

Indagine sulle caratteristiche dei giocatori d'azzardo patologici over 60 in carico al Ser.D. di Trento¹

Bruno Bertelli e Valentina Molin

IN SINTESI

Gli utenti *over 60* in carico al Ser.D. per problemi di GAP sono stati, negli ultimi 7 anni (2011 – 2017), 48; si tratta soprattutto di uomini, pensionati, coniugati e con figli; il titolo di studio più rappresentato è quello della licenza di scuola media inferiore. Non di rado si riscontrano situazioni familiari o personali di disagio (problemi psichiatrici, abuso di alcol, ecc.). Il gioco praticato in prevalenza è quello delle *new slot* o VLT. Questi soggetti tendono ad avanzare una richiesta di aiuto al Ser.D., nell'ampia maggioranza dei casi, dopo 3-5 anni dall'insorgere del problema, anche se vi sono alcune significative differenze di genere. Le ragioni che hanno portato queste persone ad avvicinarsi al gioco, sviluppando poi però un problema di dipendenza, sono legate soprattutto al senso di vuoto connesso alla perdita di alcuni importanti ruoli sociali (lavorativi e familiari *in primis*), a conflitti familiari, alla sofferenza per la dipartita di alcuni cari e ad un senso di solitudine ed isolamento sociale. Il percorso di cura intrapreso da questi pazienti ha una durata media di poco superiore all'anno, ma il livello di variabilità è estremamente marcato; si tratta di soggetti tendenzialmente "*complianti*", che procedono nel percorso di cura con una certa continuità e che, in circa la metà dei casi, riescono a rimanere astinenti dal gioco durante il periodo di cura. Nonostante ciò, solamente un terzo termina il percorso con una conclusione programmata, gli altri due terzi rappresentano casi di *drop out*, ed è quindi impossibile stabilire che tipo di "tenuta" nel tempo ci sia stata rispetto al programma terapeutico intrapreso.

Su un totale di 298 cartelle aperte presso i Ser.D. della Provincia Autonoma di Trento per "nuove dipendenze"², 50 riguardano persone che, al momento di inizio del percorso avevano 60 anni o più; in 2 casi si tratta di soggetti con un problema di dipendenza sessuale o porno dipendenza; nei casi restanti (48) sono pazienti afferiti al Servizio per un problema connesso al gioco d'azzardo.

L'analisi che seguirà è relativa a questi 48 soggetti; il materiale empirico che è stato qui preso in considerazione è rappresentato dalle cartelle cliniche.

1. Caratteristiche socio-demografiche

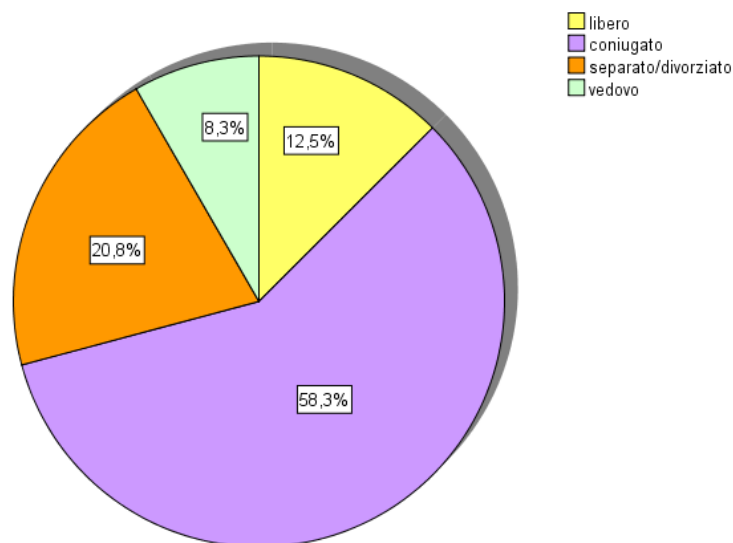
¹ La presente ricerca rientra in un ampio Progetto di prevenzione e contrasto della ludopatia in Trentino, sostenuto dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento e dal Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Trento.

² Rientrano in questa categoria i pazienti che accedono al Servizio per un problema legato alle dipendenze comportamentali, prevalentemente gioco d'azzardo patologico. Si tratta di un tipo di cartella che ha iniziato ad essere utilizzato nel 2010; da quel momento, sino a maggio 2017, i pazienti registrati con tale status sono stati 298.

Due terzi dei pazienti *over 60*, afferenti al SerD per problemi di GAP (gioco d'azzardo patologico), sono uomini (32 su 48)³; hanno tutti cittadinanza italiana e provengono da differenti zone del territorio trentino, anche se quelle più rappresentate sono, in ordine: Trento (16), la Comunità dell'Alto Garda e Ledro (7) e la Comunità della Rotaliana-Konigsberg (6). Il più anziano, al momento dell'inizio del percorso presso il Serd, aveva 81 anni; la distribuzione per età risulta piuttosto omogenea.

Come posto in luce dal grafico sottostante, quasi il 60% dei soggetti risulta coniugato, seguono coloro che sono separati o divorziati, le persone libere ed, infine, quelle vedove.

