Progetto “contrasto ludopatia” APSS (SER.D.) – UNITN (D.S.R.S.)

INDAGINE DI FOLLOW-UP SUI PAZIENTI GIOCATORI D’AZZARDO IN TRATTAMENTO AL SERD DI TRENTO NEL PERIODO 2007 - 2019

A cura di Bruno Bertelli, Valentina Molin e con la collaborazione di Chiara Fabbri

1. Introduzione e presentazione dell’interrogativo di ricerca

Il gioco d’azzardo patologico rappresenta una malattia ormai chiaramente riconosciuta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e “nell’ultimo decennio, pur in assenza di un riconoscimento ufficiale, numerose ASL nelle Regioni italiane, soprattutto al Nord, si sono attivate nel cercare di fornire una risposta [a questo tipo di patologia], spesso coadiuvate anche da associazioni private” (Lovaste, Porta, Sambataro, 2015, p. 140). Tale attivazione si è resa necessaria a fronte di una domanda via via crescente ai Servizi e ai Dipartimenti, i quali si sono trovati costretti a rispondere utilizzando, almeno in prima battuta, l’importante esperienza maturata nel campo delle tossicodipendenze (Bellio, 2014). Ferma restando la stretta analogia fra dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali, non è tuttavia pensabile che, in modo automatico, ciò che può funzionare in un campo funzioni anche nell’altro (Conte *et al*., 2012), ed è per questa ragione che, dopo una prima fase di assestamento, si sarebbero resi necessari studi volti a valutare l’efficacia dei diversi tipi di trattamento con conseguente uniformazione dell’offerta di cura. L’attuale scenario nazionale vede, però, ancora una significativa disomogeneità per ciò che riguarda i trattamenti proposti, una maggiore densità assistenziale nelle regioni del Nord e, ancora, una mancanza di riferimenti normativi generali (Bellio, 2014; Lovaste, Porta, Sambataro, 2015). Ma l’aspetto che qui più interessa concerne la carenza di un corpus di studi che valutino l’efficacia dei trattamenti erogati e la loro “tenuta” nel corso del tempo (analisi di *follow up*), specialmente con riferimento alla permanenza degli effetti terapeutici a lungo termine (Bellio, 2014).

Il presente studio mira ad indagare l’efficacia del percorso terapeutico proposto dal Ser.D. della Provincia Autonoma di Trento ai pazienti GAP e, contestualmente, i livelli di soddisfazione degli utenti. Come si andrà a specificare in seguito, si è scelto di considerare tutti i soggetti che, a partire dal 2007[1], si sono rivolti al Servizio portando una richiesta di aiuto per un problema legato al gioco d’azzardo patologico. L’analisi considera dunque 12 anni di attività e, per quanto possibile[2], mette in relazione l’*output* prestazionale con gli *outcomes* (Simpson, Brown, 1999), ossia con i risultati positivi ottenuti espressi nei termini di grado di salute raggiunta (condizione di benessere riferita dal paziente in termini

[1] Nel corso del 2007 si sono rivolti al Ser.D. i primi 4 soggetti con una problematica di gioco d’azzardo patologico.

[2] Come ricordano Serpelloni e Simeoni, infatti: “La valutazione dell’*outcome*, come ricostruzione del rapporto di causalità, abbisognerebbe di modelli sperimentali complessi che utilizzino criteri scientifici e sistemi quali i gruppi di controllo e la randomizzazione dei trial controllati. Nella pratica clinica quotidiana questo non è possibile ma è comunque necessario avere dati sulla variazione della severità clinica del paziente” (2006, p. 81).

di qualità della vita e *performance* psico-sociale), patologia evitata (astensione dai comportamenti di gioco) e rischi correlati (Serpelloni, Simeoni, 2006).

2. Piano di analisi e costruzione dello strumento di indagine

Il materiale utilizzato in questo studio consta di due set differenti di dati:

1. Informazioni contenute all'interno delle cartelle cliniche dei giocatori patologici che sono stati in cura presso il Ser.D. della Provincia Autonoma di Trento a partire dall'anno 2007 e sino all'aprile 2019;
2. Informazioni raccolte tramite intervista CATI (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*) proposta ai medesimi soggetti.

I due set di dati sono stati utilizzati in stretta connessione; le informazioni presenti nelle cartelle cliniche hanno rappresentato il primo step dell'analisi, preparatorio al secondo, il quale ha poi costituito la parte più corposa dell'indagine. L'analisi delle cartelle è stata necessaria in primo luogo per identificare la popolazione di riferimento e per reperire i contatti necessari volti ad interpellare poi gli ex utenti tramite intervista telefonica. Come si esporrà dettagliatamente a breve, questa prima fase è stata essenziale anche al fine di raccogliere una serie di informazioni relative precipuamente al percorso terapeutico in termini di ritenzione in trattamento, densità assistenziale e tipologia del percorso attivato, ma anche alle caratteristiche cliniche dell'utente e ad alcune variabili socio-demografiche base[3]. I dati ottenuti con questo primo strumento hanno rappresentato il *background* dal quale partire per poi procedere con l'analisi del materiale raccolto tramite intervista: se lo studio delle cartelle ha, infatti, permesso di comprendere cosa sia accaduto al paziente durante il percorso di cura, con tutti i relativi aspetti legati prettamente all'*output*, le interviste hanno consentito la raccolta di quanto avvenuto in seguito, con gli aspetti legati, quindi, all'*outcome* ed anche alla *custumer satisfaction*. Il passaggio finale è consistito nella messa in connessione delle informazioni raccolte con i due diversi strumenti (*cartelle* e *interviste*).

Mentre per quanto riguarda il primo set di dati è stato sufficiente utilizzare una scheda di rilevazione che permettesse di raccogliere in modo sistematizzato il materiale già preesistente nelle cartelle cliniche, per il secondo set è stato necessario condurre una specifica analisi volta alla realizzazione e all'utilizzo di uno specifico strumento di raccolta dati: il questionario di *follow-up*. Di seguito si presenta, dunque, il processo che ha portato alla "costruzione" dell'intervista telefonica.

In primo luogo è stata svolta un'analisi della letteratura scientifica al fine di considerare quali fossero gli strumenti già utilizzati (e possibilmente validati) in ambito nazionale ed internazionale per raccogliere dati analoghi a quelli oggetto di indagine. L'attenzione è stata posta in particolare sulle aree tematiche considerate nei differenti strumenti.

In questa prima fase di analisi sono stati individuati 3 questionari di *follow-up* per persone con un problema di dipendenza da gioco d'azzardo o da sostanze[4]:

[3] Nei limiti di quanto possibile, si è scelto di raccogliere tramite l'analisi delle cartelle cliniche il massimo numero di informazioni sull'utente, così da "alleggerire" il più possibile l'intervista telefonica da dati non direttamente focalizzati sugli obiettivi di ricerca.

[4] Si è scelto di non limitare l'analisi ai questionari di *follow up* per persone affette da GAP poiché, data la relativa "novità" nel panorama scientifico di questa problematica, si sarebbe significativamente ridotto il quantum di materiale da cui prendere spunto. Le dipendenze comportamentali condividono molti aspetti

- William R. J., Hann R., Schopflocher D., West B., McLaughlin P., White N., King K., Flexhaug T., (2015), *Quite longitudinal study of gambling and problem gambling*;
- Pozzi G., Tempesta E. (a cura di), (1995) *EuropAsi questionario di follow-up dell'intervista EUROPASI* (versione italiana);
- Stinchfield R., Winters K.C., Dittel C., (2008), da *Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS)*, *Gambling Treatment 6-Month Follow-up Questionaire (GTFQ).*

Il lavoro proposto da Williams e colleghi è rappresentato da un questionario pensato per essere auto-somministrato in formato digitale, ogni anno per 5 anni, da un target di soggetti affetti da una problematica di GAP. Anno dopo anno alcune batterie di domande vengono sistematicamente riproposte, altre modificate di volta in volta. Si è preso in esame il questionario "Assessment 1", il primo dei cinque. L'analisi di Williams e colleghi è risultata estremamente dettagliata ma poco estendibile a questo lavoro, dato che le diverse aree analizzate (benessere sociale, salute fisica, relazioni sentimentali, lavoro, ecc.) prevedevano ognuna delle batterie di domande molto lunghe, inapplicabili in un'indagine come quella qui presentata. Si è per questo optato per mantenere il focus solo su alcune tematiche affrontate dai ricercatori, al fine di utilizzarle come spunto per eventuali domande singole. EuropAsi è l'edizione europea adattata del questionario americano ASI, *Addiction Severity Index*. EuropAsi prevede un primo questionario da proporre all'utente nel momento in cui accede per la prima volta al Servizio e un secondo da somministrare dopo il termine del trattamento; nell'ambito di questa indagine si è considerato il questionario post trattamento. Questo materiale è risultato, tuttavia, poco utile, poiché EuropAsi nasce come strumento teso a valutare precipuamente un problema di dipendenza da sostanze psicoattive e conseguentemente molte domande risultano difficilmente utilizzabili (in quanto legate in modo esplicito alle sostanze), inoltre il questionario si focalizza su una valutazione dei risultati ottenuti attraverso una comparazione delle domande pre e post trattamento, aspetto questo non compatibile con gli obiettivi dell'indagine qui presentata. Infine GTFQ è pensato come strumento specifico per misurare i risultati conseguiti dagli utenti con problemi di gambling dopo aver terminato il trattamento. Si è deciso di riproporre due parti di questo strumento, entrambe focalizzate sul post trattamento: una parte tesa ad analizzare quali siano stati i Servizi successivamente utilizzati dall'utente e una seconda interessata al suo benessere generale. La sezione legata ai Sevizi di "affiancamento" è stata chiaramente rimaneggiata affinché le domande fossero congruenti con l'esperienza trentina. A partire dai tre questionari analizzati sono emerse aree di indagine comuni all'interesse di ricerca: tutti i questionari cercavano, infatti, di inquadrare la situazione dell'utente contestualizzandola con domande di tipo medico/psichiatrico, psicologico e sociale, aspetto questo perfettamente in linea con una lettura dei fenomeni di *addiction* di tipo bio-psico-sociale (Blaszczynski, Nower, 2002; Griffiths, 2005; Sharpe, 2002). Si è quindi deciso, coerentemente gli intenti dello studio, di indagare il contesto abitativo, lavorativo e familiare dell'utente, ricalibrando le modalità di risposta sulle possibilità riportate nel

---

diagnostici con quelle da sostanze, tant'è che, a partire dal 2013, il GAP è stato riconosciuto dal DSM V (APA, 2013) come una nuova forma di dipendenza senza sostanza ("Disturbi non correlati a sostanze e disturbi da *addiction*"), anziché classificato, come in precedenza, tra i disturbi del controllo degli impulsi; a fronte di ciò, è sembrato opportuno allargare l'analisi anche a queste ultime.

database Ippocrate, il software utilizzato per raccogliere i dati delle cartelle cliniche dei pazienti che si rivolgono al SerD del Trentino, al fine di permettere poi un'analisi comparata delle due fonti di dati (cartelle cliniche e dati self-report raccolti tramite intervista). Similmente in tutti i questionari, comparivano poi domande legate allo stato attuale della dipendenza, con l'intento di cogliere sia gli effetti del trattamento ricevuto, e in particolare i benefici per la condizione di vita dell'utente, sia gli eventuali episodi di ricaduta. Nel GTFQ veniva proposta una sezione legata alla soddisfazione dell'utente per il trattamento ricevuto. Infine in tutti i questionari analizzati venivano proposte domande sul fenomeno della comorbilità chiedendo all'intervistato se usasse contestualmente sostanze psicoattive, o se ne avesse fatto uso in passato; si è così deciso di introdurre tale sezione nel questionario. Non è invece sembrato opportuno procedere nel domandare in modo eccessivamente dettagliato come l'utente in passato si fosse procurato il denaro per giocare; ma poiché la questione è rilevante e risulta ricorrente in letteratura (Stinchfield et al., 2008; William et al., 2015), tale area tematica è stata considerata attraverso 2 quesiti: il primo relativo all'eventuale presenza di debiti legati al gioco, il secondo connesso a possibili procedimenti giudiziari a carico dell'intervistato e legati all'esperienza di gioco.
Si ricorda che l'intento principale di questa parte della ricerca era teso verso la valutazione dell'efficacia del trattamento ricevuto (*outcome*) e della soddisfazione dell'utente rispetto allo stesso (*customer satisfaction*), direzioni che – per inciso – sono quelle indicate da tempo come le più rilevanti nell'ambito delle tossicodipendenze (Palumbo, Pellegrini, 2005).
Per quanto riguarda la sezione sul benessere generale, sono state prese in considerazione diverse scale provenienti da differenti questionari:

- Goldberg D. & Williams P., (1988), *General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12)* (versione italiana);
- Ware J. E., Kosinski M.M., Keller S.D., (1996) *Short Form-12 (SF-12)* (versione italiana);
- Bech P., (1998) *WHO-5* (versione italiana);
- Diener E., Emmons R.a., Larsen R.J. & Griffin S., (1985) *The Satisfaction with Life Scale*;
- Ryff C. D. et al., (2007), *The 42- item Psychological Wellbeing (PWB) Scale*.

