

OFFICIAL JOURNAL OF THE ITALIAN SOCIETY OF PSYCHOPATHOLOGY

Journal of
PSYCHOPATHOLOGY

Editor-in-chief: Alessandro Rossi



Supplement 1

VOL. 26 - 2020

1

NUMBER

Cited in: EMBASE - Excerpta Medica Database • Index Copernicus • PsycINFO • SCOPUS • Google Scholar

Il disturbo da gioco d'azzardo
Implicazioni cliniche, preventive e organizzative



www.jpsychopathol.it

PACINI
EDITORE
MEDICINA

OFFICIAL JOURNAL OF THE ITALIAN SOCIETY OF PSYCHOPATHOLOGY

Journal of PSYCHOPATHOLOGY

Editor-in-chief: *Alessandro Rossi*

International Editorial Board

D. Baldwin (University of Southampton, UK)
D. Bhugra (Emeritus Professor, King's College, London, UK)
J.M. Cyranowski (University of Pittsburgh Medical Center, USA)
V. De Luca (University of Toronto, Canada)
B. Dell'Osso ("Luigi Sacco" Hospital, University of Milan, Italy)
A. Fagiolini (University of Siena, Italy)
N. Fineberg (University of Hertfordshire, Hatfield, UK)
A. Fiorillo (University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy)
B. Forresi (Sigmund Freud Privat Universität Wien GmbH, Milan, Italy)
T. Ketter (Professor Emeritus, Stanford University, Stanford, USA)
G. Maina (University "San Luigi Gonzaga", Turin, Italy)
V. Manicavasagar (Black Dog Institute, Randwick, Australia)
P. Monteleone (University of Salerno, Italy)
D. Mueller (University of Toronto, Canada)
S. Pallanti (Stanford University Medical Center, USA)
C. Pariante (King's College, London, UK)
J. Parnas (University of Copenhagen, Denmark)
S. Pini (University of Pisa, Italy)
R. Rucci ("Alma Mater Studiorum" University of Bologna, Italy)
N. Sartorius (Emeritus Professor, University of Geneva, Switzerland)
J. Treasure (King's College, London, UK)

Advisory Board

E. Aguglia (University of Catania, Italy)
M. Amore (University of Genoa, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genoa, Italy)
L. Bellodi (Ospedale San Raffaele, Milan, Italy)
A. Bertolino (University of Bari "Aldo Moro", Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico, Bari, Italy)
M. Biondi (Sapienza University of Rome, Italy)
B. Carpiniello (University of Cagliari, Italy)
F. Catapano (University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy)
D. De Ronchi (University of Bologna, Italy)
L. Dell'Osso (University of Pisa, Italy)
M. Di Giannantonio (University of Chieti, Italy)
A. Favaro (University of Padova, Italy)
S. Galderisi, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy)
D. La Barbera (University of Palermo, Italy)
M. Maj (University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy)
P. Rocca (University of Turin, Italy)

R. Roncone (University of L'Aquila, Italy)
A. Rossi (University of L'Aquila, Italy)
A. Siracusano (University of Rome Tor Vergata, Italy)
A. Vita (ASST Spedali Civili, Brescia, Italy)

Italian Society of Psychopathology

Executive Council

President: A. Rossi • *Past President:* A. Siracusano
Secretary: E. Aguglia • *Treasurer:* S. Galderisi
Councillors: M. Biondi, B. Carpiniello, M. Di Giannantonio, C.A. Altamura, E. Sacchetti, A. Fagiolini, M. Amore, P. Monteleone, P. Rocca

Founders: Giovanni B. Cassano, Paolo Pancheri

Editorial Assistant: Roberto Brugnoli, Francesca Pacitti, Milena Mancini

Managing Editor: Patrizia Alma Pacini

Editorial and Scientific Secretariat: Valentina Barberi, Pacini Editore Srl, Via Gherardesca 1, 56121 Pisa • Tel. 050 3130376 • Fax 050 3130300 • journal@jpsychopathol.it

© Copyright by Pacini Editore Srl

Publisher: Pacini Editore Srl, Via Gherardesca 1, 56121 Pisa • www.pacinieditore.it

