportamentali, stili di vita tutt'altro che poco diffusi.

Si fa così strada la possibilità di meglio comprendere l'impatto di ciò che è stato definito come “società dipendente” ovvero un contesto sociale con caratteristiche di alta competitività, commercialmente avanzato e consumista in cui l'apparire o l'“avere”, attraverso gli oggetti di proprietà o i comportamenti adottati, viene spesso confuso con l'“essere”. In questo contesto vi è inoltre sempre più frequentemente lo studio e la manipolazione dei comportamenti umani al fine di ottenere determinati risultati.

\* *Medico Internista, Direttore SC Ser.T. 1, già ATS della Città Metropolitana di Milano.*

<sup>o</sup> *Medico Psichiatra, Psicoterapeuta, Ser.T. 1, Coordinatore Equipe Gambling, già ATS della Città Metropolitana di Milano.*

### Giocatori d'Azzardo Patologici

Alcuni dei principali autori e clinici, impegnati nella ricerca e nel trattamento del gioco d'azzardo, hanno dato dei giocatori patologici definizioni diverse.

Ladouceur *et al.* (2006) utilizzano la definizione di “giocatori eccessivi”, poiché il gioco è un'attività “normale” per l'essere umano. Solo chi “eccede” dai canoni dello stesso corre il rischio di sviluppare una patologia.

Il gioco è componente della vita di tutti gli uomini e donne e con esso l'individuo acquisisce abilità che gli saranno utili nella vita; la possibilità di simulare situazioni e di assumere decisioni in un contesto protetto – senza conseguenze reali – permette di esercitarsi, di acquisire e incrementare le competenze. In conclusione il gioco è elemento fondamentale e irrinunciabile per uno sviluppo adeguato dell'uomo e per il mantenimento della sua capacità di pensare, elaborare strategie, valutarne le possibili conseguenze e operare scelte in modo adeguato al contesto dato. Da questo punto di vista, pertanto, il gioco è un elemento che accompagna in modo utile tutta la vita delle persone.

Blaszczynski (2002) ha invece concentrato la sua attenzione su come, nei giocatori patologici, le caratteristiche del gioco d'azzardo si possano associare a un contesto familiare favorente e a problematiche psicopatologiche preesistenti definendo tre categorie di pazienti: da comportamento condizionato, con vulnerabilità emotiva e con impulsività antisociale.

De Caria *et al.* (1996) sono invece orientati a definire le persone affette da questa problematica come “giocatori compulsivi” centrando l'attenzione sul lavoro continuo, mentale e comportamentale, che spinge il soggetto a “occuparsi” costantemente del gioco e della sua ripetizione incontrollata nel tempo.

Di fatto, nelle persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo, l'eccesso, la compulsività, l'impulsività e i tratti psicopatologici altri

si possono combinare in molte varianti, dando vita a quadri clinici variegati; tutto questo ha fatto anche sorgere il dubbio che ci si potesse trovare di fronte, più che a un'unica patologia, a un cluster sintomatologico.

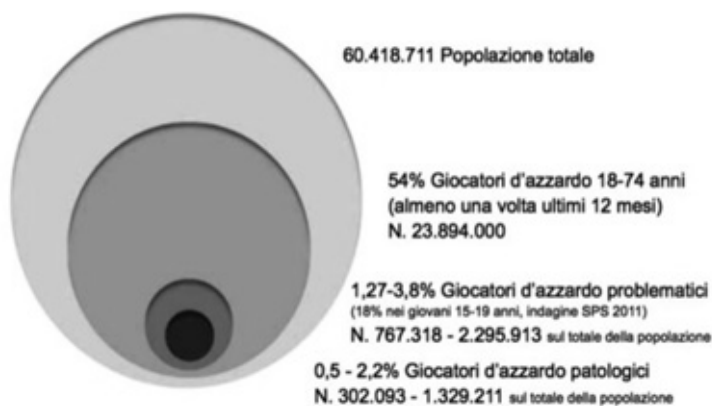
Fermo restando che il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è una patologia riconosciuta e definita, è abbastanza interessante che su di esso si siano sviluppate dialettiche, anche speculative, così come nei confronti dei Disturbi da uso di sostanze.

## Dati epidemiologici

Il fatto che il gioco d'azzardo sia molto diffuso nella popolazione pone di fronte al problema di capire quale possa essere la dimensione numerica dei soggetti che, praticandolo, siano in una condizione di rischio o addirittura di malattia e, cioè, siano giocatori patologici.