Tutte le scale valutano il benessere generale, declinando questo concetto in modo differente a seconda del focus dei ricercatori. Si è deciso di scartare *The Satisaction with Life Scale* poiché, nonostante valutasse la soddisfazione legata alla propria condizione di vita, ed in particolare la sensazione di auto-realizzazione, sembrava uno strumento fin troppo sintetico e focalizzato elusivamente sul benessere psicologico, senza considerare la sfera sociale dell'intervistato. Anche la *PWB* analizza soprattutto lo stato psicologico dell'utente, ma è stata scartata in quanto si focalizza su molti elementi come la crescita personale, l'autostima e risultava estremamente lunga. L'*SF-12* si è dimostrato non adatto poiché molte domande si concentrano sul benessere declinato nell'ambito della salute fisica, elemento non centrale per questa analisi. Il *WHO-5*, infine, è apparso per questo studio fin troppo sintetico. La scelta è dunque ricaduta sul *GHQ-12*, che è sembrato uno strumento sufficientemente completo e in grado di rendere conto di diverse sfere della vita dei rispondenti: l'ambito lavorativo/produttivo, il tempo libero, lo stato emotivo, l'autostima e lo stress. Tale strumento, tuttavia, ha, da un lato, la caratteristica di concentrarsi

precipuamente solo sulle ultime 2 settimane (tempo ritenuto in questo contesto eccessivamente circoscritto, tanto più considerato che il *follow up* ha riguardato pazienti che avevano terminato il percorso di cura da almeno tre mesi e fino a 11 anni), e dall'altro non considera – se non tangenzialmente – la sfera sociale, focalizzandosi soprattutto su aspetti psicologici. Si è così scelto di rilevare il benessere del soggetto non solo con il *GHQ-12*, ma anche con la parte relativa al benessere dell'utente presente nel più ampio *GTFQ* citato poc'anzi. Quest'ultimo strumento, composto da 12 items, prende in considerazione gli ultimi 6 mesi e analizza ambiti di vita, oltre che psicologici, più prettamente sociali e relazionali.
Per quanto concerne poi la sezione relativa alla soddisfazione del trattamento sono stati individuati due questionari specifici sul tema:

- Marsden J., Stewart D., Gossop M., Rolfe A., Bacchus L., Griffiths P., Clarke K. & Strang J., (2000) *Treatment Perceptions Questionnaire* (versione italiana).
- COMBINE Study Research Group, (2003), *The Evaluation of Treatment (EOT) measure*.

Il primo risultava adatto al nostro obiettivo, tuttavia si è preferito il secondo perché più coinciso e al tempo stesso sufficientemente completo. In prima istanza si era deciso di utilizzare l'intera scala proposta nel questionario, la quale permette di valutare la soddisfazione generale per il trattamento ricevuto. Tuttavia, a seguito del pretest, si è scelto di ridurla, riproponendo solo parte delle domande per evitare, da un lato, un effetto di ridondanza e, dall'altro, per ridimensionare i tempi di somministrazione del questionario[5]. Per misurare la soddisfazione per le singole aree di intervento dei PGT, invece, si è preferito realizzare una batteria di domande mirate.

3. Presentazione dei risultati

Il numero complessivo di soggetti che, a partire dal 2007 e sino all'aprile del 2019 si sono rivolti al Ser.D di Trento, Riva del Garda o Rovereto per una problematica connessa al gioco d'azzardo patologico è pari a 381[6]. Di questi, 65 soggetti risultavano in carico nel momento in cui è stata condotta l'indagine di *follow up* o avevano terminato il percorso da meno di 3 mesi, dunque sono stati esclusi dalla stessa; sono stati inoltre esclusi 36 soggetti i quali hanno avuto un tempo di ritenzione in trattamento inferiore al mese e/o un tempo complessivo di prestazioni front office minore alle 10 ore, e per i quali, dunque, non è possibile parlare di "presa in carico". Ancora, è stato necessario escludere dall'indagine coloro i quali avevano acceduto al Servizio richiedendo l'anonimato: tali utenti, infatti, non potevano essere ricontattati (7 soggetti); infine in 2 casi era noto che la persona fosse deceduta.

[5] I soggetti che hanno svolto il pretest hanno lamentato tutti l'eccessiva ripetitività delle domande, la scarsa differenziazione fra le stesse e dunque un tempo troppo lungo dedicato a tale area tematica.
[6] Si precisa che, oltre a questi soggetti con una problematica connessa al GAP, vi sono altri 30 soggetti che si sono rivolti al Servizio sempre per una dipendenza comportamentale ma di altro tipo: dipendenza da internet, da shopping, porno-dipendenza, ecc. Di tale utenza non si darà conto in questa indagine.

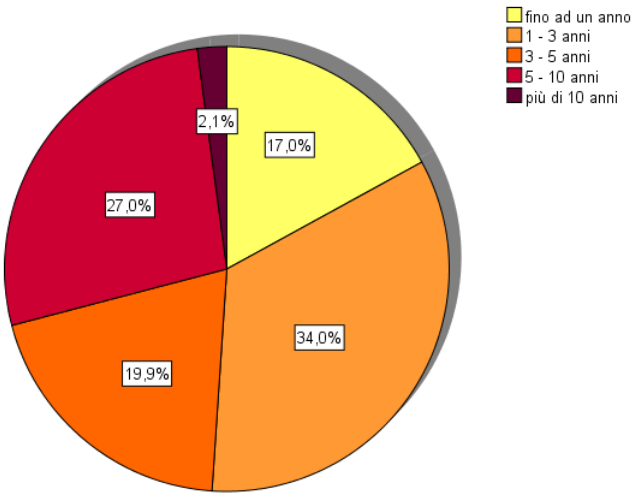
La popolazione di riferimento è stata, pertanto, di 271 soggetti; il contatto è stato possibile con 170 soggetti (62,7%), poiché in 101 casi non c'è stata risposta alla chiamata[7] oppure il numero risultava inattivo.

Tab. 1 – Tassi di risposta (Valori assoluti e percentuali)

	Valore assoluto	Percentuale
Intervista conclusa	141	82,9
Rifiuto	29	17,1
Totale	170	100

Il tasso di risposta è stato pari all'82,9% (tab. 1) ; si tenga conto che sono stati considerati come rifiuti non solo i casi in cui il soggetto ha dichiarato apertamente di non voler prendere parte all'indagine, ma anche tutti quelli in cui la persona ha chiesto di essere richiamata in un altro momento per svolgere l'intervista e poi non ha più risposto alle chiamate degli intervistatori.
In una prospettiva di trasferibilità dei risultati, va tenuto in considerazione che, rispetto alla popolazione complessiva di riferimento (271 soggetti), le interviste sono state portate a termine con il 52,0% degli utenti (141).
Prima di procedere con l'analisi pare doverosa un'ulteriore precisazione rispetto ai tempi di osservazione. Come già accennato, l'analisi che qui si presenta è partita considerando l'intera popolazione di utenti GAP che, a partire dal 2007, si sono rivolti al Ser.D portando una richiesta di aiuto. Il *follow up*, dunque, riguarda tanto pazienti che hanno terminato il percorso da qualche mese, quanto soggetti che lo hanno concluso da oltre 10 anni. Di seguito si riporta la suddivisione degli utenti rispetto al tempo trascorso tra la il termine del percorso al Ser.D. e il momento dell'intervista telefonica.

Fig. 1 – Suddivisione degli intervistati per tempi di *follow up* (Valori percentuali)



[7] Se il numero risultava attivo (squillava, vi era la segreteria telefonica oppure il telefono risultava spento) le chiamate sono state ripetute per 10 volte per ogni soggetto, in giorni ed orari diversi.

Si noti (Fig. 1) che, nel complesso, vi è una suddivisione piuttosto equilibrata rispetto ai tempi di *follow up*: la metà degli intervistati ha concluso il percorso da un tempo massimo di 3 anni ed i restanti, invece, da tempi maggiori, con una quota minima di soggetti che ha superato i 10 anni. Nell'analisi che seguirà, il tempo intercorso fra il termine del percorso al Ser.D. e il momento dell'intervista rappresenterà di certo una variabile da tenere in considerazione poiché nella maggior parte degli studi di *follow up* gli effetti della cura diminuiscono all'aumentare del tempo trascorso dal termine del progetto. Si tenga inoltre in considerazione che questo studio ha il *plus* di prendere in esame tempi di osservazione post trattamento particolarmente estesi, quando la maggioranza degli studi di *follow up* in questo campo considera intervalli temporali relativamente limitati (Cowlishaw *et al*., 2012).

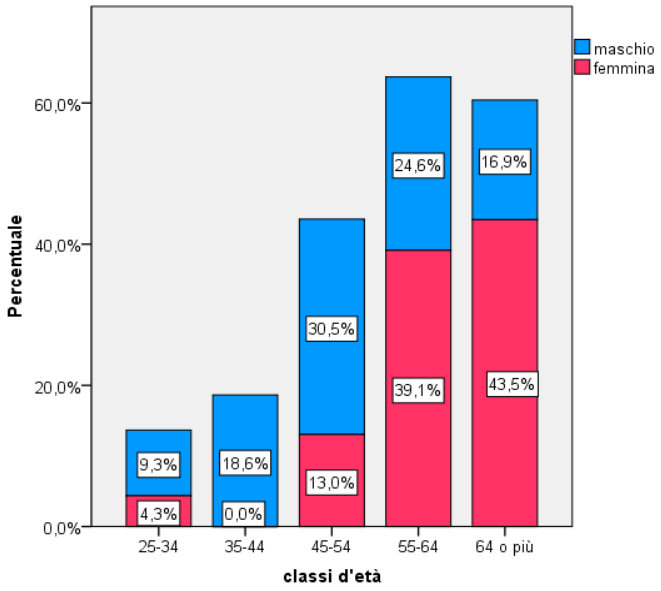
3.1. Dati presenti in cartella

In questa prima sezione verranno riportati i dati sui pazienti intervistati che erano già in possesso del Servizio in quanto presenti nelle cartelle cliniche. Tali informazioni preliminari saranno successivamente riprese nella parte principale del report, ossia quella relativa alle interviste di *follow up*.

3.1.1. Caratteristiche socio-demografiche

L'ampia maggioranza dei giocatori patologici qui considerati è di genere maschile (118 maschi; 23 femmine), dato questo in linea con quanto rilevato a livello nazionale rispetto ai pazienti giocatori (Broggi, Lucchini, 2016), d'altra parte è ormai noto che appartenere al genere maschile rappresenta tipicamente un fattore individuale di vulnerabilità (La Barbera, Matinella 2010; Milesi, Clerici 2001; Pani, Biolcati 2006; Serpelloni, Rimondo 2012). Mediamente, si tratta di una popolazione adulta (età media al momento del primo accesso al SerD: 53,8; min: 25; max: 85) e le donne risultano significativamente più mature degli uomini (età media donne: 62,0; età media uomini: 52,2) (vedi Fig. 2). Si ricorda a tal proposito che vi è ormai pieno accordo nella comunità scientifica rispetto al fatto che le donne, mediamente, iniziano a giocare più tardi rispetto agli uomini ma sviluppano più rapidamente problematiche connesse all'attività (Grall-Bronnec et al., 2014).

Fig. 2 – Classi d'età – Confronto fra maschi e femmine (Valori percentuali)



Il livello di scolarità della popolazione risulta alquanto eterogeneo: il 9,9% ha, infatti, un titolo di licenza elementare, il 34,8% ha una licenza di scuola media inferiore, il 19,9% ha conseguito la qualifica professionale, il 27,7% il diploma di scuola media superiore e solamente il 3,5% risulta laureato (nel 4,3% dei casi il dato non è noto). Tale variabile non risulta correlata né all'età dei soggetti, né al genere.

Anche in riferimento alla posizione lavorativa occupata al momento di inizio del trattamento si riscontra un livello di eterogeneità piuttosto significativa: infatti, benché quasi il 60% dei giocatori risulti stabilmente occupato, numerosa risulta la quota dei disoccupati/sottoccupati (19,1%) e degli economicamente inattivi (11,3%), mentre le altre categorie appaiono residuali (2,1% studente; 9,2% non noto). In questo caso, come presumibile, si coglie una relazione sia con l'età: gli economicamente inattivi rappresentano, invero, il gruppo più "anziano", mentre i disoccupati quello più "giovane", con una posizione centrale occupata da coloro che lavorano stabilmente. Fra le donne sono più numerose le economicamente inattive, dato questo legato al fatto che mediamente hanno un'età maggiore degli uomini.

Per quanto riguarda poi lo stato civile e la convivenza, è possibile cogliere come – sempre con riferimento al momento di accesso al Servizio – quasi la metà della popolazione risultasse coniugata e, dunque, convivente con il partner o con il partner ed i figli. Segue, per numerosità, il gruppo dei liberi (celibi o nubili), i quali vivono prevalentemente da soli, con la famiglia d'origine o con il partner e, a chiudere, i separati o divorziati, che vivono perlopiù soli, ma anche con un nuovo partner e/o con i figli. Sembra in questo caso di rilievo notare come solo poco più del 20% di questa popolazione risulti, al momento di accesso, effettivamente sola: oltre il 60% condivide la vita e la quotidianità con un partner e spesso anche con i figli; un altro 10% ha come principale punto di riferimento invece la famiglia d'origine e sono precipuamente i più giovani a trovarsi in quest'ultima situazione.

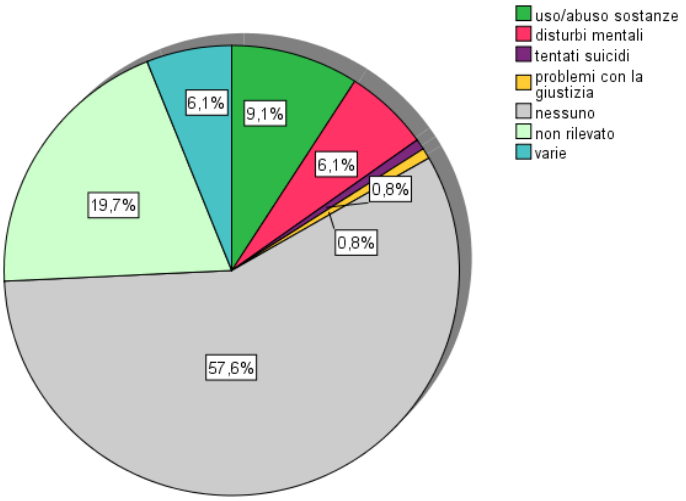
L'ultimo aspetto da porre in luce è relativo alla situazione di salute fisica dei soggetti, elemento di rilievo anche in considerazione del fatto che non si tratta di una popolazione particolarmente giovane. L'analisi ha permesso di porre in luce come poco meno di un terzo degli intervistati abbia o abbia avuto patologie organiche piuttosto rilevanti; pur in un

quadro di significativa eterogeneità, le problematiche più frequenti riguardano diabete, ipertensione e tumori.
I dati appena esposti, relativi alle principali variabili socio-demografiche, risultano perfettamente in linea con quelli esposti da altri ricercatori in merito alla popolazione di giocatori in carico presso altri Ser.D. (Broggi, Lucchini, 2016).