Supplement 1

VOL. 26 - 2020
NUMBER

1

Cited in:

EMBASE - Excerpta Medica Database • Index Copernicus
PsycINFO • SCOPUS • Google Scholar • Emerging Sources Citation Index
(ESCI), a new edition of Web of Science



www.jpsychopathol.it

PACINI
EDITORE
MEDICINA

Il disturbo da gioco d'azzardo Implicazioni cliniche, preventive e organizzative

Giovanni Martinotti¹, Mauro Pettorruso¹, Massimo Clerici²,
Emilio Sacchetti³, Massimo Di Giannantonio¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Imaging, Scienze Cliniche, Università "G. d'Annunzio", Chieti; ² Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca; ³ Professore Emerito di Psichiatria, Università di Brescia

RIASSUNTO

Il disturbo da gioco d'azzardo è una condizione psicopatologica con un importante potenziale di danno in termini personali e sociali. Le rilevazioni epidemiologiche nazionali e internazionali hanno permesso di meglio caratterizzare la diffusione del fenomeno, differenziando le forme di gioco sociale, problematico e patologico. Diverse misure sono state proposte dalle società contemporanee per la gestione del fenomeno, ma il loro impatto effettivo merita di essere accuratamente valutato. Attualmente, le risposte al problema del gioco d'azzardo non sono ancora sufficientemente delineate e socialmente soddisfacenti. Sono quindi necessarie strategie preventive, riabilitative e di cura che si basino maggiormente sulle conoscenze psicopatologiche e neuroscientifiche del disturbo.

Parole chiave: disturbo da gioco d'azzardo, dipendenze comportamentali, prevenzione, trattamento

Correspondence

Giovanni Martinotti

Dipartimento di Neuroscienze, Imaging,
Scienze Cliniche, Università "G. d'Annunzio",
via Luigi Polacchi 11, 65129 Chieti
E-mail: giovanni.martinotti@gmail.com

How to cite this article: Martinotti G, Pettorruso M, Clerici M, et al. Il disturbo da gioco d'azzardo. Implicazioni cliniche, preventive e organizzative. *Journal of Psychopathology* 2020;26(Suppl 1):3-8.

© Copyright by Pacini Editore Srl



OPEN ACCESS

This is an open access Journal distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Il disturbo da gioco d'azzardo (*Gambling Disorder*, GD), nelle sue più diverse manifestazioni, è un disturbo d'interesse psicopatologico recentemente inserito dal DSM-5 nella categoria dei "disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction", insieme alle più note sostanze d'abuso, in ragione di consistenti analogie in termini di manifestazioni comportamentali e di conseguenze a lungo termine. Quando il gioco d'azzardo viene attuato in maniera disregolata e compulsiva il potenziale di danno è enorme, con conseguenze che impattano sulla vita personale dell'interessato e sulla rete sociale di chi ne è affetto. Tuttavia, non si può trascurare come il gioco d'azzardo sia stato da sempre un'attività umana con radici antichissime e che continua a essere ampiamente diffusa come forma d'intrattenimento in larga parte non patologica. Anche al fine di direzionare le future strategie di intervento sembra opportuno, pertanto, effettuare un'analisi del fenomeno in grado di permettere una migliore comprensione di come si potrebbero collocare alcune possibili misure preventive e quelle azioni terapeutico-riabilitative che risultano necessarie per ridurre i rischi di evoluzione in forme di dipendenza clinicamente significative.

Il gioco d'azzardo – dal francese *hasard*, a sua volta termine di origine araba ("az-zahr", dadi) – è una forma di espressione del comportamento umano che Huizinga (1931) colloca nella definizione di uomo accanto alla condizione di *faber* e *sapiens*: l'essere *ludens* porta a intendere il gioco non come semplice antagonista del lavoro ma come una vera e propria forma di espressione della specie *sapiens*, considerabile come una sorta di "fuga psichica" dalla realtà in grado di aiutare l'individuo a convivere con i problemi del mondo esterno. In questa lettura del fenomeno il gioco arriva a configurarsi come una sorta di "spazio altro", in cui concentrare dimensioni dicotomiche quali identità/disidentità, aspet-

tative/frustrazioni, ansie/sogni, onnipotenza/fragilità (Lavanco, 2001).

