



ALEA



BULLETIN

Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio

VOLUME 2, NUMERO 2

ANNO 2014

ALEA è una associazione scientifica senza fini di lucro che riunisce i maggiori studiosi italiani sul gioco d'azzardo. La sua missione è studiare e promuovere interventi sul fenomeno del gioco d'azzardo e le sue ricadute personali, familiari e sociali, prima fra tutte lo sviluppo della patologia di dipendenza correlata (Gioco d'Azzardo Patologico). Promuove la formazione degli operatori, lo scambio scientifico e la diffusione di una cultura responsabile e prudente in tema di gioco d'azzardo.

SOMMARIO:

Editoriale	1
SEZIONE SPECIALE:	
Seminario Montebelluna del 9/5/14	
Discorsetto sul metodo Graziano Bellio	2
Le misure di esito dell'uso controllato applicate al GAP quale/i esito/i? di Paolo Jarre	4
Terapia di gruppo con GAP e familiari: risultati a 3 anni di trattamento R De Luca, P Pitti, G Savron	6
L'ambulatorio specialistico sperimentale per il GAP dell'Associazione AND D Capitanucci e R Smaniotto	8
Valutazione di esito di un gruppo di giocatori d'azzardo patologici... S Cabrini, A Negri, M Avanzi	10
La valutazione dell'esito degli interventi a medio termine in un gruppo ... di Amelia Fiorin	13
Gioco d'Azzardo Patologico e Doppia Diagnosi: follow up in un gruppo di ... di A Camporese	15
Valutazione di efficacia di trattamento con gruppo di ctri in pazienti GAP S Felisati e L Duminuco	17
LE RECENSIONI:	
Gender Issue in Gambling	19
Il Manuale del Gioco d'Azzardo Patologico;	19
Il Manuale GAP JE Grant, MN Potenza.	20
Vignetta	21
Agenda del Gambling	22

“Quando il saggio indica la luna, lo stolto guarda il dito” Editoriale - Di Daniela Capitanucci



“Quando il saggio indica la luna, lo stolto guarda il dito” recita un proverbio di discussa origine. In sintesi, ritengo che sia inutile mettere pezze ad una situazione che va rivista radicalmente e di seguito cercherò di spiegare perché.

E' arrivata l'estate, e come ogni anno rieccoci di nuovo. Provvedimenti, disegni di legge, deleghe fiscali, decreti attuativi... Ci vuole del tempo per formulare un provvedimento adeguato, e nel mentre lo scenario cambia: così quando arriva la proposta, ammesso che poi riesca a passare, è già obsoleta. Così, si finisce per mettere toppe su toppe, con risultati spesso a dir poco imbarazzanti. Sono passati ormai quasi due anni dalla proposizione del GAP nei LEA e ancora non sono operativi, se mai lo saranno. Di pari passo, i territori insorgono (prima i Comuni e poi anche le Regioni): regolamenti, ordinanze restrittive, leggi regionali...

Con la tenzone “delega fiscale/disegno di legge sul gioco d'azzardo” si è riaperta tra luglio e agosto la stagione estiva del totoazzardo, e intanto il tempo passa e le persone si ammalano.

Più volte mi sono chiesta che cosa si potrebbe fare al punto cui siamo arrivati, in questo contesto, caotico e sempre più di difficile gestione, e sono arrivata a una conclusione. Non si potrà ragionare che a bocce ferme. E come fare, giacché è evidente che sembra di essere su un ottovolante impazzito? Potrebbe stare la soluzione in 3 mosse?

La prima: **l'analisi della situazione alla luce della storia.**

Quel che vedo è che verso la fine degli anni 90 l'idea di reperire risorse economiche dal settore dell'azzardo già era presente. Si tentò la via dell'apertura di nuovi Casinò. E fu bocciata. L'azzardo uscì dalla porta ma rientrò dalla finestra, come “intrattenimento”, si disse, per spostare i giocatori dall'illecito al legale. Ma quelli che vennero diffusi erano giochi di azzardo (basati sul caso e non sull'abilità, promettevano di vincere più del denaro scommesso) e i clienti che ben presto li avrebbero praticati era sotto gli occhi di tutti che non fosse- ro i frequentatori di losche bische clandestine: casalinghe, pensionati, operai, disoccupati, studenti, giovanissimi, anzianissimi, donne, uomini...

L'altra faccia della medaglia è che il volume di denaro

speso al gioco (la cosiddetta “raccolta”) è aumentato costantemente fino al 2012, oltrepassando gli 85 miliardi di euro, a testimonianza di un'operazione finanziaria di successo forse senza precedenti, possibile solo grazie al sistema concessorio, che ricordiamo ha protetto il settore con contratti studiati ad hoc: vi è stata perfetta intesa Stato/Industria relativamente a quali fossero gli obiettivi da perseguire e furono previste in misura diverse sia facilitazioni fiscali che obbligo a reinvestire in pubblicità quote rilevanti del budget.

Col tempo però si è venuto a creare un altro rischio. Parti di Stato (le Amministrazioni Locali decentrate) chiedono di uscire dal gioco. Perché è sulle loro già misere casse che si riversano nuovi bisogni di assistenza sociale e cura sanitaria della nuova utenza: i giocatori patologici e le loro famiglie, sofferenti, fragili, indebitati. Lo Stato nazionale oscilla, indugia, fa melina (e qui torniamo alle questioni discusse ancora in questi giorni). Semplicemente perché, forse, si è messo in una condizione in cui non sa come fare a poter uscire dal gioco? Esistono dei contratti sottoscritti. Non meraviglia dunque l'attuale irritazione manifestata dal settore industriale del gioco lecito, che ha visto negli anni recenti palesarsi il rischio che la relazione fiduciaria suggellata proprio con il suo maggiore alleato, lo Stato Concessore, dall'interno venga a sgretolarsi...

Ripartire dall'analisi dei contratti e agire di conseguenza è quindi il secondo passo. Se la politica oggi si è ormai avveduta che la rotta va cambiata, anche se non è ancora chiaro in quale direzione, è necessario fermare le bocce e ciò vuol dire attuare una moratoria immediata di tutto ciò che può essere fermato, e una consapevolezza che altri impegni dovranno essere portati a compimento, in virtù di contratti che non possono essere rescissi dallo Stato prima della scadenza, se non con il pagamento di penali ai concessionari. Quindi il focus sul che fare adesso deve spostarsi sull'aver le idee chiare e sapere che fare nel momento in cui i contratti scadranno e sarà possibile interromperli. Questo è quanto deve essere considerato oggi, se veramente un domani si vuole incidere per modificare il settore in modo significativo e in una logica di pianificazione controllata. Nessun rinnovo automatico, nessuna proroga prima che sia stato formulato un progetto complessivo.

Moratoria e riprogrammazione è il terzo passo. A quel

“Quando il saggio indica la luna, lo stolto guarda il dito”

punto sarà necessario ripartire da zero. La storia di questo quindicennio dovrà servire solo ad essere valutata, con i suoi benefici e con i suoi costi. Ma dovrà rimanere nella storia appunto, e non per forza essere modello da riprodurre.

Il nostro Paese dovrà chiedersi, al di là dell'azzardo, qual è il progetto complessivo da seguire per uscire da una crisi profonda e duratura che vede le famiglie perdere casa e lavoro sempre più spesso. Come l'azzardo potrà o dovrà entrare in questo progetto? Con quali canali distributivi? Con quali tutele per i giocatori, le loro famiglie, la collettività? Un pensiero complessivo prevede l'adozione un modello organizzativo che a fronte di un'analisi effettiva di costi e benefici, disciplini integralmente l'offerta del gioco d'azzardo, la prevenzione di fenomeni distorti collegati al gioco d'azzardo offerto legalmente, la cura della patologia e il sostegno alle famiglie coinvolte.

Queste scelte andranno fatte dalla politica, evidentemente senza il coinvolgimento dell'industria (almeno nelle fasi di decisione delle linee di indirizzo portanti). Se si decidesse che il gioco d'azzardo

lecito potrà avere ancora uno spazio nel nostro Paese, gli obiettivi - inquadrati nella cornice di tutela della salute pubblica - dovranno essere basati sull'obbligo per tutte le parti in causa di adoperarsi per limitare i danni prodotti da questa attività autorizzata, con metodi oggettivi di verifica, ormai consolidati all'estero. Sempre più la promozione della salute passa attraverso l'adozione di stili di vita sani e l'evitamento di comportamenti a rischio (non solo azzardo, ma alcol, tabacco, cibi grassi o zuccherini, ...) e la politica ha grande margine di azione nel dettare le linee guida a riguardo: l'OMS stesso afferma che per garantire il benessere degli individui ci si dovrà occupare delle determinanti sociali della salute, cioè di promuovere ed orientare i cittadini verso gli stili di vita più salutari per prevenire per quanto possibile l'insorgere di patologie. E' a tutto questo che si dovrebbe pensare ora, senza perdere tempo a rincorre le mucche fuggite dalle stalle, preparandosi almeno ad essere pronti ad affrontare la questione quando davvero lo si potrà fare in modo incisivo.

Daniela Capitanucci - Presidente ALEA

SEZIONE SPECIALE: *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Relazioni tratte dal seminario del 9/5/14 - Ospedale di Montebelluna

Discorsetto sul metodo - Di Graziano Bellio

Per molti operatori il problema della valutazione degli interventi è un'optional, una sovrastruttura per lo più inutile che toglie spazio e tempo al lavoro clinico o preventivo. Diversi di questi operatori hanno pagato con la perdita del posto di lavoro questa opinione. In Veneto ad esempio, i tagli di finanziamenti nel settore dipendenze hanno colpito prevalentemente i progetti di prevenzione, non avendo essi saputo dimostrare di riuscire a migliorare i livelli di salute nelle popolazioni cui gli interventi erano destinati. Sebbene in tempi di ristrettezza di risorse sia essenziale poter assicurare che gli interventi sono utili e producono i risultati attesi, tuttavia sarebbe riduttivo considerare la valutazione ai soli fini di public-relation e di garanzia dei finanziamenti. I principali obiettivi della valutazione sono infatti il miglioramento della qualità e della organizzazione dei trattamenti, e la razionale allocazione delle risorse. Si tratta pertanto di ricadute che riguardano strettamente l'équipe curante in sé. Appare ovvio ad esempio che a parità di risultati sarà preferibile l'intervento meno dispendioso in termini di tempo e risorse. La valutazione quindi comprende, ma non è detto si identifichi con, la quantificazione dei risultati.

Gli operatori sociosanitari sanno bene che il loro campo di intervento è complesso. Ciò significa che i fenomeni che vengono trattati (dipendenze, gioco patologico, disturbi psichici, problematiche sociali...) sono il frutto di molteplici elementi che interagiscono tra loro per dare origine a quadri clinici e situazioni personali molto differenti tra loro, a parità di diagnosi nosografica.

Gli esempi predominanti di valutazione dei risultati sono offerti da quei

lavori scientifici di livello medio-elevato, con sofisticati metodi di ricerca e di analisi statistica, che costituiscono la ossatura della Evidence Based Medicine. Queste pubblicazioni riportano tentativi più o meno riusciti di dimostrare l'efficacia di specifici interventi, cercando di isolare quanto più possibile le variabili oggetto di studio (ad esempio la risposta ad un trattamento farmacologico) dalle altre variabili legate sia alla situazione soggettiva del paziente, sia alle condizioni di studio. In questi casi la selezione dei candidati è molto accurata e le problematiche comorbili sono per lo più escluse. Il metodo scientifico prevede la manipolazione di una o più variabili al fine di osservare e misurarne l'effetto: ad esempio verificare se trattare o non trattare un paziente provochi una osservabile (e misurabile) differenza nella condizione morbosa. I ricercatori tentano quindi di dimostrare che l'esito è effettivamente, e al di là di ogni ragionevole dubbio, il frutto dell'intervento effettuato: più la metodologia utilizzata è in grado di garantire ciò, maggiore è la *validità interna* dello studio. Purtroppo però in queste circostanze diventa carente la *validità esterna*, ovvero la possibilità di generalizzare i risultati ottenuti. In altri termini quanto viene dimostrato in una ricerca effettuata su pazienti selezionati in una prestigiosa università nordamericana, non è detto sia altrettanto vero per i soggetti che quotidianamente entrano nei nostri ambulatori, o comunque non nella stessa misura. È quindi opportuno distinguere il concetto di *efficacy* da quello di *effectiveness*: il primo esprime l'efficacia dimostrata in una sperimentazione di alto livello che ha ben controllato le variabili confondenti, ottenendo quindi risultati ad elevata validità interna; il secondo invece esprime i risultati ottenuti su

Discorsetto sul metodo

popolazioni di pazienti non (o poco) selezionate e che quindi assomigliano molto a quelle che si presentano nel concreto in ambulatorio. Le ricerche sulla *effectiveness* sono molto importanti e difficili perché richiedono comunque una garanzia metodologica sufficiente per poter affermare che i risultati ottenuti siano effettivi e non frutto di opinioni, pregiudizi o errori. Gli studi randomizzati controllati in doppio cieco, ai vertici qualitativi della Evidence Based Medicine, pur garantendo un adeguato controllo di molte variabili confondenti e all'origine di potenziali errori, tuttavia hanno una bassa generalizzabilità e quindi dovrebbero essere considerati preliminari a studi sulla *effectiveness*.

Un equivoco che spesso è presente quando si parla di valutazione è quello che potremmo definire "distorsione accademica": gli operatori dei servizi, nel cercare di avviare un percorso di valutazione, prendono a modello gli studi di *efficacy* che popolano le riviste scientifiche, con due conseguenze: la prima, e più frequente, è che l'operatore desiste in quanto non ha conoscenze sufficienti di metodologia e di statistica; la seconda, altrettanto preoccupante, è il tentativo di imitarli, di frequente in modo incongruo. Ma lo scopo della valutazione da parte degli operatori dei servizi non è fare scienza, quanto piuttosto raccogliere in modo corretto e razionale dati ed elementi qualitativi sui trattamenti erogati che, in teoria, dovrebbero essere già di comprovata efficacia. E nel caso non lo fossero, comunque il dimostrarlo di norma non spetta al clinico pratico.

Per affrontare nella pratica la questione della valutazione dei trattamenti è necessario andare per step, definendo la metodologia sin dall'inizio. Uno dei primi aspetti è chiarire quale sia la natura del fenomeno patologico: valutare un disturbo ad andamento cronico non è la stessa cosa di uno acuto o subacuto. Oltre a ciò è necessario definire in termini operativi, e misurabili, sia il processo terapeutico (cioè la natura del trattamento) che gli indicatori di esito. Questi ultimi possono essere quantificabili, ma anche descritti attraverso metodi più qualitativi. La disponibilità di strumenti di misura in grado di fornire dati quantitativi resta comunque molto utile per la possibilità di sintesi, confronto, elaborazione e analisi che i dati numerici offrono. Nel caso del gioco patologico siamo di fronte a diversi elementi di complessità che devono essere considerati quando si progetta un processo di valutazione, ad esempio:

- l'eterogeneità dei giocatori e dei quadri sindromici comporta una rilevante variabilità nella gravità, evoluzione naturale del disturbo e nella prognosi;

- la presenza o meno di supporto familiare o sociale è un elemento che incide sulla evoluzione e prognosi;

- la comorbilità psichiatrica è frequente ed incide sulla evoluzione, prognosi e trattamento;

- il trattamento spesso è di tipo multimodale e personalizzato; differenze nelle tipologie di trattamento rendono ardua la individuazione degli ingredienti effettivamente terapeutici che possono avere impatti differenti sull'esito;

- il risultato atteso può essere diverso a seconda della situazione: in molti casi si persegue l'astensione completa dal gioco, ma in numerosi altri è raggiungibile solamente una limitazione del danno, e di ciò va tenuto

conto nella definizione degli indicatori di esito;

la durata del trattamento e il momento della rilevazione del dato di esito: già per le dipendenze da sostanze McLellan aveva sottolineato che a fronte di un andamento cronico la valutazione dell'esito del trattamento dovrebbe essere fatta durante la presa in carico e non al termine, posto che essa possa avere un termine, in coerenza con quanto viene fatto con altri disturbi cronici somatici;

la molteplicità di esiti possibili: quali indicatori? il comportamento di gioco? i problemi correlati? Gli indicatori di esito dovrebbero essere clinicamente rilevanti.