3.1.2. Caratteristiche cliniche e relative al percorso terapeutico

Oltre l'80% dei soggetti si è rivolto al Servizio portando una richiesta di aiuto connessa ad una problematica legata soprattutto al gioco delle *slot machines* o VLT; seguono coloro che indicano come gioco di predilezione il gratta&vinci (5,7%), il Lotto, Superenalotto e simili (2,8%), le scommesse sportive, Totocalcio e simili (2,1%) e poi altri tipi di scommesse, giochi da casinò, bingo, ecc.
Nel 18,4% dei casi si rileva come il soggetto avesse già evidenziato conclamate problematiche di abuso di alcol o sostanze stupefacenti (N: 7), avesse ricevuto una segnalazione NOT[8] (N: 4) o gli fosse stato diagnosticato un disturbo psichiatrico relativo all'asse I (nevrotici) (N: 3) o all'asse II (disturbi dell'umore) (N: 12).
Con riferimento all'anamnesi familiare, benché nell'ampia parte dei casi non risultino disagi di particolare rilievo, non si può trascurare il fatto che quasi il 23% proviene da famiglie caratterizzate dall'uso o abuso di sostanze, da problemi di carattere psichiatrico, da tentati suicidi o da procedimenti penali (Fig. 3); nel 6,1% dei casi, inoltre, nella medesima famiglia, si presentano più difficoltà di quelle poc'anzi citate.

Fig. 3 – Problematiche della famiglia di origine (Valori percentuali)



Benché nell'ampia parte delle situazioni i soggetti arrivino al Servizio su base volontaria (69,5%), non si può trascurare come in un numero piuttosto significativo di casi la ricerca dell'aiuto parta da familiari e amici (12,8%) o si attivi su invio di canali medico-istituzionali (MMG o altri canali medici, Servizi Sociali, associazioni del privato sociale) (15,6%).

[8] NOT: Nucleo Operativo Tossicodipendenze del Commissariato del Governo. Le segnalazioni riguardano soggetti che hanno violato l'art.75 del D.P.R. 309/90 (detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope) o che sono stati attenzionati per uso di sostanze stupefacenti (art.121 del D.P.R. 309/90).

In relazione alla ritenzione in trattamento e alla densità assistenziale, poi, sono state considerate differenti variabili, poiché ognuna di esse rappresenta un indicatore specifico che restituisce un singolo aspetto di un concetto complesso e, diversamente, non operativizzabile. Esse sono:

a. Numero di giorni totali in trattamento,
b. Numero di ore totali in front office,
c. Costo totale del paziente per il Servizio,
d. Numero di accessi[9],
e. Numero di aree di intervento attivate (psichiatrica, psicologica, sociale, medica, infermieristica).

Per ciò che concerne invece l'esito del percorso, al di là dei dati *self report* raccolti tramite intervista telefonica e che verranno presentati in seguito, gli indicatori presenti in cartella clinica sono principalmente 2[10]:

a. esito finale dell'ultimo progetto terapeutico attivato (PGT) (successo – successo parziale – insuccesso),
b. esito dell'ultimo progetto attivato (concluso – interrotto).

Si precisa che non necessariamente i 2 indicatori hanno la medesima direzione: se è, infatti, vero che non vi possono essere percorsi interrotti che si concludono con un conclamato successo, è altresì vero che vi possono essere, ad esempio, dei successi parziali tanto in caso di interruzione, quanto in caso di conclusione del percorso (vedi Tab. 2).

Tab. 2 – Esito finale dei PGT in relazione alla conclusione dello stesso (Valori assoluti e percentuali)

		Esito finale			
		Insuccesso	**Successo parziale**	**Successo**	**Totale**
Esito	**Concluso**	0 0,0%	13 21,0%	49 79,0%	62 100%
	Interrotto	39 50,6%	38 49,4%	0 0,0%	77 100%
	Totale	39 28,1%	51 36,7%	49 35,3%	139 100%

Prima di procedere è però fondamentale prendere in esame il tipo di PGT attivato. Presso i Ser.D. del Trentino, i PGT – ossia quegli aggregati di interventi d'area legati da una

[9] Il numero di accessi può essere considerato un indicatore di discontinuità: esso identifica, infatti, il numero di volte in cui il paziente, per diverse ragioni, ha interrotto il percorso terapeutico allontanandosi per un certo tempo dal Servizio ed è successivamente rientrato portando una nuova richiesta di aiuto.

[10] Si tenga conto che, mentre gli indicatori di ritenzione in trattamento e densità assistenziale sono oggettivi, gli indicatori d'esito del percorso, così come il tipo di PGT attivato, sono "operatore dipendente". Questo aspetto, nel caso di pazienti GAP, risulta di particolare rilievo poiché vengono a mancare quei dati di verifica e monitoraggio che, diversamente, sono presenti in caso di pazienti tossicodipendenti (si pensi ai test su matrice cheratinica o urinaria) e possono offrire una base maggiormente incontrovertibile dell'andamento del percorso. Nel caso dei pazienti GAP gli elementi di verifica risultano particolarmente limitati, il riscontro è quasi esclusivamente di tipo *self- report* poiché estremamente variabile risulta anche la presenza di familiari o soggetti terzi all'interno del percorso di cura dell'utente che possano offrire raffronti "esterni".

logica sequenziale e finalizzati ad un obiettivo esplicito e condiviso – per i pazienti tossicodipendenti e dipendenti da comportamento sono suddivisibili in 4 principali categorie[11]:

1. Accoglienza,
2. Stabilizzazione del sintomo,
3. Induzione al cambiamento,
4. Gestione del cambiamento.

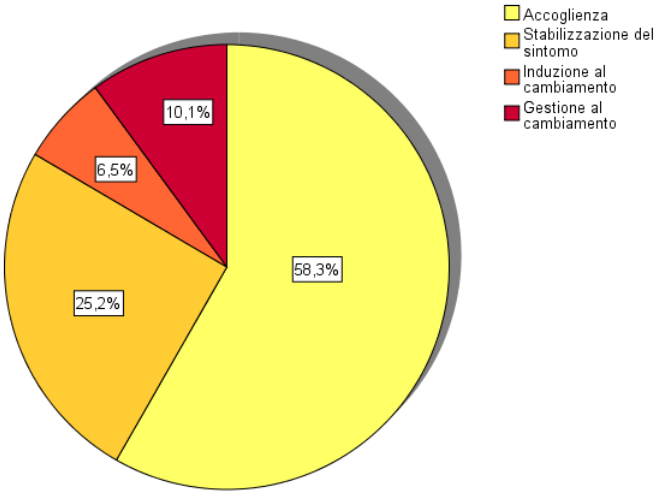
È rilevante ricordare che si sta qui considerando solamente l'ultimo PGT, quello che rappresenta la conclusione della "storia" del paziente con il Servizio. Si noti come per quasi il 60% dei PGT si tratti di un progetto che mira all'Accoglienza dell'utente (Fig.4); questo dato può essere interpretato soprattutto alla luce della particolare tipologia di pazienti qui considerati e dal rapporto che sviluppano con il Servizio. Nella maggioranza dei casi, invero, gli utenti giocatori faticano a vedere se stessi come soggetti con un problema di dipendenza del tutto analogo a quello dei soggetti tossicodipendenti ed il Ser.D., da questo punto di vista, ancora fatica a rappresentare un luogo "attrattivo" per i GAP. È così che, oltre ad una quota non nota di soggetti che – sviluppando una problematica di questo tipo – scelgono di non chiedere aiuto o di rivolgersi a professionisti che lavorano nel privato, è plausibile ipotizzare che questa tipologia di utenza tenda ad abbandonare il percorso di cura non appena percepisce il superamento dell'iniziale momento di "crisi" che li ha portati a chiedere aiuto al Servizio, senza riconoscere appieno la necessità di una presa in carico più lunga e strutturata[12]. Questa potrebbe essere una chiave di lettura per comprendere perché la maggioranza dei progetti terapeutici è limitata all'Accoglienza[13].

[11] Le 4 categorie di PGT sono legate fra loro da una logica "ad imbuto": prima di passare ad un PGT successivo è necessario aver concluso con successo quello precedente.

[12] Si ricorda che la dipendenza è ormai riconosciuta a livello internazionale come una malattia cronica ad andamento recidivante.

[13] La ritenzione in trattamento di questa tipologia di utenza rappresenta una difficoltà più che nota ai professionisti del settore in generale, e ai Ser.D. nello specifico. Per questo motivo, alcuni Dipartimenti hanno messo a punto particolari procedure di presa in carico ampliando, al contempo, la gamma dei trattamenti con interventi strutturati di gruppo. A tal proposito, si veda il contributo Pianarosa e colleghi (2016) e, in senso più globale, i diversi contributi presenti nel testo curato da Lucchini (2016); si prenda in considerazione anche il lavoro presentato da Bellio (2014).

Fig. 4 – Tipologia dell'ultimo PGT concluso dal paziente (Valori percentuali)



Coerentemente con quanto appena esposto, si rileva altresì come i soggetti che hanno come ultimo PGT un'Accoglienza siano quelli ai quali, mediamente, è stato dedicato il minor tempo *front office* e che, conseguentemente, hanno avuto il costo più basso per il Servizio (17,4 ore e 1.164 €); viceversa i soggetti ai quali è stato dedicato più tempo e più risorse economiche sono quelli che hanno chiuso il proprio percorso al Ser.D. con un PGT di Stabilizzazione del sintomo (50,6 ore e 3.506 €, valori medi). Gli utenti che hanno chiuso il proprio percorso di cura con un PGT di Induzione al cambiamento o Gestione del cambiamento si trovano in una posizione intermedia.

Tornando ora all'analisi incrociata degli indicatori di ritenzione in trattamento e densità assistenziale da un lato e indicatori d'esito dall'altra, è possibile cogliere come, fatta eccezione per il numero di aree attivate – le quali risultano sempre quantitativamente rilevanti (sempre maggiori di 4 su un massimo di 5) ma non connesse all'esito del percorso – tutti gli indicatori abbiano fra loro una relazione lineare e positiva[14]. Altresì detto: maggiori sono i giorni complessivi di presa in carico, le ore dedicate in *front office* al paziente, le risorse economiche investite, più probabile è che il suo PGT (indipendentemente da quale sia), si concluda con successo. Viceversa, il numero di accessi – che è stato definito come indicatore di discontinuità – ha una relazione inversa.

[14] Si tenga conto, in ogni caso, che la deviazione standard è sempre molto elevata mostrando, nel complesso, un livello di eterogeneità non trascurabile, il che implica un'interpretazione dei dati necessariamente cauta.

Tab. 3 – Indicatori di ritenzione in trattamento e densità assistenziale in relazione all'esito finale del percorso (Valori medi)

Esito finale		Giorni	Ore	Costo	Accessi	N. Aree
Insuccesso	**Media**	309,0	19,3	1249,9	1,5	4,6
	N	39	39	39	39	39
	DS.	313,3	16,3	1019,3	1,0	0,6
Successo parziale	**Media**	511,7	33,3	2293,5	1,3	4,5
	N	51	51	51	51	51
	DS.	535,0	35,8	2337,4	0,6	0,7
Successo	**Media**	559,9	33,1	2428,7	1,2	4,5
	N	49	49	49	49	49
	DS.	487,9	27,7	2092,8	0,4	0,6
Totale	**Media**	471,8	29,3	2048,3	1,3	4,5
	N	139	139	139	139	139
	DS.	473,6	29,1	2010,7	0,7	0,6

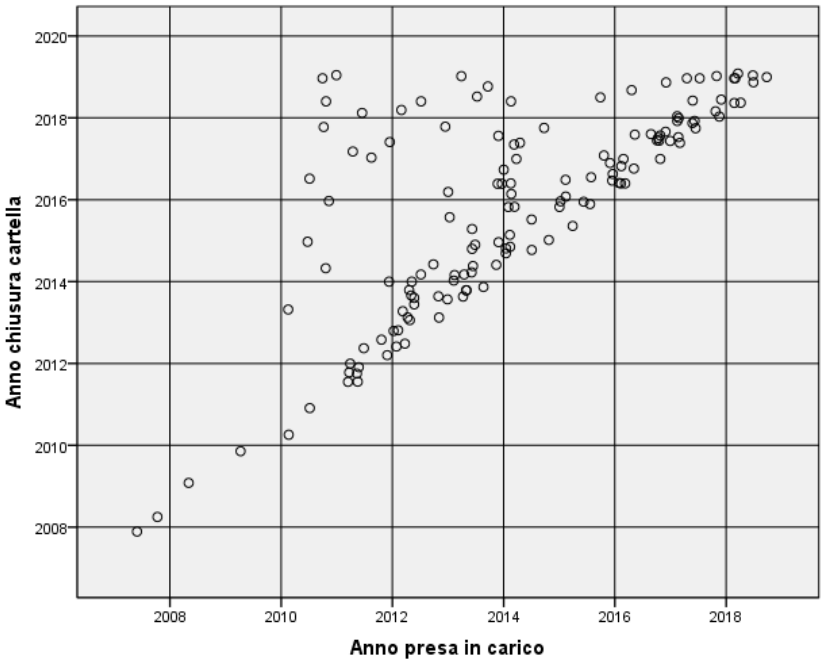
Resta evidente che tutti gli indicatori andranno successivamente incrociati con i dati raccolti tramite intervista, evitando in tal modo il rischio di autoreferenzialità.