Anche in una dimensione storica il gioco ha sempre mostrato un ruolo multiforme dai risvolti politici e sociali: a partire dal XVI secolo, ad esempio in Inghilterra, divennero estremamente popolari le lotterie che – su iniziativa di Elisabetta I – permisero di raccogliere, con un primo premio di 500 sterline, quasi 200.000 sterline da utilizzare per la riparazione di ponti e per le fortificazioni costiere (Dickerson, 1984). In tutta Europa la società si è quindi sempre interrogata su quale potesse essere il migliore approccio verso il gioco d'azzardo e i più diversi atteggiamenti sono costantemente mutati – nel corso delle varie epoche – alternando fasi di permissivismo e fasi di totale proibizionismo (come nel medioevo). In tempi moderni si sta assistendo a una fase di prevalente regolamentazione del gioco d'azzardo e gli interessi economici che il gioco coinvolge, tanto per il settore privato, quanto per quello pubblico, sembrano incoraggiare gli Stati a promuovere politiche orientate alla gestione del fenomeno del gioco.

Note di epidemiologia

Allo stato attuale, le più recenti analisi sul fenomeno del gioco in Italia sono state condotte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dall'Istituto di Studi Politici Economici e Sociali (Eurispes). Nel nostro Paese risulterebbe come il 71,8% degli italiani dichiarati di “non giocare mai”, contro il 28,2% che invece afferma di aver partecipato a una qualche forma di gioco con vincita in denaro. Le motivazioni che sembrano spingere gli italiani a giocare sono di diverso tipo: al primo posto la speranza di una grande vincita e del guadagno di denaro (intorno al 50%), ma anche il divertimento (21,1%) e la possibilità di occupare il tempo libero (8,2%). In merito alla pericolosità percepita in relazione alle diverse forme di gioco d'azzardo, i giochi a rapido turn-over di vincite sono ritenuti i più pericolosi. Per quanto riguarda l'età, nella fascia 35-44 anni e negli over 65 si registrano le più alte percentuali di non giocatori. Tra gli over 45 sono più numerosi della media coloro che giocano solo dal vivo (23,9% per i 46-64 anni, 21,4% per gli over 65).

Sono stati poi presi in esame alcuni comportamenti potenzialmente a rischio: se la maggioranza dei giocatori non ha mai avuto la sensazione di trascorrere troppo tempo giocando (60,8%), a quasi un terzo (30,7%) è invece capitato “qualche volta”, al 7,8% “spesso” e solo allo 0,6% “sempre”. Inoltre, più di un quarto degli intervistati prova “qualche volta” la sensazione di spendere troppo denaro giocando, mentre non capita mai al 62,4% dei giocatori. Tre quarti degli intervistati non hanno mai chiesto un prestito per giocare, ma uno su cinque ammette di averlo fatto “qualche volta”.

Un'ulteriore considerazione di tipo epidemiologico riguarda il ruolo del GD nel panorama delle dipendenze.

Incrociando i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2018) con dati inerenti altre dipendenze, il disturbo da gioco d'azzardo appare come una problematica sensibilmente meno rilevante rispetto alle dipendenze da tabacco, alcol, cocaina, eroina, nuove sostanze psicoattive e cannabis. L'ISS stima che i giocatori da considerare problematici siano il 3% (circa 1.500.000 individui), cioè soggetti con delle potenzialità rispetto allo sviluppo di disturbo da gioco d'azzardo. Parallelamente si evidenzia come i giocatori effettivamente assistiti dai Dipartimenti delle Dipendenze siano solo una minima parte e quelli nell'ambito CSM ancora meno. Sebbene questo dato dipenda in parte anche dallo stigma delle cure, ossia dalle difficoltà che i giocatori patologici hanno nel rivolgersi ai centri dedicati ai quali giungono in pochi casi e spesso tardivamente, appare evidente come il problema debba essere letto in una cornice più ampia. Da una media dei dati epidemiologici a disposizione, per ogni paziente con disturbo da gioco d'azzardo preso in carico, ve ne sarebbero oltre 4 per alcol e oltre 18 per sostanze. Questi risultati sono stati in qualche modo confermati dall'Istat, secondo cui giochi, lotterie e scommesse sono oltre il duecentesimo posto nella spesa delle famiglie, rispetto a tabacchi e alcolici che detengono posizioni decisamente più elevate (rispettivamente al 77° e al 78° posto): questo senza considerare le spese determinate dal mercato sommerso delle sostanze illecite, che risulta di difficile interpretazione.

Considerazioni introduttive sulle policy e sulla gestione del fenomeno

A fronte di questa situazione, nel nostro Paese Regioni e Comuni hanno, abbastanza superficialmente, cercato soluzioni per la gestione del fenomeno e sono intervenute, perlopiù, col fine di limitare il numero delle sale attraverso misure che – secondo gli Istituti di ricerca – si rivelano di scarso impatto e quantomeno inefficaci. Prima fra tutte quella definita come “distanziometro”, ovvero il divieto di aprire sale o installare slot-machine a meno di una certa distanza da chiese, scuole e altri luoghi sensibili. Recenti dati mettono in evidenza come invece una parte dei giocatori problematici (mediamente il 10%) spesso scelga di rivolgersi a sale distanti dall'abitazione, proprio per nascondere il disagio che ne può derivare. *Doxa* (2019) mette in evidenza che la maggior parte dei giocatori non ha alcun problema a scegliere una sala più lontana: si sposterebbe in un altro punto vendita il 69% dei giocatori di scommesse sportive, il 65% dei giocatori di Slot e il 61% dei giocatori afferenti al *Video Lottery Terminal*. Solamente il 12% – emerge dallo studio – smetterebbe di giocare, qualora chiudesse il luogo di gioco abituale. Il divieto praticamente assoluto di gioco in zone urbane potreb-

be paradossalmente favorire il soggetto affetto da GD, determinandone pertanto la concentrazione delle sale in luoghi periferici, isolati dallo sguardo altrui e dallo stigma derivante. Inoltre, le periferie stesse potrebbero finire per essere penalizzate da un'elevata densità di offerta, con una probabile influenza negativa sui giocatori sociali normalmente residenti nelle zone stesse.

Anche in merito alle limitazioni orarie di offerta di gioco permangono notevoli dubbi, sostanziati da uno studio recente che mostra come l'interruzione del gioco, non accompagnata da uno specifico intervento da attuare durante il periodo di break, non rappresenti uno strumento efficace nel trattare questo comportamento (Blaszczynski et al., 2016).

Più in generale, si deve considerare come le misure volte a incoraggiare il cosiddetto "gioco responsabile" abbiano un impatto differente sulle diverse popolazioni di giocatori (Gainsbury et al., 2018): mentre i giocatori sociali potrebbero essere più sensibili rispetto a limitazioni di accesso, i giocatori patologici e i soggetti con GD risultano immuni all'effetto di misure di questo genere, proprio perché la patologia è sostenuta da disregolazioni di natura psicobiologica e necessita di interventi specifici, sempre centrati sulla persona.

Una conferma di quanto osservato si trova anche nel passaggio del Rendiconto Generale dello Stato 2018 sui giochi a opera della Corte dei Conti, in cui si evidenzia che la riduzione del numero degli apparecchi da intrattenimento stabilita dalle norme nazionali, unita all'inasprimento delle limitazioni (distanze da luoghi sensibili e orari di gioco) da parte di norme regionali e locali, ha determinato in realtà una contrazione del mercato legale e un probabile incremento dei fenomeni illegali. Proprio in relazione a questi ultimi dati recenti evidenziano come 3 italiani su 10 abbiano conoscenza diretta o indiretta dell'esistenza di circuiti di gioco illegale. Oltre un quinto (22,3%) ne è conoscenza, ma non ne è mai stato partecipe, mentre il 4,7% ha anche partecipato. Questo dato potrebbe dunque potenzialmente incrementarsi in ragione di strategie proibizioniste come l'applicazione del distanziometro e la riduzione di orari per l'offerta di gioco.

Un discorso analogo può essere fatto per il fenomeno del gioco online che, non risentendo dell'applicazione di limitazioni (tempi di utilizzo e distanze), potrebbe risultarne incrementato. Sebbene infatti la maggior parte dei giocatori si diverte prevalentemente "dal vivo" con forme tradizionali di gioco, il 9,9% dei soggetti utilizza il canale online, in associazione al gioco dal vivo, con quote elevate di giocatori soprattutto nella fascia di età 18-34 e con elevata distribuzione nelle isole. Il canale online è sicuramente più difficilmente gestibile e può favorire lo sviluppo di comportamenti *addictive*: ciò in ragione dell'assenza di un contesto circostante in grado

di arginare, almeno qualche volta, certi comportamenti. L'individuo può infatti giocare da casa – 24 ore su 24 – con perdita di consapevolezza del denaro utilizzato e soddisfacendo invece la propria voglia di sfidare la fortuna grazie a un alto livello di privacy personale. La possibilità di accedere da casa o da qualsiasi altro luogo a casinò virtuali, sembra facilitare lo sviluppo della compulsione nel gioco e può determinare facilmente un utilizzo disregolato del gioco online su prodotti che, peraltro, possono non essere neanche soggetti al controllo dello Stato se non distribuiti dall'offerta pubblica regolamentata.

Alla luce delle crescenti preoccupazioni citate, sia in chiave sociale che socio-sanitaria, inerenti il settore del gioco online (anche per la facilità di accesso da parte delle giovani generazioni), merita un plauso il completamento del processo di integrale automazione della procedura di inibizione dei siti che offrono gioco senza autorizzazione. Nel 2018 sono stati inibiti più di mille siti con un notevole incremento rispetto al 2017 e il raggiungimento della cifra complessiva di 8.000 siti inibiti dall'entrata in vigore della misura, oltre dieci anni fa, sembra incoraggiante. A tal proposito, va sottolineato che sui giochi online il registro di autoesclusione è operativo da tempo in Italia e in altri paesi europei, con risultati scientificamente validi. Sebbene persistano delle criticità nell'attuazione di queste misure, legate ad esempio alle condizioni per il recesso, si tratta di interventi che indicano una direzione sulla quale continuare a lavorare.

In merito a quanto sottolineato finora si può ritenere come, allo stato attuale del fenomeno, le risposte al problema del gioco d'azzardo non siano ancora sufficientemente delineate e socialmente soddisfacenti, come testimoniato dai recenti dati ISS che non hanno certo dimostrato una contrazione del fenomeno. Dal punto di vista clinico poi, sebbene manchino studi controllati e scientificamente fondati sul tema, si deve ritenere che le misure come il "distanziometro" e la limitazione degli orari di gioco appaiono dagli effetti incerti: queste misure potrebbero limitare il fenomeno gioco abbattendo però, *in primis*, la componente sociale dello stesso. Ben diversa sembra la capacità di porre limiti al disturbo da gioco d'azzardo, ossia alle condotte di gioco veramente patologiche: il giocatore patologico non vede infatti limiti effettivi alla compulsione attraverso difficoltà derivanti dallo spostamento o dalle modificazioni agli orari di gioco. La clinica dell'*addiction*, in particolare da sostanze, ce lo conferma da decenni: chi ha una dipendenza non è sensibile alle limitazioni imposte dall'esterno, come testimoniato da quasi cent'anni di strategie proibizioniste, dal *Volstead Act* negli Stati Uniti (1927) alla recente *War on Drugs* nelle Filippine (2020). Queste esperienze, ten-

denzialmente fallimentari, sembrano aver indotto più che altro il mantenimento dei danni indotti dall'uso illecito delle sostanze e facilitato un progressivo impoverimento delle risorse pubbliche da dedicare al comparto delle dipendenze, al fine di attivare opportune strategie preventive, riabilitative e di cura a seguito della frustrazione derivante dagli studi di efficacia di quanto sperimentato.

Prospettive future

Quali, dunque, le possibili indicazioni in termini di strategie percorribili e di prospettive future?