Sul piano metodologico va considerato che esistono varie tipologie di disegno sperimentale e quasi-sperimentale. Non esiste il metodo perfetto: ogni scelta metodologica ha comunque in sé elementi a favore e potenziali fonti di distorsione. L'operatore dovrebbe avere una seppur minima conoscenza di quali tranelli potrebbero nascondersi in alcune prassi che vengono date spesso per scontate: ad esempio le rilevazioni pre-post possono essere distorte da fattori di apprendimento e fenomeni statistici per cui alla seconda rilevazione le risposte possono essere migliori della prima, e generalmente mostrano una minore variabilità, indipendentemente dall'intervento effettuato. Un altro esempio è relativo ai gruppi di controllo: in assenza di una comprovata omogeneità con il gruppo sperimentale, qualsiasi differenza osservata potrebbe trovare origine proprio nella diversità di fondo dei soggetti piuttosto che nella presenza o meno di un intervento. La randomizzazione è il processo con il quale si cerca di ovviare a questo problema, ma purtroppo tale soluzione è difficilmente praticabile nelle valutazioni "di routine" dei nostri trattamenti. La definizione di indicatori e strumenti di misura deve infine essere collegata alla metodologia di ricerca. Quando si lavora con scale e questionari, è opportuno tener distinto il concetto di *standardizzazione* da quello di *validazione*. Il punto di forza della standardizzazione è la possibilità di operare una misurazione sempre nello stesso modo, ottenendo un ragionevole margine di affidabilità, almeno per le finalità della clinica pratica. Uno strumento psicometrico validato offre in più dati di confronto con la popolazione normale, con altre sottopopolazioni, ed eventuali valori di cut-off. Ai nostri fini è di primaria importanza la standardizzazione mentre l'uso di strumenti non validati non dovrebbe rappresentare di per sé una questione *sine qua non*.

Concludendo, nella valutazione dei trattamenti per il gioco d'azzardo patologico (e anche per le altre dipendenze), ci troviamo di fronte a fenomeni complessi ed eterogenei. Il nostro compito non è dimostrare l'*efficacy* dei trattamenti erogati, quanto piuttosto saggiarne la salienza in termini di impatto sulla salute per i nostri pazienti, ottenere dati comunicabili sugli esiti dei nostri interventi, poter confrontare interventi differenti e valutarne la qualità e anche il rapporto costi-benefici. È quindi necessario che i responsabili della valutazione abbiano una conoscenza di base dei metodi, degli strumenti di misura, della elaborazione dei dati, e delle possibili fonti di bias. E come ogni altra buona ricerca, l'operatore potrà dirsi soddisfatto se alla fine avrà più quesiti che risposte.

Il meglio è nemico del bene.

Graziano Bellio

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Le misure di esito dell'uso controllato applicate al disturbo da gioco d'azzardo; quale/i esito/i?

Di Paolo Jarre

In tema di riduzione del danno occorre prestare attenzione a non applicare troppo semplicistiche analogie con la clinica dell'addiction da sostanze; come giustamente fa notare Cantinotti (1) buona parte delle misure che sono tout court inquadrate nella cornice della harm reduction nel campo del GAP (più precisamente nel settore dei dispositivi elettronici di gioco) appartengono più esattamente a quella della riduzione della domanda e dell'offerta in quanto prevedono, come esito, una riduzione del consumo, cosa questa non contemplata come outcome negli interventi di HR propriamente detti. Attengono alla riduzione della domanda i messaggi preventivi, le modificazioni del lay out dei dispositivi, le helpline, la rimozione dei Bancomat vicino alle slot-machine, i programmi di self exclusion e l'utilizzo di card specifiche quale unico veicolo di gioco. Nella riduzione dell'offerta vanno inseriti altre modificazioni delle slot (ad esempio il rallentamento del ritmo delle giocate), la limitazione geografica e temporale dell'accessibilità (quindi gran parte di ciò che costituisce il cuore dei regolamenti comunali) e così via. Le politiche di harm reduction propriamente dette sono quelle destinate alla protezione dei familiari dei gamblers, al controllo legale del gambling ed agli interventi di crisi nei luoghi di gioco.

Quindi quando impropriamente si citano le politiche di riduzione del danno sarebbe più proprio parlare di politiche volte all'**uso controllato**. Uno dei primi aspetti da prendere in considerazione quando ci si approccia alla scelta di un esito auspicabile/realizzabile e, non ultimo, misurabile nella clinica dell'addiction è quello dell'effettiva **perseguibilità**.

Tra gli elementi da valutare in primis c'è quello della probabilità della persistenza dell'esposizione continuativa al trigger, all'oggetto additivo, durante ed al termine del trattamento: sicuramente tra tutti i soggetti con disturbo additivo il giocatore è quello che – anche laddove si mantenga in una cornice di massima protezione possibile – è esposto quotidianamente alla più intensa e pervasiva sollecitazione verso la ripresa del comportamento sintomatico. Il gioco è ovunque, nei luoghi concreti e in quelli virtuali, e viene proposto attivamente a tutta la popolazione dotata di vista e/o udito. Peggio che per un alcolista sulle Langhe. Al polo opposto si collocano i dipendenti da sostanze psicoattive illegali i quali devono mettere in atto comportamenti volontari complessi per raggiungere i luoghi nei quali è possibile procurarsi l'oggetto additivo.

Questo è un primo importante elemento di perturbazione nella scelta dell'astensione come unico e costante orizzonte strategico per il giocatore. Il secondo elemento che aumenta la complessità è rappresentato dall'estesissima platea dei soggetti che sono in qualche modo diagnosticabili come affetti da una o più forme di addiction e dalla frequente concomitanza di più comportamenti additivi contemporanei o consecutivi; Sussman (2) nel 2010 sosteneva che considerando i principali oggetti additivi (tabacco, alcol, droghe illegali, cibo, azzardo, web, amore, sesso, esercizio fisico, lavoro e shopping) il 47% degli adulti americani avrebbe potuto essere diagnosticato come portatore di segni maladattivi di un disturbo additivo nell'ultimo anno.

Negli ultimi anni si è sviluppato un importante dibattito sulla definizione di salute; Huber (3) nel concludere il lavoro di una expert conference olandese nel 2011 affermava come la famosa definizione del 1948 dell'OMS di salute come "una stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", pur essendo stato fortemente innovativo rispetto alla precedente definizione in negativo di "assenza di malattia o infermità" fosse entrata fortemente in crisi per 3 motivi principali; in primo luogo l'utilizzo dell'aggettivo "completo" poteva avere contribuito, al di là delle intenzioni, alla medicalizzazione della società; in secondo luogo la prevalenza delle malattie croniche e il numero delle persone che passavano buona parte della vita convivendo con esse era enormemente aumentata, contro una brusca riduzione delle malattie acute (infettive in particolare); in ultimo si poneva un problema pratico insuperabile determinato dalla non operazionabilità e misurabilità dell'aggettivo "completo". Affermava Huber che il guadagno di salute misurato in anni aggiuntivi di sopravvivenza poteva essere meno rilevante della partecipazione sociale e che l'aumento delle capacità di coping avrebbe potuto essere più importante (e realistico) della "guarigione completa".

La conclusione degli studiosi olandesi era che la miglior definizione attuale di salute fosse "the ability to adapt and to self manage..." (la capacità/talento nell'adattarsi/adeguarsi e nell'autogestirsi).

Per giungere ad una definizione consolidata di esito perseguibile nel trattamento del GAP tutto ciò va tenuto in debito conto; ma è anche necessario tentare di dare una risposta alla "madre di tutte le domande": i Gambling Disorders hanno la natura delle malattie acute, subacute recidivanti o croniche, recidivanti o meno che siano? È noto a tutti come sempre più sottolineate, a partire dal nuovo inquadramento nel capitolo delle addiction nel DSM-5, siano le analogie con i SUD (Substance Use Disorders). E a proposito di questi ultimi molti sono i clinici e gli studiosi a livello mondiale che si sono spesi negli ultimi decenni per sottolinearne la natura cronico recidivante e la necessità di utilizzare strumenti di valutazione di esito durante la cura e non al termine di essa. Famosissima è l'affermazione di Newman (4) quando diceva che misurare il successo di un trattamento di un eroinomane dopo il termine del trattamento "... it's like evaluating the success or the effectiveness of birth control pills by measuring the number of pregnancies that occur in the 12 months after the pills are discontinued..." e l'articolo di Mc Lellan (5) nel quale argomentava l'analogia della dipendenza da sostanze psicoattive con il diabete e l'ipertensione ed il successivo contributo (6) nel quale riprendeva l'importanza dell'applicare i parametri delle malattie croniche per valutare correttamente il trattamento dell'addiction.

Ulteriore complicazione è data da un certo grado di discrezionalità nell'attribuzione di significato alla parola cronico; per alcuni vuol dire con un decorso molto lungo, per altri che non guarisce. La differenza, è evidente, è cruciale.

Nella clinica dell'addiction (e quindi anche in quella dei Gambling Disorders), al di là dell'ulteriore problema dato dall'interpretazione del termine cronico e a prescindere dall'utilizzo di qualsivoglia strumento diagnostico atto a predire un certo decorso, in realtà difficilmente siamo in grado di stabilire a priori se il decorso in un dato paziente sarà cronico e o recidivante. Lo stesso Mc Lellan (6) sottolineava come non tutti i casi di addiction fossero cronici: "...molti di quelli che soddisfano pienamente i criteri diagnostici per la dipendenza da sostanze guariscono (recover nel testo originale) completamente, anche senza trattamento. Altri hanno lunghe remissioni dopo il trattamento. Comunque molti di quelli che sviluppano disordini

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Le misure di esito dell'uso controllato applicate al disturbo da gioco d'azzardo; quale/i esito/i?

Di Paolo Jarre

additivi incontrano molteplici recidive dopo i trattamenti e si ritiene che conservino una propensione continuativa a ricadere per anni, o forse, per la vita..."

La classificazione di Blaszczynski (7) è proprio un tentativo di raggruppare diverse tipologie anche in base alla prognosi. Si può azzardare che nel GAP (come in tutte le addiction) cronica – nel senso di irreversibile – sia la maggiore vulnerabilità (su base genetica ed epigenetica) e subacuta recidivante sia l'espressione fenomenica del disturbo del comportamento (epigenetica ma anche fortemente condizionata dalla pressione dell'offerta)

Il nuovo DSM-5 si fa carico solo parzialmente di tutti questi dubbi: pur migliorando la possibilità di definizione di decorso (episodico o persistente), di gravità (mild, moderate, severe), come sottolinea Bellio (8), elimina la precedente definizione di remissione parziale che ben descriveva la condizione clinica di una consistente parte dei nostri pazienti in trattamento.

Oltre a ciò nel DSM-5 mancano anche, stressando l'analogia con i SUD, le specificazioni "in a controlled environment" (che potrebbe essere utilizzata non solo per chi è in carcere, comunità terapeutica o ospedale ma anche per chi vive in una città in cui sia in vigore un Regolamento di restrizione dell'accessibilità al gioco in denaro o anche a chi sia sottoposto a misura di amministrazione di sostegno..) e quella, di utilizzo più difficile ancora da immaginare nel GAP, "on maintenance therapy; il cui uso potrebbe però riaprire la discussione proposta da Ladouceur (9) quasi 10 anni orsono sul "controlled gambling ... as a viable solution for some pathological gamblers". Il gioco controllato secondo Ladouceur si esplica attraverso strumenti quali la predeterminazione delle somme di denaro giocabili in ciascuna sessione di gioco, per settimana, il numero di accessi settimanali al gioco, il tempo passato a giocare per settimana. Credo che si potrebbe anche proporre un intervento sull'oggetto additivo, non lasciando alla discrezionalità del paziente la scelta, nel regime di uso controllato, del tipo di gioco da praticare; così come nel dipendente da eroina si usa il metadone perché è meno additivo, ha più lunga durata d'azione, non comporta rischi di tipo infettivologico, si usa a dosaggi noti, nel giocatore patologico, ad esempio orientandosi con l'aiuto della misurazione dei suoi specifici "attitudes and beliefs" (10), si può proporre di cambiare gioco: ad esempio passando da giochi ad esito immediato a giochi ad esito differito, cambiando tutte le volte dispositivo automatico di gioco, differire l'utilizzo dei gratta & vinci....

Infine, che cosa e come valutare? Ritengo che sia ancora McLellan, nell'articolo "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovering monitoring" (11), a proporci la soluzione; la valutazione la si fa durante il trattamento come un work in progress, misurando esiti non con un registro del tutto / nulla ma del meglio / peggio, tenendo conto "what would make treatment valuable" (dove è interessante il doppio significato dell'aggettivo valuable, di valore e valutabile) e di cosa è importante contemporaneamente per il paziente e la società.

È allora, banalmente, il miglioramento (non lo stato di completo benessere!) della salute personale fisica e mentale (misurata, ad esempio, con la riduzione del ricorso ai servizi di health care), la riduzione del consumo dell'oggetto additivo (la cui misurazione nel gambling è resa estremamente più complessa dall'indisponibilità di un marker biologico), il miglioramento nel funzionamento sociale (lavoro, famiglia e relazioni sociali), la riduzione della minaccia per la salute pubblica.

Nel piano regionale 2008 della Riduzione del danno della Regione Piemonte si affermava: "...la logica della misura, della moderazione e della temperanza, si è andata così riaffermando nel mondo scientifico: una concezione ecologica del piacere – una prospettiva più matura e realistica di quella dell'astensione assoluta – non solo nell'ambito dell'uso delle sostanze illegali (l'originaria riduzione del danno), ma anche dell'alcool, del tabacco...del gioco d'azzardo (il "gioco responsabile" ...) ... È più corretta sul piano etico, rispetta le persone le persone per come sono e non per come la società/il sistema di cura vorrebbe che fossero ed è nettamente più praticabile sul piano concreto".

