



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Gavagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**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](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

- 5** Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali  
*di Cerveri G.*
- 12** La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?  
*di Percudani M. e Clerici M.*

### RECENSIONI

- 15** In dialogo con la solitudine  
*Recensione, Commento, Divagazioni di Giannelli A.*

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 19** Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana  
*di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.*
- 26** Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive  
*di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŝtino A.*
- 30** Il nulla che ferisce il sé - PARTE I  
*di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.*
- 37** Il nulla che ferisce il sé - PARTE II  
*di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.*

**45** L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC  
*di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.*

**55** Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana  
*di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.*

**66** L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità  
*di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.*

**73** Team leader in sanità  
*Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati di Durbano F., Delvecchio G.*

**80** Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.  
*L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano*  
*di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŝtino A., Gambini O.*

**84** Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza  
*di Grossi C.; Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.*

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846  
Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo  
© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-2.5

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](http://www.psichiatriaoggi.it)



# SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

**94** **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**  
*di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.*

**114** **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**  
*di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.*

**121** **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**  
*di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.*

**130** **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**  
*di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.*

**138** **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**  
*di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.*

**144** **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**  
*Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano*  
*di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.*

**150** **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**  
*Il Programma Dafne in ASST Lariana*  
*di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.*

## PSICHIATRIA FORENSE

**154** **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**  
*di Mantovani R., Mantovani L.*

## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**156** **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**  
**Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura**  
*Un'analisi retrospettiva*  
*di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.*

**165** **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**  
**La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19**  
*Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi*  
*di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.*

# Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi

Ivan Limosani, Camilla Ciliberti, Laura Longo, Martina Turco, Mauro Percudani

## INTRODUZIONE

Secondo il DSM-5, il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), patologia emergente in Italia, è caratterizzato da un comportamento problematico, persistente e ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi (DSM-5, 2013). È la prima dipendenza comportamentale riconosciuta ad oggi come un disturbo da addiction, in analogia al disturbo da uso di sostanze (DUS). In effetti, secondo i numerosi dati oggi a disposizione, esistono numerose similitudini tra il DUS e il DGA, quali la tolleranza, i sintomi d'astinenza, oltre alle drammatiche conseguenze in ambito relazionale, sociale ed economico (Bianchetti, Croce, 2007).

La prevalenza del DGA nella popolazione generale oscilla tra l'1% e il 3%; nella popolazione di pazienti affetti da disturbo psichiatrico o da DUS, tale prevalenza arriva al 6,9% e 4,3% rispettivamente (Potenza, 2019). Invece, secondo lo studio NESARC, ben il 96% degli individui affetti da DGA ha uno o più disturbi psichiatrici. Tale dato, che non tiene conto delle diagnosi di disturbo di personalità, sembra indicare che la comorbidità tra disturbi psichici e gioco d'azzardo sia la regola piuttosto che l'eccezione.

Non va tuttavia dimenticato che la condotta di gioco di per sé non è patologica né riconducibile necessariamente all'area dell'*addiction*; dobbiamo infatti immaginare il gioco d'azzardo come un continuum che va dal gioco come attività ludica-ricreativa (quasi 1 persona su 2 ha giocato nell'ultimo anno almeno una volta a uno dei giochi d'azzardo disponibili in Italia) fino al gioco d'azzardo patologico, con le inevitabili ripercussioni sanitarie, relazionali, sociali.

In Lombardia, la cura del DGA è affidata ai Servizi per le Dipendenze (SERD) e dal 2012 con il D.lg. 13 settembre 2012, n. 158 entra per la prima volta tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); viene di conseguenza riconosciuto al soggetto affetto, il diritto alla cura presso il sistema sanitario nazionale. Negli anni, con successive leggi, vengono stanziati fondi per la prevenzione del gioco d'azzardo, e vengono inasprite le normative che lo regolano.

In questo contesto, a fine del 2019 nasce lo Sportello per il contrasto al Gioco d'Azzardo, Spazio [Gio], del Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Pensato per veicolare all'interno dell'ospedale generale il messaggio del DGA come patologia curabile, per sensibilizzare sul tema operatori e personale, per intercettare pazienti con un disturbo all'esordio e per fare invii precoci ai SERD, lo sportello si è, nel tempo, strutturato come un'ulteriore e specifica offerta rivolta ai pazienti DGA.

## CARATTERISTICHE CLINICHE DEL CAMPIONE

Abbiamo analizzato le caratteristiche demografiche e cliniche dei primi 50 pazienti che si sono rivolti allo sportello (tab.1).