Dal punto di vista terapeutico-riabilitativo va sottolineato come l'utilizzo di nuove tecniche di tipo psicoterapeutico (Cowlshaw et al., 2012) – con la possibilità di implementare strumenti di realtà virtuale (Tárrega et al., 2015) o trattamenti web-mediati (Chebli et al., 2016), così come il recente sviluppo di interventi di neuromodulazione, quali la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) (Pettoruso et al., 2020) e la stimolazione transcranica a corrente diretta (tDCS) (Martinotti et al., 2019) – metodiche utili a ridurre il craving per il gioco e ad aumentare il controllo cognitivo sullo stesso. Questi strumenti agevolano, inoltre, la presa in carico complessiva del paziente garantendo, attraverso metodiche di cura innovative e scientificamente validate, un miglioramento della compliance e dell'aderenza ai trattamenti: elemento questo di non facile soluzione nell'ambito più generale delle problematiche di dipendenza.

Dal punto di vista preventivo, il miglioramento dell'offerta di strumenti di intervento precoce potrebbe portare a consistenti benefici: ad esempio, come si diceva, la possibilità di attuare un registro di esclusione, fruibile a livello nazionale e in grado di impedire l'accesso nelle aree di gioco a soggetti sensibili o già diagnosticati e/o in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo. Il registro di esclusione potrebbe garantire una buona efficacia, come già dimostrato in paesi come Spagna e Germania (Motka et al., 2018), soprattutto se guidato e ben integrato con la rete territoriale sanitaria dei servizi per le dipendenze (Serd), dei Centri di Salute Mentale (CSM) e del Terzo Settore qualificato. Il sistema della segnalazione e successiva esclusione dovrebbe essere associato a un'efficace rete informativa tra i licenziatari. L'attuazione di strumenti integrati d'intervento precoce e prevenzione attiva dovrebbe necessariamente contemplare la possibilità di considerare la segnalazione da parte dei familiari del giocatore.

Altre misure riguardano la possibile revisione dei parametri di gioco degli apparecchi, che consentano di misurare l'accesso al gioco d'azzardo in termini di tempo trascorso e di denaro speso, consentendo la possibile individuazione precoce di situazioni di gioco a rischio. Lo sviluppo di sistemi di questo tipo potrebbe auspica-

bilmente consentire l'individuazione di chi risulta bisognoso di un intervento specifico.

Questi interventi dovrebbero essere attuati da operatori specificamente formati agli strumenti del counseling e del supporto psicologico e in grado di indirizzare chi è vulnerabile verso la rete dei servizi territoriali di cura (Serd, CSM, Terzo Settore), oltre che di includere chi ha superato i limiti in maniera reiterata nel registro di esclusione. La gestione di quest'ultimo potrebbe prevedere esclusioni temporanee o definitive o, addirittura, differenziazioni in merito alla tipologia di gioco, limitando l'accesso esclusivo a quei giochi a rapido turn-over, che più tipicamente affliggono e caratterizzano chi è affetto da disturbo da gioco d'azzardo.

Infine, può essere utile una considerazione specifica riguardo alle risorse: l'introito derivante dal gioco è consistente e in graduale aumento a fronte di un ambito – quello della prevenzione e della cura delle dipendenze – in cui, invece, mancano le risorse per fronteggiare l'aumento della diffusione e delle conseguenze sociali negative. Sarebbe pertanto opportuno vincolare e investire una parte delle risorse derivanti dal settore del *gambling* in favore dei servizi di cura e prevenzione delle dipendenze, al fine di investire in progetti che estendano tali interventi non soltanto al disturbo da gioco d'azzardo, ma a tutte le forme di dipendenza (da sostanze *in primis*), visto l'elevato livello di comorbidità e la comunanza dei fattori di rischio per il loro sviluppo. Ciò permetterebbe di andare oltre a quanto a oggi già previsto con il Fondo per il contrasto al disturbo da gioco d'azzardo, di cui alla Legge di stabilità (articolo 1, comma 946, della L. 2018/2015) e, soprattutto, garantire una visione veramente integrata dei fenomeni di *addiction*, come da tempo enfatizzato nella letteratura EBM più qualificata. Peraltro questo tipo di comorbidità tra forme diverse di *addiction* rappresenta il problema centrale della presa in carico attuale di questi soggetti, come recentemente mostrato da diverse ricerche che hanno dato enfasi alla forte associazione del disturbo da gioco d'azzardo con i disturbi da uso di alcol e di cocaina. Le più alte concentrazioni di comorbidità, soprattutto nelle fasce di età più giovani, aprono risvolti medici, psicopatologici e sociali drammatici che dovranno essere rivalutate in una dimensione allargata dei fenomeni di *addiction* (Martinotti et al., 2006; Di Nicola et al., 2015; Dufour et al., 2016; Loo et al., 2019).