Fig.1 Stato civile (valori percentuali)



Oltre l'85% ha figli, nella quasi totalità dei casi maggiorenni; sono perlopiù le persone libere a non avere figli. Poco più del 40% vive con il/la partner, cui si aggiunge un 18% che vive con il/la partner ed i figli o solo con i figli (4,2%). Oltre il 30% dei pazienti vive solo: come presumibile, si tratta di persone separate, libere o vedove.

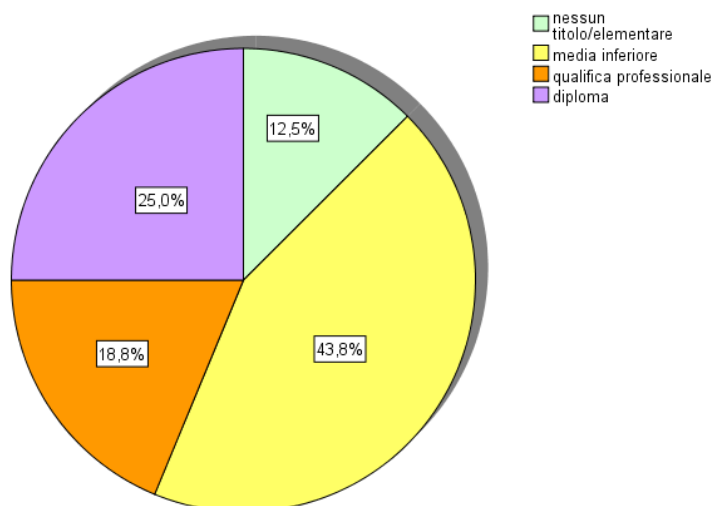
Per ciò che concerne il titolo di studio, si rileva come oltre la metà dei pazienti considerati abbia conseguito al massimo la licenza di scuola media inferiore, cui si aggiunge poco meno di un 20% che ha conseguito una qualifica professionale, ed infine un 25% che ha raggiunto il diploma. Nessun soggetto ha conseguito una laurea o titolo superiore. Questa distribuzione, che mostrerebbe una correlazione fra un grado di istruzione basso e la possibilità di sviluppare una dipendenza da gioco d'azzardo, va letta tenendo conto di due possibili fattori confondenti:

- il primo è relativo al fatto che si sta qui considerando una sotto-popolazione di giocatori in cura al Ser.D: quella degli *over 60*; se si prendono in esame tutti i giocatori in carico la distribuzione percentuale del titolo di studio mostra un andamento differente, con una maggiore prevalenza di titoli più elevati (diploma e laurea);

³ Considerando l'intera popolazione di pazienti GAP in carico al Ser.D. si riscontra una prevalenza del genere maschile, in rapporto a quello femminile, superiore (fra gli *over 60* le donne sono, infatti, un terzo, mentre se si considera l'intera popolazione rappresentano poco meno del 15%).

- il secondo ha a che vedere con il fatto che si sta considerando la popolazione che ha deciso di afferire ad un Servizio pubblico: per la cura e la riabilitazione di problemi di GAP è possibile rivolgersi anche a soggetti privati ed è plausibile che persone con un titolo di studio più elevato e/o possibilità economiche maggiori possano scegliere di afferire ad altre strutture, forse meno connotate in termini stigmatizzanti dall'opinione pubblica.

Fig.2 Titolo di studio (valori percentuali)



Oltre due terzi degli intervistati risultano economicamente inattivi (pensionati); poco più del 12% vive una condizione di sottoccupazione o disoccupazione ed utilizza come fonte di sostentamento prevalentemente sussidi o pensioni di invalidità; infine circa il 15% dichiara di essere occupato stabilmente e di percepire quindi uno stipendio.

2. Anamnesi familiare, personale ed aspetti psicopatologici

Sebbene la metà dei pazienti dichiarati di provenire da famiglie ove non sono presenti particolari problematiche connesse alle dipendenze o a patologie di tipo psichiatrico, non risulta affatto trascurabile la quota di chi, al contrario, riferisce di una mutiproblematicità (es. abusi, problemi di dipendenza, prossimità al mondo della delinquenza, ecc.) oppure di disagi connessi specialmente all'uso o abuso di sostanze (alcol o sostanze stupefacenti) o a disturbi mentali.

