

Gioco d'azzardo: un primato italiano che sarebbe meglio non avere

Bernardo Dell'Osso¹

Il gioco d'azzardo rappresenta un'attività nella quale qualcosa di valore viene posto a rischio in relazione al corso di un evento di cui non si conosce l'evoluzione, allorché la probabilità di vincere o perdere è tutt'altro che certa. Il gioco d'azzardo ha una storia antica, sebbene la ricerca scientifica sul fenomeno e sulle sue varianti patologiche sia relativamente recente ed abbia già fornito importanti acquisizioni sulla relazione esistente tra l'esposizione al gioco d'azzardo, il protrarsi della stessa e il consolidarsi delle condotte di gioco e, infine, lo sviluppo di vere e proprie forme di gioco d'azzardo patologico (GAP). Occorre, tuttavia, sottolineare come la gran parte degli individui che si accostano al gioco d'azzardo non sviluppino comportamenti legati al gioco di tipo maladattativo né una vera e propria dipendenza in senso stretto. Nondimeno, una parte non trascurabile inizia a manifestare condotte di gioco caratterizzate da maggior frequenza e minor controllo, con conseguenze ed evoluzioni differenti da caso a caso.

Fino al maggio 2013, secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹, il GAP (o *pathological gambling*) era ricompreso tra i disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove. La specifica "non classificati altrove" era posta al fine di indicare come comportamenti di gioco d'azzardo maladattativi possano essere presenti anche all'interno di altri quadri clinici, ad esempio nelle fasi maniacali del disturbo bipolare, pur rappresentando, in tali condizioni, un'espressione sintomatologica secondaria e non permanente. L'inquadramento del GAP tra i disturbi del controllo degli impulsi era volto, evidentemente, a sottolinearne le caratteristiche di discontrollo nei comportamenti associati al gioco. Diversi autori, tuttavia, concettualizzano il GAP come un disturbo dello spettro ossessivo-compulsivo, sottolineandone i caratteri di pensiero pervasivo, ricorrente e incontrollabile, oltre che i comportamenti compulsivi e ritualistici, legati al gioco. Un'altra importante corrente di studiosi ed esperti del settore aveva già proposto di inquadrare il GAP tra le dipendenze comportamentali (le cosiddette *behavioral addictions*), condizioni caratterizzate da veri e propri comportamenti di dipendenza, con manifestazioni di tolleranza (necessità nel tempo di incrementare i comportamenti di gioco per provare piacere e gratificazione)

e astinenza (difficoltà e insuccessi nel tentare di ridurre o interrompere tali comportamenti), nei confronti del gioco anziché di una sostanza. Seguendo tale modello, in seguito ad una serie di ricerche di neuroimaging e di studi che hanno mostrato risultati positivi nel trattamento del GAP con composti ad attività antagonista sul sistema degli oppioidi, la quinta e nuova edizione del DSM ha visto una ricollocazione del GAP dal capitolo dei disturbi del controllo degli impulsi a quello delle dipendenze (*substance-related and addictive disorders*), senza peraltro apportare modifiche nei criteri diagnostici^{2,3}. La denominazione del disturbo, inoltre, è stata modificata da *pathological gambling* a *gambling disorder*. Non essendo ancora disponibile la traduzione italiana del DSM-5, non è possibile, allo stato attuale, conoscere come verrà rinominato il GAP (disturbo da gioco d'azzardo, verosimilmente).

Le recenti modifiche nella classificazione del GAP, unitamente alla presenza di diversi modelli di inquadramento della patologia, sottolineano come il disturbo stesso rappresenti una condizione complessa, in grado di manifestarsi attraverso dimensioni cliniche differenti più o meno associate. Pertanto, al di là dello specifico modello di concettualizzazione del GAP che si prenda in considerazione, è noto come esistano diverse espressioni cliniche di GAP (fenotipi)⁴. In tal senso, l'attuale approccio clinico al giocatore d'azzardo patologico deve considerare i precedenti modelli d'inquadramento, non come mutuamente esclusivi, bensì in un contesto di continua reciprocità e implicanza. Occorre ancora sottolineare come il GAP si presenti spesso associato ad altri disturbi psichiatrici – disturbi da uso di sostanze, disturbi dell'umore e d'ansia, in particolare – rappresentando la presenza di comorbidità la regola e non l'eccezione nei giocatori d'azzardo patologici⁴.

Al di là dei diversi modelli di classificazione delle varianti patologiche del gioco d'azzardo, sappiamo come esista una sorta di *continuum* nell'ambito delle diverse espressioni del gambling⁵, all'interno del quale vengono distinte le seguenti tipologie di giocatori:

- il giocatore sociale, che considera il gioco come un'occasione per socializzare e divertirsi e che è capace di controllare i propri impulsi;

¹Dipartimento di Scienze Neurologiche, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.
Pervenuto il 9 dicembre 2013.

- il giocatore problematico, che, pur non essendo ancora affetto da una vera e propria patologia, presenta problemi sociali da cui fugge o per i quali cerca una soluzione attraverso il gioco; i comportamenti legati al gioco possono occasionalmente sfuggire alla sua capacità di controllo;
- il giocatore patologico, il cui comportamento soddisfa i criteri veri e propri della patologia.

Nell'ambito di una tale distinzione occorre, tuttavia, fare ancora riferimento al modello d'inquadramento del GAP tra le dipendenze comportamentali, per una fondamentale considerazione. Se è vero che tutti i pazienti con GAP devono aver sviluppato comportamenti maladattativi di gioco in maniera più o meno graduale, è altrettanto vero che il gioco d'azzardo, di per sé, può presentare per molti individui normali un effetto fortemente *addictive*, cioè in grado di creare dipendenza attraverso una crescente esposizione e con il ripetersi del comportamento. Certamente, tale processo varia da individuo a individuo, sulla base di una serie di parametri, tra i quali rientrano anche fattori genetici.

Da un punto di vista clinico, la caratteristica principale del GAP è la presenza di espressioni di gioco d'azzardo ricorrenti e maladattative, che influiscono negativamente sul funzionamento sociale, familiare e lavorativo dell'individuo. I criteri proposti dal DSM indicano che il paziente con GAP debba essere eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo e che, per raggiungere l'eccitazione desiderata, egli tenda a giocare con maggiore frequenza e/o con quantità crescenti di denaro. Accade così che il paziente tenti d'interrompere, o comunque di controllare il gioco, senza successo e, quando prova a farlo, diventi irrequieto e irritabile. Spesso, il gioco d'azzardo rappresenta per l'individuo un modo per sfuggire ai problemi della vita quotidiana. Inoltre, il soggetto può mentire ai membri della famiglia o ad altre persone, in relazione ai propri comportamenti di gioco e alle relative conseguenze; può commettere azioni illegali, come piccoli furti, per finanziare il gioco e mettere a repentaglio relazioni interpersonali importanti o il suo stesso lavoro, in seguito alle proprie condotte.

Un'analisi della crescente diffusione del gioco d'azzardo evidenzia come, in Italia, vi sia stata una crescita esponenziale del fenomeno nell'ultimo decennio, essendo attualmente il Paese tra i primi al mondo per volumi di gioco e spesa pro capite relativa allo stesso. La prevalenza del GAP in Italia, a livello della popolazione generale, si attesterebbe attorno all'1-2%, dato in linea con altri Paesi come gli USA. Negli Stati Uniti, studi epidemiologici hanno mostrato come i giocatori d'azzardo (*gamblers*) di sesso maschile siano presenti in misura doppia rispetto alle donne (68% vs 32%)⁶. Diversi esperti, tuttavia, ritengono che il dato epidemiologico di prevalenza del GAP fornisca, ragionevolmente, una cospicua sottostima del fenomeno, tenuto frequentemente nascosto dai pazienti che ne soffrono e dalle loro famiglie. Diversamente da quanto avvenuto in Paesi come gli USA o la Spagna, nei quali il fenomeno del GAP è stato, nell'ultimo ventennio, costantemente oggetto di monitoraggio, di ricerca scientifica e di inter-

venti da parte dello Stato, in Italia si è registrata negli ultimi anni una situazione per molti versi opposta: il forte aumento della pressione pubblicitaria a giocare (si pensi ai siti creati per scommettere sugli eventi sportivi), la crescente diffusione di centri e strutture interamente dedicate al gioco (sale bingo) e, infine, la capillare distribuzione delle macchinette da videopoker in moltissimi esercizi pubblici hanno determinato una maggiore propensione a giocare d'azzardo, con conseguente crescita della patologia. Di conseguenza, negli anni in questione, si è riscontrato un proporzionale aumento di livello dei consumi e dei quadri di dipendenza. Peraltro, solo negli ultimi anni, le autorità competenti sembrano aver fatto qualche timido e isolato tentativo di studiare seriamente il problema, introdurre efficaci strumenti per limitare la pubblicizzazione del fenomeno e creare strutture per il riconoscimento e la gestione dei pazienti affetti da GAP. Purtroppo, allo stato attuale, la gran parte dei pazienti affetti da GAP e i loro familiari non sanno a chi rivolgersi: esistono pochissime strutture con uno specifico know how nella gestione dei pazienti con GAP e la richiesta di un valido percorso di cura da parte dei malati e delle loro famiglie sopravanza grandemente l'offerta e la disponibilità di servizi e personale specialistici presenti nel nostro Paese.

Affinché la situazione possa cambiare, occorre sensibilizzare in misura decisamente più efficace l'intera collettività sulle reali dimensioni del problema e sulle conseguenze che il GAP è in grado di determinare in termini di disabilità, problemi economici, lavorativi e familiari. Non è raro, infatti, che forme particolarmente severe di GAP, se non trattate, possano portare il paziente al suicidio⁷.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Washington, DC: APA 2000.
2. American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: APA 2013.
3. Grant JE, Potenza MN, Hollander E, et al. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 303-12.
4. Dell'Osso B, Allen A, Hollander E. Comorbidity issues in the pharmacological treatment of Pathological Gambling: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 21.
5. Shaffer HJ, Martin R. Disordered gambling: etiology, trajectory and clinical considerations. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 483-510.
6. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008; 38: 1351-60.
7. Hollander E, Sood E, Pallanti S, Baldini-Rossi N, Baker B. Pharmacological treatments of pathological gambling. *J Gambl Stud* 2005; 21: 99-110.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Bernardo Dell'Osso
Università di Milano
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico
Via Francesco Sforza 35
20122 Milano
E-mail: bernardo.delloso@policlinico.mi.it