Prima di procedere sembra doverosa un'informazione relativa all'andamento delle prese in carico nel corso degli anni. Nel grafico sottostante (Fig. 5) si presentano le date delle prese in carico dei pazienti in relazione alla data di chiusura della cartella (indipendentemente che la chiusura sia avvenuta per dimissione o per abbandono del percorso terapeutico). Come è possibile notare:

1. la maggioranza delle prese in carico è avvenuta a partire dall'anno 2011, mantenendosi poi regolare con una media di circa 100 casi all'anno seguiti dal Servizio; dato questo analogo a quanto riscontrato in altri Servizi per le Dipendenze (Broggi, Lucchini, 2016; Favini *et al*., 2016; Pianarosa *et al*., 2016);
2. relativamente ai giorni complessivi di presa in carico – di cui si è discusso anche poc'anzi – è possibile notare come, a fronte di un gruppo maggioritario di soggetti con una durata complessiva di presa in carico compresa fra qualche mese e poco più di un anno, vi sia anche un gruppo ridotto di pazienti con prese in carico particolarmente lunghe, la più lunga in termini assoluti pari a 2193 giorni, ossia poco più di 6 anni[15].

[15] La divisione in quartili delle prese in carico vede il 25% con 167 giorni di ritenzione in trattamento, il 50% con 300 giorni ed il 75% con 564 giorni.

Fig. 5 – Data di presa in carico del paziente in relazione alla data di chiusura cartella
(Valori assoluti)



BOX 1 – PRINCIPALI CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E CLINICHE DEI SOGGETTI INCONTATTABILI E DI COLORO CHE HANNO RIFIUTATO L'INTERVISTA

In questo box si presentano i principali dati presenti in cartella clinica relativi a coloro i quali hanno rifiutato l'intervista (N: 29) o con i quali non è stato possibile prendere contatto (N: 101).

Relativamente alla suddivisione di genere ed età non si riscontrano significative differenze rispetto al gruppo di chi ha preso parte all'indagine. Alcune diversità emergono, invece, in relazione al titolo di studio: entrambi i gruppi, ma soprattutto coloro che hanno rifiutato l'intervista, risultano meno istruiti rispetto ai rispondenti (oltre il 75% di chi ha rifiutato l'intervista ha, infatti, un titolo inferiore o uguale alla licenza media inferiore, percentuale che si abbassa a poco meno del 60% nel caso degli "incontattabili"). Alcune differenze si colgono anche in relazione alla posizione occupazionale: nei 2 gruppi è minore la quota di coloro che risultano stabilmente occupati (51,7% per i "rifiutanti" e 54,5% per gli "incontattabili"). Ancora, entrambi i gruppi risultano, in modo pressoché identico fra loro, più soli di coloro che hanno risposto: poco più del 30%, in entrambi i casi, dichiarava – al momento dell'accesso al Ser.D. – di vivere solo. Non si riscontrano differenze di rilievo, sempre in relazione al gruppo dei rispondenti, per quanto riguarda invece la condizione di salute o pregresse problematiche di carattere psichiatrico, di uso o abuso di sostanze stupefacenti, così come analoghe risultano le variabili connesse all'anamnesi familiare e al tipo di accesso avuto al Servizio. Neppure in relazione al gioco di predilezione si riscontrano dissomiglianze: le *slot machine* o VLT sono anche in questo caso il gioco più praticato.

Alcune differenze rilevanti si riscontrano invece in relazione alla densità assistenziale, alla ritenzione in trattamento e all'esito dei PGT. Per entrambi i gruppi, ma in modo più marcato per gli "incontattabili" si rileva, infatti, un tempo dedicato e un quantum di risorse minori rispetto a coloro che hanno scelto di partecipare all'indagine. Parimenti, in

questi 2 gruppi, risultano più numerosi i PGT conclusisi con insuccesso (dato questo più evidente nel gruppo dei “rifiutanti”).

3.2. Presentazione dei risultati dell’indagine di follow up

3.2.1. Caratteristiche socio-demografiche

Al di là delle caratteristiche ascritte degli utenti qui coinvolti (sesso, età) e di quelle che si è scelto di non raccogliere nell’intervista per evitare di renderla eccessivamente lunga, dando dunque per valide le informazioni già presenti in cartella (titolo di studio, stato civile), si presentano qui alcune variabili che si ritengono di rilievo.
La prima è relativa alla situazione sentimentale e di convivenza dell’ex utente. Il 65% dei soggetti qui considerati asserisce di avere una relazione sentimentale stabile e, nella stragrande maggioranza dei casi, di vivere con il/la proprio partner. L’8,6% dichiara di avere alcune frequentazioni ma nessuna relazione stabile ed infine il 26,4% asserisce di non avere alcuna relazione sentimentale al momento dell’intervista (questi ultimi vivono quasi esclusivamente soli). Rispetto alla situazione abitativa, complessivamente, dunque, quasi il 60% degli intervistati dichiara di vivere con il/la partner o con partner e figli (rispettivamente 32,1% con il partner, 25,0% con partner e figli), mentre il 31,4% asserisce di vivere solo o (11,4%) in altra condizione. Si noti che, rispetto alla condizione di convivenza raccolta dai professionisti del Ser.D. al momento dell’accesso dei pazienti, non si colgono differenze particolarmente marcate: in circa i tre quarti dei casi chi viveva solo quando ha iniziato il percorso di cura ancora si trova in quella condizione e lo stesso dicasi per chi viveva con il partner (con o senza figli); le differenze maggiori si rilevano per il gruppo di soggetti che, al momento d’ingresso al Ser.D., viveva con i genitori (gruppo comunque numericamente limitato): in questo caso il livello di eterogeneità è più rilevante e non è possibile identificare una modalità prevalente. Un altro elemento di interesse riguarda la situazione di convivenza in relazione alla presenza dei figli. Innanzitutto è doveroso esplicitare che il 65,7% degli intervistati ha figli (20,0% minorenni; 37,9% maggiorenni; 7,9% in parte maggiorenni ed in parte minorenni). Più del 60% di chi ha figli minorenni vive con gli stessi, oltre che con il partner; i restanti vivono soli o in altra condizione.
Per ciò che concerne invece la situazione lavorativa, pur ritrovando anche in questo caso una situazione di sostanziale stabilità rispetto a quanto rilevato ad inizio percorso, vi sono alcuni elementi da porre in luce. Il 12,2% di chi era stabilmente occupato è divenuto economicamente inattivo, dato questo strettamente connesso ad una questione anagrafica e, dunque, al pensionamento; parimenti, si riscontra come i 3 soggetti che si sono presentati al Ser.D. in una fase della vita in cui erano ancora studenti sono tutti entrati nel mondo del lavoro e sono ora stabilmente occupati. Nessun tipo di variazione si riscontra invece fra coloro che, già ad inizio percorso, erano economicamente inattivi. Poco meno del 10% (N: 8) degli utenti che, ad inizio percorso, aveva un’occupazione stabile si trova invece, ad oggi, in una situazione di sottoccupazione o disoccupazione; all’opposto, dei 26 soggetti che al momento d’ingresso al Ser.D. si trovavano in una condizione di sottoccupazione o disoccupazione, 17 sono riusciti ad inserirsi stabilmente nel mondo del

lavoro, 7 sono rimasti nella medesima condizione ed i restanti 2 sono divenuti economicamente inattivi.
Nel complesso, dunque, tanto con riferimento alla condizione sentimentale ed abitativa, quanto in relazione alla posizione occupata nel mondo del lavoro, si riscontra come, al *follow up*, gli ex pazienti si trovino in una posizione stabile o migliorata rispetto al momento in cui hanno iniziato il percorso terapeutico. I soggetti che hanno perso nel corso del tempo un rapporto sentimentale di coppia o non sono riusciti a rimanere nel mondo del lavoro, rappresentano infatti una minoranza, mentre in più casi – specialmente con riferimento alla posizione occupazionale – si è assistito ad un miglioramento della condizione iniziale.
Quando a breve si prenderà in considerazione la situazione di benessere complessivo del soggetto e l'eventuale presenza di ricadute nel gioco d'azzardo patologico, sarà necessario valutare l'eventuale incidenza di queste variabili familiari e lavorative, le quali, secondo le recenti *review* (Lovaste, Porta, Sambataro, 2015), rappresentano, se non fattori predittivi, quantomeno elementi che possono avere un peso significativo nel rischio di recidiva.
Prima di procedere è opportuno prestare attenzione ad un altro elemento che è stato indagato nel questionario di *follow up* e indicato come rilevante dalla letteratura sull'argomento (Blaszczynski, Steel, McConaghy 1997). Si tratta dell'uso[16] di diversi tipi sostanze, legali ed illegali. Il set di domande proposte agli ex utenti riguardava pressoché tutte le possibili sostanze d'abuso, tuttavia i risultati hanno posto in luce un uso significativo solo di 2 di queste: tabacco ed alcol. Rispetto al tabacco si rileva come oltre il 60% degli intervistati fumi quotidianamente, dato questo di molto superiore alla media nazionale, la quale, nel 2017 e per i soggetti con più di 15 anni, si attestava sul 22,3% (Pacifici, Palmi, Mastrobattista, 2017)[17]. Relativamente all'alcol, invece, si coglie una suddivisione "naturale" della popolazione in quartili: un quarto degli intervistati dichiara di non utilizzare mai alcun tipo di sostanza alcolica, un quarto le utilizza qualche volta all'anno o al mese, un altro 25% con cadenza tendenzialmente settimanale, ed infine un ultimo quarto beve quotidianamente o quasi. L'uso di sostanze illegali o il misuso di farmaci risultano pressoché assenti in questa popolazione: meno del 7% utilizza cannabinoidi con frequenze che vanno da "qualche volta all'anno" (N: 2) a "tutti i giorni o quasi" (N: 2) e per il resto (cocaina, allucinogeni, oppiacei, ecc.) non si riscontrano casi.

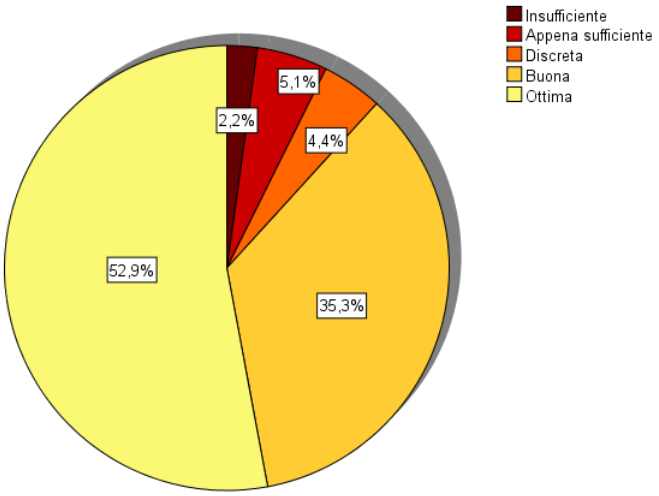
3.2.2. Valutazione del Servizio

In senso generale, i soggetti intervistati giudicano in modo estremamente positivo il trattamento ricevuto (Fig. 6): oltre la metà lo definisce infatti ottimo, più di un terzo buono ed i restanti lo giudicano invece discreto (4,4%), appena sufficiente (5,1%) o insufficiente (2,2%). L'insoddisfazione o la scarsa soddisfazione del percorso non sembra legata

[16] Si è scelto in questo contesto di chiedere all'intervistato solo se facesse uso di determinati tipi di sostanze, senza indagare più precisamente il tipo di rapporto con la sostanza (e dunque la possibilità di abuso o addirittura di dipendenza). Tale scelta è stata adottata per non appesantire ulteriormente un'intervista telefonica ed anche perché alcuni dati rispetto a diagnosi di abuso o dipendenza erano già in possesso del ricercatore (dati provenienti dalle cartelle cliniche).
[17] Si tenga in considerazione che il fumo di tabacco, così come altri comportamenti, quali ad esempio l'uso di sostanze stupefacenti o l'abuso di alcol, rappresentano fattori di vulnerabilità per il comportamento di gioco d'azzardo patologico (Serpelloni e Rimondo 2012; Petry 2007).

chiaramente né a variabili come il genere o l'età del soggetto, né all'anno di presa in carico e dunque alla maggiore esperienza del Servizio e dei professionisti che lo compongono rispetto a questo particolare tipo di dipendenza, né alle variabili che misurano la ritenzione in trattamento e la densità assistenziale o l'esito finale del percorso.