Si tratta di un campione costituito per la gran parte da uomini (78%), in linea con la distribuzione abituale del fenomeno tra i due sessi, con età media di 43,2 anni e scolarità media di 11,38 anni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidisciplinare dalle diverse figure professionali coinvolte (medico psichiatra, psicologa, TERP, assistente sociale), a raccolta anamnestica e a screening tramite somministrazione del test di auto-compilazione Canadian Problem Gambling Index (CPGI) (Ferris, 2001) per la valutazione della gravità delle condotte di gioco. Inoltre, tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione psicodiagnostica sulla personalità tramite PID-5.

Come evidenziabile dalla tabella 1 tutti i pazienti intercettati presentavano punteggi al CPGI che si collocavano

Tabella 1

ID	Età	Sesso	Titolo di studio	Condizione lavorativa	CPGI	Diagnosi	CGI
1	43	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DUS + DP borderline	4
2	62	F	Licenza Elementare	Inoccupato	8+	Depressione	4
3	43	M	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	DUS + DP narcisistico	6
4	24	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DUS + DP Nas	4
5	22	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DP narcisistico	4
6	52	M	Licenza Media	Inoccupato	8+	DP Nas	4
7	20	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DUS + DP borderline	5
8	28	M	Licenza Media	Occuopato	8+	Disturbo depressivo NAS	4
9	54	M	Laurea	Occuopato	8+	DP dipendente	5
10	42	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DUS + DP narcisistico	6
11	52	F	Licenza Media	Occuopato	8+	DP borderline	5
12	24	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP narcisistico	6
13	38	F	Licenza Media	Invalido	8+	Psicosi NAS	6
14	51	F	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Depressione + DP Nas	4
15	64	F	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	DUA + DP duster B	6
16	50	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DUA + DP Nas	5
17	29	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DUS + DUA	4
18	46	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DUS + DP borderline	6
19	53	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP narcisistico	4
20	42	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Disturbo Bipolare	6
21	45	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP Antisociale	6
22	50	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Depressione + DP Antisociale	6
23	45	M	Licenza Media	Occuopato	8+	Ansia + DP evitante	5
24	27	M	Laurea	Occuopato	8+	DP Antisociale	4
25	63	M	Licenza Elementare	Occuopato	8+	Depressione	5
26	26	M	Licenza Media	Inoccupato	8+	Psicosi Nas	6
27	45	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP Narcisistico	5
28	23	M	Laurea	Occuopato	8+	DP duster B	5
29	68	M	Laurea	Pensionato	8+	DP borderline	4

Tabella 1

30	55	F	Laurea	Occuopato	8+	DP Nas	6
31	35	M	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	DP Nas	6
32	48	F	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	Shopping compulsivo + DP borderline	6
33	40	M	Diploma Superiore	Invalido	8+	Disturbo Schizoaffettivo	7
34	30	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Sex addiction + DP borderline	5
35	27	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP NAS	4
36	41	F	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Depressione	4
37	49	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Episodio depressivo con sintomi psicotici	6
38	26	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP borderline	6
39	39	M	Laurea	Occuopato	8+	DP NAS	4
40	30	M	Nessuno	Occuopato	8+	Depressione + PTSD + DP NAS	5
41	33	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP NAS	5
42	59	M	Licenza Elementare	Occuopato	8+	Depressione	6
43	46	F	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Disturbo bipolare	7
44	36	M	Licenza Media	Invalido	8+	Psicosi Nas	7
45	52	M	Laurea	Occuopato	8+	Psicosi da sostanze + PTSD + DP NAS	4
46	52	M	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	DP NAS	5
47	61	M	Licenza Media	Pensionato	8+	DP narcisistico	4
48	73	F	Licenza Elementare	Pensionato	8+	Disturbo delirante	5
49	45	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP NAS	5
50	47	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DP NAS	5

DP= disturbo di Personalità

DUS= disturbo da uso di sostanze

DUA= disturbo da uso di alcool

Nas= Non altrimenti specificato

PTSD= disturb post traumatico da stress

nella fascia "8+= problemi seri di gioco".