Tab. 1 – Distribuzione della variabile “Problemi familiari” (Valori assoluti e percentuali)

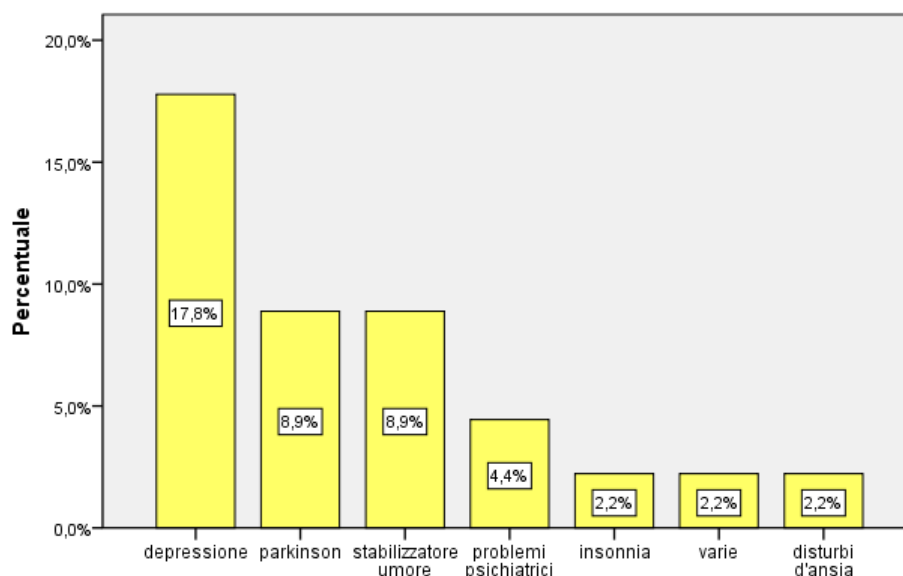
	Frequenza	Percentuale
Nessun problema	23	47,9
Uso/abuso sostanze	6	12,5
Disturbi mentali	3	6,3
Varie	11	22,9
Non rilevato/non noto	5	10,4
Totale	48	100,0

Oltre a ciò:

- in 6 casi il paziente manifesta – oltre alle problematiche legate al GAP – una dipendenza da alcol;
- in 5 casi si tratta di pazienti con conclamate difficoltà di carattere psichiatrico (disturbo bipolare, schizofrenia paranoide, disturbi emotivi ed ansia) e conseguente presa in carico da parte del CSM;
- in altri 2 casi vi è una condizione di handicap fisico;
- in 4 casi, infine, il paziente è affetto da morbo di Parkinson: a tal proposito, si ricorda che diversi studi hanno evidenziato come il GAP possa rappresentare un effetto collaterale della terapia dopaminergica.

Risulta inoltre di interesse considerare che, benché la metà dei soggetti qui coinvolti dichiarò, al momento del primo accesso presso il SerD, di non fare uso di particolari terapie farmacologiche, l'altra metà dichiara al contrario di utilizzare quotidianamente alcuni farmaci per differenti tipi di problematiche, prevalentemente si tratta di antidepressivi⁴.

Fig. 3 – Terapie farmacologiche in atto prima dell'inizio del percorso al SerD (Valori percentuali)⁵



Un ulteriore aspetto di rilievo concerne il livello di isolamento relazionale del soggetto oppure, in termini meno oggettivi, la sua percezione di un certo grado di solitudine. Benché, dall'analisi delle cartelle cliniche, in oltre la metà dei casi non si ravvisi una situazione di questo tipo, in 8 casi è possibile individuare una situazione relazionale caratterizzata da un'effettiva carenza di punti di riferimento affettivi e di sostegno e, in altri 7 casi, ciò che si riscontra non è tanto una reale condizione di isolamento, quanto un senso di solitudine esperito dal paziente.

⁴ Alcuni tratti depressivi, seppur non sempre in maniera chiara ed esplicitamente diagnosticata, emergono in modo molto frequente nei racconti dei giocatori qui considerati. Queste manifestazioni di disagio sono presenti anche fra i pazienti GAP più giovani, tuttavia in questa sottopopolazione risultano più frequenti.

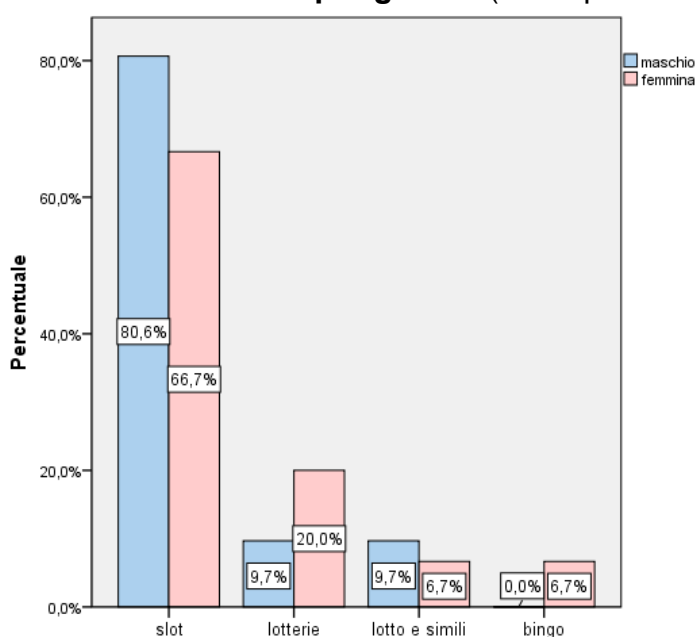
⁵ Per facilitare la lettura, nella figura si sono riportate solo le risposte che prevedevano l'utilizzo di un farmaco.

3. Abitudini di gioco

Tre quarti dei soggetti considerati in questa indagine hanno come gioco d'elezione le *new slot* o VLT, seguite dalle lotterie istantanee (Gratta&Vinci) e da Lotto, Superenalotto e simili; una sola giocatrice ha come gioco d'elezione il Bingo. Circa un terzo dei pazienti tende a giocare a più giochi, anche se comunque tutti hanno una tipologia di gioco che risulta prevalente sulle altre (in termini di tempo dedicato e di denaro speso).

Benché sia d'obbligo tenere in considerazione la ridotta numerosità del gruppo delle donne giocatrici (16), è possibile rilevare alcune differenze di genere nella tipologia di gioco d'elezione: gli uomini, infatti, più spesso delle donne, scelgono *new slot* e VLT, mentre lotterie (Gratta&Vinci), Lotto, Superenalotto e simili sono preferiti in misura maggiore dalle donne⁶.

Fig. 4 – Gioco d'elezione. Confronto per genere (valori percentuali)



Relativamente al coinvolgimento economico, in modo del tutto simile a quanto riscontrato per l'intera popolazione di pazienti GAP, si nota una situazione di estrema eterogeneità e di difficile rendicontazione: la spesa che i giocatori riferiscono di aver sostenuto per finanziare l'attività ludica varia da un minimo di qualche decina di euro a settimana ad un massimo di 90.000 euro persi in un'unica sessione di gioco. Parimenti, per ciò che concerne le perdite, spesso si tratta di cifre che i giocatori stessi definiscono come "non quantificabili" ed anche i debiti – rispetto ai quali apparentemente dovrebbe essere più semplice delineare la dimensione – possono assumere dimensioni non facilmente calcolabili (spesso si tratta di debiti contratti con parenti ed amici, ai quali si possono aggiungere piccoli furti). In ogni caso, la dimensione economica rappresenta un elemento che non viene approfondito in modo preciso nella compilazione della cartella clinica e non è dunque possibile in questa sede darne una restituzione completa e accurata. Altro elemento che non viene sempre

⁶ Le caratteristiche appena esposte (gioco d'elezione e differenze di genere) si ritrovano identiche prendendo in considerazione anche la popolazione dei pazienti GAP più giovani.

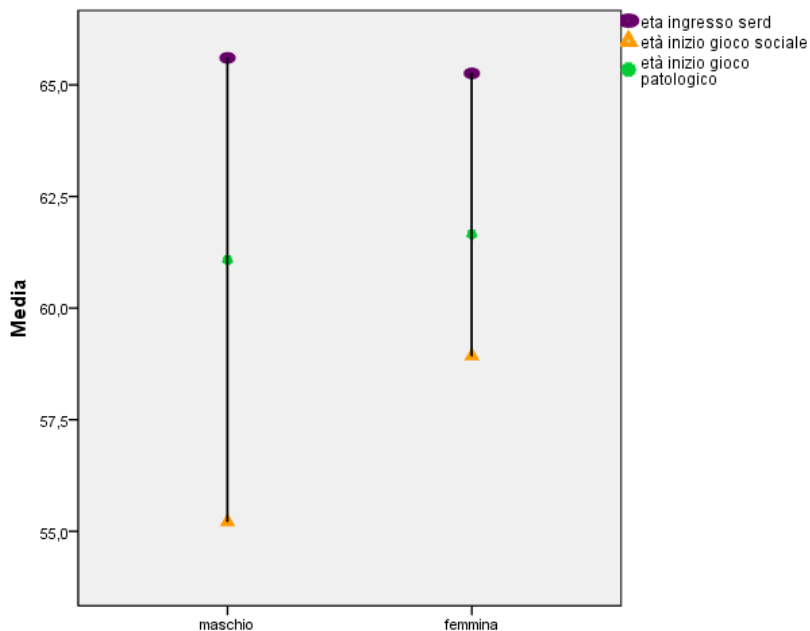
esplicitato chiaramente in cartella clinica riguarda la frequenza dell'attività di gioco⁷ (misurato in termini di giocate settimanali o mensili e di tempo impiegato per occasione di gioco).

Un'attenzione precisa può invece essere dedicata, specialmente nel confronto di genere, ai tempi di latenza⁸; in particolare va preso in esame il periodo intercorso fra:

- a. l'esordio del gioco sociale e il momento in cui, stando al racconto del paziente, inizia una modalità di gioco patologica;
- b. l'esordio di un gioco patologico e il momento di primo contatto con il Ser.D.

Ciò che risulta piuttosto evidente considerando il grafico sottostante è che, se le donne sembrano sviluppare un problema nel controllo dell'attività di gioco più tardi degli uomini, tendono però anche a presentarsi al Servizio più precocemente: dopo circa 3 anni e mezzo dall'insorgere della problematica (mediamente, per gli uomini, gli anni sono 4,5). Un ulteriore aspetto di interesse riguarda la durata e l'evoluzione della relazione di questi soggetti con il gioco: pare che gli uomini, in misura maggiore delle donne, tendano ad avere una "carriera" di gioco più lunga, articolata prima in un lungo periodo di gioco sociale, che tracima solo poi nel gioco patologico; diversamente le donne sembrano avere una fase di gioco sociale molto più breve, giungendo velocemente a sviluppare un disagio e presentandosi al Servizio in tempi relativamente ridotti (mediamente, il tempo trascorso fra l'inizio del gioco sociale e l'inizio del gioco patologico è pari a 2,7 anni per le donne, contro 5,8 per gli uomini).