Conclusioni

Quanto descritto fin qui, più che portare a sottovalutare l'impatto devastante che il gioco d'azzardo ha nella vita dei soggetti e delle famiglie di chi è ne affetto, deve più che altro sensibilizzarci alla rilevanza delle dipendenze in generale.

Le risorse fiscali derivanti dal comparto del gioco, oggi attestate su oltre 10 miliardi di euro su una spesa dei giocatori di circa 18,5 miliardi (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2018), devono essere redistribuite in favore dei servizi per la prevenzione e la cura delle dipendenze in senso lato, sia quelle di nuova generazione che quelle tradizionali, vera emergenza del nostro sistema sociale, indubbiamente a fianco dei disturbi derivanti dal gioco d'azzardo.

In questo scenario è pertanto auspicabile un maggiore confronto con chi ogni giorno si dedica alla cura delle dipendenze, così come una maggiore permeabilità con i risultati delle ricerche neuroscientifiche che si occupano di *addiction* (Yücel et al., 2017). Questo approccio permetterebbe di valutare tempestivamente e oggettivamente l'impatto delle più diverse misure adottate arrivando a stabilire strategie effettivamente volte a individuare precocemente i soggetti vulnerabili e a rischio di *addiction* prima che di specifica dipendenza.

In prospettiva, ma questo è l'aspetto più difficile da realizzare nel settore, finanziare ricerche utili alla valuta-

zione scientifica delle misure applicate all'utenza, con particolare attenzione alle diverse tipologie di soggetti interessati (giocatori "sociali", problematici, affetti da disturbo da gioco d'azzardo "puro" o da patologie da *addiction* comorbili). L'approccio totalmente o prevalentemente proibizionista, ampiamente discusso a seguito delle *policies* cinquantennali sulla droga, non è sembrato infatti portare a una contrazione indifferenziata dell'offerta, ma deve essere re-indirizzato verso lo sviluppo di modelli di presa in carico, trattamento e riabilitazione in grado di incrementare la conoscenza precoce dei fattori di rischio (Ronzitti et al., 2019; 2018a; 2018b; 2017a; 2017b; 2016a; 2016b; Lutri et al., 2018; Bergamini et al., 2018) e, possibilmente, il miglioramento dell'aderenza alle terapie erogate dai servizi e il controllo nel tempo della ricaduta, reale target imprescindibile di qualsivoglia intervento politico-normativo.

Ringraziamenti

Gli Autori ringraziano il prof. Alessandro Rossi per i preziosi suggerimenti inerenti l'organizzazione e stesura del manoscritto.

Bibliografia

- 1 Agenzia delle Dogane e dei Monopoli: Libro blu, 2018.
- 2 Agenzia delle Dogane e dei Monopoli: circolare ADM Prot. R.U. 44223/2018 del 12 marzo 2018.
- 3 Bergamini A, Turrina C, Bettini F, et al. At-risk gambling in patients with severe mental illness: prevalence and associated features. *J Behav Addict* 2018;7:348-54.
- 4 Blaszczynski A, Cowley E, Anthony C, et al. Breaks in play: do they achieve intended aims? *J Gambl Stud* 2016;32:789-800.
- 5 BVA-DOZA. Gli effetti del distanziometro e dei limiti orari, 29/10/2019.
- 6 Chebli JL, Blaszczynski A, Gainsbury SM. Internet-based interventions for addictive behaviours: a systematic review. *J Gambl Stud* 2016;32:1279-304.
- 7 Corte dei Conti. Rendiconto Generale dello Stato, 2018.
- 8 Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, et al. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD008937.
- 9 Di Nicola M, Tedeschi D, De Risio L, et al. Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. *Drug Alcohol Depend* 2015;148:118-25.
- 10 Dickerson MG. Compulsive gamblers. London: Longman Group Ltd 1984. (trad. it. La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere. Torino: Edizione Gruppo Abele 1933).
- 11 Dufour M, Nguyen N, Bertrand K, et al. Gambling problems among community cocaine users. *J Gambl Stud* 2016;32:1039-53.
- 12 Eurispes (Osservatorio permanente su giochi, legalità e patologie). Gioco pubblico e dipendenze in Piemonte, maggio 2019. Gioco pubblico e dipendenze nel Lazio, ottobre 2019.
- 13 Gainsbury SM, Abarbanel BLL, Philander KS, et al. Strategies to customize responsible gambling messages: a review and focus group study. *BMC Public Health* 2018;18:1381.
- 14 Huizinga J. *Homo ludens* (trad. it. *Homo ludens*. Torino: Einaudi 1982), 1938.
- 15 Istituto Superiore di Sanità: Comunicato Stampa n. 30/2018 – Gioco d'azzardo 2018.
- 16 Lavanco G. *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*. Milano: McGraw-Hill Companies 2001.
- 17 Loo JMY, Kraus SW, Potenza MN. A systematic review of gambling-related findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Behav Addict* 2019;8:625-48.
- 18 Lutri V, Soldini E, Ronzitti S, et al. Impulsivity and gambling type among treatment-seeking disordered gamblers: an explorative study. *J Gambling Studies* 2018;34:1341-54.
- 19 Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, et al. The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Compr Psychiatry* 2006;47:350-6.
- 20 Martinotti G, Lupi M, Montemitto C, et al. Transcranial direct current stimulation reduces craving in substance use disorders: a double-blind, placebo-controlled study. *J ECT* 2019;35:207-11.
- 21 Motka F, Grüne B, Slecicka P, et al. Who uses self-exclusion to regulate problem gambling? A systematic literature review *J Behav Addict* 2018;7:903-16.
- 22 Pettorruso M, Martinotti G, Montemitto C, et al.; Brainswitch Study Group. Multiple sessions of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation as a potential treatment for gambling addiction: a 3-month, feasibility study. *Eur Addict Res* 2020;26:52-6.
- 23 Ronzitti S, Lutri V, Smith N, et al. Gender differences in treatment-seeking british pathological gamblers. *J Behav Addictions* 2016a;5:231-8.
- 24 Ronzitti S, Soldini E, Lutri V, et al. Types of gambling and levels of harm: a UK study to assess severity of presentation in a treatment-seeking population. *J Behav Addictions* 2016b;5:439-47
- 25 Ronzitti S, Soldini E, Smith N, et al. Gambling disorder: exploring pre-treatment and in-treatment dropouts predictors. *A UK Study. J Gambling Studies* 2017a;33:1277-92.

- ²⁶ Ronzitti S, Soldini E, Smith N, et al. Current suicidal ideation in treatment-seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems. *Addictive Behav* 2017b;74:33-40.
- ²⁷ Ronzitti S, Kraus SW, Hoff RA, et al. Problem-gambling severity, suicidality and DSM-IV Axis II personality disorders. *Addictive Behav* 2018a;82:142-50.
- ²⁸ Ronzitti S, Soldini E, Smith N, et al. Are treatment outcomes determined by type of gambling? A UK study. *J Gambling Studies* 2018b;34:987-97.
- ²⁹ Ronzitti S, Kraus SW, Hoff RA, et al. Problem-gambling severity, suicidality and DSM-IV Axis I psychiatric disorders. *Int J Mental Health Addictions* 2019:1-16.
- ³⁰ Tárrega S, Castro-Carreras L, Fernández-Aranda F, et al. A serious videogame as an additional therapy tool for training emotional regulation and impulsivity control in severe gambling disorder. *Front Psychol* 2015;6:1721.
- ³¹ Time Magazine, 7/01/2020, 2020. <https://time.com/5760292/philippines-war-on-drugs>
- ³² Yücel M, Carter A, Allen AR, et al. Neuroscience in gambling policy and treatment: an interdisciplinary perspective. *Lancet Psychiatry* 2017;4:501-6.