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica gran parte dei pazienti presentavano una diagnosi psichiatrica o già nota precedentemente all'arrivo allo sportello oppure formulata nel contesto della valutazione effettuata; la gran parte dei pazienti presentavano una diagnosi di disturbo di personalità, con aspetti borderline, antisoc-

ciali e narcisistici (33 soggetti), anche in comorbidità con un DUS o con un'altra diagnosi psichiatrica. Molto frequente anche la diagnosi di depressione (9 pazienti); 4 casi di disturbo psicotico, 2 di disturbo bipolare, 2 casi di PTSD. Comune la comorbidità con DUS e DUA (10 pazienti); 2 pazienti presentavano invece una comorbidità con un'altra dipendenza comportamentale (shopping

compulsivo, cyber-sex addiction).

Alla Clinical Global Impression (CGI) tutti i pazienti si collocavano tra il punteggio 4 (“moderatamente ammalato”) e il punteggio 7 (“è tra i pazienti più gravi”) (tab. 1).

L'osservazione della casistica qui presentata permette di fare alcune considerazioni: i pazienti che si sono rivolti al nostro Servizio presentavano una condizione clinica mediamente grave, sia per quanto riguarda il DGA (vedi gli alti punteggi della CPGI), sia per quanto riguarda l'impressione clinica generale. Si tratta di pazienti che in molti casi presentavano oltre alla diagnosi di DGA una diagnosi di disturbo dell'umore, di uno specifico disturbo di personalità, o di un disturbo da uso di alcool e sostanze, oltre che di altre dipendenze comportamentali. Molti dei pazienti avevano già una storia di disturbo psichiatrico, con una terapia psicofarmacologica strutturata; qualcuno aveva subito uno o più ricoveri in SPDC per anomalie del comportamento, agiti autolesivi o gravi sintomi depressivi. Assenti, invece, pazienti con situazioni meno problematiche quali quelli all'esordio della malattia o senza significative comorbidità.

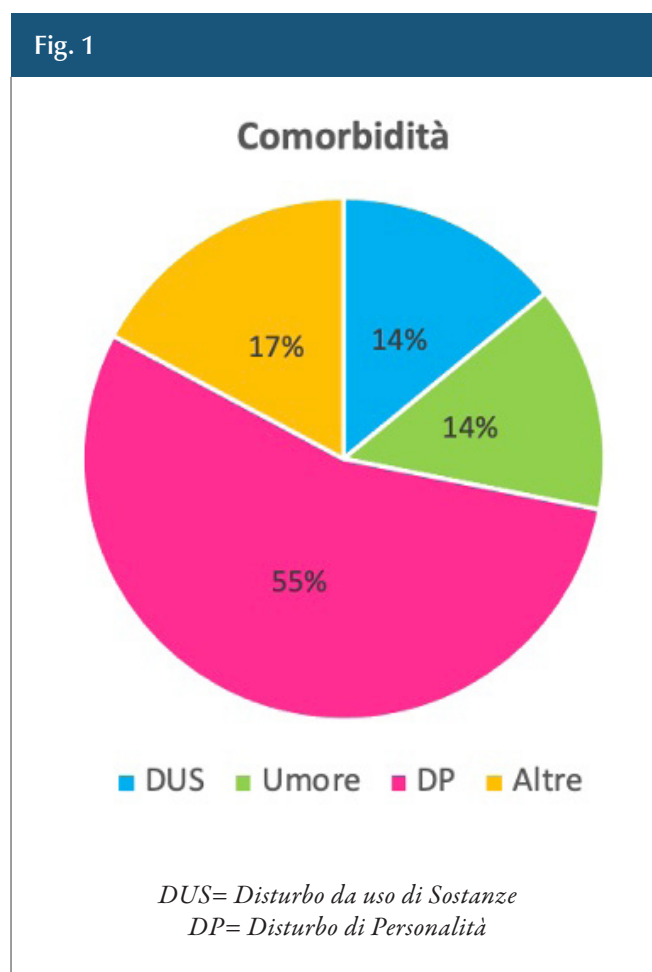
## DISCUSSIONE

Nella popolazione analizzata il DGA appare come uno dei sintomi che costituisce il complesso corollario clinico, che presenta, con il restante corteo sintomatologico un rapporto variabile sia per causalità, che per gravità. Non sempre, infatti, il DGA rappresenta la principale problematica del paziente, che soffre di altri disturbi a carico della cognizione, del comportamento o dell'emotività. In alcuni casi il DGA viene addirittura considerato dal paziente come un'attività con azione auto terapeutica (finalizzata all'estraniamento dalla realtà, al tentativo di socializzazione o di aderire ad un modello di normalità). Secondo l'attuale approccio categoriale, per tenere conto delle diverse patologie presenti, bisogna ricorrere al concetto di “doppia diagnosi”, nonostante la doppia diagnosi rappresenti in questa categoria di pazienti più

la regola che l'eccezione e nonostante in alcuni casi si debba ricorrere anche ad una terza o quarta diagnosi (Depressione-DUS-DGA ad esempio).

