



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXVI • n. 1 • gennaio-giugno

IN PRIMO PIANO

2 Al vertice della SIP: Claudio Mencacci

di A. Giannelli

3 Lettera dal presidente della Società Italiana di Psichiatria

di C. Mencacci

5 Neuroetica e psichiatria

di A. Giannelli

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

12 Il polo ospedaliero della psichiatria nel modello di organizzazione per intensità di cura

di E. Bondi, S. Cesa, L. Chiappa, M. Rabboni

22 Depressione e disturbi cardiovascolari

di A. Bertani, C. Gala

27 L'unicità molecolare della Depressione Maggiore: considerazioni biologiche e implicazioni teoretiche

di M. Cocchi, L. Tonello, F. Gabrielli, A. Castaldo

35 L'esperienza dell'ambulatorio vademecum per l'ansia e la depressione: orientamenti per una medicina di comunità

di F. Colmegna, E. Biagi, E. Giampieri, U. Mazza, L. Zappa, A. Lax, F. Bartoli, M. Clerici

40 L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano

di C. Di Lello, S. Taddei, A. Cataldi, E. Ronchi, P. Miragoli, G. Pozzi, C. Dudek, G. Biffi, P. Pismataro

46 Individuazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in soggetti a rischio: prospettive di prevenzione

di V. Venturi, G. Cerveri, G. Migliarese, M. Riva, I. Tedeschi, C. Mencacci

NOTE DAI CONVEGNI

56 VI Convegno della F.I.A.P.

Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia

58 Disturbi affettivi tra ospedale e territorio: la sfida per una corretta risposta di cura

SPAZIO APERTO

62 Il progetto del Policlinico di Milano per i disturbi psicopatologici derivanti dalla crisi in atto

Comunicato Stampa

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:

Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN COPERTINA: *Jeanne de Lorme de Lisle*
Joseph Chinard, 1802

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Individuazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in soggetti a rischio: prospettive di prevenzione

Viviana Venturi* **, Giancarlo Cerveri*,
Giovanni Migliarese*, Marco Riva*,
Ilaria Tedeschi*, Claudio Mencacci*

INTRODUZIONE

In tutta l'area atlantica, l'industria del gioco È cresciuta in modo estremamente significativo negli ultimi 20 anni. Negli Stati Uniti nel 1978 il gioco d'azzardo era legale soltanto in 2 stati, mentre nel 1997 soltanto in 2 stati non era stato legalizzato (Paſternak, 1997). Vari studi sottolineano che la prevalenza dei problemi legati al gioco d'azzardo sia aumentata parallelamente alla maggior disponibilità dei giochi (24; 29; 17; 35; 26).

Le ricerche in letteratura suggeriscono l'esistenza di un *continuum* di modalità di gioco; È possibile distinguere quindi tra: *giocatore sociale*, ovvero colui che gioca in modo occasionale o abituale ma senza che questo interferisca con la vita quotidiana; *giocatore problematico*, che non ha un pieno controllo sul gioco; *giocatore patologico*, con una dipendenza effettiva per il gioco e preoccupanti risvolti individuali e sociali.

Il termine di gioco "patologico" introduce dunque il concetto di malattia correlabile al gioco d'azzardo, superando così il paradigma che per diverso tempo lo aveva considerato un vizio, mosso da una libera scelta nel condurre comportamenti amorali, illegali, sfrenati.

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition – Text Revision* (1) colloca il "Gioco D'azzardo Patologico" (GAP) tra i "Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove". Per far

diagnosi secondo il DSM IV È necessario che il comportamento da gioco sia persistente, ricorrente, maladattivo e che interferisca significativamente con le relazioni e le attività della vita quotidiana della persona.

Dalla letteratura internazionale emerge una prevalenza life-time del gioco d'azzardo nella popolazione generale dell' 1-3% (21; 28, 29, 30, 31, 32; Gerstein et al., 1999; 37, 38).

Emerge inoltre il profilo tipico del giocatore patologico: di sesso prevalentemente maschile, di età inferiore ai 40 anni, non coniugato oppure separato/divorziato, di bassa estrazione sociale e culturale (24; 34; 11; Ladd, Petry, 2002; 28; 37; 7; 15).

Benché la maggior parte delle ricerche siano state effettuate su soggetti di genere maschile, negli ultimi anni risulta aumentato anche il numero di donne con problematiche di gioco d'azzardo, similmente a quanto osservato rispetto ad altri problemi di dipendenza (22; 32; 25). Viene infatti stimato che tra i soggetti affetti da gioco patologico circa un terzo siano di sesso femminile (22; 23) e che, secondo alcuni autori, con un'evoluzione più rapida del problema, quindi un peggior outcome sul piano sintomatologico rispetto agli uomini (22; 5; 34).

Nella letteratura internazionale sono state individuate una serie di variabili associate alle problematiche di gioco d'azzardo, utili da considerare sul piano della prevenzione e dell'intervento.

Tra queste viene evidenziato come fattore peculiare l'elevato livello di comorbilità con altre problematiche psichiatriche, quali Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia, Disturbi di Dipendenza da Alcol/Sostanze e Disturbi di Personalità (21; 19; 11; 5; 7; 6; 10; 31).

IL CONTESTO ITALIANO

Nonostante l'Italia rappresenti uno dei mercati del gioco più importanti al mondo, in letteratura scientifica non sono presenti dati epidemiologici consistenti.

Tramite l'uso dei più comuni database di pubblicazioni scientifiche (PubMed e Embase) i risultati relativi all'Italia risultano estremamente scarsi.

Riguardo la problematica del gioco eccessivo, esistono alcune ricerche pubblicate su riviste nazionali o volumi dedicati, ma risultano condotte su aree geografiche circoscritte ed effettuate prevalentemente su soggetti in carico a strutture preposte al trattamento del GAP (come i Servizi per le dipendenze). Si rilevano dunque dati non riferibili all'intero contesto nazionale e che sono rivolti perlopiù a popolazioni già diagnosticate ed in trattamento, fornendo dunque poche informazioni utili per inferenze sulla popolazione generale (9; 12; 8; 4).

OBIETTIVI

Dal momento che non esistono dal punto di vista scientifico indagini epidemiologiche sul territorio nazionale mirate ad evidenziare ai potenziali fattori che possono anticipare e incidere sullo sviluppo della problematica del gioco eccessivo, in modo da poter poi promuovere mirati interventi di prevenzione, è risultato utile a nostro avviso individuare contesti in cui sia possibile riconoscere precocemente persone che, pur non avendo ancora le caratteristiche del disturbo, presentino condizioni o comportamenti configurabili come un rischio significativo di sviluppare GAP.

I dati di letteratura internazionale concordano nel definire tra le categorie a rischio di problematiche con il gioco d'azzardo le persone affette da specifici disturbi psichici, anche se risulta scarso il numero di studi volti ad indagare in tale popolazione i tassi di prevalenza di gioco patologico (2).

Il nostro studio osservazionale ha lo scopo quindi di stimare la prevalenza di problematiche legate al gioco d'azzardo su un campione di soggetti italiani sofferenti di disturbi psichici ed in cura presso un Dipartimento di Salute Mentale (DSM), al fine di valutare se la presenza

di patologia psichica rappresenti un fattore *predittivo* di "rischio" per uno sviluppo del GAP.

Altro obiettivo della ricerca è la delimitazione delle caratteristiche specifiche di soggetti a rischio di sviluppare GAP, ponendo particolare attenzione al genere femminile.

In ultimo, il nostro studio si propone di verificare se i Servizi di Salute Mentale (DSM) possano divenire punti di osservazione privilegiati per una valida individuazione precoce di popolazioni vulnerabili al GAP, al fine di progettare utili interventi preventivi.

METODI

Campione

Il presente studio osservazionale è stato condotto nell'arco di tempo di quattro mesi e rivolto a tutte le persone entrate in contatto in tale periodo con il Centro Psicossiale Settembrini (CPS Settembrini) e con il Centro per la Ricerca sulla Diagnosi ed il Trattamento della Depressione e dell'Ansia (Centro IDEA), appartenenti al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

Sono stati inclusi pazienti con un'età compresa tra i 18 e gli 80 anni, e con una diagnosi primaria di: Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disturbo di Personalità, Disturbi correlati all'uso di Alcol/Sostanze stupefacenti.

Criterio di esclusione è stata ritenuta la presenza di comorbilità con patologie psichiatriche quali Demenze, Ritardo Mentale e Psicosi. Sono stati reclutati in totale 263 soggetti, con un tasso di rifiuto del 10,3%.

Misure

È stata strutturata una specifica scheda per la raccolta dei dati socio demografici,

Per la valutazione psicopatologica è stata utilizzata la *Brief Psychiatric Rating Scale* – BPRS – a 24 item (33); nel presente studio sono state considerate le risposte ai primi 6 item, che indagano il fattore specifico

“ansia/depressione”, in quanto maggiormente rappresentativo dei cluster diagnostici individuati nei criteri di inclusione del presente studio.

Per la valutazione del comportamento da gioco d'azzardo è stato utilizzato il *South-Oaks Gambling Screen - SOGS* - (20), a 16 item. Un punteggio totale al SOGS pari o superiore a 5 indica la probabile presenza di gioco d'azzardo patologico.

Al fine di indagare in maniera dettagliata anche la tipologia dei giochi attualmente praticati dai soggetti e la frequenza con cui vengono utilizzati, nel presente studio sono state apportate lievi modifiche al 1° item del SOGS - non impiegato nel calcolo del punteggio totale - inserendo alcune tipologie di giochi più recenti sul mercato ed aggiungendo a quelle già presenti l'opzione “*tutti i giorni*” per quantificare la frequenza con cui vengono praticati i giochi e quanto vengano reiterati.

Analisi statistiche

Per le variabili quantitative i dati sono espressi con la media \pm SD, mentre per le variabili qualitative come valore assoluto o percentuale.

Il test χ quadro è stato utilizzato per valutare le relazioni tra le variabili categoriali e, quando non applicabile, è stato usato il test esatto di Fisher.

Il test t di Student è stato applicato per analizzare le variabili continue. La significatività statistica è stata fissata ad un valore di $P \leq 0.05$. Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando SPSS (Chicago, IL), versione 13.0.

RISULTATI

Dati socio demografici

Il totale dei soggetti coinvolti nello studio è di 263. L'età media del campione è di 50.2 ± 15.3 anni, con una scolarità di 12.6 ± 4.1 anni (Tabella 1). Il 69.2% dei soggetti è stato reclutato presso il CPS Settembrini, il restante 30.8% è stato reclutato dall'ambulatorio specialistico Centro

IDEA. La maggior parte dei soggetti risulta di sesso femminile (56.2%). Il 44.3% ha una relazione sentimentale stabile, il 35.3% un impiego a tempo indeterminato. Il 55.2% non consuma alcool o lo fa in maniera contenuta nel 37.8% dei casi. Il 66.2% del campione risulta non fumatore. L'utilizzo di sostanze stupefacenti è presente nel 4% del campione.

L'età di esordio psicopatologico risale in media a 36.1 ± 16.5 anni e l'età di primo trattamento lievemente posticipata rispetto all'esordio (39.8 ± 15.2 anni).

Il punteggio ottenuto ai primi 6 item della BPRS (che indagano il fattore “ansia-depressione”) risulta pari a 12.5 ± 4.7 . Tenuto conto che il punteggio va da un minimo di 6 punti (assenza di sintomi) ad un massimo di 42 (sintomatologia molto grave), i risultati ottenuti descrivono soggetti con una sintomatologia modesta, dato congruente al fatto che risultano stabilmente in trattamento.

Tabella 1. Variabili socio-demografiche, cliniche e punteggio al SOGS del campione

	Media	Ds
Età	50.2	15.3
Età esordio psicopatol.	36.1	16.5
Età 1° trattamento	39.8	15.2
Anni scolarità	12.6	4.1
BPRS score	12.5	4.7
SOGS score	0.6	1.6

Diagnosi

I soggetti coinvolti nella ricerca presentano una suddivisione diagnostica che vede prevalere Disturbi dell'Umore (62%) e Disturbi d'Ansia (29%) (Tabella 2).

La composizione diagnostica risulta significativamente diversa nelle due strutture coinvolte nella ricerca: la popolazione afferente al Centro IDEA risulta più omogenea, con una prevalenza significativamente maggiore di

Disturbi dell'Umore (66.1%) e con assenza di Disturbi di Personalità, quest'ultimi invece presenti nel CPS e significativamente maggiori ($P = .001$) (Tabella 3).

Sono inoltre presenti 7 soggetti con diagnosi di Disturbo da Uso di Alcool/Sostanze Stupefacenti, ma in nessun caso tale problematica è indicata come diagnosi primaria.

Tabella 2. Diagnosi cliniche dei soggetti

Diagnosi	%
Disturbi dell'umore	62.1
Disturbi d'ansia	28.9
Disturbi di personalità	9.0

Tabella 3. Diagnosi nelle strutture coinvolte

Diagnosi	D. Umore %	D. Ansia %	D. Personalità %
CPS	60.4	26.6	13.0
IDEA	66.1	39.9	0

Differenze di genere

Nel presente studio, essendo il campione una popolazione sofferente di disagio psichico, abbiamo ritenuto utile considerare la soglia 1 del punteggio SOGS quale possibile indicatore di rischio per un comportamento problematico nel gioco d'azzardo, in quanto ci ha permesso di discriminare in maniera più efficace tra una popolazione a rischio e non.

Pertanto nel nostro lavoro è stata adottata la seguente griglia di attribuzione per i punteggi al SOGS: 0 = nessun problema; da 1 a 4 = probabile giocatore a rischio di problematicità; ≥ 5 = probabile giocatore patologico.

Nel nostro campione il 4.5% dei soggetti risulta avere un probabile comportamento da gioco d'azzardo patologico ($\text{SOGS} \geq 5$), il 16.4% un comportamento a rischio di problematicità ($\text{SOGS} 1-4$) ed il 79.1% ($\text{SOGS} 0$) nessun problema con il gioco (Tabella 4), con differenze significative per quanto concerne i punteggi ottenuti dai

maschi e dalle femmine ($P = .001$), come illustrato nel Grafico 1.

Tabella 4. Punteggi SOGS

	Soggetti Tot %	M %	F %
SOGS 0	79.1	67.0	88.5
SOGS 1-4	66.1	25.0	9,72
SOGS ≥ 5	4.5	8.0	1.8

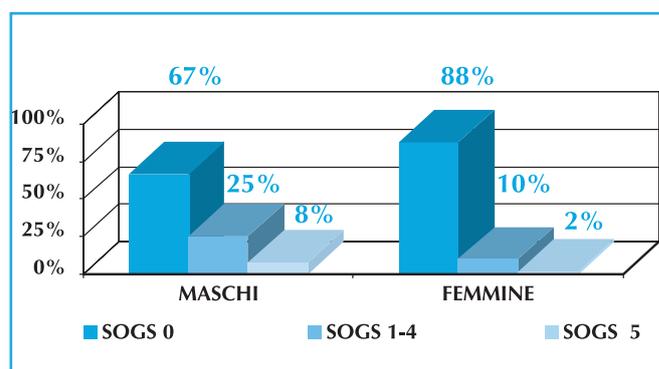


Grafico 1. Punteggio SOGS e differenze di genere

Come evidenziato nelle Tabelle 4, 5 e 6, nel confrontare questi tre gruppi ($\text{SOGS} 0$, $\text{SOGS} 1-4$, $\text{SOGS} \geq 5$) emerge che gli individui più esposti al gioco a rischio problematico e patologico risultano in maniera significativa di sesso maschile ($P = .001$), con una maggiore tendenza a consumare alcoolici ($P = .002$) e sostanze stupefacenti ($P = .033$), mentre non si riscontrano differenze significative rispetto ad altre variabili socio-demografiche e cliniche.

Tabella 5. Punteggio SOGS e consumo di alcol

	No alcool %	< 1/2 l vino ed 1 liquore al dì %	> 1/2 l di vino ed 1 l liquore al dì %
SOGS 0	87.4	72.4	50.0
SOGS 1-4	9.0	25.0	28.6
SOGS ≥ 5	3.6	2.6	21.4

Tabella 6. Punteggio SOGS e uso di sostanze

	Uso sostanze %	No sostanze %
SOGS 0	37.5	80.8
SOGS 1-4	50.0	15.0
SOGS ≥5	12.5	4.1

Rispetto alla patologia psichica, si osservano, come illustrato nel Grafico 2, delle differenze tra i diversi gruppi diagnostici, con una maggiore prevalenza di punteggi elevati al SOGS nei soggetti sofferenti di Disturbo di Personalità. Tali differenze tuttavia non risultano statisticamente significative.

Ponendo attenzione ai soggetti considerati a rischio problematico (SOGS 1-4) e confrontandoli con il gruppo di soggetti non problematici (SOGS 0) emerge che il sesso (Tabella 7), l'uso di alcool (Tabella 8) e di sostanze stupefacenti (Tabella 9) sono rappresentati in modo significativamente diverso nei due gruppi. Gli individui a rischio di gioco problematico sono con frequenza maggiore maschi (66.7 vs 33.3, $P=0.002$) e fanno maggiore uso di alcool ($P=0.004$) e di sostanze stupefacenti ($P=0.032$).

Tabella 7. Differenze di genere in soggetti non problematici e a rischio problematico

	M %	F %
Soggetti SOGS 0	37.1	62.9
Soggetti SOGS 1-4	66.7	33.3

Likelihood Ratio = 9.724 | P = .002

Tabella 8. Consumo di alcool in soggetti non problematici e a rischio problematico

SOGS	No alcool %	liquore al di %	liquore al di %
0	61.0	34.6	4.4
1-4	30.3	57.6	12.1

Likelihood Ratio = 11.031 P = .004

Tabella 9. Consumo di sostanze in soggetti non problematici o a rischio problematico

SOGS	Nessuna	Cannabis/marjuna	Cocaina	altro
0	98.1	1.3	0	6
1-4	87.9	9.1	3.0	0

Likelihood Ratio = 8.794 P = .032

Emergono inoltre differenze significative per quanto concerne sia la struttura di arruolamento, con una maggiore presenza di soggetti a rischio nel CPS rispetto al Centro IDEA ($P=0.004$), sia per l'età media, che risulta significativamente inferiore nei soggetti a rischio di problematicità ($P=0.008$).

Campione femminile

Dai dati emerge che le donne con probabile comportamento patologico nel gioco d'azzardo sono l'1.8%, quelle a rischio il 9.7% e quelle non problematiche l'88.5%, come illustrato nel Grafico 3.

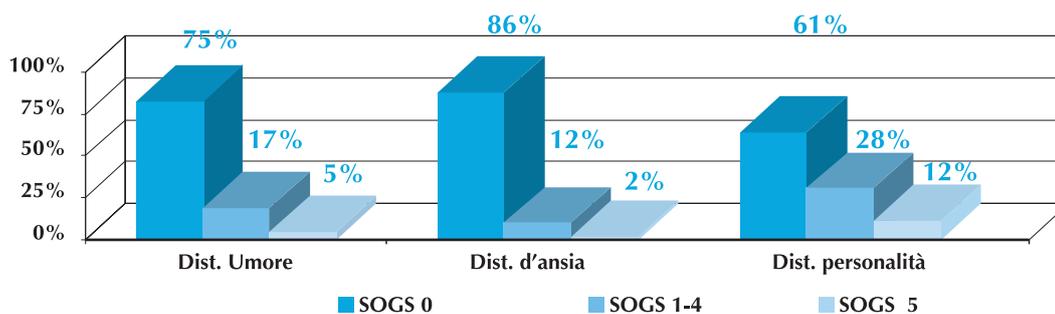


Grafico 2. Punteggio SOGS e patologia

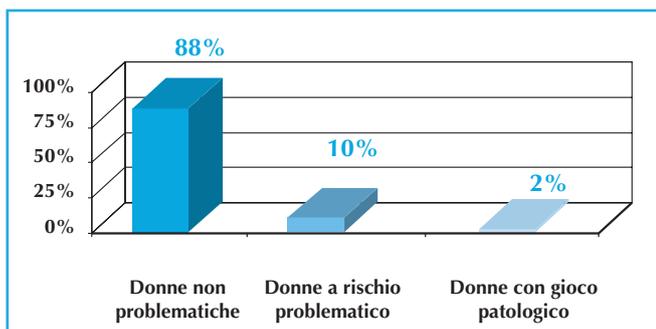


Grafico 3. Comportamento da gioco d'azzardo nel campione femminile

Dal confronto tra il gruppo di donne a rischio per gioco problematico (punteggio SOGS compreso tra 1 e 4) e quello di donne non problematiche (punteggio SOGS 0) emerge una differenza significativa rispetto all'uso di alcool ($P=.009$) (Tabella 10), ed all'utilizzo di sostanze ($P=.030$), nello specifico cocaina (Tabella 11). Inoltre le donne a rischio di problematicità mostrano età anagrafica, età di esordio psicopatologico ed età di primo trattamento in media significativamente inferiori rispetto a quelle del gruppo non problematico.

Tabella 10. Consumo di alcool in donne non problematiche e donne a rischio problematico

SOGS	No alcool %	< 1/2 l di vino ed 1 liquore al dì %	> 1/2 l di vino ed 1 liquore al dì %
0	70.0	28.0	2.0
1-4	27.3	54.5	18.2

Likelihood Ratio = 9.469 | $P=.009$

Tabella 11. Consumo di sostanze in donne non problematiche e a rischio problematico

SOGS	No sostanze %	cocaina %
0	100.0	0.0
1-4	90.9	9.1

Likelihood Ratio = 4.708 | $P=.030$

Familiarità per il gioco d'azzardo

Non si riscontrano dati significativi nel campione.

Tipologia e frequenza dei giochi

I giochi più praticati all'interno del nostro campione risultano essere il Superenalotto (51%) ed il Gratta e Vinci (47%), seguiti da Totocalcio (34%), Lotto (34%) e Lotterie tradizionali (33%) (Tabella 12). Tra coloro che giocano al Superenalotto, il 16% lo fa 1 o più volte a settimana, mentre tale frequenza è presente solo nel 6% di coloro che fanno uso del Gratta e Vinci.

Tabella 12. Giochi maggiormente praticato

	%
Superenalotto	51
Gratta e Vinci	47
Totocalcio	34
Lotto	34
Lotterie tradizionali	33

I giochi invece praticati con frequenza giornaliera risultano essere Scommesse Ippiche (1%), Scommesse Ippiche Tris (0.5%), Poker Online (0.5%), Slot Machine/Videopoker (1.5%) e le Scommesse Sportive (1%) (Tabella 13).

Tabella 13. Giochi praticati tutti i giorni

	%
Scommesse ippiche	1.0
Scommesse ippiche tris	0.5
Poker Online	0.5
Slot machine/videopoker	1.5
Scommesse sportive	1.0

Si riscontra inoltre che coloro che praticano tali tipologie di giochi con frequenza giornaliera sono tutti soggetti che hanno ottenuto un punteggio al SOGS ≥ 5 e quindi con un probabile comportamento da gioco patologico.

Somma massima spesa in un giorno

Rispetto alla somma massima di denaro giocato all'interno di una stessa giornata, nel nostro campione si riscontra prevalentemente l'assenza di gioco (33.3%) oppure l'impiego di cifre di denaro non eccessivamente alte (il 18.4% ha giocato 1 € o meno; il 35.3% più di 1 fino a 10 €). Resta poi l'1.5% di soggetti che non ha risposto al quesito.

DISCUSSIONE

Prevalenza dei giocatori

I risultati del nostro studio mostrano che all'interno di un campione di persone sofferenti di disagio psichico, come quello da noi selezionato, la prevalenza di comportamento da gioco patologico (SOGS ≥ 5) appare superiore (4.5%) rispetto a quella stimata nella popolazione generale pari all'1-3% (21; 39; 38; 30; 16). Tale risultato appare congruente con precedenti ricerche su tale argomento, come quella condotta da Aragay e coll. su un campione spagnolo (2011). In una ricerca del 2007 condotta da McIntyre e coll. su soggetti con disturbi dell'umore, la prevalenza di gioco patologico è risultata compresa tra 2.5 e 6%. È dunque utile sottolineare che, in carenza di ricerche sistematiche sull'argomento in Italia, i risultati della presente ricerca confermano che anche nel nostro contesto socioculturale i soggetti affetti da patologia psichica presentano un maggior rischio di problematicità con il gioco d'azzardo.

In particolare, applicando la formula dell'*Odds Ratio* (OR) ed utilizzando una prevalenza media di gioco patologico nella popolazione generale pari a circa 2%, come risulta in modo consistente da numerose ricerche di

letteratura condotte in diversi contesti socioculturali, si ottiene un OR pari a 2.35. Ciò significa che, se i dati della presente ricerca venissero confermati, i soggetti affetti da patologia psichica presenterebbero un fattore di rischio di sviluppare comportamenti da gioco patologico circa 2 volte superiore alla popolazione generale.

Profilo giocatori patologici e a rischio problematico

Il giocatore patologico rilevato nel nostro campione (SOGS ≥ 5) risulta prevalentemente di sesso maschile e con un consumo di alcool e di sostanze stupefacenti significativamente superiore rispetto a coloro che non hanno problematicità con il gioco. Anche questo risultato è congruente con i dati di letteratura riscontrati in contesti socioculturali diversi (13; 27; 36; 3; 17).

Anche per quanto concerne i giocatori a rischio di gioco problematico (punteggio SOGS compreso tra 1 e 4), si osserva una presenza significativamente maggiore di soggetti di sesso maschile e con problematiche di abuso di alcool e di sostanze stupefacenti rispetto a coloro che non presentano problematicità per il gioco d'azzardo. Risultano inoltre di età significativamente inferiore e più frequentemente in carico al Centro Psicosociale. Quest'ultimo dato sembrerebbe riconducibile al fatto che la popolazione con disturbi psichici accede ai due servizi di selezione del presente studio in modo non casuale. È noto infatti che i soggetti in carico al CPS presentano generalmente un più elevato grado di problematicità socioeconomica verosimilmente secondaria alla malattia, rispetto a coloro che si rivolgono all'ambulatorio specialistico del Centro IDEA. Si può dunque inferire che una condizione di maggiore disagio sociale possa favorire comportamenti a rischio di gioco patologico. Inoltre il CPS presenta con frequenza significativamente maggiore soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità, che potrebbe contribuire ad una maggiore prevalenza di comportamenti problematici per il gioco.

Sulla base delle poche ricerche di letteratura indirizzate allo studio dei fattori di rischio per il gioco d'azzardo

problematico, i dati da noi evidenziati si sovrappongono a quelli esistenti. In una review del 2009, gli autori osservano come il genere maschile, una più giovane età, l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, nonché l'associazione a patologie psichiatriche, rappresentino una sottopopolazione con uno specifico aumento di rischio di comportamento da gioco patologico (Johansson et al., 2009).

Genere femminile

Dell'intero gruppo di soggetti di sesso femminile nel nostro campione l'1.8% mostra caratteristiche di gioco patologico. Tale dato concorda con le stime evidenziate in letteratura (22).

Andando ad indagare i soli soggetti a rischio di problematicità con il gioco (punteggio SOGS compreso tra 1 e 4) si ottengono dati di prevalenza più consistenti (9.7% dell'intero gruppo femminile). Nello specifico, nel gruppo di donne giocatrici a rischio confrontate con quelle non problematiche, si evidenzia che le prime tendono a consumare con frequenza significativamente maggiore alcool e stupefacenti, in particolare sostanze attivanti come la cocaina. Sono, come osservato nel genere maschile, mediamente più giovani delle donne che non hanno problemi con il gioco ed inoltre in tali soggetti a rischio la patologia psichica tende ad esordire più precocemente, dunque tendono a ricevere trattamenti per la stessa in più giovane età (inizio trattamenti psichiatrici più precoce). Tale dato lascia intendere che nel sesso femminile, benché il rischio di gioco problematico o patologico risulti inferiore rispetto al genere maschile, quando è presente correla con una condizione per la patologia psichica più impegnativa, verosimilmente con un maggior grado di cronicità e dunque più invalidante, come evidenziato anche da altri studi (14).

Tipologia di giochi e denaro

I giochi più praticati dal nostro campione risultano essere Superenalotto, Gratta e Vinci, Totocalcio, Lotto e Lot-

terie tradizionali. Essi appartengono ad una tipologia di giochi in cui sono minori l'interazione e la competizione, nonché l'impiego di capacità strategiche, ad eccezione del Totocalcio che può richiedere un minimo di conoscenza del settore calcistico per vincere.

Tra i giochi invece attuati tutti i giorni, troviamo le Scommesse Ippiche/Tris, il Poker Online, le Slot Machine/Videopoker e le Scommesse Sportive. Questi giochi, Slot Machine/Videopoker a parte, rientrano in quelle tipologie che richiedono strategia, azione e confronto con altri soggetti, che stimolano la tendenza alla sfida ed alla replica, con possibile aumento della posta in gioco. Per quanto riguarda le Slot Machine/Videopoker si tratta invece di giochi solitari in cui viene meno la dimensione della competizione e della sfida; sono tuttavia caratterizzati da rapidità di esecuzione ed immediatezza nella replicabilità, tali da poter favorire una tendenza all'eccessiva reiterazione.

Rispetto alla quantità massima di denaro spesa al gioco in un giorno, l'87% del nostro campione risulta aver giocato da 0 fino a 10 €, quindi la maggioranza dei nostri soggetti pare non avere la tendenza a giocare grosse cifre in una medesima giornata.

CONCLUSIONI

Con la presente ricerca abbiamo osservato come i soggetti affetti da patologia psichica rappresentino una popolazione con un rischio 2 volte superiore alla popolazione generale per comportamenti da gioco problematico o patologico.

I soggetti di sesso maschile con propensione all'utilizzo di alcoolici e sostanze stupefacenti, rappresentano la popolazione a specifico rischio di sviluppare Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). D'altro canto soggetti di sesso femminile con tale problematicità, per quanto inferiori di numero, presentano specifiche caratteristiche di gravità sintomatologica che rendono utile un'attenzione

mirata da parte dei servizi di salute mentale.

Si ritiene infine che, alla luce di quanto emerso, i Dipartimenti di Salute Mentale possano rappresentare un utile punto di rilevazione precoce e di intervento per la gestione della problematica del GAP.

Ringraziamenti

Si ringrazia O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna per il contributo incondizionato offerto per la realizzazione di questa ricerca.

*Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliera

Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

** O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, Milano

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 4th ed Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
2. Aragay N., Roca A., Garcia B., *Marqueta C et al. Pathological gambling in a psychiatric sample*, Comprehensive Psychiatry, 2011.
3. Bandolfi G., Osiek C., Ferrero F., *Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 101: 473-475, 2000.
4. Bellio G., Fiorin A., *Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 15: 39-47, 2009.
5. Black D.W., Moyer T., *Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior*, Psychiatric Service, 49: 1434-1439, 1998.
6. Blaszczynski A., Steel Z., *Personality disorders among pathological gamblers*, Journal of Gambling Studies, 14 (1): 51-71, 1998, .
7. Blaszczynski A., Nower L., *A pathways model of problem and pathological gambling*, Addiction, 97: 487-499, 2002.
8. Bucca M., Gabrielli F., Rossi R., *Disturbi del controllo degli impulsi*, In Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., editors, Trattato italiano di psichiatria. II ed. Milano, Masson Ed, 2002.
9. Capitanucci D., Biganzoli A., *Tossicodipendenze e gioco d'azzardo: risultati di una ricerca preliminare*, Personalità/ Dipendenze, 3: 23-33, 2000,
10. Crockford D.N., El-Guebaly N., *Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A review*, Canadian Journal of Psychiatry, 43 (1): 43-50, 1998.
11. Cunningham-Williams R.M., Cottler L.B., Compton W.M., Spitznagel E.L., *Taking chances: Problem gamblers and mental health disorders: Result from the S. Louis Epidemiological Catchment Area (ECA) Study*, American Journal of Public Health, 88: 1093-1096, 1998.
12. De Luca R., *La psicoterapia di gruppo per i giocatori d'azzardo e le loro famiglie: l'esperienza di Campoformido*, Itaca, 5 (15): 33-44, 2001.
13. Feigelman W., Kleinman P.H., Lesieur H.R. et al., *Pathological gambling among methadone patients*. Drug and Alcohol Dependence, 39, 75-81, 1995.
14. Ibáñez A., Blanco C., Moreyra P. et al., *Gender differences in pathological gambling*, Journal of Clinical Psychiatry, 64: 295-301, 2003.
15. Johansson A., Grant J.E., Wom Kim S. et al., *Risk Factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review*, Journal of Gambling Studies, 25: 67-92, 2009.
16. Ladouceur R., *Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec*, Canadian Journal Psychiatry, 36: 732-734, 1991.
17. Ladouceur R., Boudreault N., Jacques C., Vitaro F., *Pathological gambling and related problems among adolescents*, Journal of child and Adolescent Substance Abuse, 8, 55-68, 1999 a.
18. Ladouceur R., Jacques C., Ferland F., Girouz I., *Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later*, Canadian Journal of Psychiatry, 44, 802-804, 1999 b.
19. Lesieur H.R., Blume S.B., Zoppa R.M., *Alcoholism, Drug Abuse and Gambling*, Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 10 (1): 33-38, 1986.
20. Lesieur H.R., Blume S.B., *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers*, American Journal of Psychiatry, 144: 1184-1188, 1987.
21. Lorains F.K., Cowlishaw S., Thomas S.A., *Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys*, Addiction, 106: 490-498, 2011.
22. Martins S.S., Lobo D.S.S., Tavares H., Gentil V., *Pathological Gambling in Women: A Review*, Revista do Hospital das Clinicas Fac. Med. S.Paulo, 57(5): 235-242, 2002.

23. Mark M.E., Lesieur H.R., *A feminist critique of problem gambling research*, British Journal of Addiction, 87: 549-565, 1992.
24. National Research Council, *Pathological gambling: A critical review*, Washington, DC: National Academy Press, 1999.
25. Ohtsuka K., Bruton E., Deluca L. et al., *Sex difference in pathological gambling using gaming machine*, Psychological Reports, 80: 1051-1057, 1997.
26. Petry N.M., *A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity*, Addiction, 98: 645-655, 2003.
27. Petry N.M., *Pathological gambling: Etiology comorbidity, and treatment*, Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
28. Shaffer H.L., Hall M.N., Vander Bilt J., *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis*, Boston, MA: Harvard Medical School Division of Addictive, 1997.
29. Shaffer H.L., Hall M.N., Vander Bilt J., *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis*. American Journal of Public Health, 89: 1369-1376, 1999.
30. Shaffer H.L., Hall M.N., *Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behavior in the United States and Canada*, Canadian Journal Public Health, 92: 168, 2001.
31. Shaffer H.J., Korn D.A., *Gambling and mental disorders: a public health analysis*, Annual Review Public Health, 23: 171-212, 2002.
32. Sommers I., *Pathological gambling : estimating prevalence and group characteristics*, International Journal of Addictions, 23 : 477-490, 1998.
33. Ventura J., Green M., Shaner A., Liberman R., *Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "the drift busters"*, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3: 221, 1993.
34. Volberg R.A., *The prevalence and demographic of pathological gamblers: Implications for public health*, American Journal of Public Health, 84: 237-241, 1994.
35. Volberg R.A., *The future of gambling in the Unnited Kingdom: increasing access creates more problem gamblers (editorial)*, British Medical Journal, 320: 1556, 2000.
36. Volberg R.A., Abbot M.W., Ronnberg S., Munck I.M.E., *Prevalence and risks of pathological gambling in Sweeden*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 104(4), 250-256, 2001.
37. Welte J.W., Barnes G.M., Weiczorek W.F., Tidwell M.C., Parker J., *Alcohol and gambling pathology among U.S. Adult: Prevalence, demographic patterns, and comorbidity*. Journal of Studies on Alcohol, 62: 706-712, 2001.
38. Welte J.W., Barnes G.M., Weiczorek W.F., Tidwell M.C., Parker J., *Gambling participation in the U.S.-results from a national survey*. Journal of Gambling Studies, 18: 313-337, 2002.
39. Wong L.K., So M.T., *Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong*, American Journal of Psychiatry, 160: 1353-1354, 2003.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Nome e Cognome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Segretario:

Mauro Percudani
(*Garbagnate Milanese, MI*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)

Consiglieri Eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)