Fig. 4 – Distribuzione d'età di inizio gioco "sociale", "patologico" e di primo contatto con il Ser.D. (valori medi)



⁷ È doveroso esplicitare che si tratta di un elemento che può assumere, nel corso della carriera di un giocatore e poi della sua presa in carico, un livello di variabilità elevatissimo, che difficilmente si presta ad essere incasellato in modo definitivo.

⁸ Si definisce, in questa sede, tempo di latenza quel periodo che intercorre fra il primo avvicinamento al comportamento di gioco e la prima richiesta di aiuto al Servizio.

Si tenga presente che questa peculiarità non è tipica del sottogruppo dei giocatori anziani, anzi, considerando tutta la popolazione di giocatori patologici in carico presso il Ser.D. tale differenza di genere risulta ancor più marcata: le giocatrici sono infatti, in media, significativamente più anziane rispetto ai giocatori maschi e hanno tempi di latenza notevolmente più brevi.

Relativamente al canale di invio, è possibile riscontrare come circa due terzi dei pazienti si siano presentati al Servizio in modo volontario; i restanti si dividono fra chi ha avuto un invio da un canale socio-sanitario e chi invece è stato spinto in tale direzione da familiari o amici. Un'ultima nota deve essere dedicata alle ragioni che, secondo il paziente, lo hanno portato prima ad avvicinarsi a questo tipo di attività e poi a trovarsi coinvolto in una spirale discendente che lo ha condotto a sviluppare una dipendenza. Premessa l'impossibilità di ridurre le singole vicende personali a semplici modalità di variabili, ciò che l'analisi dei dati ha permesso di cogliere come elementi ricorrenti riguarda:

- il senso di vuoto legato principalmente alla perdita di alcuni ruoli sociali (pensionamento, sindrome del nido vuoto connessa all'allontanamento dei figli, ecc.) e all'incapacità di trovare nuovi stimoli per restituire senso e vitalità al tempo ora libero (perdita di gratificazione personale, caduta dell'autostima, incapacità di progettazione per il futuro);
- il rapporto conflittuale con il partner o la rottura di una storia sentimentale importante;
- la sofferenza e il timore connessi alla dipartita di alcuni cari (fratelli, genitori, partner, amici);
- un certo grado di solitudine ed isolamento – reale o percepito, legato o sovrapposto in alcuni casi a forme depressive o a lunghi periodi di umore deflesso.

Questi elementi – benché certamente più frequenti in una popolazione anziana – sono riscontrabili non di rado anche in giocatori più giovani e, in termini più generali, in soggetti che sviluppano un problema di dipendenza o sono portatori di un disagio. Il gioco, in quest'ottica, diventa auto-cura, comportamento che consente di allontanare il dolore da sé, di non pensare.

4. Percorso di cura ed esiti

I percorsi di cura portati avanti dai pazienti qui considerati hanno un'estrema eterogeneità sotto differenti punti di vista:

- durata;
- continuità e *compliance*;
- tipologia di interventi messi in atto;
- percorso parallelo presso un gruppo AMA;
- presenza di familiari accompagnatori;
- presenza di un amministratore di sostegno;
- esito.

Innanzitutto è possibile cogliere un livello di variabilità molto elevato per quanto riguarda la durata del percorso di cura: vi sono infatti soggetti che sono rimasti in carico per più di 5 anni e soggetti che, all'opposto, si sono presentati così poco al Servizio che non è stato possibile neppure effettuare una diagnosi ed aprire un progetto terapeutico. In media il

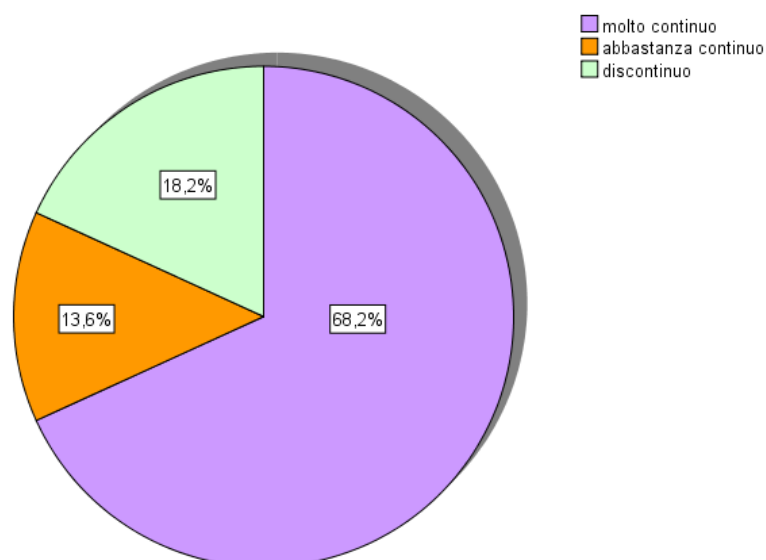
percorso di cura ha avuto una durata di poco superiore all'anno, ma il livello di variabilità (DS) è molto elevato.

Tab.2 – Durata del percorso di cura espresso in mesi (Valori medi, DS, minimo, massimo, suddivisione in quartili)

Media		14,04
DS		15,54
Minimo		0,93
Massimo		62,23
Percentili	25	3,9
	50	9,16
	75	16,88

Una significativa variabilità si riscontra anche prendendo in esame la continuità nel percorso di cura, la quale può essere considerata un indicatore della *compliance* del paziente.

Fig. 5 – Continuità nel percorso di cura (Valori percentuali)



Si precisa che le due variabili hanno la medesima direzione: chi attua percorsi di cura più lunghi tende ad impegnarsi maggiormente negli stessi, portando avanti il progetto terapeutico con più continuità.

La tipologia di progetto terapeutico (PGT)⁹ messa in atto nel caso di pazienti con problemi di GAP è analoga a quella proposta a soggetti con problematiche di tossicodipendenza. In particolare, si hanno PGT di:

- accoglienza (N: 46)
- stabilizzazione del sintomo (N: 17)
- induzione al cambiamento (N: 7)
- gestione del cambiamento (N: 3)

⁹ Per PGT si intende qui un aggregato di interventi d'area legati da una logica sequenziale e finalizzati ad un obiettivo esplicito e condiviso.

Per ogni soggetto possono essere attivati, nel corso del tempo, diversi PGT, i quali si possono anche ripetere nel caso di un esito non positivo. Mediamente per ogni paziente sono stati attivati 1,81 PGT (min: 1; max: 6).

È importante precisare che ogni progetto terapeutico tendenzialmente adotta un approccio di tipo integrato, in cui il valore aggiunto sta proprio nella multidisciplinarietà dell'equipe curante, la quale è composta da medici internisti, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri. Come si avrà modo di esplicitare a breve, il peso delle diverse aree specialistiche all'interno di un singolo PGT varia in base ai bisogni di ogni paziente, così da proporre un progetto individualizzato e concordato. Generalmente per i pazienti giocatori prevalgono gli interventi dell'area psichiatrica (infatti, in 40 casi, dei 48 totali, vi è stato un intervento di quest'area e in 6 casi l'area psichiatrica è stata l'unica coinvolta). L'area medica ha scarso peso (in 7 casi è stato attivato anche un intervento d'area medica, ma nessun PGT è stato costruito esclusivamente con interventi di questo ambito). Minoritarie sono anche le situazioni in cui si è scelto di articolare il progetto terapeutico esclusivamente sull'area sociale (N: 2) o sull'area psicologica (N: 1). Complessivamente, dunque, i PGT che hanno ricevuto un solo tipo di intervento d'area sono meno del 20%; il restante 80% circa ha previsto 2 o più interventi d'area (con una media di 2,29 interventi per soggetto).

Per quanto riguarda poi la possibilità di partecipare, parallelamente al percorso di cura presso il Ser.D., agli incontri di auto mutuo aiuto promossi dall'Associazione AMA¹⁰, si rileva come si tratti una risorsa cui decidono di accedere meno della metà dei pazienti GAP (31 non hanno, infatti, mai partecipato durante il periodo di cura ai gruppi per giocatori organizzati dall'AMA; 15 hanno scelto di frequentarli; 2 li avevano seguiti in passato).

In relazione poi al coinvolgimento familiare nel percorso di cura, si rileva come nella metà dei casi considerati il soggetto venga accompagnato nel percorso di cura dal partner, dai figli e, in alcuni casi, da più familiari; tale sostegno si ripropone, seppur in un'altra forma, in relazione alla gestione del denaro: come spesso consigliato in caso di pazienti con problemi di GAP, infatti, anche nella popolazione considerata si assiste ad un monitoraggio economico da parte di un familiare o di una persona fidata; ciò accade in 22 casi; solamente in 2 situazioni si è invece scelta la via dell'amministratore di sostegno. Benché non vi sia una perfetta specularità fra i due gruppi, tendenzialmente chi è sostenuto dalla famiglia in termini di accompagnamento nel percorso di cura è anche seguito in termini di monitoraggio economico; una certa relazione è riscontrabile anche rispetto alla reale o percepita solitudine esperita dal soggetto, ma anche in questo caso non è possibile identificare gruppi ben distinti.

Piuttosto rare sono le occasioni in cui vi è stato, durante il periodo di presa in carico da parte del Ser.D., un ricovero ospedaliero¹¹ o un periodo in comunità terapeutica (ciò è

¹⁰ Fra Azienda Sanitaria e AMA dal 1° gennaio 2012 esiste una convenzione (Progetto "Gioco d'azzardo problematico") la quale prevede, fra il resto, una collaborazione per la presa in carico dei pazienti GAP. In particolare, quando un paziente giunge al Ser.D., in fase di accoglienza, gli viene proposto anche di frequentare un gruppo di auto mutuo aiuto AMA. Dall'inizio del 2017, inoltre, uno psichiatra del Ser.D. si reca, su invito degli operatori AMA, presso l'associazione stessa per effettuare le valutazioni diagnostiche degli utenti che mostrano una particolare reticenza nel accedere al Ser.D.

¹¹ I ricoveri ospedalieri sono stati legati in un caso ad una problematica di carattere prettamente sanitario, che nulla aveva a che vedere con il problema di dipendenza da gioco d'azzardo; in un altro caso invece il ricovero è avvenuto a seguito di un tentato suicidio.

accaduto rispettivamente 2 e 3 volte), infrequenti risultano anche le situazioni in cui vi è stato un procedimento giudiziario¹².

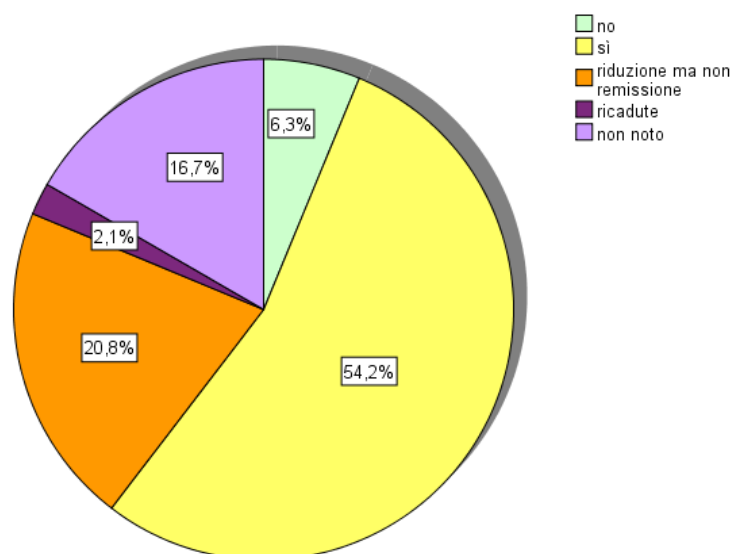
Un ulteriore aspetto che merita attenzione riguarda la remissione del sintomo, ossia l'astensione dal comportamento di gioco messa in atto dal paziente:

- a. durante il periodo di cura,
- b. dopo il periodo di cura.

È necessario tenere in considerazione che, in entrambi i casi, non è possibile stabilire con certezza l'accaduto e ci si può rifare esclusivamente al riferito del soggetto stesso o ad indicatori indiretti (riferito dei familiari), il che implica una tendenziale sottostima della reale dimensione del fenomeno.

Per quanto riguarda l'astensione dal gioco durante il periodo di frequentazione del Servizio, come pone in luce il grafico seguente, si riscontra una situazione piuttosto articolata: a fronte di una metà di pazienti circa che dichiara di essere in una situazione di remissione del sintomo, vi è un'altra metà per la quale vi è una riduzione del comportamento di gioco ma non una totale astinenza dallo stesso (N: 10), un perseverare nell'attività nonostante i problemi che essa pone in essere (N: 3) o un numero di ricadute molto importante (N: 1).

Fig. 6 – Remissione del sintomo (astensione dal gioco) nel periodo di cura (Valori percentuali)



Il quadro si complica ulteriormente se si considera che la metà dei pazienti che ha dichiarato un'astensione dal gioco durante il periodo di cura ha comunque avuto un certo numero di ricadute¹³.

Il livello di incertezza aumenta inevitabilmente se si prova a considerare cosa accade a seguito della chiusura del progetto terapeutico, quando il paziente cessa i contatti con il

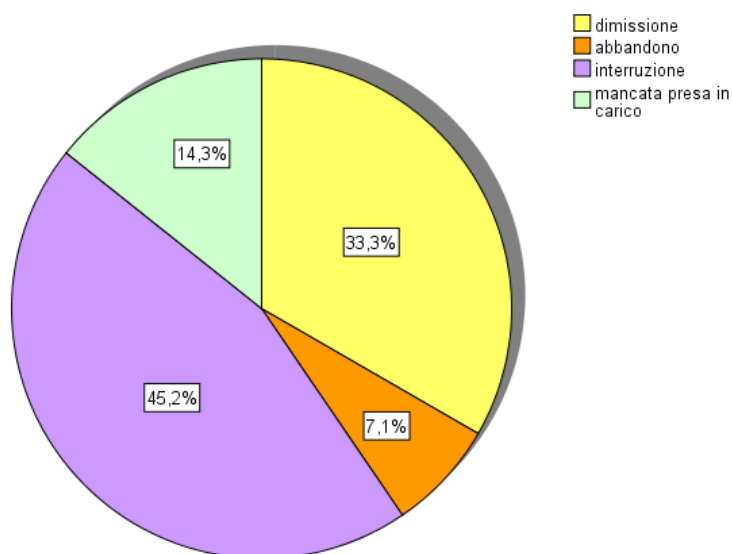
¹² I procedimenti giudiziari, seppur in un quadro di estrema varietà di vicende personali, sono tutti connessi a frodi, furti e sottrazioni indebite legate, direttamente o indirettamente, al mancato controllo dell'attività di gioco.

¹³ Si consideri che, tipicamente nelle patologie croniche ad andamento tendenzialmente recidivante la ricaduta viene letta come aspetto fenomenico della patologia stessa.

Servizio. Stabilire la “tenuta” nel tempo del percorso terapeutico svolto, e dunque la capacità del paziente di rimanere in una condizione di remissione protratta continuativa, in assenza di analisi di *follow up* scientificamente validate è impossibile. Ciò che si può invece considerare in questa sede è il modo in cui il percorso presso il Ser.D. si è concluso; si tratta di certo solo di un indicatore, però è evidente che un percorso terapeutico che si conclude, perché sono stati raggiunti gli obiettivi inizialmente prefissati, rappresenta un tipo di esito ontologicamente differente da altri. Il grafico che segue riassume le diverse modalità con cui si sono chiusi i PGT dei pazienti qui considerati¹⁴:

- dimissione (il paziente ha concluso il progetto terapeutico ed ha raggiunto gli obiettivi prefissati);
- abbandono (il paziente non ha terminato il percorso terapeutico ma ha comunicato ai professionisti che lo hanno in carico che non intende proseguire con lo stesso);
- interruzione (il paziente non ha terminato il percorso terapeutico e, senza alcun preavviso, ha interrotto i contatti con i professionisti che lo seguivano);
- mancata presa in carico (si è tentato un aggancio del paziente ma, di fatto, non si è riusciti neppure a terminare la diagnosi o ad iniziare un PGT perché il paziente ha interrotto i contatti con il Servizio o la richiesta del paziente è risultata impropria e quindi lo si è indirizzato ad un altro Servizio, ad esempio il CSM).

Fig. 7 – Tipo di conclusione del percorso di cura (Valori percentuali)



¹⁴ Sono stati tralasciati 6 casi, rappresentati da PGT di soggetti ancora in carico al Servizio.

Tab. 3 – Costo per paziente in relazione al tipo di conclusione del percorso di cura
(Confronto fra medie)

	Media	N	DS
Dimissione	3128,1	14	2792,8
Abbandono	1100,4	3	730,6
Interruzione	1504,2	19	1271,0
Mancata presa in carico	329,8	6	287,0
Totale	1848,9	42	2052,0

Per quanto sia d'obbligo tenere presente la ridotta numerosità della popolazione qui considerata, è possibile evincere come:

- a. la dimissione concordata con il paziente rappresenti solamente un terzo dei modi in cui si può concludere un progetto terapeutico, negli altri casi si è di fronte ad una situazione di *drop out* – aspetto questo piuttosto frequente in soggetti con problemi di dipendenza;
- b. l'investimento economico vari sensibilmente se si prende in considerazione chi ha portato a termine con successo il PGT e chi, invece, in un modo o in un altro si è ritrovato in una situazione di *drop out*.

Queste ultime evidenze portano ad alcune riflessioni conclusive nelle quali clinica e ricerca si intrecciano, nel tentativo di individuare strategie che rendano gli interventi effettuati massimamente efficaci ed efficienti. In primo luogo una questione rilevante che si pone, e che resta inevitabilmente "aperta", riguarda le possibili modalità per aumentare i livelli di ritenzione in trattamento per tutti quei pazienti che abbandonano il percorso o lo interrompono. Secondariamente si pone la questione – che pure in questa sede non ha potuto trovare risposta – relativa alla "tenuta" nel tempo della remissione protratta continuativa (astinenza dal gioco) e, in senso più generale, del benessere del paziente a seguito della chiusura del percorso terapeutico, aspetto questo che richiederebbe specifiche analisi di *follow up*. Tanto la prima questione quanto la seconda, vanno considerate nella loro complessità, la quale è solamente in parte dettata dal tipo di interventi effettuati dai professionisti coinvolti nel percorso di cura, i quali possono essere considerati prodotti (*output*) che, insieme ad altri fattori non direttamente controllabili, vanno a formare i risultati (*outcome*), ossia le effettive modificazioni dei comportamenti dei soggetti che beneficiano degli interventi. Per ciò che concerne gli *output* – nell'ottica di un sistema dinamico di valutazione della qualità dei Servizi – i futuri studi dovrebbero concentrarsi sui tipi di programmi più adatti alla particolare sottopopolazione qui considerata. Per quanto riguarda invece gli *outcome* il livello di analisi diviene significativamente più complesso, in quanto l'isolamento del ruolo giocato da ogni singola variabile diviene più arduo; in tal senso andrebbero dunque pensati disegni di ricerca retrospettivi in grado di individuare fattori protettivi e di rischio rispetto alla ritenzione in trattamento e, successivamente, alla buona riuscita del PGT.