Paolo Jarre

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cantinotti M. et al "Harm Reduction and Electronic Gambling Machines: Does this Pair Make a Happy Couple or is Divorce Foreseen?" J Gamb Stud (2008) 24:39-54
- 2) Sussman S et al. "Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority?". Eval Health Prof 2011 Mar; 34(1):3-56
- 3) Huber M et al "How should we define health?". BMJ. 2011 Jul 26;343
- 4) *Life of Clinical Activism*. an Interview with Robert G. Newman, MD, MPH President Emeritus, Continuum Health Partners, Inc., and Director, The Baron Edmond de Rothschild Chemical Dependency Institute of Beth Israel Medical Center www.williamwhitepapers.com
- 5) McLellan A.T. et al "Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation, JAMA, October 4, 2000—Vol 284, No. 13 1689-95
- 6) McLellan A.T. et al "Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective". Addiction, 97, 249-52, 2002
- 7) Blaszczynski A. et al. "A pathways model of problem and pathological gambling". Addiction 2002 May;97(5):487-99
- 8) Bellio G. "Il Gambling Patologico nel nuovo DSM-5" ALEA Bulletin Vol.1, 2013, n° 3 pagg.7 e segg.
- 9) Ladouceur R. "Controlled Gambling for Pathological Gamblers" Journal of Gambling Studies, Vol. 21, No. 1, Spring 2005 (2005)
- 10) Bouju G. et al "A Shorter and Multidimensional Version of the Gambling Attitudes and Beliefs Survey (GABS-23)" Journal of Gambling Studies 2014 Jun;30(2):349-67
- 11) McLellan A.T. "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring" Addiction 2005 Apr; 100 (4):447-58

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo Patologici e familiari: risultati a 3 anni di trattamento

Di Rolando De Luca, Paolo Pitti, Gianni Savron

Il Centro di Terapia di Campoformido (UD) è nato dall'esigenza di trovare una strategia terapeutica che aiutasse le famiglie e consentisse ai giocatori d'azzardo di raggiungere e mantenere l'astinenza dal gioco d'azzardo a lungo termine. All'interno del gruppo attraverso l'interpretazione e lo specchiarsi l'un l'altro, sotto la guida dello psicoterapeuta (Rolando De Luca), si giunge a comprendere che la dipendenza non è più un elemento centrale del percorso terapeutico, ma solo il punto di partenza. I vissuti attraverso il dialogo, portano a cambiamenti che vanno a incidere e modificare significativamente il presente e il futuro dei partecipanti. Infatti non è sufficiente interrompere l'intervento dopo pochi mesi, quando il sintomo appare azzerato e sotto controllo; per intervenire in situazioni così complesse i gruppi devono avere una pratica terapeutica comune lunga. Le ricerche già pubblicate legittimano l'intervento, poiché si osserva sia una riduzione dell'ansia, depressione, impulsività e ostilità, che una modificazione caratteriale.

Brevi cenni sui gruppi di terapia: La prassi prevede, dopo la richiesta di aiuto del giocatore o di un suo familiare, che si attuino alcuni colloqui nei quali vengono fornite le informazioni propedeutiche per l'entrata nel gruppo, organizzato in base ad alcuni criteri fondamentali riguardanti la composizione, lo spazio, il tempo e le regole. Il coinvolgimento dei familiari parte dalla constatazione che il giocatore trascina nelle proprie perdite l'intera famiglia, con le conseguenti difficoltà economiche, sociali e relazionali. Il problema del gioco d'azzardo non è più del solo giocatore, ma di tutti i componenti il nucleo familiare che attraverso l'esplorazione di se stessi e delle proprie relazioni, portano alla luce ciò che il gioco d'azzardo copre. A questo punto riaffiorano ricordi, immagini, sogni e sorgono nuove emozioni e possibilità, le quali a loro volta rimodellano l'individuo e il gruppo. Emergono anche ansia, rabbia, angoscia relative ad una vita che inizia a essere considerata dal giocatore "senza rischi particolari, non più al limite". Ecco perché la terapia di gruppo deve durare "quanto basta", in rapporto alle capacità delle persone che vi partecipano, al fine di ottenere il massimo del miglioramento possibile.

Introduzione: Vari studi hanno documentato l'associazione del GAP con sintomi d'ansia, depressione, panico con o senza agorafobia, rabbia, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, abuso di sostanze, disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline, evitante, schizotipico), Deficit dell'Attenzione con Iperattività, disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa, disturbi cardiologici, cefalea, disturbi intestinali) e tentati suicidi. Ugualmente, sono state descritte varie categorizzazioni personologiche e fra queste il modello biopsicosociale di Cloninger (1) spiega la struttura di personalità nelle sue parti genetiche, neurobiologiche, psicologiche e ambientali. A tale riguardo, il Temperament and Character Inventory (TCI) (1,2) concettualizza l'esistenza di 7 dimensioni, di cui 4 temperamentali e 3 caratteriali, che corrispondono a un distinto schema di comportamento in risposta ai vari stimoli ambientali. I tratti "temperamentali" rappresentano le parti stabili, geneticamente indipendenti, della personalità, scarsamente influenzate dalle componenti socio-culturali e attribuibili allo stile emozionale. Essi sono rappresentati dalla: 1) Ricerca di Novità (RN), 2) Evitamento del Danno (ED) 3) Dipendenza dalla Ricompensa (DR), 4) Persistenza (P), e riflettono le variazioni dei 3 sistemi cerebrali (Sistema di Attivazione Comportamentale, Sistema di Inibizione Comportamentale, Sistema Centrale di Mantenimento del Comportamento) che corrispondono a uno specifico assetto neurotrasmettitoriale, rispettivamente dopamina, serotonina, noradrenalina. Le dimensioni "caratteriali" invece, rispecchiano le influenze educative e socio-ambientali, in grado tuttavia di predire la presenza di disturbi di personalità (2,3), e sono: 1) Autodirettività/Autodirezionalità (A), 2) Cooperatività (C), 3) Trascendenza/Autotrascendenza (T).

Volendo considerare i passaggi eseguiti per giungere allo studio presentato oggi è necessario prendere in esame gli esiti dei nostri precedenti studi (citati in bibliografia ai quali si rimanda per una valutazione più approfondita). Il nostro primo lavoro ha riguardato la presenza di psicopatologia (4) nei GAP rispetto ai controlli nei quali è stata riscontrata maggiore ansia, depressione, ostilità, sintomi somatici, paura dei sintomi ansiosi, inibizione emotiva e Ricerca di Novità, con punteggi minori nella Dipendenza dalla Ricompensa del Tridimensional Personality Questionnaire di Cloninger; risultati in accordo con altri dati della letteratura (5). Lo studio successivo (6) ha indagato le differenze fra 81 GAP, 28 mogli, 26 genitori e soggetti di controllo, e i dati hanno confermato nei giocatori i risultati dello studio precedente. Le mogli invece, raffrontate al rispettivo gruppo di controllo, presentavano maggiore distress (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità) e punteggi elevati nella sensibilità all'ansia, inibizione verbale, timidezza e nei tratti di Evitamento del Danno e di Dipendenza dalla Ricompensa del TPQ. Inoltre esse differivano dai mariti per maggiore DR e minore Ricerca di Novità e dai genitori dei giocatori per maggiore ED e DR. Quindi i tratti caratteriali delle mogli paiono complementari a quelle dei mariti, poiché al loro attaccamento, sensibilità, altruismo e bisogno di gratificazioni, unitamente alla presenza di tratti di ansia, pessimismo e dipendenza, si contrappone un maggior distacco emotivo-affettivo del partner. Per tanto il gruppo mogli, per le caratteristiche di stato e di tratto, risentono maggiormente della condizione dei mariti e sembrano maggiormente a rischio di strutturare episodi depressivi. Il campione di genitori invece viene a collocarsi in una dimensione di relativa normalità caratteriale, ma di elevato stress psico-emotivo e di inibizione emotiva. A questo punto delle nostre ricerche ci siamo chiesti quale potesse essere l'andamento longitudinale del trattamento di gruppo e in uno studio successivo sono state indagate le modificazioni psicopatologiche nel corso della terapia. Al riguardo, nello studio (7) 63 GAP sono stati raffrontati a 52 soggetti di controllo. I giocatori sono stati valutati al tempo 0 e di seguito 6, 12, 18 mesi di trattamento. I GAP hanno evidenziato punteggi più elevati nella depressione, ansia di stato e di tratto, impulsività e nei tratti di Ricerca di Novità, Dipendenza dalla Ricompensa e Trascendenza, punteggi inferiori invece nell'Autodirettività e Cooperatività e nessuna differenza con i controlli nelle dimensioni Evitamento del Danno e Persistenza del TCI di Cloninger. Dopo 6 mesi 30 (47,6%) giocatori hanno sospeso la terapia e i GAP rimasti in trattamento hanno evidenziato punteggi maggiori nelle dimensioni di sensibilità e altruismo (DR) e Cooperatività rispetto a coloro che hanno abbandonato. Nel corso della psicoterapia è stata osservata una progressiva e sostanziale riduzione di depressione, ansia di stato e tratto ed impulsività, oltre ad un calo dei punteggi nei tratti ED, DR, A e C; tuttavia, dopo 18 mesi di trattamento, i GAP, nonostante i notevoli miglioramenti risultano più depressi, ansiosi, impulsivi (non a livelli patologici) del gruppo di controllo, e manifestano livelli più alti di Ricerca di Novità e Trascendenza, mentre ottengono punteggi minori nelle dimensioni di Autodirettività e Cooperatività. Poiché a 18 mesi permanevano alcuni aspetti di distress e caratteristiche peculiari di personalità, questo ha portato a indagare gli esiti a 3 anni di trattamento sia nei giocatori che nei familiari in trattamento; inoltre, il numero elevato di drop-out ha spinto a modificare alcuni elementi terapeutici al fine di favorire la permanenza in terapia.

Continua...

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo Patologici e familiari: risultati a 3 anni di trattamento

Di Rolando De Luca, Paolo Pitti, Gianni Savron

Materiali e Metodi. Trenta GAP, diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV, e 26 familiari sono stati valutati prima e dopo 3 anni di trattamento, al termine della di terapia di gruppo. I test utilizzati sono stati: la BPRS di Overall e Gorham, il BDI di Beck, lo STAI-YI e lo STAI-Y2 di Spilberger, la BIS-II di Barratt e Stanford ed il TCI di Cloninger.

Risultati. Fra le due misurazioni sono state osservate differenze significative in entrambi i gruppi, con alcune difformità. I GAP hanno ottenuto una riduzione significativa dei punteggi nella depressione, nell'ansia di stato e di tratto, nell'impulsività e nei tratti di Ricerca di Novità, Dipendenza dalla Ricompensa e Trascendenza. Inoltre è stato riscontrato un incremento di punteggi nell'Autodirettività e nessuna differenza nelle dimensioni Evitamento del Danno e Persistenza. Anche nei familiari nel corso della psicoterapia di gruppo è stata osservata una progressiva e sostanziale riduzione della depressione, ansia di stato e tratto e un calo dei punteggi nei tratti Ev. del Danno, Dipendenza dalla Ricompensa. Dal confronto, dopo 36 mesi di terapia, fra GAP e familiari emerge come i giocatori pur mostrando notevoli miglioramenti risultino più depressi, impulsivi e manifestino livelli più alti di Ricerca di Novità, mentre ottengono punteggi minori nelle dimensioni di Autodirettività e Cooperatività.

Conclusioni. Lo studio ha reso possibile evidenziare le differenze psicopatologiche fra giocatori e familiari e identificare le caratteristiche di stato e di tratto dei rispettivi gruppi. I GAP in trattamento non hanno presentato ricadute in episodi di gioco d'azzardo tuttavia dopo 36 mesi di terapia permangono alcune differenze rispetto ai familiari. I dati sopra esposti appaiono importanti poiché i disturbi di personalità del cluster A (paranoide, schizoide, schizotipico) sono caratterizzati da bassa DR, mentre il cluster B (antisociale, borderline, istrionico) da un'alta RN, ed il cluster C (evitante, dipendente, ossessivo compulsivo, passivo aggressivo) da un alto ED (2,3,8). Tutti i disturbi di personalità sono comunque accomunati da basse Autodirettività e Cooperatività (2,3,8), per cui i risultati permettono di individuare nei giocatori la presenza di alcuni tratti di personalità ascrivibili al cluster B. È risaputo che una elevata impulsività è risultata essere associata alla severità di gioco, all'utilizzo di alcool e droghe, alla disinibizione, alla personalità antisociale e alla ricerca di sensazioni (sensation seeking) e rappresenta un fattore favorente lo sviluppo del GAP. Per concludere, a questi risultati vanno aggiunti altri dati che in parte spiegano le modalità di intervento a Campofornido: il 97% dei giocatori partecipa assieme ai familiari, in prevalenza il coniuge/convivente (72%), a seguire i fratelli/sorelle (11%) e poi genitori (10%), figli(3%), parenti e amici (2%). Dei familiari, circa un quarto partecipa senza il giocatore, a evidenziare l'esigenza di operare un intervento indipendentemente dal giocatore. Il 46% ha ammesso ricadute, che in qualche modo fanno parte del percorso e quando avvengono sono assorbite senza gravi conseguenze, quando l'astinenza sia stata osservata con scrupolo. Anzi, il ritorno all'azzardo genera non più l'ebbrezza di un tempo ma più un senso di colpa e fallimento, tappa talvolta obbligatoria per riconoscere le proprie debolezze e riacquistare l'umiltà necessaria. Attualmente gli abbandoni sono stati dell'ordine del 4% nel triennio 2012-2014. Tuttavia nei casi di abbandono, in base alla nostra esperienza, si verifica il ritorno al sintomo. Le separazioni sono esigue, in media una all'anno, ciò anche perché la terapia porta le persone a lavorare sul dialogo e non sullo scontro, e quando avvengono si verificano senza importanti conflitti. Ad oggi non si è verificato alcun suicidio e la disoccupazione riguarda 3 soggetti su 285 persone. In sintesi i vari lavori pubblicati su Campofornido mostrano che si registra una progressiva riduzione dell'ansia depressione, impulsività e si attuano dei cambiamenti caratteriali. Al termine della terapia il 90% dei giocatori non gioca più d'azzardo e il 10% lo fa in maniera assolutamente inferiore. La naturale conclusione della terapia riguarda a maggio 2014 centottanta persone, tra ex giocatori e familiari (rispettivamente, nel numero di 61 e 119). Chi termina la terapia nei tempi prescritti, ad eccezione di due persone, non risulta tornare al sintomo.

Per concludere, una lunga terapia rappresenta uno degli strumenti più adeguati per affrontare la dipendenza da gioco d'azzardo e le persone che hanno concluso il percorso esprimono a livello individuale, familiare, sociale indici di sofferenza notevolmente minori di quanto era emerso all'inizio della terapia.

Rolando de Luca, Paolo Pitti, Gianni Savron

Bibliografia

- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 975-990.
- Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR: Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 1992, 24, 217-226.
- Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 991-999.
- Savron G, Pitti P, de Luca R: Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici. *Rivista di Psichiatria*, 2001, 36, 1, 14-21.
- Kim SW, Grant JE: Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 2001, 104, 205-12.
- Savron G, Pitti P, de Luca R: Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari. *Rivista di Psichiatria*, 2003, 38, 247-258.
- Savron G, DeLuca R, Pitti P. (2007). Un anno e mezzo di terapia di gruppo con giocatori d'azzardo patologici: risultati a 6, 12, 18 mesi di trattamento. *Rivista di Psichiatria*, 42, 189-204.
- Maggini C, Pintus A: Disturbi di personalità e comorbidità. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 1996, 2, 133-145.