Fig. 6 – Complessivamente, come valuterebbe la qualità del trattamento che ha ricevuto? (Valori percentuali)



In linea con l'apprezzamento generale per il trattamento ricevuto, la stragrande maggioranza degli intervistati afferma che, se un amico si trovasse in una situazione simile a quella da loro esperita si consiglierebbe di rivolgersi al Ser.D. (il 71,9% lo consiglierebbe "decisamente" e il 17,3% "tendenzialmente"). Un andamento analogo – seppur con percentuali più basse (62,6% "decisamente" e 17,3% "tendenzialmente") – si riscontra prendendo in esame la domanda diretta (Se in futuro sentisse di aver bisogno di un altro trattamento pensa che tornerebbe al Ser.D.?).
A questo punto risultano di rilievo 2 questioni:

- la prima, più ovvia, è relativa alla medesima direzione delle 3 variabili appena considerate: specialmente prendendo in esame la minoranza di chi non si è detto soddisfatto del trattamento ricevuto o lo ha considerato appena sufficiente, si rileva come "decisamente" o "tendenzialmente" non tornerebbe al Servizio in caso di bisogno e non lo consiglierebbe ad un'altra persona in difficoltà rispetto alla gestione delle dinamiche di gioco;
- la seconda, meno banale e che verrà ripresa in seguito in modo più dettagliato, riguarda il fatto che oltre la metà degli intervistati dichiara di continuare a giocare, seppur con frequenze e modalità fra loro eterogenee, e ciò non sembra necessariamente correlato all'idea di avere un problema nella gestione del gioco e/o all'opportunità di tornare al Ser.D. per chiedere aiuto. Altresì detto, quasi la metà di coloro che dichiarano di giocare attualmente con una frequenza almeno settimanale asserisce che tornerebbe certamente al Servizio se avesse nuovamente bisogno di aiuto e percentuali analoghe si riscontrano nel caso in cui, anziché considerare la frequenza delle giocate, si domandi all'ex utente se abbia o meno la sensazione di avere il controllo nel momento in cui gioca (la metà di chi

dichiara di non avere mai o quasi mai il controllo nelle situazioni di gioco ha asserito che tornerebbe al Ser.D. in caso di bisogno). È opportuno precisare che nel corso delle interviste con i soggetti che hanno dichiarato di continuare a giocare, e specialmente nel caso in cui la persona abbia espresso apertamente di continuare ad avere difficoltà nella gestione dell'attività, di non riuscire a fermarsi e di avere coscienza di perdere il controllo, il malessere globale dell'intervistato è risultato spesso palese, tanto che non di rado l'intervistatore – pur non avendo questo come compito precipuo – ha invitato la persona a ripresentarsi al Servizio, così da poter essere supportata nella difficoltà esperita. Tali elementi verranno ripresi in seguito, per il momento si noti lo scollamento fra l'idea astratta di chiedere nuovamente aiuto al Ser.D. in caso di bisogno e l'atto concreto di non farlo pur avendo la percezione di essere in una condizione di malessere[18]. Fermo restando il principio dell'accesso volontario al Servizio e pur consapevoli di operare costantemente in una condizione di scarsità di risorse umane ed economiche, questo elemento potrebbe rappresentare uno spunto di riflessione rispetto all'opportunità di ricontattare periodicamente i pazienti per verificarne lo stato di salute generale, tanto più in considerazione del fatto che – come poc'anzi espresso – nell'ampia maggioranza dei casi si tratta di soggetti che si allontanano dal Servizio senza aver effettivamente concluso l'intero percorso terapeutico, ma avendo solamente superato l'iniziale momento di crisi (PGT: Accoglienza).

Sempre in relazione al Servizio, appare interessante notare che non tutti gli ex pazienti hanno pieno ricordo del tipo di presa in carico o, più precisamente, delle aree attivate nel suo/suoi PGT. In particolare si riscontra una certa confusione fra il ruolo dello psichiatra e quello dello psicologo. Analizzando però i livelli di soddisfazione per le singole aree non è possibile rilevare differenze significative: i punteggi sono fra loro analoghi ed in linea con quanto riferito a livello complessivo rispetto alla soddisfazione del trattamento ricevuto; questa mancata differenziazione può essere legata in parte alla difficoltà di distinguere i singoli percorsi che compongono i PGT, in parte – per alcuni ex pazienti – alla distanza temporale degli eventi (alcuni hanno infatti terminato il percorso oltre 10 anni fa), ed in parte ancora a fenomeni quali il *response set* o la desiderabilità sociale (intesa qui soprattutto nei termini di identificare un professionista come meno competente di un altro).

Gli elementi critici emersi rispetto al percorso di cura, pur non essendo numericamente molti, appaiono di interesse. Essi riguardano in particolare:

- Il *turn over* dei professionisti (soprattutto psicologi) che ha implicato la difficoltà nella creazione e nel successivo mantenimento dell'alleanza terapeutica, dando al soggetto un senso di discontinuità nella presa in carico;
- la cadenza degli appuntamenti ritenuta, da alcuni, eccessivamente dilatata nel corso del tempo: certuni ex pazienti hanno asserito che avrebbero necessitato di una presa in carico maggiormente "forte", avrebbero avuto bisogno di sentirsi più sostenuti – anche in termini di frequenza degli appuntamenti – mentre hanno avuto la sensazione di essere un po' "abbandonati" dal Servizio il che, a volte, li ha portati

[18] Nei 2 mesi successivi alla chiusura della raccolta dei dati tramite questionario, sono solamente 2 i pazienti GAP che, dopo essere stati intervistati, hanno scelto di ripresentarsi al Servizio chiedendo di essere nuovamente presi in carico.

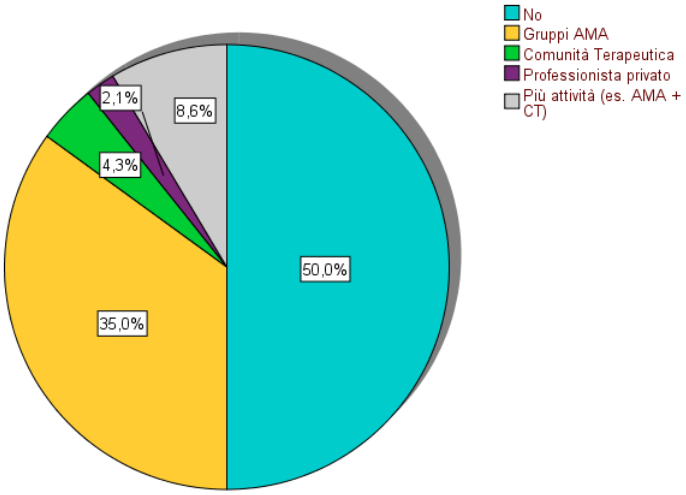
ad allontanarsi in via definitiva sentendo che, in quel modo, il sostegno diveniva per loro scarsamente efficace;

- la difficoltà ad intraprendere rapidamente un percorso in CT: non di rado i soggetti che giungono al Ser.D. per un problema di GAP arrivano portando un malessere acuto, che desidererebbe una risoluzione rapida e netta del problema. È così che più di qualche intervistato ha raccontato di essere giunto al Servizio con il chiaro desiderio di iniziare immediatamente un percorso in una Comunità Terapeutica, possibilmente distante dalle zone di residenza, per "staccare", "disintossicarsi" e riprendere poi il proprio percorso di vita con una prospettiva più serena. Questo bisogno di un immediato ingresso in CT, secondo certuni, non ha trovato adeguato riscontro e ciò ha rappresentato motivo di disappunto rispetto alla qualità della presa in carico;
- il luogo di cura in termini di dislocazione geografica: per i soggetti che vivono in territori distanti dai tre poli cittadini in cui si trovano le sedi del Servizio, non di rado la distanza geografica ha rappresentato uno scoglio rispetto al prosieguo della terapia;
- il luogo di cura in termini di immagine: come in parte già accennato, per i pazienti GAP è stigmatizzante frequentare lo stesso luogo di cura dei pazienti tossicodipendenti, con i quali sentono invero di avere poca o nessuna somiglianza. L'imbarazzo legato a ciò ha portato alcuni utenti a prediligere i gruppi AMA, ove questo aspetto stigmatizzante non si presenta e, viceversa, la condivisione emotiva con altre persone che hanno avuto percorsi di vita analoghi sembra garantire un sostegno forte.

Va notato che (Fig. 7) – benché la metà degli intervistati dichiari di non aver operato nessun altro tipo di trattamento durante il percorso al Ser.D. o dopo la conclusione dello stesso – il 35% afferma di aver scelto di rivolgersi proprio ai gruppi di Auto Mutuo Aiuto[19], l'8,6% di aver svolto più percorsi (prevalentemente in CT e, successivamente, un proseguimento con la frequentazione dei gruppi AMA). Vi è poi chi ha avuto uno o più percorsi in Comunità Terapeutica ed anche chi, in misura minoritaria, ha scelto di rivolgersi ad un professionista che opera privatamente.

[19] Rispetto a ciò, si tenga conto che, dal 1° gennaio 2012 è attivo il Progetto "Gioco d'azzardo problematico" che prevede una convenzione fra l'Azienda Sanitaria (specificamente il Ser.D.) e l'AMA, in sinergia col Dipartimento di Prevenzione, finalizzata ad affrontare questa nuova forma di dipendenza tramite l'implementazione di uno specifico percorso di presa in carico e di trattamento, ma anche tramite iniziative di informazione e sensibilizzazione sul gioco d'azzardo rivolte a tutta la popolazione (PAT e APSS, 2011, Verbale di deliberazione del Direttore generale, Reg. delib. n. 564/2011).

Fig. 7 - Dopo il termine del trattamento presso il Ser.D. (o durante lo stesso), è stato o è attualmente sottoposto ad un altro trattamento di recupero per la dipendenza da gioco d'azzardo patologico? (Valori percentuali)



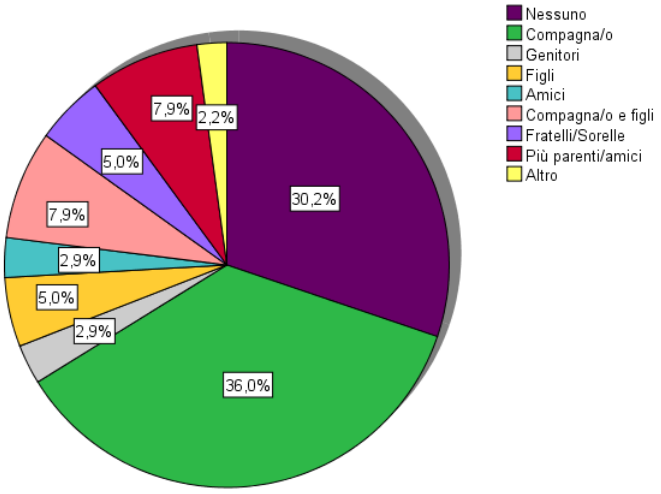
Agli oltre 50 soggetti che hanno svolto un percorso con AMA è stato chiesto quanto utile sia stato quel tipo di supporto e, analogamente a quanto riscontrato per il trattamento ricevuto al Ser.D., si rileva un livello di soddisfazione elevato (il 44,2% ritiene che la frequentazione dei gruppi AMA sia stata molto utile, il 26,9% abbastanza utile; i restanti si dividono fra chi dice di faticare a dare un giudizio in merito (13,5%), chi ha ritenuto quel tipo di supporto abbastanza inutile (11,5%) e chi molto inutile (3,8%). Non appaiono evidenti relazioni – positive o negative – fra i livelli di soddisfazione espressi rispetto al tipo di trattamento offerto dal Ser.D. e quello proposto dall'AMA.

Ultimo aspetto di rilievo rispetto al percorso di cura di questi pazienti riguarda un elemento che non fa parte dell'*ouput*, ma, stando a quanto ormai condiviso dalla letteratura scientifica (Barbara, Faillace, 2016), incide notevolmente sull'*outcome* e dunque sulla capacità di tenuta del paziente rispetto al mantenimento della condizione di remissione protratta continuativa e sul suo benessere complessivo. Tale elemento fa riferimento alla condizione di solitudine o meno del soggetto nell'affrontare il percorso di cura e dunque all'accompagnamento dello stesso da parte di un *caregiver*, capace di sostenerlo ed anche, monitorarlo. Il ruolo dei familiari nelle dinamiche della dipendenza da gioco d'azzardo patologico ed anche nei processi di cura e riabilitazione è stato ampiamente analizzato e valorizzato (Barbara, Faillace, 2016; Coletti, 2001, 2014; Marino, 2016; Pianarosa *et al*. 2016) e non può essere in alcun modo sottovalutato, anche se si tratta di un elemento che, in questa sede, può essere colto solo in modo limitato (dati *self-report*), in quanto non vi sono in cartella clinica chiari indicatori atti a cogliere la presenza o l'assenza di questa figura[20]. Per inciso, va anche detto che il ruolo familiare, oltre ad essere duplice (da un lato di sostegno alla cura, dall'altra di monitoraggio, *in primis* economico) e quindi particolarmente complesso, può anche essere sostituito da altre

[20] Si tenga conto che il gioco d'azzardo patologico può verosimilmente essere considerato come un disturbo della famiglia (Heineman, 1994), il quale necessita, dunque, di una presa in carico di tipo sistemico, che consideri l'intero nucleo e non il singolo soggetto.

figure professionali (primo fra tutti l'Amministratore di Sostegno) e non (in diversi casi gli ex utenti hanno raccontato di aver ricevuto particolare supporto da amici, colleghi, datori di lavoro, figure religiose, ecc.) (Fig. 8).

Fig. 8 - Nel suo percorso presso il SerD è stato sostenuto e/o accompagnato da qualcuno? (Valori percentuali)

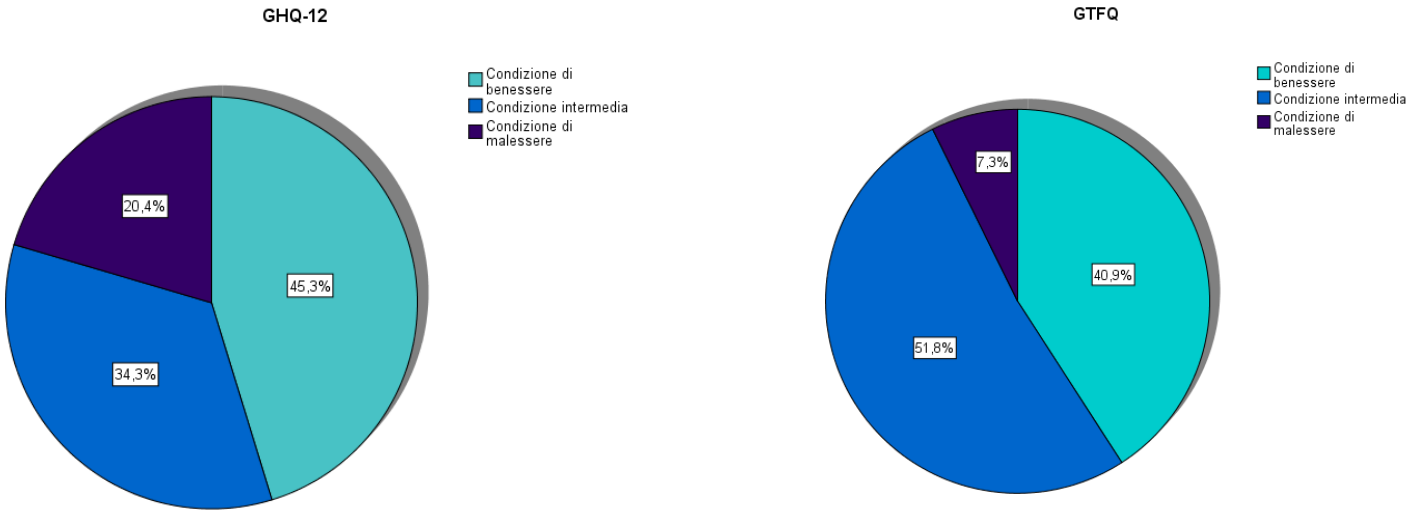


L'analisi dei dati, come in parte anticipato, mostra una situazione estremamente eterogenea. Il primo elemento da cogliere è relativo al fatto che, benché poco meno di un terzo degli ex pazienti dichiari di non essere stato sostenuto e accompagnato da nessuno nel proprio percorso di cura, oltre il 70% afferma di avere avuto qualcuno vicino che lo ha supportato. Si noti inoltre come, benché il ruolo preponderante sia dato dal partner, o dal partner e figli, vi siano altre figure di rilievo menzionate, e si consideri poi come in quasi l'8% dei casi gli intervistati abbiano indicato esplicitamente la presenza di diverse figure che hanno avuto un ruolo, a diverso titolo, nel percorso di cura.
Pur tenendo conto della significativa differenza numerica fra i 2 gruppi, sembra opportuno porre in luce come il gruppo di chi ha avuto un accompagnamento di qualcuno nel percorso di cura palesi una ritenzione in trattamento maggiore (media giorni in carico soggetti con nessun accompagnamento: 402 giorni; media giorni in carico soggetti con accompagnamento da parte di qualcuno: 504) e con un numero di ore complessive dedicate più elevato (nessun accompagnamento: 23,9 ore; qualche accompagnamento: 31,5 ore). Migliori risultano anche gli esiti (35,7% di insuccesso per chi ha svolto il percorso solo; 25,3% per chi è stato sostenuto da qualcuno) e più frequenti i PGT successivi a quello di accoglienza. Si anticipa inoltre che i soggetti che hanno avuto un qualche *caregiver* che li ha supportati sembrano manifestare complessivamente livelli di benessere maggiore e tendono a giocare d'azzardo ad oggi in misura minore dichiarando più spesso di avere controllo sull'attività in questione. Tali elementi verranno ripresi e meglio dettagliati in seguito.

3.2.3. Condizione di benessere del soggetto e comportamento di gioco

Come esplicitato nel secondo paragrafo, per cogliere il livello di benessere attuale degli intervistati si è scelto di utilizzare congiuntamente 2 strumenti: il *GHQ-12* e la parte relativa al benessere dell'utente presente nel più ampio *GTFQ* (da ora, per brevità, solo *GTFQ*).
Il *GHQ-12* ha un punteggio che varia da 0 a 36 e può essere poi suddiviso individuando 3 gruppi; il *GTFQ* ha un punteggio che varia da 12 a 60 e, anche in questo caso, è poi possibile poi suddividere i risultati in 3 gruppi ordinali.

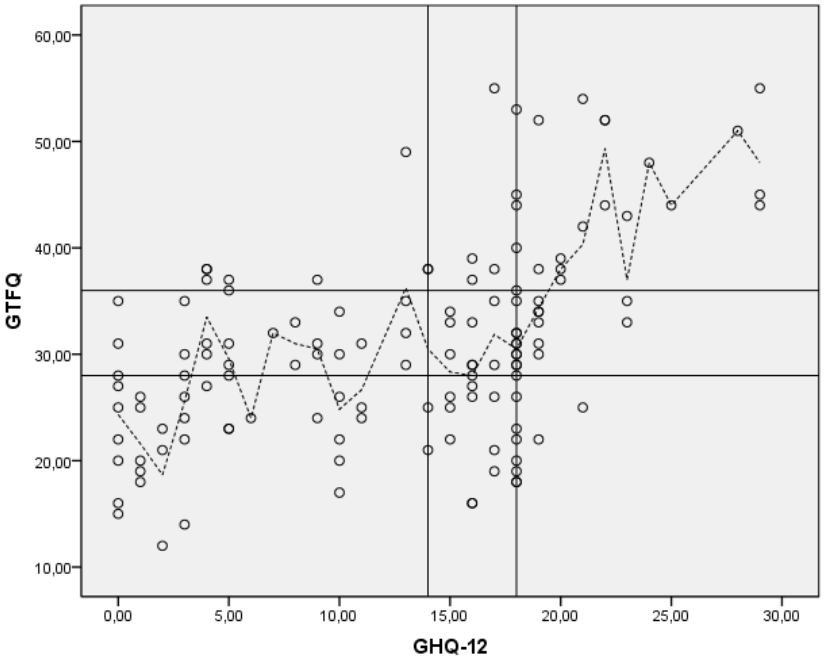
Fig. 9 – Confronto degli indici tipologici delle scale *GHQ-12* e *GTFQ* (Valori percentuali)



Come risulta evidente (Fig. 9), i due indici non offrono risultati perfettamente allineati e congruenti rispetto al benessere del soggetto intervistato. In particolare, nel *GHQ-12* risulta più ristretto il gruppo intermedio e, viceversa, più numerosi i 2 gruppi estremi. Nella figura sottostante (Fig. 10) si riportano, in un grafico a dispersione di punti, i valori globali ottenuti dai soggetti nelle due scale, così da rendere più evidenti le differenze di risultato; si precisa che, fermo restando una certa congruenza (si noti la direzione della linea di interpolazione)[21], era presumibile che le 2 scale offrissero esiti almeno in parte differenti, visto che prendono in esame tempistiche diverse (2 settimane/6 mesi) e si concentrano su aspetti differenti della vita del soggetto. Vi è, dunque, chi, pur non avendo dichiarato problematiche particolari in termini di depressione, insonnia o senso di autoefficacia, vive una condizione relazionale piuttosto povera e, viceversa, vi è chi, pur in un una condizione relazionale ed affettiva apparentemente soddisfacente, percepisce un malessere interiore piuttosto profondo.

[21] Si precisa che la correlazione fra le 2 scale risulta significativa al livello 0,000 con un valore r di Pearson pari a 0,502.

Fig. 10 - Confronto degli indici globali delle scale *GHQ-12* e *GTFQ* (Valori assoluti)

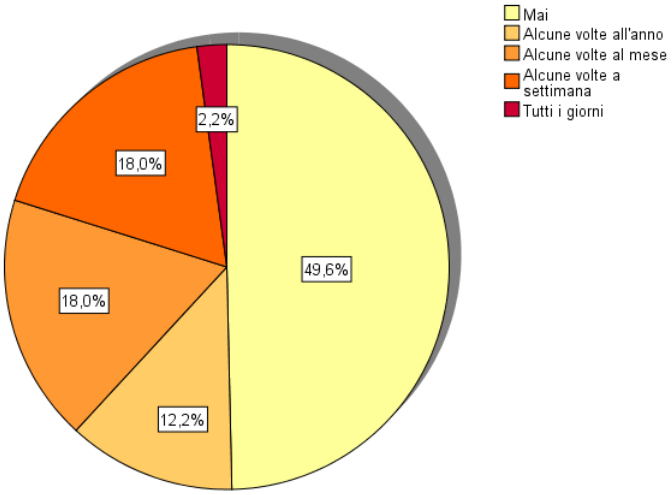


Al di là delle differenze appena poste in luce, si noti che sia considerando la *GHQ-12*, che prendendo in esame la *GTFQ*, le donne manifestano un livello di benessere significativamente più limitato rispetto agli uomini, inoltre – come presumibile – le persone affette da patologie organiche invalidanti dichiarano livelli di benessere di molto ridotti rispetto al resto degli intervistati, e lo stesso dicasi per coloro ai quali sono stati diagnosticati problemi psichiatrici o di abuso di sostanze (vedi sotto-paragrafo 3.1.2.). Parrebbe poi esserci una relazione con il fumo di sigarette o tabacco: le persone che fumano palesano una condizione di benessere minore rispetto a chi non fuma (ciò considerando ambedue le scale). Più complessa risulta invece la relazione fra benessere ed alcol: sempre in relazione ad entrambe le scale, emerge, infatti, che il livello di benessere maggiore è esperito da chi utilizza alcolici con cadenza tendenzialmente settimanale, mentre nei casi "estremi" (chi non beve mai e chi lo fa quotidianamente) i livelli di benessere calano, risultato questo che si porrebbe in linea con un filone di letteratura che sostiene l'appropriatezza del cosiddetto "bere moderato" o "responsabile" (fra i molti, Bertelli, 2016; Bonino, Cattelino, Ciairano, 2003; Bellis et al., 2007; Foley et al., 2004; Warner e White, 2003) anche se in questa sede non si può in alcun modo tralasciare il fatto che si sta prendendo in esame un tipo particolare di popolazione, caratterizzato da livelli di vulnerabilità elevati. Non è stato possibile porre in luce altre relazioni con le principali variabili socio-demografiche né con le variabili cliniche e relative al percorso di cura. Si anticipa però che è riscontrabile per ambedue le scale una relazione pressoché lineare con tutte le variabili che indagano i comportamenti di gioco.

Diventa dunque necessario presentare ora le risposte degli intervistati proprio rispetto a questo argomento. Si precisa che le domande sui comportamenti di gioco sono state suddivise in 2 momenti temporali differenti: la fase attuale (si è chiesto all'intervistato di considerare l'ultimo anno) e, più genericamente, il tempo intercorso fra il termine del percorso al Ser.D e il momento attuale. Questo perché molti soggetti hanno terminato il percorso di cura da diversi anni (si veda la figura n. 1), dunque era rilevante raccogliere informazioni non solo su quanto sta accadendo ad oggi nella vita dell'ex utente, ma anche

sul percorso complessivo che ha avuto dal momento in cui è terminata la terapia al Servizio.
Relativamente alla situazione attuale (Fig. 11) si riscontra come meno della metà della popolazione in esame asserisca di non giocare mai; poco più del 10% dichiara di farlo qualche volta all'anno, il 18,0% qualche volta al mese e i restanti con frequenze maggiori: qualche volta a settimana (18,0%) o addirittura tutti i giorni (2,2%).

Fig. 11 – Attualmente le capita di giocare? (Valori percentuali)

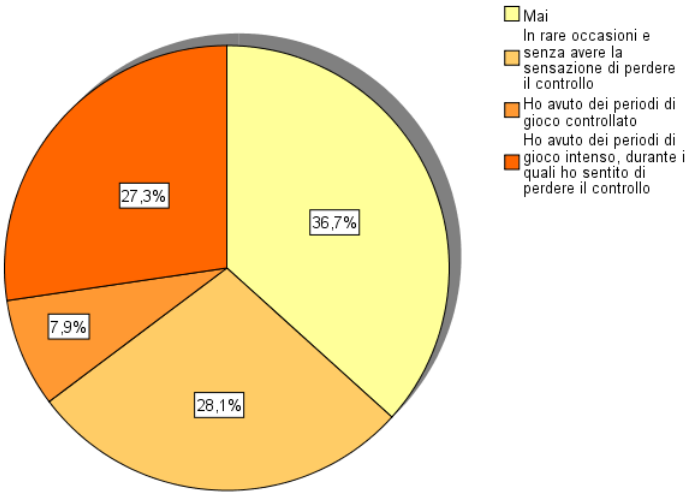


Oltre al dato relativo alla frequenza di gioco, si è tentato di indagare anche la modalità con cui il comportamento viene messo in atto, in particolare si è chiesto all'intervistato se, nelle occasioni di gioco, avesse o meno la sensazione di riuscire a mantenere il controllo dell'attività[22]. Anche rispetto a ciò il dato emergente appare piuttosto allarmante, in quanto solo il 30,0% degli intervistati dichiara di avere "pieno controllo" nei momenti di gioco, il 20,0% asserisce di "avere controllo nella maggior parte delle situazioni", ma il soprattutto il 24,3% dice di "perdere a volte il controllo" ed infine il 25,7% afferma di "non avere mai o quasi mai il controllo". Non è possibile identificare una relazione perfettamente lineare fra le 2 variabili, tuttavia è possibile notare come quasi i ¾ di coloro che dichiarano di non avere mai o quasi mai il controllo sull'attività ludica siano persone che giocano tutti i giorni o alcune volte a settimana, mentre, all'inverso, la maggioranza di chi sostiene di avere sempre pieno controllo dichiara altresì di giocare con frequenze minori (qualche volta all'anno o qualche volta al mese).
Considerando l'arco temporale che va dal termine del percorso al Ser.D. alla fase attuale – arco di tempo che, lo si ricorda, è estremamente variabile in questa popolazione – si coglie, come presumibile, una situazione in cui una quota ancor maggiore di soggetti asserisce di essersi ritrovato a giocare con una perdita del controllo rispetto alla situazione più o meno marcata (Fig. 12). Il dato maggiormente rilevante è quello relativo al 27,3% di

[22] Tale domanda è stata posta, ovviamente, solo a coloro i quali avevano dichiarato di aver giocato almeno una volta nell'ultimo anno, per un totale di 70 soggetti.

ex utenti che dichiara di aver vissuto “periodi di gioco intenso” durante i quali ha esperito un senso di perdita del controllo[23].
Tali risultati assumono rilievo poiché, come noto, gli studi di prevalenza sui comportamenti di *addiction* – i quali si basano principalmente su dati *self-report* raccolti tramite intervista – tendono a sottostimare i dati; ciò da un lato per una tendenza innata a mentire sui propri comportamenti legati al problema di dipendenza, e dall’altro per possibili dimenticanze in merito (Bessa *et al.*, 2009; Dunn *et al*., 2011; Laure *et al.* 2004; Zaldívar Basurto *et al*., 2009).

Fig. 12 – Dopo aver terminato il programma al SerD, le è capitato di tornare a giocare? (Valori percentuali)



Relativamente alle variabili che indagano i comportamenti di gioco attuali e comunque successivi al termine del percorso al Ser.D., non è possibile cogliere relazioni chiare rispetto al genere, all’età, alla situazione lavorativa ed affettiva dell’intervistato e neppure in relazione alle problematiche di salute (fisica o psicologica). Sembra esserci però una qualche relazione con la situazione abitativa: in particolare, le persone che vivono sole, rispetto a quelle che abitano con il partner o con il partner ed i figli, sembrano più propense a giocare nella fase attuale, dichiarano più frequentemente di trovarsi in situazioni di perdita di controllo dell’attività di gioco e, altresì, affermano più spesso degli altri di aver avuto, dopo il percorso di cura, periodi di gioco intenso con perdita del controllo. La medesima tendenza si riscontra considerando la variabile dicotomizzata relativa all’accompagnamento da parte di un *caregiver* durante il periodo di cura: coloro che sono stati sostenuti da qualcuno nel percorso al Ser.D. dichiarano, infatti, di giocare meno, di avere più controllo e di aver globalmente giocato meno (o in modo più controllato) dal termine del percorso ad oggi rispetto a chi, invece, ha affrontato il percorso da solo. Ancora una volta, dunque, sembra possibile rilevare come la figura di un

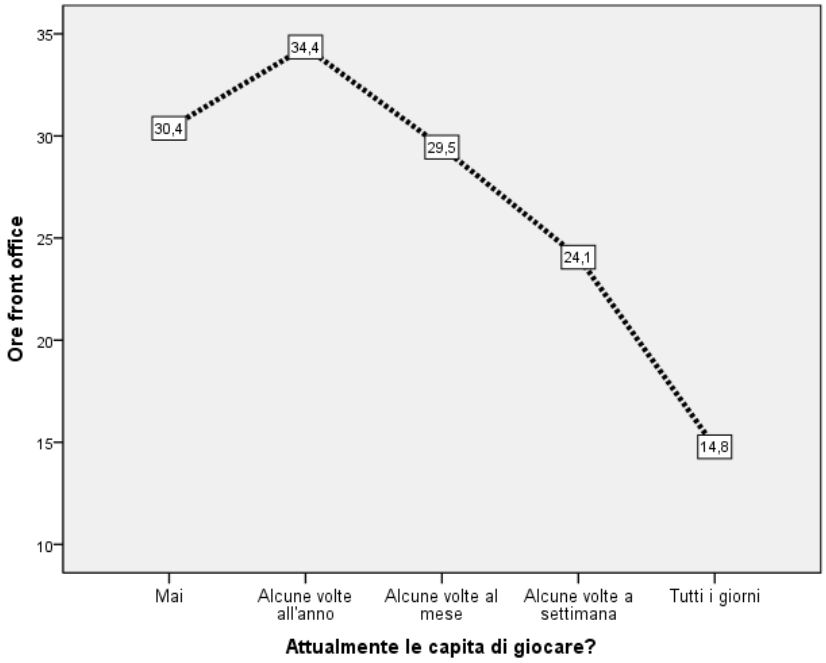
[23] Si precisa che a coloro i quali hanno dichiarato di non aver mai giocato dal termine del percorso al Ser.D. sino al momento attuale si è domandato se avessero mai avuto il desiderio o la tentazione di farlo. Benché oltre il 60% dichiari di non aver mai avuto pensieri a tal proposito e il 18,4% asserisca di aver avuto il desiderio di giocare “poche volte”, il 16,4% dice di aver avuto la tentazione “alcune volte” e il 4,1% “molte volte”.

caregiver, che da un lato possa sostenere il soggetto e dall'altro monitorarlo, rappresenti un elemento protettivo rispetto al mantenimento di una condizione di remissione protratta continuativa o, quantomeno, di una gestione il più possibile controllata delle attività di gioco, così come d'altra parte è stato riscontrato già in diverse analisi (Barbara, Faillace, 2016; Ferrari Ibaddu *et al*., 2016).

Se si analizzano poi i comportamenti di gioco post trattamento in relazione ad alcune variabili cliniche e di soddisfazione del percorso di cura svolto, si riscontra che:

- Non c'è relazione fra le stesse ed i livelli di soddisfazione del percorso al Ser.D., il fatto di aver frequentato o meno gruppi AMA e di averli ritenuti utili o di aver svolto altri tipi di percorsi terapeutici (professionisti del privato, CT, ecc.);
- Sembra esserci una relazione, seppur non lineare, fra la variabile che misura il comportamento di gioco attuale e le variabili che sono state utilizzate per misurare la ritenzione in trattamento e la densità assistenziale, mentre non emergono chiari nessi con le altre 2 variabili (quella relativa al senso di controllo sul comportamento di gioco e quella che misura il comportamento di gioco dal termine del percorso al Ser.D. ad oggi). In particolare, tanto considerando il numero di giorni totali di presa in carico, quanto analizzando le ore dedicate in *front office,* e dunque la spesa sostenuta dal Servizio per singolo paziente, si riscontra come coloro i quali dichiarano di non giocare mai o di farlo alcune volte all'anno abbiano globalmente avuto una ritenzione in trattamento più lunga ed una densità assistenziale maggiore rispetto a chi, viceversa, dichiara di giocare alcune volte a settimana, se non tutti i giorni. A titolo esemplificativo, di seguito si riporta un grafico (Fig.13) nel quale viene messo in relazione l'attuale comportamento di gioco con il numero di ore dedicate in *front office* mediamente al paziente.

Fig. 13 – Ore dedicate in front office al paziente in relazione all'attuale comportamento di gioco (Valori medi)



- Una relazione piuttosto evidente si coglie anche considerando i comportanti di gioco (attuali e post trattamento) in relazione al tipo e all'esito dell'ultimo PGT. I

soggetti che hanno concluso il proprio percorso al Servizio con un PGT diverso da quello di Accoglienza – in ordine, Stabilizzazione del sintomo, Induzione al cambiamento o Gestione del cambiamento – hanno tutti, linearmente, dichiarato di giocare meno di chi, invece, ha concluso con un PGT di Accoglienza[24]. Parimenti, lo stesso tipo di andamento si ritrova considerando l'esito finale del Progetto terapeutico (successo, successo parziale, insuccesso) e la modalità di chiusura dello stesso (conclusione o interruzione). Una relazione meno netta si riscontra invece considerando questi parametri relativi all'esito del percorso in rapporto alla sensazione di perdita del controllo nel momento in cui si pratica l'attività.

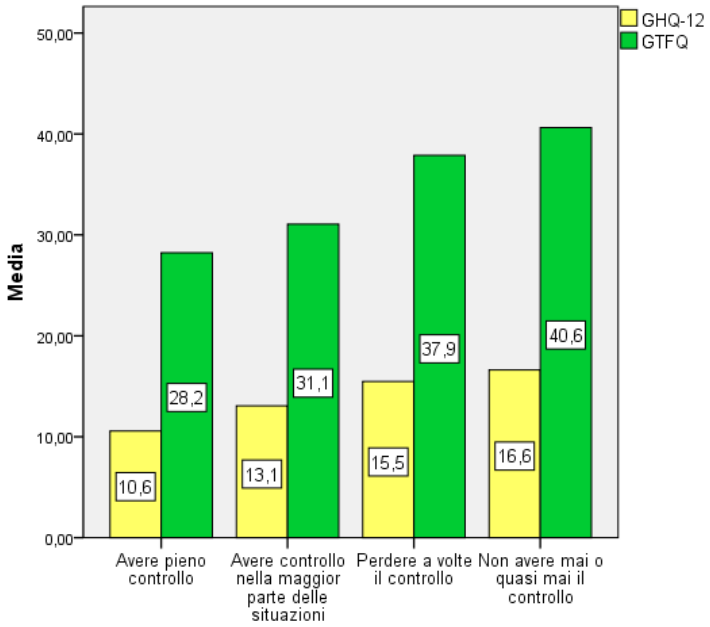
Come già accennato, una relazione evidente è riscontrabile invece ponendo a confronto le variabili che analizzano il comportamento di gioco con le 2 scale utilizzate per misurare il grado di benessere attuale degli intervistati. Nello specifico, i soggetti che giocano più frequentemente, che lo hanno fatto dal termine del percorso al Ser.D. ad oggi, e che più spesso hanno la sensazione di perdere il controllo mentre praticano l'attività, manifestano livelli di malessere più elevati. Tale relazione è lineare nel caso della variabile che misura il comportamento di gioco dalla chiusura del percorso di cura ad oggi e per quella che considera la sensazione di perdita del controllo, mentre per ciò che riguarda la variabile che analizza il comportamento di gioco attuale, pur essendo evidente la tendenza positiva della relazione fra variabili, non vi è perfetta linearità e concordanza fra le 2 scale[25]. Di seguito si riportano, a titolo di esempio, i valori medi delle 2 scale che misurano il benessere[26] in relazione alla variabile "perdita del controllo durante l'attività di gioco" (Fig. 14).

[24] Chi ha concluso con un PGT di Accoglienza dichiara nel 44,3% (N: 35) dei casi di non giocare mai; tale percentuale sale all'85,7% (N: 12) per coloro che hanno concluso il percorso con un PGT di Gestione del cambiamento. Chi ha concluso con un PGT di Stabilizzazione del sintomo o Induzione al cambiamento si trova in una posizione intermedia (rispettivamente, 45,7%, N: 16; 66,7%, N: 6).

[25] I soggetti che dichiarano di non giocare mai, ottengono un punteggio globale pari a 27,8 per il *GTFQ* e di 11,8 per il *GHQ-12*, coloro che giocano alcune volte all'anno hanno un punteggio di 30,2 per il *GTFQ* e di 12,6 per il *GHQ-12*, coloro che giocano alcune volte al mese totalizzano 31,6 nel *GTFQ* e 11,2 nel *GHQ-12*, quelli che giocano alcune volte a settimana raggiungono un punteggio di 39,3 nel *GTFQ* e 16,8 nel *GHQ-12*, ed infine chi gioca sempre raggiunge il punteggio di 38,0 per il *GTFQ* e di 17,3 per il *GHQ-12*.

[26] Si ricorda che all'aumentare del punteggio della scala aumenta il livello di malessere esperito dal soggetto.

Fig. 14 – Scale GHQ-12 e GTFQ in relazione alla sensazione di perdita di controllo nel momento del gioco *(Rispetto al gioco al momento sente di…)* (Valori medi)



La stretta relazione fra comportamento di gioco post- trattamento, percezione di non essere in grado di gestire adeguatamente i momenti in cui si pratica l'attività e condizione di malessere esperita dai soggetti intervistati offre spunti di riflessione potenzialmente utili al Servizio, poiché rimanda un quadro di problematicità che, per una quota non trascurabile di soggetti (almeno un terzo), risulta non superato nonostante l'intervento terapeutico.

Si noti, inoltre, che gli aspetti legati ai comportamenti di gioco non risultano chiaramente correlati ai tempi trascorsi dal termine del percorso di cura. L'analisi dei dati ha permesso però di cogliere una certa correlazione negativa fra il tempo trascorso dal termine del percorso di cura e il punteggio totalizzato nella scala *GHQ-12* (r di Pearson: -0,489, livello significatività: 0,000)[27]: altresì detto, coloro che hanno terminato da poco il percorso al Ser.D. dichiarano di stare meno bene di chi, invece, lo ha concluso da più tempo.

Prima di concludere restano 2 ultime questioni da esplicitare, sempre relative ai comportamenti di gioco. La prima riguarda i debiti contratti a causa dell'attività in questione: benché il 43,9% degli intervistati dichiari di non aver mai contratto debiti a causa del gioco, i restanti asseriscono invece di aver dovuto chiedere dei prestiti. Nello specifico, il 30,2% asserisce di aver contratto dei debiti ma di averli già estinti, mentre il 25,9% precisa di doverli ancora estinguere[28]. Questi ultimi sono quelli che hanno concluso il percorso al Ser.D. da meno tempo. La seconda questione concerne la commissione di reati legati, direttamente o indirettamente, all'attività di gioco; in questo caso il numero di soggetti implicati risulta estremamente limitato (N: 7) e tutti dichiarano che si tratta di procedimenti comunque già conclusi.

[27] Una relazione analoga si riscontra anche con il *GTFQ*, ma il test non risulta significativo.
[28] Questo dato risulta sottostimato rispetto a quello rilevato in altre recenti indagini (Redaelli *et al*., 2016).

4. Conclusioni

L'analisi qui presentata aveva l'obiettivo di "indagare" la situazione degli ex utenti GAP che si sono rivolti al Ser.D. della Provincia Autonoma di Trento negli ultimi 12 anni. Sono stati analizzati tanto gli aspetti relativi agli *output* quanto quelli concernenti l'*outcome*, tentando, per quanto possibile, di mettere in relazione i due elementi.
Lo studio ha restituito molti spunti che potenzialmente possono rivelarsi utili anche al fine di ripensare alcune modalità procedurali e di presa in carico. Se, infatti, è vero che alcuni elementi possono essere considerati come "cartine al tornasole" del positivo lavoro svolto dai professionisti che operano quotidianamente all'interno del Servizio (si pensi al fatto che chi ha concluso positivamente il percorso, avendo una ritenzione in trattamento più alta e godendo di una densità assistenziale maggiore, tende a staccarsi dal gioco o, comunque, a giocare in misura minore e meno problematica, degli altri), è altresì vero che restano alcuni elementi di criticità. A nostro parere i più rilevanti sono tre. Il primo riguarda un aspetto che potrebbe essere definito "strutturale" e sta nella quota significativa di soggetti che asserisce di continuare a giocare anche dopo la conclusione del trattamento e che, più globalmente, manifesta livelli di benessere limitati. Come accennato in precedenza, è ormai pensiero condiviso che le dipendenze comportamentali, così come le tossicodipendenze, rappresentino una malattia cronica ad andamento recidivante, dunque non è ipotizzabile una "guarigione definitiva" ma solo una condizione di remissione protratta continuativa, alla quale è inevitabilmente associato il continuo rischio di ricaduta (Ferrari Ibaddu et al., 2016). Il secondo elemento interessante riguarda quella sorta di "scollamento" che si è posto in luce rispetto al fatto che una quota certamente non trascurabile di soggetti asserisce di valutare molto positivamente il trattamento ricevuto, tanto che tornerebbe al Servizio in caso di bisogno, ma poi dichiara altresì di giocare ancora, di non avere pieno controllo sull'attività, di non vivere una reale condizione di benessere e, concretamente, non si ripresenta al Servizio. Un terzo elemento riguarda la presenza/assenza di una figura di accompagnamento nel percorso terapeutico prima, e nella fase successiva poi. I dati raccolti sembrano infatti dimostrare come, in accordo con quanto rilevato in altre analisi (Barbara, Faillace, 2016; Coletti, 2014; Ferrari, Ibaddu et al. 2016), la presenza di un *caregiver* funga da risorsa fondamentale, in quanto elemento protettivo rispetto alla ricaduta nel gioco. Tale presenza è associata a livelli di benessere maggiore, e tende a garantire un percorso terapeutico più continuativo con una maggior probabilità di esiti positivi.
Complessivamente questo studio ha il pregio di aver proposto un'analisi di *follow up* di lungo periodo rispetto ad un gruppo di pazienti particolari, forse ancora non adeguatamente conosciuti e riconosciuti dai Servizi. Tali utenti, infatti, faticano a riconoscersi in un quadro diagnostico simile a quello del tossicodipendente e tendono a percepire come stigmatizzante il fatto di dover accedere ai medesimi luoghi di cura.
A conclusione restano da fare alcune precisazioni di carattere metodologico sull'impostazione e il lavoro di ricerca, utili per evitare troppo facili generalizzazioni dei risultati conseguiti. Qui è stata analizzata una singola popolazione e manca chiaramente un gruppo di controllo; inoltre, non essendoci uno studio pre e post trattamento, gli indicatori utilizzati per l'*output* sono in buona parte "operatore dipendente", mentre l'analisi dell'*outcome*, pur accurata sul piano metodologico, non ha raggiunto un pieno grado di

completezza, sia per assenza del gruppo di controllo, sia per i limiti intrinseci dello strumento dell'intervista telefonica. Non va trascurato il fatto che, seppur i tassi di risposta siano stati elevati, la quota di soggetti non contattabili è risultata consistente. Le debolezze metodologiche dello studio sono dunque evidenti, tuttavia si ritiene che, in un quadro complessivo in cui, soprattutto nel nostro Paese, le analisi di valutazione, in particolare di *follow up*, risultano scarse e piuttosto limitate, esso possa restituire alcuni validi spunti sia agli operatori che ai ricercatori del settore.

Riferimenti bibliografici

APA, (2013), *DSM V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association.

Barbara B., Faillace G. (2016*), Il gioco d'azzardo: diagnosi sistemica e terapia familiare*, in Lucchini A. (a cura di), *Il gioco d'azzardo patologico. Esperienze cliniche, strategie operative e valutazione degli interventi territoriali*, Franco Angeli, Milano.

Bech P., (1998) *WHO-5 (versione italiana)*, disponibile al link: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Italian.pdf

Bellio G., (2014), *L'ambulatorio per il gioco d'azzardo patologico nei servizi pubblici per le dipendenze: modelli organizzativi, prospettive, criticità*, in Bellio G., Croce M. (a cura di), *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti,* Franco Angeli, Milano.

Bellis M.A., Hughes K., Morleo M., Tocque K., Hughes S., Allen T., Harrison D., Fe-Rodriguez E., (2007), *Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm*, in "Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy", Vol.2(15), disponibile al link: https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-2-15

Bertelli B. (2016), *Presentazione*, in Bertelli B., Molin V. (a cura di), *Aggregazioni giovanili e alcol a Trento. Happy hours, movida, divertimento fra tolleranza, conflitto, mediazione e prevenzione*, Valentina Trentini Editore, Trento.

Bessa M.A., Mitsuhiro S.S., Chalem E., Barros M.M., Guinsburg R., Laranjeira R. (2010), *Underreporting of use of cocaine and marijuana during the third trimester of gestation among pregnant adolescents*, in "Addictive Behaviors", Vol. 35(3), pp. 266 – 269.

Blaszczynski A., Nower I. (2002), *A pathways model of problem and pathological gambling*, in "Addiction", Vol. 97, pp. 487 – 499.

Blaszczynski A., Steel Z., McConaghy N. (1997), *Impulsivity in Pathological Gambling: The Antisocial Impulsivist*, in "Addiction", Vol. 92 (1), pp. 75 – 87.

Bonino S., Cattelino E., Ciairano S., (2003), *Adolescenti e rischio: comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Giunti, Firenze.

Broggi P., Lucchini A. (2016), *Territorio e gioco d'azzardo patologico: costruzione e senso di una progettualità*, in Lucchini A. (a cura di), *Op. cit*.

Coletti M. (2001), *L'impatto del gambling compulsivo sulle dinamiche relazionali*, in Croce M., Zerbetto R., (a cura di), *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano.

Coletti M. (2014), *L'approccio relazionale: coppia e famiglia*, in Bellio F., Croce M. (a cura di), *Op. cit*.

Conte G., D'Alessandris L., Vasale M., Franza R., Fanella F., Righino E., Pettorruso M., Allegretti L., Tonioni F. (2012), *Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: studio preliminare di un modello terapeutico-riabilitativo di gruppo*, in "Italian Journal on Addiction", Vol. 2, 165 – 174.

Cowlishaw S., Merkouris S., Dowling N., Anderson C., Jackson A., Thomas S., (2012), *Psychological therapies for pathological and problem gambling*, in "Cochrane Database Syst Review", Vol. 11.

Diener E., Emmons, R.A., Larsen R.J., Griffin S., (1985), *The Satisfaction With Life Scale*, in "Journal of Personality Assessment", Vol. 49(1), 71 – 75.

Dunn M., Thomas J.O., Swift W., Burns L., (2011), *Recreational substance use among elite Australian athletes*, in "Drug Alcohol Review", Vol. 30(1), pp. 63 – 68.

Favini P., Zanini M.T., Costantino E., Degani F., Nardulli C., Priora C., Brigada C., Varri A., Panzarasa A., Mauri A., (2016), *Esperienza clinica e gruppi psicoeducativi nell'ambito del trattamento del gioco d'azzardo patologico. Studio osservazionale ASL Pavia*, in Lucchini A. (a cura di), *Op. cit*.

Ferreri Ibaddu G., Tombini P., Arcieri R., Prestipino A., Riglietta M. (2016), *Indicazioni di buone prassi nella diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo patologico nei servizi delle dipendenze*, in Lucchini A. (a cura di), *Op. cit.*

Foley K.L., Altman D., Durant R.H., Wolfson M. (2004), *Adults' approval and adolescents' alcohol use*, in "The Journal of adolescent health", Vol.35 (4), 17-26.

Goldberg D., & Williams P., (1988), *A user's guide to the General Health Questionnaire*, NFER-Nelson, Windsor, UK.

Grall-Bronnec M., Bruneau M., Bouju G., Caillon J., (2014), Vulnérabilité liée au sexe, 3rd International Multidisciplinary Symposium on Excessive Gambling, Université de Neuchâtel, CH.

Griffiths M.D., (2005), *A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework*, in "Journal of Substance Use", Vol. 10, pp. 191 – 197.

Heineman M. (1994), *Compulsive gambling: structured family intervention*, in Jounrnal of Gambling Studies, Vol. 10(1), pp. 67 – 76.

Kirouac M., Witkjewitz K., Donovann D.M., (2016), *Client Evaluation of Treatment for Alcohol Use Disorder in COMBINE*, in "Journal Substance Abuse Treatment", Vol. 67, pp. 38 – 43.

La Barbera D., Matinella A. (2010), "Comorbilità, fattori predittivi, caratteristiche di personalità", in Picone F. (a cura di) *La terapia del giocatore patologico*, Carocci, Firenze.

Laure P., Lecerf T., Friser A., Binsinger C., (2004), Drugs, recreational drug use and attitudes towards doping of high school athletes, in "International Journal of Sports Medicine", Vol. 25(2),pp. 133 – 138.

Lovaste R., Porta A., Sambataro F. (2015), "Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: misure e iniziative", in Caneppele S., Marchiaro M. (a cura di), *Gioco d'azzardo patologico: Monitoraggio e prevenzione in Trentino*, Transcrime – Università degli Studi di Trento, Trento, pp. 129 – 176.

Marino V. (2016), *Gioco, gioco d'azzardo e disturbo da gioco d'azzardo: analogie e differenze*, in Lucchini A. (a cura di), *Op. cit.*

Marsden J., Stewart D., Gossop M., Rolfe A., Bacchus L., Griffiths P., Clarke K., Strang J., (2000), *Assessing Client Satisfaction with Treatment for Substance Use Problems and the Development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)*, in "Addiction Research", Vol. 8(5), 455 – 470.

Milesi A., Clerici M., (2001) "Gioco d'azzardo, comorbidilità e strutture di personalità", in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, Franco Angeli, Milano.

Pacifici R., Palmi I., Mastrobattista L., (2017), *Indagine DOXA-ISS 2017. Il fumo di tabacco degli italiani*, disponibile al link: http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/2_2017/02-2_2017.pdf

Palumbo M., Pellegrini F. (2005), "Presentazione", in Ugolini P. (a cura di), *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna*, Franco Angeli, Milano.

Pani R., Biolcati R. (2006), *Le dipendenze senza droghe*, De Agostini Scuola, Novara.

Petri N.M., (2007), *Gambling and Substance Use Disorders: Current Status and Future Directions*, in "The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions", Vol. 16(1), pp. 1 – 9.

Pianarosa L., Carnino C., Bresciano M., Giachero L., Pellerano F., Rossi F. (2016), *Gioco d'azzardo: fuori dal gioco e parole in gioco, due interventi di gruppo nel dipartimento patologia delle dipendenze ASL TO1 ex Ovest*, in Lucchini A. (a cura di), *Op. cit*.

Pozzi G., Tempesta E. (a cura di), (1995) EuropAsi questionario di follow-up dell'intervista EUROPASI, disponibile al link: http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/Istruzio.pdf

Redaelli S.F., Mongiovi G., Novichov C., Zita G., Cozzolino E., (2016), *"Adesso pago io". La gestione controllata del denaro come intervento sociale nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo*, in Lucchini A. (a cura di), *Op. cit*.

Ryff C.D., Dienberg Love G., Urry H.L., Muller D., Rosenkranz M.A., Friedman E.M., (2007), *The 42- item Psychological Wellbeing (PWB) Scale*, disponibile al link: http://sparqtools.org/mobility-measure/psychological-wellbeing-scale/

Serpelloni G., Simeoni E., (2006), "La valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica", in Serpelloni G., Macchia T., Mariani F. (a cura di), *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*, disponibile al link: http://www.giovanniserpelloni.it/pdf/pdf292.pdf

Serpelloni G., Rimondo C., (2012), *Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*, in "Italian Journal on Addiction", Vol. 2(3-4), disponibile al link: da http://www.ija-dpa.it/journal/index.php/ija/article/view/30

Sharpe L. (2002), *A reformulated cognitive-behavioural model of problem gambling. A biopsychosocial perspective*, in "Clinical Psychology Review", Vol. 22, pp. 1 – 25.

Simpson D.D., Brown, B., (1999), *Special issue: Treatment process and outcome studies from DATOS*, in "Drug and Alcohol Dependence", Vol. 57(2), pp. 81 – 174.

Stinchfield R., Winters K.C., Dittel C., (2008), *Evaluation of State-Supported Pathological Gambling Treatment in Minnesota*, disponibile al link: https://gaming.ny.gov/gaming/20140409forum/Reilly%20(National%20Responsible%20Gambling%20Council)/Supplemental%20Material/Gambling%20Screens/Gambling%20Treatment%20Outcome%20Monitoring%20System%20Screem.pdf

Ware J.E., Kosinski M.M., Keller S.D., (1996), *A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity*, in "Medical Care", Vol. 34(3), pp. 220 – 233.

Warner L. A., White H. R., (2003), *Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking*, in "Substance use & misuse", Vol.38 (14), pp. 1983 – 2016.

Williams R.J., Hann R.G., Schopflocher D., West B., McLaughlin P., White N., King K., Flexhaug T., (2015), Quinte Longitudinal Study of Gambling and Problem Gambling. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre. Guelph, Ontario. February 20, 2015, disponibile al link: http://hdl.handle.net/10133/3641

Zaldívar Basurto F., García Montes J.M., Flores Cubos P., Sánchez Santed F., López Ríos F., Molina Moreno A., (2009), *Validity of the self-report on drug use by university students: correspondence between self-reported use and use detected in urine*, in "Psicothema", Vol. 21(2), pp. 213 – 219.