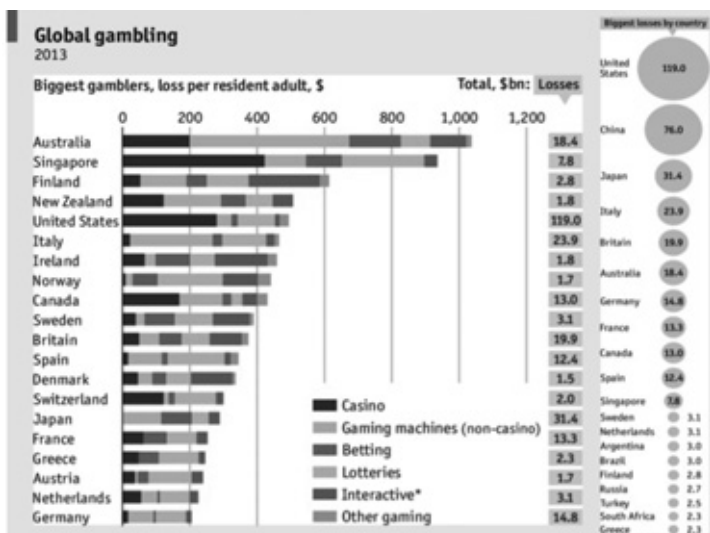
Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha diffuso i dati italiani relativi all'anno 2012, visibili nella seguente figura:

*Stima della popolazione italiana interessata al gioco d'azzardo (Serpelloni, 2002)*



I giocatori patologici in Italia sono stati stimati tra i 300.000 e 1.300.000 circa; le stime di un fenomeno sommerso e non indagato a sufficienza espongono a rischi d'errore non irrilevanti, ciò nonostante va detto che nell'ambiente clinico e di ricerca è abbastanza condivisa l'opinione che i giocatori patologici, in Italia, siano circa 800.000.

Un altro dato interessante lo offre *The Economist* nel 2014 con la tabella seguente:



Da questa tabella si evince che l'Italia è al sesto posto nel mondo per quantità di denaro perso al gioco per ogni abitante, questo dato dà sostegno all'idea che il nostro sia uno dei paesi più esposti ai rischi di patologia conseguente ai comportamenti di gioco; la situazione è ulteriormente peggiorata dal fatto che, nello specifico uso delle slot machines, siamo secondi solo agli australiani, considerando che le slot sono di gran lunga, nella nostra casistica, il gioco più utilizzato dai pazienti.

## Il DSM

Il DSM-III inserisce 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 sicuramente sensata considerando che il disturbo è caratterizzato da un alto 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.

Con l'aumento delle osservazioni cliniche su numeri sempre più alti di pazienti, si fece gradualmente strada l'ipotesi che il Gioco d'Azzardo Patologico avesse forti similitudini con le Dipendenze da sostanze. Infine 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 patologia cambia collocazione, venendo annoverata nei "Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction" e assumendo il nome di "Disturbo da Gioco d'Azzardo".

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 di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
  2. è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
  3. ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo;
  4. è spesso preoccupato dal gioco d'azzardo (per es., ha persistenti pensieri di rievocare esperienze passate di gioco d'azzardo, di soppesare o programmare l'azzardo successivo, di pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare);
  5. spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per es., indifeso, colpevole, ansioso, depresso);
  6. dopo aver perso al gioco, spesso torna un'altra volta per rifarsi ("rincorre le perdite");
  7. mente per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
  8. ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;

9. conta sugli altri per reperire il denaro per risollevere la situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile a un episodio maniacale.

Appare abbastanza evidente che, sostituendo la parola "sostanza" all'espressione "gioco d'azzardo", molti di questi criteri corrispondano a quelli utilizzati per il Disturbo da Uso di Sostanze. Altresì, è evidente che alcuni criteri richiamano aspetti di antisocialità e di psicopatia (criteri 7, 8, 9), di ossessività (4) e compulsività (1, 6), di craving (2, 3), di ansia e depressione (5).

Tenendo conto che diversi di questi contenuti sono presenti anche nei criteri dei Disturbi da uso di sostanze, possiamo facilmente comprendere come mai sia stata utilizzata l'espressione, prima ricordata, di "cluster sintomatologico".

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 comorbili a esso (come per 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 del Disturbo*

Lieve: Presenza di 4 o 5 criteri.

Moderato: Presenza di 6 o 7 criteri.

Grave: Presenza di 8 o 9 criteri.

## Comorbidità

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.

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:

- utilizzo di sostanze: il 60% degli intervistati utilizzava nicotina, il 57% alcol o droghe. Poiché, come definitivamente sancito dal DSM-5, il DGA e il Disturbo da Uso di Sostanze riconoscono caratteristiche comuni, il dato non sorprende ma bisogna tenere conto che il lavoro è stato pubblicato prima della pubblicazione del DSM-5;
- disturbo dell'umore: presente nel 38% dei casi e quello d'ansia nel 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 alta rispetto alla popolazione generale.

Un'altra interessante metanalisi (Cowlshaw, 2014) valuta la presenza di gioco problematico o di DGA in una popolazione di 11.470 pazienti in trattamento per un Disturbo da Uso di Sostanze. Questo lavoro evidenzia che il 23% dei pazienti presentava sintomi riconducibili al gioco problematico e un 14% soddisfaceva i criteri per una diagnosi di DGA.

Anche in questo caso la sovrapposizione di più quadri di dipendenza, da sostanze e gioco, non sorprende, considerando la matrice neurobiologica comune, ma ci si dovrebbe porre il problema di quanto siano cercati attivamente i segnali di tali eventuali dipendenze concomitanti, in un sistema di Servizi che tendono a definirsi in funzione della sostanza abusata dal soggetto (criterio che la prassi operativa può trasformare in "la sostanza rispetto alla quale il soggetto richiede l'intervento", con il rischio di lasciare "sullo sfondo" o addirittura "oltre l'orizzonte" eventuali altre dipendenze su cui il paziente non richiede nulla).

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 diffusi tra loro per manifestazione, gravità e prognosi.

Questo autore è, a nostro parere, tra quelli che meglio hanno descritto e circoscritto il percorso che, mescolando aspetti di tipo biologico, psicologico e socio-comportamentali, porta la stessa malattia a differenti evoluzioni e prognosi variabili.

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 - DGA da comportamento condizionato

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.

### 2 - DGA 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.

### 3 - DGA 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 premorbile 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.

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.

In questo senso, sembra paradigmatica l'esperienza fatta presso la sede Ser.D. di via Boifava a Milano specificatamente dedicata ai Gamblers, agli utilizzatori di cocaina, THC e di altre sostanze con l'esclusione degli oppiacei.

In tale sede venivano somministrati i questionari di screening, specifici per il gioco d'azzardo, solo ai pazienti che richiedeva-

no un intervento su tale problema. A tutti gli altri pazienti erano comunque poste delle domande specifiche, finalizzate a individuare eventuali problematiche connesse con il gioco d'azzardo, ma senza somministrare questionari.

Abbiamo poi voluto verificare quanto questo metodo fosse efficace, somministrando il SOGS a un gruppo di pazienti che erano in carico per problematiche diverse dal Disturbo da Gioco d'Azzardo e che erano risultati negativi, durante la presa in carico, ai problemi gioco correlati.

Sono stati quindi valutati 53 pazienti del Servizio con Disturbo da uso di sostanze e che non avevano fornito, alla presa in carico, richieste o evidenze per il DGA.

I risultati sono i seguenti, catalogati in funzione delle fasce di rischio correlate ai punteggi ottenuti:

- da 0-2 punti 35 pazienti
- da 3-4 punti 4 pazienti
- ≥ 5 punti 14 pazienti (di cui 8 tra 8-17 pt)

Risulta evidente come siano quindi sfuggiti, ad un primo assessment, 4 utenti con pattern di Gioco problematico e 14 utenti con pattern di Gioco Patologico; si è provveduto da allora a somministrare il test SOGS a tutti i pazienti indipendentemente dalla richiesta presentata.

Ancora una volta, ciò che conta è 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 possono essere valutati solo se si tiene conto di quanto discusso finora.

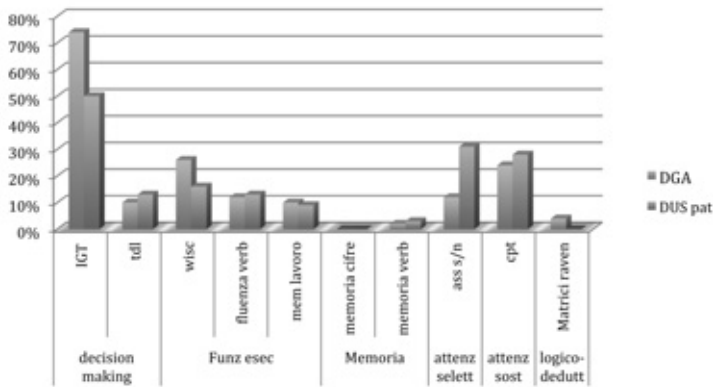
In coda a quanto detto sulle comorbidità non vanno dimenticati altri fattori di vulnerabilità quali i Deficit Cognitivi (Vocci, 2008) (Goldstein *et al.*, 2009) che, essendo in grado di influenzare negativamente la consapevolezza di malattia e la disponibilità alla cura, peggiorano sensibilmente gli outcome e favoriscono il dropout. 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.

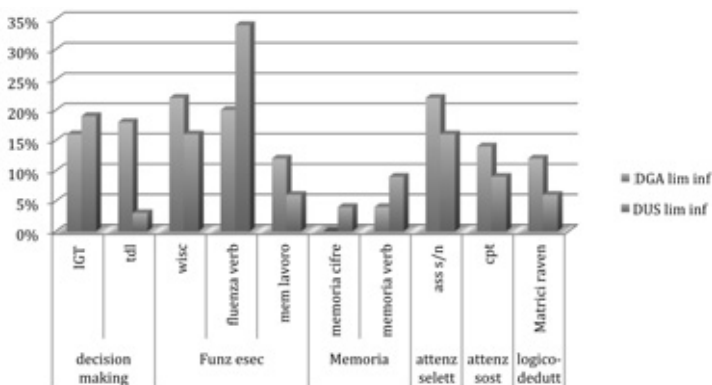
La compromissione di tali funzioni finisce per rendere tanto peggiori gli outcome quanto più sono gravi i deficit cognitivi stessi.

Nell'ambito della SC Ser.T.1 sono stati valutati i deficit cognitivi sia dei soggetti cocainomani sia dei giocatori d'azzardo; in tali pazienti è stato utilizzato un set di test derivato dalla BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia), il confronto dei punteggi patologici nelle due popolazioni hanno dato i risultati riportati nel seguente grafico (PG pat = punteggi patologici nei Giocatori d'Azzardo; DUS pat = punteggi patologici negli utilizzatori di cocaina):



Appare evidente come in alcuni test i giocatori abbiano dimostrato deficit più gravi dei cocainomani; soprattutto i pazienti affetti da DGA hanno ottenuto punteggi maggiormente deficitari all'Iowa Gambling Task (IGT) e al Wisconsin Card Sorting Test (WCSC), mostrando maggiori difficoltà ad effettuare le scelte economiche più convenienti.

Anche nel confronto con i "punteggi soglia", tra la condizione di normalità e quella patologica, si verifica una situazione simile in cui, in diversi dei test somministrati, i giocatori totalizzano, più dei cocainomani, punteggi al limite della patologia:



In funzione di tali rilievi è stato implementato un trattamento di riabilitazione cognitiva (Cognitive Remediation) realizzato tramite un apposito software (CogPack); questo trattamento viene proposto ai pazienti afferenti al Ser.D. i cui deficit cognitivi, a maggior ragione se a carico della memoria e delle funzioni attentive, sono in grado d'influenzare negativamente l'efficacia dei trattamenti, in particolare quelli di tipo cognitivo-comportamentale.

## Trattamenti farmacologici

Pur riconoscendo il DGA come una malattia neurobiologica, a oggi la maggior parte degli studi scientifici sui trattamenti e sull'*outcome* di questo disturbo è incentrata sugli interventi educativi e psicologici, individuali o di gruppo. Solo recentemente inizia a essere preso in considerazione un approccio anche farmacologico al trattamento del DGA di cui però a oggi non vi è alcun farmaco registrato (Zita, 2014). Negli anni passati sono state comunque testate diverse molecole per verificarne l'eventuale efficacia in questi pazienti.

Gli articoli segnalati sui database PubMed e MEDLINE negli anni 1995-2011 rilevano che:

- gli studi sono basati principalmente sulle analogie con l'addiction, con i disturbi dell'impulsività e con i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, che spesso si presentano in condizioni in comorbidità;
- i dati appaiono limitati, spesso non randomizzati e in assenza di *trials* controllati;
- la frequenza di studi con campioni poco numerosi è alta.

Nel 2014 è stata pubblicata un'interessante *review* (Yip e Potenza, 2014) che, rispetto ai trattamenti farmacologici, pone alcuni punti fondamentali:

- la ricerca neurobiologica suggerisce alterazione dei sistemi: serotonergico, dopaminergico, glutammatergico e oppioide;
- lo shift di classificazione (DSM-IV > DSM 5) riflette le similitudini cliniche e biologiche tra DGA e Disturbo da Uso di Sostanze;
- non esistono, al momento, trattamenti farmacologici con indicazione per il DGA;
- per i dosaggi bisogna far riferimento a quelli usati nelle ricerche;
- diversi *trials* controllati hanno rilevato l'efficacia e la tollerabilità di differenti farmacoterapie;
- esistono comunque anche dati confliggenti riferibili all'alta risposta al placebo dei soggetti affetti da DGA, al basso numero del campione e all'interpretazione dei dati in studi privi di appropriate condizioni di controllo;
- qualunque trattamento sarebbe off-label, circostanza che richiede un'accurata valutazione del trattamento e informazione del paziente.

Gli SSRI potrebbero essere efficaci in pazienti con associato disturbo d'ansia o dell'umore; Lito e Valproato potrebbero avere efficacia in particolare nel trattamento del DGA associato a un Disturbo dello Spettro Bipolare. Antidepressivi misti con spiccate attività dopaminergiche, quali il Bupropione non hanno ancora dimostrato una superiorità rispetto al placebo.

Anche i farmaci antidopaminergici, come l'Olanzapina, non appaiono avere maggiore efficacia del placebo nel trattamento del DGA.

Al momento alcuni farmaci attivi sul sistema oppioide sono quelli che hanno dimostrato la maggiore efficacia: sono stati realizzati diversi studi controllati in doppio cieco con gruppo di controllo per testare Naltrexone e Nalmefene.

I risultati suggeriscono un'efficacia clinica di tali farmaci rispetto al placebo, anche se non tutti i pazienti con DGA rispondono a questi trattamenti, che sono ritenuti poter essere più efficaci in giocatori con una storia familiare positiva per alcolismo.

I farmaci glutammatergici sono stati presi in considerazione perché uno sbilanciamento dell'omeostasi del glutammato, inteso come rapporto percentuale tra glutammato sinaptico e non sinaptico, può inibire un adeguato controllo della corteccia prefrontale rispetto alle regioni limbiche come il Nucleo Accumbens. Tale situazione esita in un aumento dei comportamenti di Reward-Seeking.

Tra di essi hanno dimostrato qualche utilità:

- Amantadina, ligando antiglutamatergico con un'azione antagonista sull'NMDA e con proprietà pro-dopaminergiche indirette;
- Memantina, antagonista del recettore NMDA con azione antiglutamatergica;
- N-acetilcisteina, aumenta il glutammato extracellulare attraverso la promozione di uno scambio cisteina-glutammato;
- Topiramato, anticonvulsivante con proprietà antiglutamatergiche - pro GABA e antagoniste sul recettore AMPA.

Oltre a ciò, sono stati valutati, in via iniziale, farmaci che possono essere considerati delle "terapie emergenti":

- Tolcapone, inibitore della catecolo-O-metiltransferasi, utilizzato per la Malattia di Parkinson e sottoposto a importanti note di sicurezza – ha evidenziato la sua capacità nel ridurre severità del DGA, ansia, disabilità e nell'aumentare la qualità di vita dei pazienti trattati;
- Ecopipam, antagonista dei recettori D 1/5 della Dopamina, è un farmaco utilizzato per la Sindrome di Tourette – in uno studio sul DGA ha evidenziato efficacia nel ridurre i comportamenti di gioco.

In entrambi i casi sono necessari altri studi controllati per confermare questi rilievi e per valutare efficacia e tollerabilità.

## Esperienza clinica nelle sedi di trattamento DGA della SC Ser.T. 1 – ATS di Milano Città Metropolitana

Come in altre zone d'Italia, anche a Milano i Servizi per le Dipendenze hanno iniziato a trattare pazienti con problemi di DGA già molti anni fa; ma è dal 2014 che l'organizzazione di questi Servizi si è modificata con lo stanziamento di Regione Lombardia, alla fine del 2013 (Regione Lombardia, 2013), di finanziamenti specifici per permettere il trattamento dei pazienti con DGA nonostante, a livello nazionale, tale patologia non fosse stata ancora inserita nei LEA. Il Dipartimento Dipendenze della ASL di Milano ha recepito tale direttiva regionale attribuendo alla SC Ser.T. 1 il compito di organizzare la presa in carico e il trattamento per i problemi relativi al Gioco d'Azzardo a livello cittadino.

Si è costituita quindi un'équipe specifica multiprofessionale composta da 14 professionisti appartenenti alla stessa SC Ser.T. 1 e ad altre SC del Dipartimento Dipendenze di Milano.

Va sottolineato che, inizialmente, i professionisti coinvolti hanno potuto utilizzare per questa attività solo una quota parte del monte ore dedicato al lavoro presso i Ser.T.; tale quota di ore, negli anni, è andata crescendo parallelamente al numero di richieste di cura.

Considerando le ridotte risorse disponibili si è evidenziata da subito la necessità d'individuare un percorso di presa in carico e trattamento molto efficiente e ben monitorato durante il suo svolgimento.

Il programma di trattamento generalmente segue i seguenti step:

### 1 - Accettazione paziente

Questa fase ha una tempistica di 1-2 appuntamenti effettuati entro 10 giorni dal primo contatto, il suo output è l'invio alla fase di valutazione.

Le azioni da svolgere sono:

- Ascolto, decodifica della richiesta del paziente e del familiare, che spesso lo accompagna.
- Atti Amministrativi: identificazione, fotocopia documento d'identità, sottoscrizione modulo Privacy e consenso al trattamento, apertura cartella nel sistema informatico DIPENDENZE e compilazione del file monitoraggio (quest'ultimo utilizzato per monitorare i tempi e le prestazioni prenotate/erogate).
- Somministrazione TEST accettazione (SOGS, SCL-90, TAS-20, BIS-11), loro siglatura e inserimento dei risultati nella cartella del paziente.
- Calendarizzazione degli appuntamenti con medico, psicologo e inserimento nel primo gruppo Psicoeducativo in programma.

### 2 - Valutazione

La fase di valutazione ha una tempistica di 4-6 appuntamenti da concludersi entro 30 giorni, i suoi output sono la definizione di un programma terapeutico e la sottoscrizione del PI.



Le azioni svolte sono:

- Valutazioni psicologiche:
  - Raccolta dell'anamnesi personale e familiare (con particolare attenzione ai comportamenti di gioco nei familiari).
  - Valutazione diagnosi di DGA secondo il DSM-5.
  - Interpretazione e restituzione test psicodiagnostici.
- Visite mediche specialistiche per la valutazione di comorbidità importanti:
  - Psichiatrica/Internistica/Tossicologica.
- Valutazione socio/educativa:
  - Valutazione della condizione sociale e educativa del paziente con particolare attenzione alla situazione debitoria e alle eventuali problematiche legali.

La fase di valutazione permette di definire un quadro diagnostico adeguato per elaborare un Programma Terapeutico e un Piano Individuale sul paziente.

Ulteriori approfondimenti possono rendersi necessari, per meglio definire quanto rilevato nella fase di valutazione, in questo caso l'approfondimento diagnostico si svolge oltre i primi 30 giorni di presa incarico:

- Valutazione ansia e depressione, Disturbo di Personalità.
- Interviste cliniche strutturate (Scid-1, Scid-2).
- Test proiettivi (Rorschach) e semiproiettivi (TAT, Blacky).
- Valutazione neuropsicologica di eventuali deficit cognitivi mediante protocollo Bacs integrato.

### 3 - Trattamento

#### Medico specialistico

- Durata media 6 mesi
  - Valutazione e management delle patologie internistiche e screening infettivologico.
  - Screening uso di alcool e sostanze.
  - Intervento diretto se le comorbidità internistiche e/o psichiatriche sono lievi/moderate:
    - psicofarmacoterapia;
    - terapie mediche specifiche;
    - trattamento con medicina alternativa (prot. Acudetox modificato per DGA).
  - Invio/Prescrizione per:
    - screening malattie infettive ed eventuale loro trattamento presso struttura ospedaliera
    - ECG di controllo per esclusione di patologie cardiache.



Sono realizzate e mantenute le connessioni di rete con il medico di Medicina Generale e con servizi esterni coerenti con le necessità del paziente, prevalentemente Psichiatria e Consulenti. I CPS sono sempre interlocutori per il trattamento della comorbidità psichiatrica, anche quando questa è gestita direttamente dal Ser.D., ma sono coinvolti come referenti diretti se la comorbidità psichiatrica è grave.

#### Psicologico/Psicoterapeutico individuale

- Durata media 6 mesi.
- Colloqui individuali/familiari orientati alle Aree: comportamentale, cognitiva e affettivo-relazionale.

#### Trattamento di gruppo

- Settimanale, di durata variabile a seconda del gruppo.
  - Gruppo di Psicoeducazione rivolto ai pazienti e, in casi specifici anche ai familiari. Fa parte del percorso di presa in carico di tutti i pazienti; 4 incontri settimanali + Follow-up a 90 giorni.
  - Gruppo con i Metodi d'Azione per coppie e familiari a cadenza settimanale.
  - Gruppo Psicoterapeutico a orientamento psicoeducativo per pazienti a cadenza quindicinale.

#### Modulo di consulenza sociale

Anche se questa considerazione è estensibile a tutte le figure professionali, nello specifico va detto che la figura dell'Assistente Sociale, a causa della carente presenza di questi professionisti nelle équipes, è tra quelle più preziose e, quindi, deve essere utilizzata in modo molto mirato ed efficiente. Per tale ragione questo professionista è coinvolto nella gestione del paziente su richiesta dell'équipe curante, offrendo un "ventaglio" d'interventi centrato sulle problematiche più rilevanti e per consulenze basate su un numero d'incontri definito in funzione degli obiettivi da raggiungere. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi il modulo di consulenza sociale può essere riproposto.



#### 4 - Valutazione esito del trattamento e dimissioni

L'esito del trattamento prevede due possibilità:

- Se gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti: chiusura del trattamento nel sistema informativo DIPENDENZE con dimissioni.
- Se gli obiettivi prefissati non stati raggiunti: viene proposta un'ulteriore fase trattamentale con rinnovo del Programma terapeutico e del PI.

#### 5 - Dimissioni

- Diagnosi di dimissione (standardizzata secondo i criteri DSM-5).
- Valutazione test (SCL-90, SOGS).
- Chiusura del trattamento nel sistema informatico DIPENDENZE.
- Segnalazione della dimissione ai professionisti e servizi coinvolti (MMG, CPS, Consulenti) con specifica dell'eventuale trattamento farmacologico attivo da proseguire.

### Alcuni dati sulla attività (Periodo da febbraio 2014 a gennaio 2016)

#### Pazienti

Sono stati accolti nel nostro Servizio complessivamente 300 pazienti affetti dal Disturbo da Gioco d'Azzardo.

- Su di essi abbiamo effettuato 339 trattamenti.
- I pazienti erano per l'80% maschi e per il 20% femmine.

#### Durata trattamento

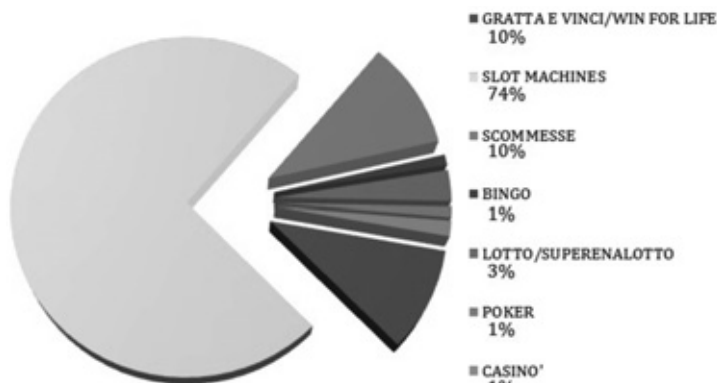
- Media n. giorni in carico = 172 (6 mesi).
- Max gg in carico = 398.

Le prese in carico hanno avuto in questo periodo un trend in forte crescita essendo passate dalle 15 del 1° quadrimestre 2014, alle 40 del 1° quadrimestre 2015. Tra dicembre 2015 e gennaio 2016 il Servizio ha ricevuto 47 richieste per nuove prese in carico, cosa che sta mettendo in grave difficoltà le sedi in cui svolgiamo l'attività.

#### Tipologie di gioco

Pur all'interno di un panorama che comprende una vasta gamma di giochi, anche i nostri dati confermano la predominanza delle slot machines, dei gratta e vinci e, in genere, dei "giochi da bar" nonché delle scommesse.

#### Prevalenza modalità di gioco

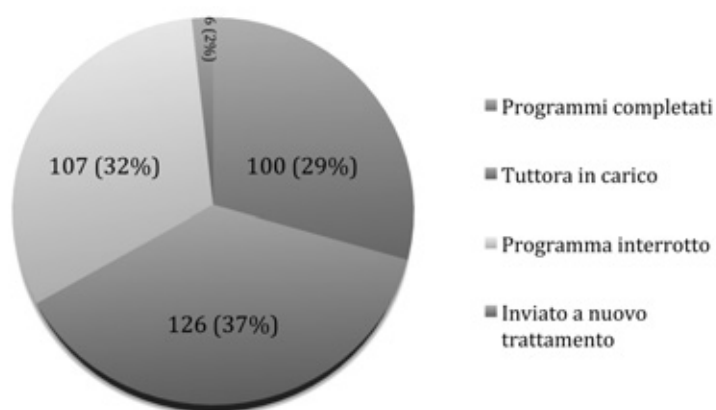


#### Esiti dei trattamenti

Il 66% dei pazienti è in trattamento o è stato dimesso con un programma completato positivamente, il 6% dei pazienti è stato inviato a una nuova fase trattamentale, il 32% dei pazienti ha interrotto il programma.

La sostanziale assenza di rientri per ricaduta, di pazienti trattati in precedenza, ci fa ben sperare sul mantenimento del risultato trattamentale; per meglio monitorare quest'ultimo, il Servizio ha deciso d'implementare, dal 2016, un'intervista di follow-up da effettuare su tutti i pazienti dopo 6 mesi dalla dimissione. Dati che stiamo ancora raccogliendo.

## Esito trattamenti



## Conclusioni

Il lavoro sul DGA rappresenta una sfida sia per il confronto con una “nuova” dipendenza, sia per la necessità d’implementare modelli diagnostico-terapeutici efficaci in condizioni di carenti risorse e, quindi, con una particolare attenzione all’efficienza e alla gestione dei processi di lavoro dei singoli professionisti e dell’intera équipe.

La nostra esperienza ci permette di fare alcune considerazioni:

- Il numero ridotto di utenti che presentano una nuova richiesta di trattamento (i rientri) sembrerebbe confermare esiti terapeutici durevoli.
- Allo stato attuale confermiamo che il trattamento farmacologico viene offerto solo nei disturbi con comorbidità.
- Riteniamo indispensabile dare attenzione ai *dropout* e verificare il mantenimento, nel tempo, dei risultati ottenuti con il trattamento attraverso due azioni:
  - analizzare le cause dei *dropout*;
  - effettuare dei *follow-up* post dimissione.

Queste due aree di lavoro verranno sviluppate attraverso altrettante azioni (previa informazione e accettazione del paziente alla presa in carico):

- Intervista telefonica agli utenti *dropout*, finalizzata a conoscere ciò che ha favorito o determinato il distacco dal Servizio.
- Intervista di *follow-up*, per avere informazioni sull’eventuale ricaduta o meno del paziente.

Riteniamo che, tramite l’analisi degli esiti dei trattamenti e degli abbandoni, possano emergere spunti importanti per riorganizzare i trattamenti offerti, con una loro modulazione che permetta di meglio incrociare le richieste delle singole persone.

## Ringraziamenti

Implementare e sviluppare una nuova attività è un’esperienza stimolante che rinnova la passione per il nostro lavoro; deside-

riamo ringraziare tutti i Colleghi che ci hanno accompagnato e ci accompagnano in questa esperienza: Mirca Borghi, Annamaria Brognoli, Giuseppe Carrubba, Maria Rosa Casiraghi, Simionetta Conti, Filomena Corrado, Mara Fiocchi, Alberto Mannarini, Giuseppe Mate, David Micheli, Tania Mongiovi, Susanna Redaelli, Maria Cristina Perilli, Francesca Scaramuzzino.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Blaszczynski A., Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, May, 97(5): 487-99.
- Conversano C., Marazziti D., Carmassi C., Baldini S., Barnabei G., Dell’Osso L. (2012). Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings. *Harv Rev Psychiatry*, May-Jun, 20(3): 130-48.
- Cowlshaw S. (2014). *Comorbid problem gambling in substance users seeking treatment*. Victorian Responsible Gambling Foundation.
- DeCaria C.M., Hollander E., Grossman R., Wong C.M., Mosovich S.A., Cherkasky S. (1996). Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry*, 57 Suppl, 8: 80-3; discussion 83-4.
- Dowling N.A., Cowlshaw S., Jackson A.C., Merkouris S.S., Francis K.L., Christensen D.R. (2015). The Prevalence of Comorbid Personality Disorders in Treatment-Seeking Problem Gamblers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pers Disord.*, Dec, 29(6): 735-54.
- El-Guebaly N., Patten S.B., Currie S., Williams J.V., Beck C.A., Maxwell C.J., Wang J.L. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gambl Stud*, Fall, 22(3): 275-87.
- Goldstein R.Z., Craig A.D., Bechara A., Garavan H., Childress A.R., Paulus M.P., Volkow N.D. (2009). The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci.*, Sep, 13(9): 372-80.
- Goudriaan A.E., Oosterlaan J., de Beurs E., van den Brink W. (2006). Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction*, Apr, 101(4): 534-47.
- Hodgins D.C., el-Guebaly N. (2010). The influence of substance dependence and mood disorders on outcome from pathological gambling: five-year follow-up. *J Gambl Stud.*, Mar, 26(1): 117-27.
- Kausch O. (2003). Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *J Subst Abuse Treat.*, Dec, 25(4): 263-70.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2006). *Il Gioco d’Azzardo Eccessivo, vincere il gambling*. Centro Scientifico Editore.
- Lorains F.K., Cowlshaw S., Thomas S.A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, Mar, 106(3): 490-8.
- Regione Lombardia Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo Deliberazione della Giunta Regionale n. X/856 del 25/10/2013.
- Vocci F.J. (2008). Cognitive remediation in the treatment of stimulant abuse disorders: a research agenda. *Exp Clin Psychopharmacol.*, Dec, 16(6): 484-97.
- Yip S.W., Potenza M.N. (2014). Treatment of Gambling Disorders. *Curr Treat Options Psychiatry*, Jun 1, 1(2): 189-203.
- Zita G. (2014). Trattamenti farmacologici nel Gioco d’Azzardo Patologico. In: Bellio G., Croce M. (a cura di). *Manuale sul gioco d’azzardo patologico. Diagnosi, Valutazione e Trattamenti*. Milano: FrancoAngeli.