Più della metà dei pazienti appartenente al campione analizzato presentava una comorbidità con un Disturbo di Personalità (fig.1). È ben noto che la presenza di disturbi di personalità rappresenta un aspetto di vulnerabilità per lo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo (Coriale, 2015), e che tali disturbi possono essere considerati una modalità profondamente disfunzionale di funzionamento

Fig. 1



che si manifesta in svariati ambiti.

A questo proposito, sembra interessante e particolarmente aderente alla nostra popolazione il modello del “*gambling dual disorder*” (Szerman, 2020). In sintesi, secondo questo modello il DGA si presenta con regolarità in comorbidità con altri disturbi psichici in quanto manifestazione di una profonda alterazione del neuro-

sviluppo, che interessa il *brain reward system*, ovvero quel sistema cerebrale deputato ai processi di gratificazione e che rappresenta lo strumento cognitivo attraverso cui il raggiungimento di importanti obiettivi, evolutivamente fondamentali, quali l'apprendimento, l'esplorazione, il piacere, risulta gratificante a livello cerebrale. L'alterazione di questa struttura, mediata dal sistema dopaminergico, colinergico e dal sistema degli oppioidi endogeni e degli endocannabinoidi, sembra precedere lo sviluppo clinicamente conclamato del disturbo e rappresentarne il substrato organico. Quanto alle cause di questa alterazione, la cui caratteristica principale sarebbe una ipodopaminergia, questa è "determinata geneticamente, diretta epigeneticamente e influenzata dall'ambiente" (ibid). Infatti, i pazienti con DGA presentano un'alterazione del pattern di attivazione della corteccia orbitofrontale, ritenuta coinvolta nei processi di *reward* (Li Y, 2019). È interessante ricordare che, a differenza di quanto accade nei disturbi da uso di sostanze, nel DGA non vi è una sostanza esogena che possa essere ritenuta responsabile dell'alterazione del substrato biologico, alterazione che sembra quindi essere di natura endogena. Tale squilibrio si manifesterebbe non solo con una compromissione delle normali strategie finalizzate al raggiungimento della gratificazione, ma anche con specifici deficit neuropsicologici quali alterazione dei processi decisionali, della *working memory*, dell'incapacità a gestire l'impulsività (Kuss, 2012). Anche un'alterazione dei processi di controllo del dolore sarebbe caratteristica dell'alterazione di questo sistema. Recenti studi indicano che gli individui affetti da DGA presentano una relativa intolleranza al dolore e le evidenze a disposizione suggeriscono un'alterazione del sistema degli oppioidi endogeni (Mick, 2016; Grant, 2020).

Lo stesso dicasi per il sistema degli endocannabinoidi, coinvolto in questa profonda disregolazione emotiva: i dati indicano una cronica attivazione dei recettori dei cannabinoidi del tipo CB<sub>1</sub> e tale attivazione sembra sia correlata a un *impairment* nel processo decisionale e correlato quindi all'impulsività (Blum, 2018). La difficoltà

a controllare l'impulsività, la disregolazione emotiva, l'alterazione dei processi alla base del controllo del dolore, rappresentano aree sintomatologiche comuni proprio ad alcuni Disturbi di personalità, disturbi con cui il DGA presenta così alta comorbidità.

## CONCLUSIONI

La popolazione analizzata sembra condividere delle caratteristiche estremamente omogenee: elevata impulsività, una struttura di personalità disfunzionale o francamente patologica, frequente comorbidità con disturbi dell'umore e con altre dipendenze. Se questa condizione è la regola, piuttosto che l'eccezione, sembra forzato ricorrere costantemente al concetto di doppia diagnosi. Sarebbe più corretto, e più utile nella gestione integrata del paziente, considerare la complessità di questi pazienti come una condizione unitaria, con diverse manifestazioni sintomatologiche, parte integrante dello stesso processo patologico. Ne deriverebbe la necessità di un percorso di cura unitario, non spezzettato all'interno dei diversi Servizi, con ricorso a tutte le risorse disponibili. (D'Egidio, 2017).