TAB. I Misurazioni all'intake e dopo 3 anni di terapia

Test	GAP (n=30)		Sig.	Familiari (n=26)		Sig.
	I mis.	II mis.		I mis.	II mis.	
	Media (ds)	Media (ds)		Media (ds)	Media (ds)	
BDI	16.07(10.6)	7.20(6.80)	.000***	12.77(10.7)	4.85(4.82)	.000***
STAY I	49.20(13.5)	38.23(10.8)	.000***	47.15(10.9)	39.42(9.6)	.000***
STAY II	48.00(13.4)	37.10(10.6)	.000***	47.15(10.9)	38.42(8.3)	.000***
BIS 11	67.87(9.23)	61.50(7.94)	.000***	57.96(7.47)	58.23(8.10)	.783
TCI m	23.07(6.02)	20.60(5.6)	.006**	17.27(3.97)	16.23(5.14)	.185
TCI ed	15.40(7.52)	14.30(6.94)	.183	19.77(5.39)	17.73(5.51)	.004**
TCI dr	10.73(2.75)	9.33(2.84)	.001***	11.35(1.95)	10.15(1.84)	.005**
P	4.37(1.52)	4.30(1.68)	.842	.58(1.65)	4.15(1.28)	.118
A	25.03(7.82)	29.97(7.65)	.001***	29.96(8.70)	31.27(7.56)	.151
C	29.43(6.75)	29.60(5.96)	.834	32.88(4.59)	32.88(4.27)	.293
T	14.13(4.81)	12.07(4.52)	.018*	15.50(6.25)	14.38(6.00)	.118

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001

BDI = Beck Depression Inventory; STAI -Y1 = State-Trait Anxiety Inventory Y-1; STAI -Y2 = State-Trait Anxiety Inventory Y-2; BIS = Barratt Impulsiveness Scale; TCI = Temperament Character Inventory (RN: Ricerca di Novità; ED: Evitamento del Danno; DR: Dipendenza dalla Ricompensa; P: Persistenza; A: Autodirettività; C: Cooperatività; T: Trascendenza).

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

L'ambulatorio specialistico sperimentale per il Gioco d'Azzardo Patologico dell'Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze - Di Daniela Capitanucci e Roberta Smaniotto

Quando ci interroghiamo sulla valutazione dell'esito dei trattamenti del disturbo da gioco d'azzardo patologico può essere utile porsi anche nell'ottica della cornice entro cui tali trattamenti si svolgono o vengono programmati, dal momento che essa a volte può essere fortemente incidente anche sull'esito clinico. La narrazione dell'esperienza in oggetto vuol provare a far riflettere su quanto siano determinanti gli aspetti organizzativi e legislativi sulla effettiva possibilità di rendere cure stabili, efficaci e valutabili dal punto di vista clinico.

Descrizione del progetto e di come è stato costruito.

Il punto di partenza per la progettazione di questa esperienza è stata la DGR 3239/2012 lombarda del 4.4.2012, "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di Welfare". Gli input della DGR stabilivano che i **progetti presentati ponessero al centro la famiglia e il "bisogno" della persona**. Da questa sperimentazione la Regione dichiarava di voler trarre spunti per l'organizzazione di nuovi servizi che **passando dall'offerta alla domanda**, fornissero linee guida per meglio rispondere ai bisogni delle persone, piuttosto che a quelli degli enti erogatori, su nuovi temi di salute emergenti non ancora coperti dai servizi tradizionali tra i quali era indicata anche la dipendenza da gioco d'azzardo.

Potendo AND strutturare una offerta a partire da zero, **ci siamo dunque chiesti che tipo di modello fosse più utile per le «famiglie giocate dal gioco»**. Conoscendole bene e avendo visto in molti anni di lavoro che esse arrivano sfiancate e angosciate alla formulazione di una richiesta di aiuto, con il bisogno di consegnare agli operatori la loro sofferenza ed essere innanzi tutto sollevate, prima ancora che curate, **abbiamo subito immaginato un modello integrato e centralizzato**. Aspetti meramente psico-socio-sanitari quindi, quali il trattamento del giocatore, valutazione e indicazioni circa comorbidità GAP correlate (disturbi psichiatrici, Parkinson, ...), presa in carico familiare (terapia individuale del familiare, prese in carico di coppia e familiare, supporto psicologico ai figli) sono stati integrati alla consulenza finanziaria e ricostruzione del debito, consulenza legale e accesso all'Amministratore di Sostegno, tutti determinanti per la riuscita complessiva dell'intervento.

Pubblico destinatario del progetto erano dunque sì i giocatori d'azzardo patologici, ma anche i loro familiari *considerati utenti/pazienti portatori di bisogni propri e quindi legittimati a porre richieste di aiuto per sé, anche a prescindere dalla presenza dell'altro*.

Creata un'equipe pluri disciplinare (composta dai seguenti professionisti: 1 psicologo psicoterapeuta Coordinatore del progetto, 8 Psicologi di cui 7 psicoterapeuti - di cui 3 Specializzati in Terapia Sistemico-Relazionale, 3 in Terapia Analitica Transazionale e 1 in Psicologia della Salute-; 4 Medici - di cui 1 Specialista in Psichiatria, 1 in Neurofisiopatologia e Tossicologia Medica, 2 Esperti in medicina delle dipendenze di cui 1 in comorbidità GAP/morbo di Parkinson-; 2 Educatori Professionali; 2 Assistenti sociali; 1 Amministratore di sostegno e 2 Avvocati) atta a formulare progetti individualizzati per ciascun utente/famiglia abbiamo iniziato a **sperimentare una unità di offerta specialistica monotematica multidisciplinare integrata che garantisce la presa in carico di tutti gli aspetti di criticità che vengono impattati in presenza di un problema di gioco d'azzardo patologico**.

Il progetto mirava ad integrarsi con quanto già offerto dal territorio: sono stati scelti diversi orari di funzionamento (pre serali in settimana, 17-20; e prefestivi: sabato 9-18) per agevolare gli utenti con impegni lavorativi; esclusivamente su appuntamento per evitare spreco di risorse; è stata garantita la presenza di figure professionali (es. Avvocato) e di percorsi di inquadramento e riabilitativi assenti nei servizi (es. l'assessment specialistico focalizzato, la stesura di un progetto di presa in carico anche solo per il familiare).

Primo passo era dunque la valutazione multidisciplinare dell'utente e della sua famiglia attraverso dei "pacchetti" di intake, che rappresentavano il punto di ingresso per il giocatore come per il familiare, ognuno con un suo specifico iter strutturato. Secondo passo era quindi, se necessario, la proposta di un piano terapeutico individualizzato che poteva prevedere più pacchetti contemporaneamente. Pacchetti di trattamento individualizzati a seconda della gravità (prevenzione ricadute e tutoraggio, per pazienti a bassa intensità; episodi di trattamento multipli rinnovabili, per pazienti a media intensità; interventi di riduzione del danno, per pazienti ad alta intensità); trattamenti di gruppo (gruppo prevenzione ricadute; per familiari; psicoterapeutico; psicoeducativo; per specifica comorbidità Parkinson); psicoterapia/sostegno psicologico individuale (per il giocatore e/o il familiare), psicoterapia/sostegno psicologico di coppia o familiare.

Laddove ritenuto necessario venivano attivati i percorsi nell'ambito del «pronto-soccorso» legale-finanziario. Qui i pazienti potevano godere di una analisi della propria situazione legale e patrimoniale, di interventi di ricostruzione del debito, consigli per la tutela, redazione di ricorsi per l'AdS e assistenza nella procedura, consulenze per la soluzione di altri problemi quali eredità, pignoramenti, separazione coniugi, analisi contratti e documenti finanziamento, contestazione finanziamenti, diffida pratica commerciale aggressiva, chiusura conti correnti,

La predisposizione dei percorsi clinici, di assessment e dei materiali di supporto è stata messa a punto solo dopo avere provveduto ad un'accurata ricerca documentale delle esperienze d'eccellenza italiane, europee ed extraeuropee, perfezionata anche con numerosi scambi diretti con i ricercatori interessati.

La valutazione del progetto e del modello organizzativo.

In 18 mesi (1.8.12-31.1.14) sono stati presi in carico 265 utenti (129 giocatori e 136 familiari); ogni mese in media nelle due sedi hanno ricevuto almeno un intervento 109 persone, e la media dei nuovi accessi è stata tra un minimo di 3 ed un massimo di 8 a settimana. Sono stati rendicontati 361 pacchetti di prestazioni (tra questi, il 29% intake familiari, 24% intake giocatori; 35% consulenze legali e finanziarie, ma anche 6% psicoterapie familiari o di coppia e 3% pacchetti di monitoraggio).

La **customer satisfaction** (rilevata sugli utenti che avevano concluso un pacchetto al 30.7.13, pari al 42% dell'utenza totale) ha segnalato che la qualità percepita del servizio, sempre positiva, era considerata eccellente nel 71% dei casi: molto soddisfatti dell'orario compatibile con il lavoro e di trovare tutto nello stesso luogo. Tutti si sono sentiti più efficaci nell'affrontare i propri problemi, sentendo che il percorso svolto li ha aiutati molto

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

L'ambulatorio specialistico sperimentale per il Gioco d'Azzardo Patologico dell'Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze - Di Daniela Capitanucci e Roberta Smaniotto

bene nel 77% dei casi. Questo dato è coerente con il tasso di abbandono della terapia che è stato bassissimo (5%), con un rapporto giocatore/familiare di 3 a 1. Abbiamo stimato che il costo medio del trattamento per utente, 1350 euro, è decisamente interessante.

Sebbene 18 mesi siano un tempo troppo breve per portare a conclusione una sperimentazione di questo tipo garantendo anche una valutazione di outcome clinico, siamo in grado di formulare alcune considerazioni critiche in merito al progetto e al modello organizzativo implementato specificamente per rispondere ai bisogni di questa tipologia di pazienti.

Molti i punti di forza. In primis, la scelta di operare una presa in carico simultanea e coordinata del GAP e del familiare: le famiglie dei giocatori trovano una risposta concreta ed efficace ai loro molteplici bisogni e un sollievo al disagio con cui arrivano all'ambulatorio; la presa in carico è fortemente individualizzata, sebbene con pattern di intervento ben definiti rintracciabili nelle cartelle molto strutturate (cosa che consentiva accurato aggiornamento, omogeneità e guida clinica per gli operatori); anche la flessibilità degli orari e l'ampia gamma di prestazioni ha consentito di accogliere l'utenza in modo adeguato. Importanti sono state anche le soluzioni innovative adottate dal punto di vista organizzativo e della riduzione dei costi (equipe via skype; collaborazione con altri enti, quali ASL di Como e Comune di Ispra, che hanno messo a disposizione a titolo gratuito gli spazi).

Va sottolineata però anche il peso di importanti variabili esterne che hanno avuto un impatto non trascurabile sui 18 mesi di progetto.

Ci chiediamo ad esempio come sia possibile affrontare l'impegno di sperimentare un dato modello secondo un progetto presentato ed approvato nelle sue linee dettagliate di sviluppo, se possono essere modificate o introdotte regole in corso d'opera, cosa che può dar luogo a poca chiarezza su alcuni aspetti di rendicontazione e a scarse o tardive informazioni operative in tempo utile per ben operare o rendicontare. Un caso è stato quello della remunerazione e possibilità di fatturare esclusivamente quei pacchetti per i quali allo scadere dei tre semestri (31.1.13, 31.7.13 e 31.1.14) erano state erogate più del 50% delle prestazioni previste (comunicato solo a rendicontazione avvenuta). A volte le FAQ non bastavano per comprendere la strada da percorrere. Sottolineare questa incertezza procedurale è per noi lo spunto per suggerire in futuro (per qualsivoglia progetto) un ampliamento delle comunicazioni top-down tra Regione/ASL e Associazione e delle risposte fornite ai quesiti posti (più tempestività e precisione) per prevenire incertezza, disservizi ed errori: avremmo apprezzato un ruolo dell'ASL più come «guida» che non solo come «vigilanza», trattandosi di progetto sperimentale e non già di unità d'offerta stabilizzata.

Anche perché questa incertezza procedurale ha avuto come ricaduta diretta un'incertezza economica dei pacchetti aperti a ridosso della scadenza di rendicontazione (scelta fatta per non interrompere il servizio all'utenza) che, non avendo raggiunto il 50% delle prestazioni erogate, non sono stati rimborsati. Dunque molti di questi pacchetti hanno finito con l'essere erogati a titolo di volontariato, pur essendoci i fondi per coprirli.

Un altro aspetto che ha determinato incertezza economica è stato il fatto che la spesa finale complessiva del progetto a fine luglio 2013 è stata sottostimata in maniera rilevante dalla Regione, rispetto a quanto poi è stato effettivamente rendicontato a fine periodo. Tant'è che il budget con cui la Regione Lombardia ha rifinanziato i 6 mesi successivi di progetto era esaurito a metà Novembre 2013 (dopo soli 3 mesi). Questo errore amministrativo ha comportato una pesante ricaduta clinica. I nuovi pazienti hanno dovuto essere messi in lista di attesa, i pazienti già in carico sono stati vittime di uno stop alla fruizione di pacchetti aggiuntivi, non più erogabili. E le tempistiche delle risposte da Regione e ASL sono state purtroppo completamente dissincrone con il bisogno operativo di governance clinica e gestione dei PTI (Piani di Trattamento Individualizzati) in ambulatorio. La qualità e gli esiti degli interventi discende anche da una macchina organizzativa di servizio alla clinica. Così non è stato in questa esperienza. E così non potrebbe essere ancora a livello nazionale.

Alcune considerazioni conclusive.

Da approfonditi conoscitori di gioco d'azzardo crediamo all'esistenza e al ruolo del caso, ma non crediamo alla sfortuna, perché ci piacerebbe che il caso non fosse adottato quando si progettano o si valutano gli interventi offerti in favore della salute dei cittadini. Eppure l'epilogo di questa storia condurrebbe anche i meno superstiziosi a strofinare cornetti rossi o raccogliere quadrifogli. Venerdì 17 gennaio 2014, dalla circolare regionale n. 1 a pag. 17 si leggeva quello che tradotto significava: il nostro progetto avrebbe chiuso. Ma non è questo che suscita perplessità: infatti, la chiusura di progetti a termine è già scritta in partenza. Quel che maggiormente ci ha stupito è stato dover constatare che il valore aggiunto dell'esperienza maturata che avrebbe potuto fornire indicazioni preziose per l'avvio di servizi rivolti a questo target di utenza, proprio come le premesse della DGR 3239/12 lasciavano intendere, non è stato né analizzato, né preso in considerazione, né valorizzato. L'esperienza ha chiuso senza alcun passaggio di raccordo con quanto epigrafato nella suddetta circolare, e poi in quelle seguenti, che già veniva etichettato come "il modello lombardo di cura per i giocatori d'azzardo". La Regione, infatti, ha scelto un sistema decentrato e segmentato, appoggiato sui servizi già esistenti nel 2012: SerT e SMI-Servizi Multidisciplinari Integrati per il trattamento del giocatore, CPS-Centri Psico Sociali e Centri Parkinson per le comorbidità, Consultori Familiari per le terapie individuali, di coppia e familiari, NeuroPsichiatria Infantile per il supporto ai minori, fondazioni antiusura per la consulenza finanziaria e ricostruzione del debito, studi legali privati per la tutela del patrimonio, le separazioni, le pratiche di AdS, ecc. Unica innovazione, il sistema di voucherizzazione che non sta a noi descrivere in questa sede.

E' stata quindi annullata in un colpo solo la possibilità di utilizzare in modo efficace l'esperienza dell'Ambulatorio oltre il tempo stabilito dei 18 mesi previsti, valorizzando e facendo tesoro delle acquisizioni ottenute mediante la sperimentazione di un Servizio Clinico Monotematico Specialistico di eccellenza rivolto alla famiglia colpita da GAP, unico in Italia, pensato per non lasciare sole le famiglie «giocate dal gioco» e per dare loro una speranza di futuro. Il quale, sebbene con molti limiti anche legati al breve tempo di attuazione concesso, ha mostrato di avere elementi di validità e sostenibilità.

Roberta Smaniotto e Daniela Capitanucci

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP***Valutazione di esito di un gruppo di giocatori d'azzardo patologici, malgrado le cure.**Di **Silvia Cabrini, Anna Negri e Maurizio Avanzi**

"... la semplice idea che la malattia di cui soffreva Nataša non poteva esser loro nota, come non può esser nota nessuna delle malattie da cui è colpito ogni uomo vivo; ogni uomo vivo infatti ha le sue peculiarità e ha sempre una malattia speciale e sua propria, nuova, complicata sconosciuta alla medicina."

L. Tolstoj, Guerra e pace, Libro terzo, cap. XVI

Occuparsi della terapia di un disturbo porta necessariamente a focalizzare lo sguardo sul particolare, sul caso singolo: l'atteggiamento che ci guida è quello di definire la giusta alchimia terapeutica per la persona sofferente che si rivolge a noi. Parallelamente, l'atteggiamento scientifico, cui la medicina e la psicologia dovrebbero tendere, ci obbliga a sollevare lo sguardo e analizzare gli effetti del nostro operato in modo da valutarne l'appropriatezza, come suggerisce Skinner: "Certamente la scienza è più che un insieme di atteggiamenti, è anche la ricerca di un ordine, di certe uniformità, di relazioni tra gli eventi della natura, basate su leggi costanti. Essa ha inizio, come tutti noi sempre iniziamo, con l'osservazione di episodi singoli, ma passa poi rapidamente alla regola generale, alla legge scientifica" (Skinner, 1953).

Per la Cochrane Library (Cowlshaw et al., 2012) vengono definiti *esiti primari* di un trattamento psicologico per il gioco d'azzardo patologico: (a) la riduzione della severità dei comportamenti legati al gioco; (b) la riduzione delle perdite finanziarie derivate dal gioco e (c) la riduzione della frequenza degli episodi di gioco e come esiti secondari principalmente la riduzione del malessere associato.

Al Ser.T. di Cortemaggiore (PC) abbiamo trattato pazienti con disturbo da gioco d'azzardo in modo episodico dal 1998 e dal 2006 l'accesso dei pazienti è stato costante, e progressivamente ha portato ai circa 140 pazienti in carico nel 2013. Il tipo di trattamento proposto è stato multimodale, personalizzato al singolo paziente. Lo studio sugli andamenti di esito si riferisce ai pazienti presi in carico dal 2006 alla fine del 2013; il criterio di inclusione è un periodo di presa in carico uguale o superiore a 6 mesi. Il criterio è stato definito per discriminare le situazioni in cui il nostro intervento sia stato effettivamente rilevante; condizioni di presa in carico per periodi inferiori sono in genere relative a persone che non hanno maturato la decisione del trattamento oppure sono venute al servizio solo per fortificare la loro decisione e i loro interventi, già messi in atto, come anche suggerito da Hodgins et al. (2011).

Procedura

Sono stati considerati 264 pazienti presi in carico dal 2006; rispetto a questo campione sono stati considerati due criteri di esclusione: la presa in carico per un periodo minimo di sei mesi e l'assenza di diagnosi di malattia di Parkinson, poiché il progredire nel tempo rende purtroppo meno cruciale la valutazione del gioco d'azzardo rispetto al progredire della malattia neurodegenerativa. Sono quindi stati esclusi 150 pazienti, perché per loro la durata della presa in carico era inferiore ai 6 mesi, e 8 ulteriori pazienti con malattia di Parkinson ingravescente. Il campione finale è quindi stato costituito da 106 pazienti.

Ogni paziente è stato contattato telefonicamente ed è stata proposta una breve intervista strutturata di follow-up (vedi tabella I) liberamente ispirata ai criteri della Cochrane Library (Cowlshaw et al., 2012); in condizioni di ambiguità sono stati contattati anche i familiari di riferimento. Dei 106 pazienti risultati eleggibili e quindi contattati, 101 hanno risposto e 5 non sono in nessun modo stati raggiungibili.

Le caratteristiche di base evidenziate prima della somministrazione del questionario di follow-up sono: (a) genere, (b) età, (c) data della presa in carico, (d) stato civile, (e) istruzione, (f) tipo principale di gioco, (g) durata del gioco d'azzardo nella vita, (h) presenza/assenza di un disturbo psichiatrico di rilievo (psicosi, complessi disturbi di personalità, depressioni clinicamente significative), (i) tipologia di Blaszczynski (Blaszczynski e Nower, 2002), (l) motivazione al gioco d'azzardo (misurato tramite ELMO-GA) (Avanzi, 2013), (m) impulsività (misurato tramite BIS-II) (Fossati et al., 2001), (n) livello di malessere globale (misurato tramite SCL 90 R) (Derogatis, 1994), (o) credenze relative al gioco (misurate tramite GRCS) (Raylu e Dei, 2004) e (p) gravità del disturbo da gioco d'azzardo patologico (misurata tramite SOGS) (Lesieur e Blum, 1987).

L'intervista di follow-up, come si vede in tabella I, vuole valutare principalmente la presenza/assenza di gioco d'azzardo, tenendo in considerazione il fattore temporale (da quanto tempo c'è astensione), la significatività della sospensione (se quindi il periodo di sospensione è significativo rispetto alla propria storia personale, o, nel caso in cui il paziente non sia astinente da gioco, il suo impegno terapeutico per ottenere questo traguardo). Un altro elemento considerato cruciale da parte degli operatori è stato il grado di fiducia del paziente rispetto al mantenimento o al raggiungimento dell'astensione dal gioco. Infine è stato ritenuto importante valutare il livello complessivo di benessere raggiunto dal paziente, per l'importanza prognostica del raggiungimento di uno stato di equilibrio.

Risultati

Il campione di 106 utenti è costituito da 87 uomini (82%) e 19 donne (18%); l'età media è di 49,11 anni. Rispetto alla tipizzazione di Blaszczynski 41 utenti (40%) sono stati categorizzati come appartenenti alla categoria B1, 41 (40%) alla categoria B2 e 20 alla categoria B3 (20%). Del campione totale 40 utenti hanno la licenza media inferiore, 13 la licenza elementare, 37 un diploma di scuola superiore, 8

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP***Valutazione di esito di un gruppo di giocatori d'azzardo patologici, malgrado le cure.**

Di Silvia Cabrini, Anna Negri e Maurizio Avanzi

un diploma di formazione professionale e 3 un diploma di laurea. Rispetto alla durata nel gioco nell'arco di vita 40 utenti hanno una storia di gioco breve (1-5 anni), 36 hanno una storia di gioco media (5-10 anni), 16 una storia di gioco lunga (10-15 anni), 12 hanno storia di gioco molto lunga (oltre 15 anni). Rispetto ai giochi d'azzardo principalmente utilizzati, 76 giocano principalmente alle slot machines, 9 alle scommesse sportive, 6 alle VLT e 6 alle scommesse sportive, 3 a poker, 2 al bingo, 2 al 10 e lotto, 1 al superenalotto e 1 in borsa. Rispetto allo stato mentale emerge una differenza significativa tra donne e uomini ($X^2=6,75$; $p=0,0094$): su 18 donne, 10 hanno un disturbo psichiatrico clinicamente significativo (8 non lo hanno), mentre sugli 87 uomini solo 19 hanno un disturbo psichiatrico clinicamente significativo, rispetto ai 65 che non lo hanno. Del campione contattato, 79 persone dichiarano di essere astinenti da gioco d'azzardo e 22 di stare tuttora giocando.

All'interno del sottogruppo di persone astinenti 43 persone non giocano da un periodo superiore all'anno, 15 da un periodo compreso tra i 6 mesi e l'anno e 7 da un periodo superiore ai 3 mesi. Sette persone dichiarano di non giocare da un periodo inferiore ai 3 mesi, ma in base alla nostra conoscenza clinica questo periodo è ancora troppo breve per poter parlare di sospensione duratura dal gioco d'azzardo. Degli utenti che dichiarano ancora un gioco attivo o residuale, 13 sono considerati come in riduzione del danno, 5 sono dropout e 2 sono in uno stato di riduzione del danno con attiva ritenzione in trattamento.

La media di benessere globale delle persone che hanno smesso di giocare è di 7,70/10 mentre quello delle persone che mantengono l'abitudine del gioco è di 5,86/10.

Abbiamo osservato una differenza di età media tra chi ha sospeso il gioco d'azzardo (47,18 anni) e chi lo mantiene (54,90 anni).

Nel nostro campione sembra esserci anche una relazione tra categorie di Blaszczynski ed esito al follow-up: l'86% dei B1 si dimostra astinente, contro il 7% giocatore attivo e il 7% con sospensione da pochi mesi. Nella categoria B2 le percentuali si modificano: il 71% risulta astinente, il 19% è giocatore e il 10% astinente da pochi mesi. Nella categoria B3 le percentuali si ribaltano: la percentuale di persone astinenti scende al 39%, contro il 48% di giocatori e 13% di persone con sospensione da pochi mesi. Parlando di esito non possiamo dimenticare che alcuni casi sono stati risolti "malgrado le cure", per eventi fortuiti, come ad esempio la morte della suocera convivente con un paziente oppure gli arresti domiciliari di un altro paziente, accusato di spaccio di cocaina.

Conclusioni

Benché le osservazioni che abbiamo presentato siano preliminari a indagini e riflessioni ben più approfondite, dal punto di vista metodologico e clinico abbiamo ritenuto importante monitorare gli esiti del lavoro e iniziare a valutarli. Il lavoro clinico ha già avuto benefici da questo processo di follow-up, assai utile nello stimolare alcune riflessioni interne sui temi quali "guarigione", "ricaduta", "esperienza positiva", con immediate ricadute nell'organizzazione interna del lavoro.

L'équipe di lavoro si è potuta confrontare con una domanda cruciale nell'ambito delle dipendenze comportamentali: che cosa intendiamo quando parliamo di guarigione? L'apparente banalità di questa domanda pone questioni e conflitti di ordine morale, teorico, pratico.

L'équipe ha riflettuto inoltre su alcuni fattori di resilienza: in numerosi casi i pazienti hanno sperimentato scivolate (o addirittura ricadute) all'interno di periodi di astensione che mostrano però l'effetto di migliorare la motivazione e ridimensionare la loro percezione del pericolo. Infine, e in modo non del tutto atteso, abbiamo osservato che i pazienti accolgono entusiasticamente la telefonata di follow-up, riconoscendo l'importanza dei loro percorsi terapeutici e rivalutando positivamente momenti di difficoltà e fatica. Eventuali dubbi sul livello di attendibilità delle risposte di alcuni pazienti sono stati risolti incrociando ciò che dichiarano personalmente e ciò che dicono i loro familiari.

Benché i dati siano al momento stati analizzati solo parzialmente, possiamo osservare un buon esito del trattamento nei pazienti effettivamente presi in carico e confermiamo la prevalenza di esiti positivi per la categoria B1 rispetto principalmente alla categoria B3. Questo dato evidenzia l'importanza prognostica di definire l'appartenenza a un gruppo clinico piuttosto che a un altro. Un punto che necessita di ulteriore approfondimento riguarda la differenza di genere: le donne giocatrici si sono rivelate, infatti, più sofferenti dal punto di vista psichico e meno disposte al cambiamento. Questo dato ha confermato l'opinione clinica degli operatori e ha generato una riflessione sulla necessità di sviluppare proposte terapeutiche specifiche per il genere femminile.

Le diverse idee emerse da questa prima ricognizione di esito hanno portato con sé suggestioni importanti per il lavoro clinico e interesse rispetto all'esito del medesimo: abbiamo guardato crescere la foresta, ma abbiamo osservato anche i singoli alberi. Questo ci rinforza nell'opinione che comunque la fortuna vada aiutata da competenze sempre maggiori e coltivata con lo studio e il confronto con i colleghi: continuare l'aggiornamento personale è un fondamentale investimento per la cura e l'unico modo per influire sull'esito.

Silvia Cabrini, Anna Negri e Maurizio Avanzi

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Valutazione di esito di un gruppo di giocatori d'azzardo patologici, malgrado le cure.

Di Silvia Cabrini, Anna Negri e Maurizio Avanzi

Tabella 1. Griglia dell'intervista di follow-up

Questionario di follow-up giochi

A. Sta giocando?

a. sì (vai a domanda 4)

b. no (vai a domanda 2)

1. **Se no:** da quanto ha smesso (indicare risposta in mesi o giorni)

a. meno di 3 mesi

b. tra 3 mesi e 6 mesi

c. oltre 6 mesi

d. oltre 12 mesi

2. **Se no:** Questo è il periodo più lungo di astensione dal gioco d'azzardo?

e. sì

f. no (specificare:.....)

3. **Se no:** Quanto si sente in grado di continuare a non giocare (da 1 a 10)?

4. **Se sì:** sta utilizzando quale di queste proposte:

g. gioco con riduzione del danno

h. drop out, "me la cavo da solo"

i. ritenzione in trattamento "sto lavorando per smettere"

5. **Se sì:** Quanto si sente in grado di smettere di giocare (da 1 a 10)?

B. Globalmente, come si sente in quest'ultimo periodo, come valuta il suo livello di benessere da 1 a 10, considerando 1 come "mi sento giù, sto proprio male" e 10 come "sono completamente in forma, sto bene"

Grazie per la collaborazione.
Sarebbe disposto a rispondere mettere a disposizione 20 minuti per rispondere a due questionari che ha già compilato in passato?
Venendo in servizio oppure al telefono.

Riferimenti bibliografici

- Skinner B.F. *Scienza e comportamento* (1953), Franco Angeli, Milano, 1992.
- Cowlshaw S., Merkouris S., Dowling N., Anderson C., Jackson A., Thomas S. (2012). *Psychological therapies for pathological and problem gambling*. The Cochrane Database of systematic reviews, Issue 11.
- Hodgins D.C., Stea J.N., Grant J.E. (2011). *Gambling disorders*. The Lancet, 378: 1874-1884.
- Blaszczyński A., Nower L. (2002). *A pathways model of problem and pathological gambling*. Addiction, 97: 487-499.
- Avanzi M. (2013). *ELMO-GA: Elenco delle motivazioni che ti fanno giocare d'azzardo*. Alea Bulletin, 3: 10-11.
- Fossati A., Di Ceglie A., Acquarini E., Barratt S. (2001). *Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-II (BIS-II) in non-clinical subjects*. Journal of Clinical Psychology, 57: 815-828.
- Raylu N., De J.T.P. (2004). *The Gambling Related Cognition Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties*. Addiction, 99: 757-769.
- 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.
- Johansson A., Grant J.E., Kim S.W., Odlaug B.L., Gotestam K.G. (2009). *Risk Factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review*. Journal of Gambling Studies, 25:67-92.
- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

La valutazione dell'esito degli interventi a medio termine in un gruppo di giocatori patologici

Di Amelia Fiorin

E' trascorso diverso tempo da quando in Alea il dibattito sul Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) si concentrava su quale servizio pubblico doveva occuparsene, se la Psichiatria o il Dipartimento delle Dipendenze, o ancora su quali erano gli approcci clinici più adeguati per trattarlo, oppure se era opportuno pianificare degli interventi di prevenzione e quando. Oggi l'interesse di questa associazione si sta rivolgendo a tutte quelle esperienze cliniche, condotte sul campo, che hanno avviato e maturato un modello di valutazione degli esiti degli interventi fatti.

Come sappiamo, dalla letteratura scientifica, condurre delle valutazioni sugli interventi terapeutici non è cosa semplice. La difficoltà è data non solo dalla complessità dei fenomeni delle dipendenze, come nel caso del GAP, ma anche dalla presenza di molteplici metodi di indagine, da sofisticati metodi di ricerca e di analisi statistiche, non sempre uniformi, che rendono difficile il raffronto.

Tuttavia per non perdere l'occasione di poter condurre una valutazione oggettiva sull'operatività di molteplici professionisti ci si può orientare su alcuni lavori scientifici pubblicati da Blaszczynski, Ladouceur, Petry, et al., che, in più occasioni, hanno affrontato la questione della **metodologia della valutazione dei risultati**. Infatti nella Consensus Conference tenutasi in Alberta nel 2006 i più accreditati clinici del Disturbo da Gioco d'Azzardo hanno suggerito delle caratteristiche metodologiche minime per riferire l'efficacia dei trattamenti, ma anche per rendere sistematiche le modalità in cui si riportano i risultati ottenuti in modo da migliorare la qualità stessa dei trattamenti applicabili. La Consensus è quindi una buona base di partenza, un buon ancoraggio per avviare la fase della ricerca, e raccomanda di includere, all'interno di una *robusta metodologia*, i seguenti aspetti:

- definizione e caratteristiche del campione;
- definizione dei tempi di follow-up (3, 6, 9, 12, 24 mesi)
- definizione dell'assessment e del follow-up.

Partendo proprio da questa base si è potuto organizzare una serie di dati provenienti dall'Ambulatorio del Gioco d'Azzardo del SerD di Castelfranco Veneto.

Sono stati presi in esame tutti i giocatori patologici che avevano concluso un trattamento all'interno di una finestra temporale che andava dal 01.01.2012 al 31.12.2012, compresi i *drop-out precoci*, cioè tutti i giocatori che avevano abbandonato il servizio prima di concludere la fase dell'assessment prevista. Il follow-up è stato condotto nei primi mesi del 2014, attraverso un'intervista telefonica strutturata e la somministrazione di alcuni questionari.

Per la valutazione dell'esito abbiamo scelto di somministrare la Gambling Follow-up Scale (GFS). E' una scala liberamente adattata dal Addiction Severity Index da parte di un gruppo di clinici del Gambling Outpatient Unit, Institute and Department of Psychiatry, University of San Paolo, Brazil. La scala, molto semplice e adatta sia per l'auto-somministrazione che per le interviste telefoniche, è stata pensata per valutare i cambiamenti che avvengono nello stile di vita dei giocatori dal momento della sospensione del gioco. Vengono prese in considerazione 5 aree: frequenza del gioco, situazione lavorativa, relazioni familiari, attività nel tempo libero e frequenza ai gruppi di Giocatori Anonimi. Quest'ultimo item è stato modificato nella versione utilizzata a Castelfranco Veneto, sostituendolo con la presenza o meno di pensieri sul gioco. La modificazione è stata necessaria poiché nella nostra realtà non sono ancora presenti gruppi di auto-aiuto per giocatori. Gli item vengono valutati su una scala da 1 = punteggio più basso a 5 = punteggio più alto. Al termine della somministrazione della GFS si chiedeva ai giocatori se avessero giocato a soldi nell'ultimo anno. Se la risposta era negativa veniva conclusa l'intervista. Se la risposta era positiva la presenza del comportamento di gioco veniva approfondito con il NODS. Quest'ultimo è un questionario composto da 17 item basati sui criteri del DSM-IV per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico. Anche questo strumento nasce per essere somministrato per via telefonica, e nel corso del tempo ha dimostrato una buona affidabilità e validità tale da essere proposto come possibile sostituto del SOGS.

I dati raccolti, seguendo questa metodologia di ricerca sono i seguenti:

Tabella 1		
Campione totale	59	100%
Soggetti trattati	38	64%
Drop-out precoci	21	36%
Pazienti irraggiungibili o deceduti	14	27%
Pazienti che hanno rifiutato	2	
Pazienti intervistati	43	73%
Pazienti che hanno giocato nell'ultimo anno	23	39%
Pazienti astinenti	20	34%

Com'è di consuetudine noi potremmo leggere i dati o privilegiando una descrizione dicotomica cioè assenza di gioco o presenza di gioco, ma potremmo anche approfondire la lettura dei dati attraverso una descrizione più "sfumata" che tenga cioè conto dei criteri di gravità rilevati attraverso gli

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

La valutazione dell'esito degli interventi a medio termine in un gruppo di giocatori patologici

Di Amelia Fiorin

strumenti di follow-up come il NODS.

In questo caso i dati sfumati (tabella 2) ci indicano che al sottogruppo degli astinenti ($n = 20$) si potrebbe scegliere di aggiungere anche tutti i pazienti che non hanno raggiunto un punteggio critico al DSM, che sono rimasti sotto la soglia della problematicità. Nella tabella 2 si può notare inoltre che tra i giocatori considerati 'problematici' sono stati inclusi non solo coloro che avevano rifiutato di rispondere all'intervista, ma anche tutti i soggetti non raggiunti. In questo caso la presunzione che tutti i *non raggiunti* siano effettivamente tornati a giocare in modo problematico è una scelta molto conservativa, forse eccessivamente severa.

CAMPIONE TOTALE (N = 59)	NON PROBLEMATICI	PROBLEMATICI
NON GIOCA	20	
NON RAGGIUNTI		16
DSM ≤ 2	8	
DSM ≥ 3		15
TOTALE	28	31

PAZIENTI INTERVISTATI (n = 43)	DROP-OUT PRECOCI (n = 13)	TRATTATI (n = 30)
RECIDIVI	9	6
ASTINENTI	4	24

Se invece prendiamo in considerazione solo il sottogruppo degli intervistati ($n = 43$) possiamo dettagliare i dati nel seguente modo (tabella 3). Per quanto concerne i dati della GFS si è rilevato che i drop-out precoci, rispetto ai giocatori che erano stati trattati, ottengono un punteggio inferiore nelle scale *frequenza del gioco* e *pensieri sul gioco*, indicativo di una maggior compromissione sia cognitiva che comportamentale. Secondariamente potrebbe significare che ad un tempo più lungo di trattamento corrisponde un migliore esito. Questo potrebbe inoltre rappresentare una chiara indicazione per i clinici ad orientare la propria attenzione ai drop-out precoci per migliorare la cura del GAP. Nel 2011, presso il nostro ambulatorio, era stato condotto un primo follow-up con un campione di 118 soggetti, utilizzando gli stessi strumenti: anche in quel caso i dati della scala GFS si erano comportati analogamente.

PAZIENTI TRATTATI (n = 38)	n	DURATA MEDIA DI TRATTAMENTO
INTERRUZIONE	15	372
DIMISSIONI	23	732

La tabella 4 confronta la durata media del trattamento nei soggetti che hanno concluso le terapie rispetto a quelli che le avevano interrotte di propria iniziativa. La valutazione è svolta nei 38 soggetti trattati, sia intervistati che non raggiunti. Il confronto tra medie denota una differenza significativa della durata dei trattamenti ($p=0.039$). In media i nostri giocatori rimangono quindi in carico da uno a due anni. Infine, se si confronta la durata del trattamento dei pazienti astinenti nell'ultimo anno vs i soggetti che risultano aver giocato, si osserva che una durata maggiore è predittiva del miglior esito (464 gg vs 270 gg; $p = 0.014$).

Lo studio effettuato consente di tirare alcune conclusioni sia sul versante metodologico che dei risultati. Sul versante metodologico è possibile sostenere che gli strumenti utilizzati, il metodo di raccolta dati e la loro analisi sembrano adeguati e facilmente realizzabili nell'ambito del lavoro di un servizio per le dipendenze. Rimangono alcune perplessità sulla sensibilità del GFS ad intercettare relazionali e comportamentali non direttamente correlate al gioco. Sul piano dei risultati si conferma l'osservazione, ben documentata nel campo delle dipendenze chimiche, che maggiore è l'adesione e il tempo di trattamento, migliori sono gli esiti attesi. Si possono infine trarre alcuni suggerimenti relativi ad alcune aree operative su cui porre maggiore attenzione: innanzi tutto nella fase di aggancio sono necessarie modalità finalizzate a ridurre i drop-out precoci. Inoltre dovrebbero venir sviluppate strategie per incrementare i livelli di adesione al trattamento al fine di aumentare la permanenza. Questi dati prescindono dalle metodologie di intervento utilizzate ed appaiono quindi "trasversali" ai vari approcci terapeutici adottati.

Amelia Fiorin

BIBLIOGRAFIA

Michael Walker, Tony Toneatto, Marc N. Potenza, Nancy Petry, Robert Ladouceur, David C Hodgins, Nady el-Guebaly, Enrique Echeburua & Alex Blaszczynski: A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus. *Addiction* 101, 504-511. Anno 2006.

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Gioco d'Azzardo Patologico e Doppia Diagnosi: follow up in un gruppo di giocatori trattati Di Arianna Camporese*

La ricerca sui trattamenti e sulla valutazione dell'esito nei Giocatori Patologici presenta alcuni problemi metodologici:

La maggior parte dei modelli eziologici per lo studio dei giocatori patologici proviene da studi sulle dipendenze da sostanze.

Gli studi spesso sono poco rappresentativi del gruppo più ampio dei giocatori patologici (ad esempio molti migliorano o guariscono da soli).

Vi sono poche informazioni sull'efficacia di approcci terapeutici diversi dal metodo CBT. E' stata presa scarsamente in considerazione il tema della comorbidità con altre disturbi del DSM IV nella risposta al trattamento. Spesso i disegni di ricerca sui giocatori patologici sono deficitari. (Peter. E. Nathan, Journal of Gambling Studies, vol 21, N° 1, Spring 2005)

Partendo da queste considerazioni, nell'ambulatorio GAP del U.O.C dell'ULSS 17 abbiamo condotto uno studio di Follow up per la valutazione dell'esito in un gruppo di pazienti trattati dal 2009 al 2013.

Metodologia dello studio

Abbiamo condotto uno studio longitudinale prospettico su un campione composto da tutti i pazienti con diagnosi di GAP (secondo i criteri del DSM-IV) presi in carico (almeno 2 colloqui) dal 2009 al 2013 (48 mesi complessivamente) senza alcuna selezione in base al tipo di trattamento ricevuto o la durata dello stesso. Il campione totale era composto da 110 pazienti, di cui ne sono stati contattati 95, gli altri sono stati eliminati (2 casi per morte, rifiuto 3 casi, irraggiungibili 10 casi).

Per definire la diagnosi sono stati utilizzati: colloquio clinico e intervista semistrutturata, valutazione psicometrica (SOGS, SCL90, GCRS, BIS II, COPE). Per la valutazione dell'esito ci siamo serviti di un'intervista telefonica semi-strutturata (fig 1) condotta da un operatore conosciuto dal paziente, che lo aveva seguito durante tutto il periodo della presa in carico.

Scheda di Follow up

Nome e Cognome _____ Data _____

Astensione dal gioco SI NO

Se ha giocato

◆ Dopo quanto ha ripreso a giocare?

◆ Con quale frequenza ha ripreso a giocare (ultime 4 settimane)?

◆ Quanto denaro sta spendendo per il gioco (ultime 4 settimane)?

Fig. 1

Il percorso di cura nell'ambulatorio GAP dell'Ulss 17

Nell'ambulatorio Gap dell'ULSS 17 si utilizzano tecniche cognitivo-comportamentale associate ad un approccio psicoeducativo che coniuga training di abilità ed attività molto concrete (es. compiti per casa, sedute di yoga e meditazione) con interventi più strettamente cognitivi atti ad insegnare al paziente nuove risposte adattative e modificare abitudini e stili di vita. L'attività clinica che proponiamo ai giocatori d'azzardo coniuga sia incontri individuali per singoli pazienti e loro familiari che un trattamento di gruppo che si svolge seguendo la teoria

della Prevenzione della Ricaduta di Marlatt e Gordon (2).

Osservazioni

Le caratteristiche della ricaduta

Nel nostro campione abbiamo riscontrato un elevato tasso di drop out

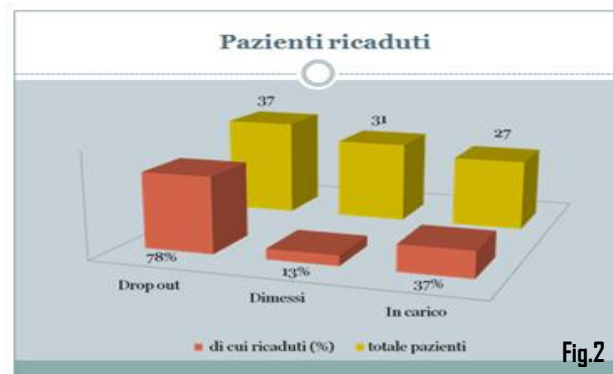


Fig.2

pari al 39%, i pazienti dimessi sono stati il 33%, mentre quelli rimasti in carico rappresentavano il 28 % del campione. Il tasso di ricaduta tra

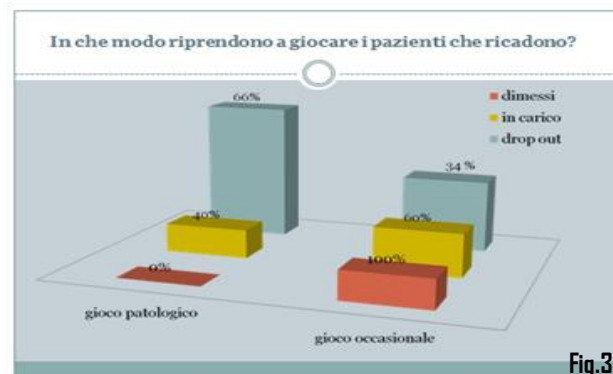


Fig.3

tutti i pazienti rappresentava il 55 % del campione. Ciò che è interessante notare è come si distribuiscono i tassi di ricaduta nel campione (fig2), si evidenzia come chi interrompe precocemente, sia fortemente a rischio di ricadere e di riprendere a giocare in modo patologico (fig3).

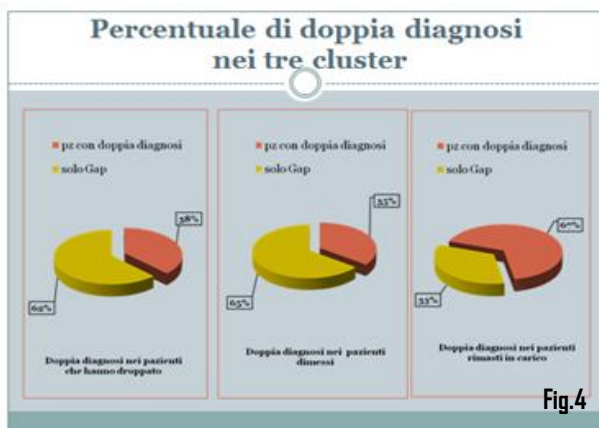
Nei soggetti che concludono il trattamento invece quando vi è una ricaduta presenta caratteristiche di minor gravità i termini di frequenza ed entità di denaro speso rispetto a prima del trattamento.

La doppia diagnosi

Nel nostro campione abbiamo riscontrato un elevato tasso di doppia diagnosi, (41%), è noto che il *gambling* presenta alti livelli di comorbidità con patologie psichiatriche : disturbi dell'umore (depressione, dist. Bipolari), l'iperattività con deficit di attenzione (ADHD), l'agorafobia, il disturbo ossessivo compulsivo, condotte suicidarie, l'alcolismo e l'uso di sostanze in generale, i disturbi di personalità e gli altri disturbi elencati all'interno della sezione comprendente i disturbi del controllo non classificati altrove.

In particolare il dato interessante è stato osservare che il maggior numero di pazienti con doppia diagnosi era rappresentato nel clusters dei pazienti rimasti in carico (Fig.4 pagina seguente).

Continua ...

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP***Gioco d'Azzardo Patologico e Doppia Diagnosi: follow up in un gruppo di giocatori trattati****Tempi di presa in carico**

I pazienti che abbandonano il trattamento mediamente lo fanno entro i primi 3 mesi dalla presa in carico, mentre i pazienti che lo concludono, rimangono in carico mediamente 9 mesi.

Conclusioni

L'intervallo di tempo tra la fine del trattamento e il follow up è ampio per alcuni pazienti e ristretto per altri per cui risulta da un lato difficile valutare le dinamiche temporali delle ricadute, ma al contempo abbiamo potuto fare una valutazione a lungo termine per una buona percentuale di pazienti (86% del campione totale).

Abbiamo avuto una bassa percentuale di pazienti esclusi dal follow up, forse per aver avuto un contatto diretto con il terapeuta, o l'esser stati avvisati dell'intervista già nei primi contatti.

In conclusione ciò che emerge dal nostro lavoro è che i pazienti che concludono il trattamento sembrano ricadere meno in una modalità di gioco patologico e l'entità delle ricadute (tempo / denaro) è minima. È importante diagnosticare i disturbi comorbili perché la comorbilità spesso complica il profilo clinico ed il decorso della patologia, anche perché i pazienti con comorbilità psichiatrica sono i soggetti che ci richiedono più risorse in termini di tempo (rimangono più a lungo in trattamento), economici (es: ricoveri, CT, farmaci) e complessità di cura.

Arianna Camporese

Medico Psichiatra Resp. Ambul. Gap U.D.C. Interdistrettuale Dipendenze -
ULSS 17 Este - Manselice

Valutazione di efficacia del trattamento con gruppo di controllo in pazienti con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico - Di Silvano Felisati e Leonardo Duminuco

Il Ser.D. di Venezia Terraferma con sede a Mestre, offre con "Informa Gioco" un punto di consulenza orientamento e trattamento delle dipendenze da giochi d'azzardo. Il trattamento prevede:

- Colloqui individuali e familiari
- Gruppi per giocatori d'azzardo in difficoltà e per i loro famigliari
- Iniziative socio-territoriali di sensibilizzazione rivolta alla popolazione e operatori.
- Consulenza legale attivata dal privato sociale con finanziamento ULSS 12.

Nell'ambito delle attività di servizio, ai nostri pazienti viene somministrato il test SOGS (SOUTH DAKS GAMBLING SCREEN) in fase di valutazione diagnostica e lo stesso test è riproposto, dopo circa otto mesi dall'accoglienza, come strumento associato alla valutazione dell'esito del programma individuale. Attraverso questo strumento il nostro servizio ha tentato di effettuare una ricerca volta a monitorare la complessiva valutazione di risultato dei trattamenti sui pazienti in carico nel periodo settembre 2013 - aprile 2014. L'ipotesi di ricerca è stata quella di dimostrare che l'intervento sperimentale operato sugli utenti in trattamento ha prodotto un dato risultato in termini di riduzione e contenimento del sintomo, rispetto a soggetti che non seguono il programma di cura da noi predisposto ed erogato, in quanto non in carico al servizio Informagioco. In sostanza, qualora dai risultati della ricerca non fosse emersa una differenza statisticamente significativa rispetto alla condotta di gioco tra il gruppo sperimentale (pazienti in trattamento) e il gruppo di controllo (giocatori non in trattamento), non si sarebbe potuta stabilire una relazione univoca tra quanto prodotto dal programma terapeutico e quanto emerso dalla valutazione di *outcome*.

Sulla base di questa convinzione, il nostro gruppo di lavoro ha predisposto un percorso di valutazione che affiancasse al gruppo sperimentale, ossia ai pazienti in trattamento presso l'Informagioco, un gruppo di controllo, individuato tra soggetti riconosciuti come giocatori abituali non in trattamento e per i quali, peraltro, non vi era la certezza in merito all'eventuale presenza di una patologia correlata al gioco. È stato così predisposto uno studio semisperimentale prospettico, seguendo nel tempo due coorti distinte di soggetti per cogliere le eventuali differenze in merito agli esiti riconducibili all'esposizione al trattamento.

Molti sono in proposito gli aspetti metodologici che hanno reso complessa tale operazione.

In sede di progettazione del percorso di ricerca, eravamo consapevoli delle numerose difficoltà del progetto.

Innanzitutto, vi era la necessità di reperire un gruppo di controllo attendibile e di monitorarlo nel tempo, includendo in esso sia soggetti con assenza di problema, che soggetti per i quali si sarebbe riscontrato un punteggio sensibile rispetto al cut off per la presenza di comportamenti riconoscibili come problematici.

Questa operazione è stata effettuata, innanzitutto, attivando la rete di gestori con i quali il nostro servizio, attraverso il progetto nazionale "Il gioco è una cosa seria" realizzato negli anni 2009 - 2011, ha instaurato un confronto che, in alcuni casi, ha condotto a significative forme di collaborazione per la segnalazioni di potenziali situazioni a rischio. Alcuni dei gestori con i quali siamo in contatto, si sono così resi disponibili a collaborare con la nostra ricerca somministrando, con tutte le dovute cautele circa la garanzia di rispetto dell'anonimato dell'intervistato, il test SOGS in formato ridotto, ossia contenente solo gli items sensibili per la determinazione dello *score* che esplicita l'indice di valutazione

Continua...

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Valutazione di efficacia del trattamento con gruppo di controllo in pazienti con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico - Di Silvano Felisati e Leonardo Duminuco

diagnostica.

Il gruppo di controllo, così come il gruppo sperimentale ha risposto al test all'inizio del mese di settembre 2013 e al retest durante il mese di aprile 2014.

Nel gruppo sperimentale sono stati inclusi tutti i pazienti in trattamento continuativo con primo contatto con il servizio ad iniziare dal mese di giugno 2013; mentre i rispondenti del gruppo di controllo sono stati individuati dai gestori che, pur raccogliendo il questionario attraverso un sistema che garantisse l'anonimato, hanno curato la distribuzione dello strumento di indagine nelle due fasi di somministrazione, cercando di raggiungere i giocatori che, in quanto frequentatori abituali del punto di gioco, fossero gli stessi rispondenti di entrambi le tornate di somministrazione.

E veniamo, ora, ai risultati del nostro lavoro di ricerca.

Durante il mese di settembre del 2013 lo strumento testistico SOGS è stato somministrato a complessivi 101 soggetti, 47 dei quali appartenenti al gruppo di controllo e 54 al gruppo sperimentale. Dopo circa otto mesi, il questionario è stato risomministrato agli stessi intervistati, con una perdita al follow up del 16% dei rispondenti (5 rispondenti del gruppo di controllo e 11 del gruppo sperimentale), ritenuta sufficientemente compatibile con gli standard ordinari.

Alla ricerca hanno aderito complessivamente 75 maschi e 26 femmine. La percentuale di femmine nel gruppo di controllo è maggiore rispetto a quella riscontrata nel gruppo sperimentale: il 36% del gruppo controllo, contro il 16% del gruppo sperimentale. L'età media nel gruppo sperimentale è di 47 anni, mentre nel gruppo di controllo 54.

Differente è, come prevedibile, il livello di gravità della presenza del disturbo rilevata dal test SOGS, somministrato nei due gruppi distinti, all'atto della prima distribuzione dello strumento di valutazione.

In proposito, si è calcolato il valore medio riscontrato complessivamente dai test sia nel gruppo di sperimentale che in quello di controllo. In proposito, si è rilevato che il valore medio calcolato nel gruppo sperimentale è pari a punti 11 su una scala di valori massima che va da un minimo di 0 (zero) (assenza di problema) ad un massimo di 20 punti (grado massimo di problema). Mentre, per quel che riguarda il gruppo di controllo il valore medio iniziale è pari ad una media di 3 punti e 1/2.

Dall'analisi di quanto ottenuta in sede di retest, il quadro riscontrato di valutazione evidenzia importanti differenze. Innanzitutto, i valori medi calcolati con il SOGS al T1 (re-test), somministrato al gruppo sperimentale dopo almeno sei mesi di presa in carico continuativa, è sensibilmente inferiore rispetto alla fase di ingresso al trattamento. Tale valore, nel gruppo sperimentale passa da 11 punti a 4,1 con una riduzione, quindi, di 7 punti. Il gruppo di controllo, invece, rimane sostanzialmente stazionario e, in verità, si riscontra un lieve incremento nei valori medi calcolati, che passano dai 3,5 punti della prima somministrazione, ai 5 punti della seconda somministrazione (+ 1,5). Si deve tener presente che quest'ultimo dato potrebbe essere parzialmente viziato dalla riduzione del numero degli intervista (11 in meno, ossia il 25%). Tra questi sono da includersi, probabilmente, soggetti frequentatori meno assidui del punto di gioco e, per questo, forse, portatori di un minor grado di problematicità circa la condizione di gioco patologico o a rischio. In sintesi, quindi, dall'analisi del dato riscontrato nel calcolo dei valori medi degli scores al T0 e al T1, si dedurrebbe una consistente riduzione del livello di gravità dei pazienti in trattamento presso l'Informagioco e una sostanziale stabilità delle condotta di gioco verificata nel gruppo di controllo.

Gruppo sperimentale a T0

n. soggetti	media	Deviazione standard	Intervallo di confidenza	
			inferiore	superiore
54	11,1	3	10,3	11,9

Gruppo sperimentale a T1

n. soggetti	media	Deviazione standard	Intervallo di confidenza	
			inferiore	superiore
49	4,1	2,4	3,4	4,7

Trattamento*		problema di gioco*		totale
		Peggioramento/condizione stazionaria	miglioramento	
	Si (g. sperimentale)	6	43	49
	No (g. controllo)	16	20	36
	totale	22	63	85

*Non rilevabile per 5 componenti del gruppo sperimentale e 11 del gruppo di controllo.

Continua...

SEZIONE SPECIALE: Seminario sulla *Valutazione dell'esito dei trattamenti sul GAP*

Valutazione di efficacia del trattamento con gruppo di controllo in pazienti con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico - Di Silvano Felisati e Leonardo Duminuco

Gruppo di controllo a T0

n. soggetti	media	Deviazione standard	Intervallo di confidenza	
			inferiore	superiore
47	3.6	2.9	2.7	4.3

Gruppo di controllo a T1

n. soggetti	media	Deviazione standard	Intervallo di confidenza	
			inferiore	superiore
36	5.9	3.1	4.8	6.9

L'analisi del dato è proseguita verificando sia nel gruppo sperimentale che in quello di controllo, quanti fossero i soggetti che nell'arco del tempo considerato fossero, sempre secondo gli indicatori del SOGS, migliorati o peggiorati rispetto alla presenza o assenza di problemi legati al gioco d'azzardo sia in termini di rischio che di patologia.

A tal fine, i questionari del T0 e del T1 sono stati associati assegnando ogni *record* del data base un codice identificativo formato dalla prima lettera dell'identità di genere (m = maschio e f = femmine) e dalla data di nascita degli intervistati. E' stato così possibile confrontare gli esiti dei test verificando la condotta di gioco, pur nel rispetto dell'anonimato al quale gli intervistati erano stati assicurati al momento dell'arruolamento.

I soggetti afferenti ai due gruppi a confronto sono stati a loro volta ripartiti con la modalità dicotomica migliorati *versus* peggiorati/stazionari.

Dall'analisi dei dati emerge quanto segue.

Analisi del Rischio Relativo rispetto all'ipotesi di miglioramento / peggioramento o stazionarietà del gioco patologico al T0 e al T1

$$EER = 6/49 = 0.12$$

$$CER = 16/36 = 0.44$$

$$RR = 0.12/0.44 = 0.28 \quad (0.12 < RR < 0.63) \quad RR < 1 \text{ l'associazione tra determinante e parametro d'occorrenza è negativo e il trattamento è protettivo.}$$

$$\text{Test Chi } [\chi^2 = 11.22 \quad p < 0.0008]$$

$$RRR = 1 - 0.28 = 0.72$$

Dal calcolo del Rischio Relativo ($RR = 0.28$) si evince, quindi, che l'esposizione al trattamento costituisce fattore protettivo rispetto alla non esposizione e rappresenta un fattore determinante nel contenimento o nella remissione del sintomo. In proposito, è significativo anche il valore riferito al calcolo del rischio assoluto ($ARR = \text{Absolut Reduction Rate}$) pari a 0,32, che esprime la frequenza assoluta con la quale si riduce l'evento indesiderato nella popolazione esposta (in questo caso è del 32%). Da ciò, si può quindi sostenere che in ogni tre giocatori patologici in trattamento si assiste ad almeno una remissione del sintomo riconducibile al programma di cura (*Number Needed to Treat* $NNT = 3,1$).

$$ARR = 0.44 - 0.12 = 0.32 \quad NNT = 1/0.32 = 3.1$$

Conclusioni:

Riassumendo, l'efficacia del trattamento è dimostrata in quanto abbiamo assistito ad una riduzione nel test SOGS dei valori medi riferibili alla gravità del trattamento che tra il T0 e il T1 sono passati da 11 punti a 4,1 mentre nel gruppo di controllo sono incrementati da 3,5 a 5.

Nell'arco di otto mesi di osservazione gli indicatori della presenza di comportamenti patologici o di comportamenti a rischio tra i giocatori passa dalla totalità dei pazienti in trattamento al 43% degli stessi; mentre, pur con le dovute osservazioni circa il rilevante drop - out, si è assistito ad un incremento dei possibili comportamenti patologici nel gruppo di controllo. Infine, analizzando il confronto tra i risultati del test e del retest ($RR = 0.28$; $RRR = 0.72$; $ARR = 0.32$ e $NNT = 3,1$) si è potuto constatare che l'esposizione al trattamento costituisce un fattore protettivo rispetto alla non esposizione e che, nell'ipotesi di presa in carico di un soggetto attraverso il programma proposto dall'Informagioco del SerD, i risultati di miglioramento sono certamente riconducibili allo stesso intervento di cura ogni tre casi trattati, che stante la letteratura consolidata è un buon indicatore di efficacia del trattamento.

Silvano Felisati* e Leonardo Duminuco**

*Sociologo Aulss 12 Veneziana SerD Mestre, Informagioco;

**Educatore Aulss 12 Veneziana SerD Mestre, Informagioco;

RECENSIONE

Gender Issue in Gambling - Di Fulvia Prever

Nella splendida cornice dell'Università di Hohenheim, Stoccarda, si è svolto il 31 marzo scorso il simposio internazionale "Gender Issues in Gambling", organizzato dal centro di ricerca del prof. Tilman Becker e dalla dott.ssa Andrea Woehr.

Nonostante alcune difficoltà di partecipazione in relazione allo spostamento della data originale di ottobre 2013, è stato un momento notevole e importante; finalmente l'incontro di clinici e universitari sul tema della differenza di genere nel gambling, riferite ad esperienze specifiche di cinque diversi paesi, Germania, Austria, Inghilterra, Italia e Lussemburgo;

Alea è stata rappresentata da Fulvia Prever, sul tema del gioco al femminile e sulla specificità clinica (And "donne in gioco").



Anna Kaufmann, National Problem Gambling Clinic;
Fulvia Prever, ALEA, AND; Andrea Woehr, Hohenheim
Univ.; Monika Vogelgesang, AHG Klinik, Münchwies.

Il convegno, fortemente voluto dal Prof Becker, ha posto il primo step per la costruzione di una rete europea sullo studio delle differenze di genere, e in particolare sulla ricerca al femminile, tema promosso dalla dott.ssa Prever per inaugurare, con mandato di Dr. Pieter Remmers, una sessione interamente dedicata nella prossima Conferenza EASG a Helsinki.

Sempre da Stoccarda è partito il progetto di Prever, Laura Brandt (Austria) e Andrea Woehr (Germania) per una ricerca congiunta sull'epidemiologia del gioco femminile che verrà presentata a Helsinki, in aggiunta ad altro lavoro squisitamente italiano. Hohenheim è stato quindi un momen-

to di riflessione e creatività, per uscire dallo stallo della ricerca nazionale.



Università di Hohenheim

Il Gioco d'Azzardo Patologico - Di Jon E. Grant, Marc N. Potenza (Springer Milano, 1 edizione, 2010)

Negli ultimi cinque anni la mole di ricerche sul gioco d'azzardo patologico e presenta in maniera significativa e questo testo, dedicate compiutamente all'argomento, riflette una fase importante dalla storia di questa patologia. Grazie agli studi condotti in questo ambito, i clinici hanno oggi a disposizione una serie di opzioni di trattamento tali da poter migliorare, in maniera apprezzabile, la vita dei pazienti che presentano un comportamento patologico legato al gioco d'azzardo. Questi studi sono importanti sia nella prospettiva clinica che in quella di ricerca. Il gioco d'azzardo patologico è una patologia diffusa (con stime che superano quelle del disturbo bipolare e della schizofrenia) e che presenta una significativa comorbidità (perdita dell'autostima, disturbi da uso di sostanze, difficoltà legali e finanziarie, stress per quanto riguarda relazioni e famiglia, nonché rischio suicidario).

Recentemente, la comprensione della fenomenologia, dell'epidemiologia, della neurobiologia, dalla psicologia e del trattamento di questo disturbo è cresciuta in maniera rapida. Sfortunatamente, nonostante molti clinici si trovino davanti ad un quadro di gioco d'azzardo patologico (tassi elevati sono osservati in pazienti con disturbi nell'area della salute mentale), spesso non viene fatta una vera e propria diagnosi e permane ancora molta ignoranza rispetto alle possibilità di trattamento di questa malattia. Molti clinici ignorano anche le conseguenze del gioco d'azzardo patologico a livello interpersonale e sociale. A sua volta, tale mancanza di consapevolezza porta spesso i medici ad ignorare la valutazione del gioco d'azzardo patologico sia nei contesti psichiatrici che in quelli della medicina generale. Il gioco d'azzardo patologico ha implicazioni importanti sul sistema della salute pubblica e Shaffer e Kidman (Capitolo 1, "Gioco d'azzardo patologico e sistema sanitario") offrono un'iniziale rassegna delle definizioni di gioco d'azzardo ricreativo, problematico e patologico, esaminano la relazione tra i diversi livelli di gravità della malattia ed esplorano gli effetti del gioco d'azzardo sul benessere e sulla salute sociale, familiare e individuale. Una comprensione della diffusione del gioco d'azzardo patologico (Capitolo 2, "Epidemiologia") aiuterà i clinici a verificare meglio le probabilità di trovarsi davanti ad un quadro di questo tipo. Vengono discussi strumenti di valutazione, riportati nelle Appendici, utili nel diagnosticare il gioco d'azzardo patologico e nel monitorare i cambiamenti della sintomatologia (Capitolo 14, "Strumenti di screening e valutazione").

Obiettivo primario di questo libro è quello di documentare la fenomenologia clinica, l'eziologia e il trattamento del gioco d'azzardo patologico. Vengono evidenziati approcci clinici che, ad oggi, sembrano facilitare l'identificazione precoce, la remissione dei sintomi e il mantenimento dei miglioramenti acquisiti: Argo e Black (Capitolo 3, "Caratteristiche cliniche") presentano una descrizione esaustiva dei sintomi e delle conseguenze del gioco d'azzardo patologico. Nel libro viene anche descritto come il gioco d'azzardo patologico si possa distinguere nella popolazione adolescente (Capitolo 5, "Adolescenti e giovani adulti"), negli anziani (capitolo 6, "Anziani") e tra uomini e donne (Capitolo 7, "Differenze di genere"). Molta della letteratura sul trattamento del gioco d'azzardo patologico si è basata su differenti teorie che riguardano la classificazione del disturbo. Il trattamento è cambiato a seconda di come il gioco d'azzardo patologico è stato categorizzato nel tempo: come manifestazione all'interno dello spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi, come tipo di disturbo affettivo, come forma di dipendenza oppure come disturbo del controllo degli impulsi. In accordo con Moreyra e colleghi, una serie di evidenze indicano come il gioco d'azzardo patologico spesso presenti caratteristiche in comune con tutte queste patologie (Capitolo 4, "Classificazione"). Per migliorare ulteriormente le opzioni di trattamento a disposizione, sia i clinici che i ricercatori guardano a possibili fattori eziologici di natura psicologica e comportamentale, così come al raggiungimento di una maggiore comprensione dei fattori neurobiologici sottostanti. Di conseguenza, verranno esplorate anche queste due importanti aree esplicative del comportamento da gioco d'azzardo patologico. Abrams e Kushner (Capitolo 8, "Approccio comportamentale")

Obiettivo primario di questo libro è quello di documentare la fenomenologia clinica, l'eziologia e il trattamento del gioco d'azzardo patologico. Vengono evidenziati approcci clinici che, ad oggi, sembrano facilitare l'identificazione precoce, la remissione dei sintomi e il mantenimento dei miglioramenti acquisiti: Argo e Black (Capitolo 3, "Caratteristiche cliniche") presentano una descrizione esaustiva dei sintomi e delle conseguenze del gioco d'azzardo patologico. Nel libro viene anche descritto come il gioco d'azzardo patologico si possa distinguere nella popolazione adolescente (Capitolo 5, "Adolescenti e giovani adulti"), negli anziani (capitolo 6, "Anziani") e tra uomini e donne (Capitolo 7, "Differenze di genere"). Molta della letteratura sul trattamento del gioco d'azzardo patologico si è basata su differenti teorie che riguardano la classificazione del disturbo. Il trattamento è cambiato a seconda di come il gioco d'azzardo patologico è stato categorizzato nel tempo: come manifestazione all'interno dello spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi, come tipo di disturbo affettivo, come forma di dipendenza oppure come disturbo del controllo degli impulsi. In accordo con Moreyra e colleghi, una serie di evidenze indicano come il gioco d'azzardo patologico spesso presenti caratteristiche in comune con tutte queste patologie (Capitolo 4, "Classificazione"). Per migliorare ulteriormente le opzioni di trattamento a disposizione, sia i clinici che i ricercatori guardano a possibili fattori eziologici di natura psicologica e comportamentale, così come al raggiungimento di una maggiore comprensione dei fattori neurobiologici sottostanti. Di conseguenza, verranno esplorate anche queste due importanti aree esplicative del comportamento da gioco d'azzardo patologico. Abrams e Kushner (Capitolo 8, "Approccio comportamentale")



Manuale: “Il Gioco d’Azzardo Patologico”

discutono le teorie comportamentali, cognitive e costituzionali in merito all'eziologia del gioco d'azzardo patologico e forniscono un'associazione tra modelli psicologici e sistemi neurobiologici ad esso collegati. Shah e colleghi (Capitolo 9 "Basi biologiche del gioco d'azzardo patologico") esaminano le prove che supportano il coinvolgimento dei sistemi noradrenergico, serotonergico, dopaminergico e degli oppioidi, così come dei fattori familiari ed ereditari. La comprensione psicologica e biologica del gioco d'azzardo patologico può essere utile per incrementare la conoscenza di una vasta gamma di disturbi da dipendenza e legati all'impulsività. Nonostante esistano, attualmente, trattamenti efficaci per la cura del gioco d'azzardo patologico, con questo libro si mira ad aumentare l'abilità dei clinici nell'identificare e nel fornire interventi precoci rivolti agli individui che presentano un quadro di gioco d'azzardo patologico. In questa direzione, Potenza e Griffiths (Capitolo 10. "Prevenzione e ruolo del clinico") forniscono informazioni che riguardano l'importanza del ruolo del clinico nella prevenzione del disturbo. Questi Autori sostengono la necessità di una valida comunicazione tra professionisti della salute mentale e medici di medicina generale nell'identificazione precoce e nel trattamento del disturbo. Negli adolescenti e nei giovani adulti è stato riscontrato, in maniera costante, un elevato livello di gioco d'azzardo problematico e patologico (due volte maggiore rispetto alla popolazione adulta generale). Per affrontare tale questione, Derevensky e coll. presentano una strategia preventiva progettata specificatamente per questo *target* di popolazione (Capitolo 11. "Prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo problematico e patologico negli adolescenti").

Come già detto, negli ultimi anni sono stati fatti enormi progressi nel trattamento del gioco d'azzardo patologico. Come risultato, i clinici che operano in questo ambito hanno ora a disposizione più opzioni. Hodgins e Petry (Capitolo 12. "Terapie cognitive e comportamentali") discutono le attuali conoscenze in merito agli approcci comportamentali ed alla loro efficacia nel trattamento del gioco d'azzardo patologico. Gli Autori valutano il razionale sottostante, il supporto empirico e gli aspetti pratici di una serie di interventi di matrice comportamentale, inclusi un programma "12 passi", il *counseling* finanziario, l'intervista e l'approccio motivazionale, gli interventi brevi e il trattamento cognitivo-comportamentale. Inoltre costoro discutono gli interventi di auto-aiuto e quelli professionali centrati sulla famiglia. In un capitolo collegato, Hollander e coll. (Capitolo 13. "Trattamenti farmacologici") discutono il razionale dei diversi approcci farmacologici al gioco d'azzardo patologico e passano in rassegna lo stato dell'arte di questi trattamenti. Gli Autori esaminano le evidenze su cui si basa l'utilizzo di inibitori della ricaptazione della serotonina, antagonisti dei recettori della serotonina (5-HT₂), stabilizzatori dell'umore, antagonisti degli oppiacei e agenti dopaminergici.

Riassumendo, il gioco d'azzardo patologico è una condizione clinica importante che, sovente, risulta in significative difficoltà personali per il paziente. Come testimoniato in maniera eloquente dai capitoli di questo libro, sono stati fatti straordinari progressi nella comprensione di epidemiologia, fenomenologia, comorbidità e possibile eziologia del disturbo. La prevenzione e il trattamento -inclusi gli interventi cognitivi, comportamentali e farmacologici - hanno spesso reso dunque possibile, ai pazienti con gioco d'azzardo patologico, l'opportunità di trovare sollievo da questa difficile condizione patologica.

Jon E. Grant, Marc N. Potenza

Il Gioco d’Azzardo Patologico, Jon E. Grant, Marc N. Potenza. Springer (Milano, I edizione, 2010) Edizione italiana a cura di Massimo Clerici - Di Silvia Ronzitti

RECENSIONE

Negli ultimi decenni l'attenzione dei clinici e ricercatori di tutto il mondo nei confronti del disturbo da gioco d'azzardo è andata aumentando sempre di più, tant'è che la mole di ricerca prodotta negli ultimi dieci anni ha fatto sì che la patologia venisse riclassificata, all'interno del nuovo DSM-5, nel capitolo dei "Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze". L'ampia diffusione di questa patologia, la cui prevalenza risulta maggiore di quella del disturbo Bipolare e della Schizofrenia, e le conseguenze negative a livello individuale, sociale, lavorativo e interpersonale a cui la patologia non trattata spesso porta, hanno reso necessaria una maggior conoscenza del fenomeno in tutti i suoi ambiti.

I due autori, psichiatri e rinomati ricercatori americani, offrono - con questo volume - una panoramica generale del disturbo che comprende l'epidemiologia, i modelli eziologici, la sintomatologia, le comorbidità e il trattamento (per ulteriori dettagli vedere la prefazione all'edizione in lingua originale). Attualmente, le conoscenze nel campo del trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, sia in ambito psicologico che psicofarmacologico, stanno dando risultati promettenti. Tuttavia, criticità messa in evidenza dagli stessi autori del volume, ancor oggi le ricerche sottolineano come solo una minima percentuale di soggetti dipendenti dal gioco d'azzardo venga riconosciuta come tale e, quindi, successivamente trattata. Da questi dati si delinea l'opinione che un obiettivo di fondamentale importanza dovrà essere proprio quello di aumentare le conoscenze e di dare ai clinici, non solo dei servizi di salute mentale ma anche di quelli della medicina generale, tutti gli strumenti necessari affinché riconoscano tempestivamente e precocemente il soggetto con disturbo da gioco d'azzardo. A tal scopo, numerosi strumenti di screening e di diagnosi specifica sono stati sviluppati e creati in tutto il mondo e rappresentano, oggi, interessanti campi di ricerca in costante evoluzione.

Il volume potrà essere, quindi, di prezioso aiuto sia ai clinici che ai ricercatori specializzati nel campo in oggetto fornendo una visione completa e aggiornata delle ricerche e delle conoscenze fino ad ora effettuate mentre, per quelli meno esperti, permetterà di avvicinarsi ad una patologia sempre più diffusa, diventando una guida che li aiuterà ad identificare precocemente soggetti "dipendenti" e ad indirizzarli ad un percorso di cura più adeguato.

Silvia Ronzitti

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli studi Milano Bicocca (Direttore: Prof. Massimo Clerici)

In vista dell'Expo Milano 2015, ALEA presenta: **Cibo & Azzardo**



FUMETTISTA D'AZZARDO

Stefano Acerbi vive a Milano con moglie e figlie. Ha studiato presso la Scuola d'Arte Applicata del Castello Sforzesco di Milano, corso di fumetto. *"Credo di disegnare da sempre, non ricordo di avere mai smesso..."*

I prossimi appuntamenti in agenda:

European Association for the Study of Gambling (EASG)

presenta la: **10th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues**

Helsinki dal 9 al 12 settembre > www.easg.org



Società Italiana di Psichiatria e ALEA presentano la:
International Conference:

"Gambling, More Than a New Addiction"

Luogo e date a breve sul nostro sito > www.gambling.it



Gambling Online:
quali orizzonti clinici?
Recensioni interventi
dal convegno **EASG**
di Helsinki.
Contributi **scientifici**
originali e recensioni.

**Prossimamente
nel Bulletin:**



Imminente pubblica-
zione del libro di
G. Bellio e M. Croce,
in collaborazione
con i soci ALEA:
**Manuale sul
Gambling**



Comitato di redazione:

Graziano Bellio
Daniela Capitanucci
Mauro Croce
Cesare Guerreschi
Fulvia Prever
Gianni Savron
Gianmaria Zita
Webmaster: Claudio Dalpiaz



Sede legale:

Via Manin 69
21100 - Varese
tel. 339 6126598

Contatto Email:

presidenza.alea@gmail.com



La responsabilità dei testi pubblicati è degli autori.
Il comitato di redazione si riserva il diritto di ri-
chiedere agli autori di apportare modifiche ai con-
tenuti e alla forma dei testi al fine di adattarli allo
stile, alle finalità della pubblicazione
e della Associazione stessa.



www.gambling.it



ALEA Bulletin è una pubblicazione culturale
e scientifica di ALEA con licenza Creative
Commons Attribuzione - Non commerciale
Condividi allo stesso modo 3.0 Unported.

Per non ricevere più il Bulletin, scrivere a:
Newsletter.Alea@gmail.com