È necessario ricordare però che non tutti i pazienti affetti da DGA presentano la stessa gravità sintomatologica; il nostro campione potrebbe essersi selezionato per "gravità" per motivi strutturali: la presenza dello Sportello all'interno dell'Ospedale, luogo di cura per eccellenza, può aver attirato pazienti in condizioni cliniche già gravi, che già riconoscevano la necessità di cura, o che già avevano fallito percorsi di cura tradizionali. Inoltre, sono stati facilitati gli invii allo sportello dall'interno del Dipartimento di Salute Mentale. Potrebbero essere rimasti esclusi invece quei pazienti con problematiche più lievi, non ancora strutturate in un franco disturbo, o quelle condizioni legate più a una situazione ambientale che a un disturbo psicopatologico (Blaszczynski, 2002).

Interessante, sarebbe allora estendere la nostra casistica e confrontarla con quella di altre popolazioni analoghe, ad esempio i pazienti già in carico ai SERD o quelli che



---

si sono rivolti agli sportelli d'ascolto cittadini.

Ciò nonostante, l'esistenza di questa tipologia di pazienti, rappresenta una sfida all'attuale organizzazione dei Servizi – con patologia psichiatrica “troppo grave” per accedere ai Servizi per le dipendenze, e con problemi di *addiction* “troppo gravi” per i Servizi di Salute mentale tradizionali.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*“Spazio[Gio]”, Sportello Gioco d'azzardo Patologico*

*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Grande Ospedale*

*Metropolitano Niguarda, Milano.*

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, D.C.: APA
2. Bianchetti R., Croce M., (2007). *Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni*. Sociologia del diritto, 2, Milano: Franco Angeli.
3. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J, Grant JE, Petry NM, Verdejo-Garcia A, et al. *Gambling disorder*. Nat Rev Dis Primers. (2019) 5:51. doi: 10.1038/s41572-019-0099-7
4. Cowlishaw S, Hakes JK. *Pathological and problem gambling in substance use treatment: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC)*. Am J Addict. (2015) 24:467–74. doi: 10.1111/ajad.12242
5. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*. (15G00222) (GU Serie Generale n.302 del 30-12-2015 – Suppl. Ordinario n. 70
6. Ferris, J. e Wynne, H. 2001, *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*. Canadian Centre of Substance Abuse. Traduzione Italiano: Capitanucci D. (2006)
7. Coriale, G., Ceccanti, M., De Filippis, S., Falletta Caravasso C., De Persis S.(2015). *Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento*. Riv Psichiatr 2015; 50(5): 216-227.
8. Szerman N, Ferre F, Basurte-Villamor I, Vega P, Mesias B, Marín-Navarrete R and Arango C (2020) *Gambling Dual Disorder: A Dual Disorder and Clinical Neuroscience Perspective*. Front. Psychiatry 11:589155. doi: 10.3389/fpsyt.2020.589155
9. Li Y, Wang Z, Boileau I, Dreher JC, Gelskov S, Genauk A, et al. *Altered orbitofrontal sulcogyral patterns in gambling disorder: a multicenter study*. Transl Psychiatry. (2019) 9:186. doi: 10.1038/s41398-019-0520-8
10. Kuss DJ, Griffiths MD. *Online gaming addiction in children and adolescents: a review of empirical research*. J Behav Addict. (2012) 1:3– 22. doi: 10.1556/JBA.1.2012.1.1).
11. Mick I, Myers J, Ramos AC, Stokes PR, Erritzoe D, Colasanti A, et al. *Blunted endogenous opioid release following an oral amphetamine challenge in pathological gamblers*. Neuropsychopharmacology. (2016) 41:1742–50. doi: 10.1038/npp.2015.340 ).
12. Grant JE, Chamberlain SR. *Cold pressor pain and gambling disorder: implications for the opioid system*. CNS Spectr. (2020) 25:426–33. doi: 10.1017/S109285291900107X.
13. Blum K, Gondre-Lewis M, Steinberg B, Elman I, Baron D, Modestino EJ, et al. *Our evolved unique pleasure circuit makes human different from apes: reconsideration of data derived from animal studies*. J Syst Integr Neurosci. (2018) 4:5761. doi: 10.15761/JSIN.1000191.
14. D'Egidio PF, Carpiniello B, Costantino MA. *Carta dei Servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbilità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction ("Doppia Diagnosi")*. FEDERSERD, SIP, SINPIA (2017).
15. Blaszczynski A, Nower L. *A pathways model of problem and pathological gambling*. Addiction. (2002) 97:487– 99. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.

## 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](mailto: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
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- 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., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto: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 Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni