



REGIONE DEL VENETO - AZIENDA ULSS n. 8 ASOLO (TV)

dipartimento per le dipendenze di Castelfranco Veneto (TV)
TECHNICAL PAPER n. 5

IL MODELLO DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELL'AMBULATORIO PER IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMatico DI CASTELFRANCO VENETO

Graziano Bellio *

Amelia Fiorin **

* Medico Psichiatra, psicoterapeuta

** Psicologa, psicoterapeuta

dipartimento per le dipendenze - Azienda Ulss n. 8,
Castelfranco Veneto (TV)



dipartimento per le dipendenze di Castelfranco Veneto (TV)
TECHNICAL PAPER n. 5

IL MODELLO DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELL'AMBULATORIO PER IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMatico DI CASTELFRANCO VENETO

Graziano Bellio*
Amelia Fiorin**

* Medico Psichiatra, psicoterapeuta

** Psicologa, psicoterapeuta

dipartimento per le dipendenze - Azienda Ulss n. 8, Castelfranco Veneto (TV)

2015 - Pubblicazione gratuita. Vietata la vendita.

Licenza Creative Commons: Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate - 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND)

IL MODELLO DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELL'AMBULATORIO PER IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO DI CASTELFRANCO VENETO

Graziano Bellio - psichiatra, coordinatore del dipartimento per le dipendenze di Castelfranco Veneto (TV)

Amelia Fiorin - psicologa, dipartimento per le dipendenze di Castelfranco Veneto (TV)



Azienda ULSS n. 8 - ASOLO (TV)

Dipartimento per le Dipendenze

Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico

Via dei Carpani, 16/z

31033 CASTELFRANCO VENETO (TV)

sertcf@ulssasolo.ven.it

Opuscolo gratuito. Vietata la vendita.

Licenza Creative Commons: Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate - 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND)

Azienda Ulss n. 8 , Castelfranco Veneto - agosto 2015

INTRODUZIONE

Il *disturbo da gioco d'azzardo* è attualmente considerato una forma di dipendenza comportamentale, l'unica inclusa tra i disturbi mentali nella quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5 (APA, 2013)¹. Esso si caratterizza per un persistente o ricorrente stile maladattivo e dannoso di gioco d'azzardo in cui il soggetto, avendo perso il controllo sul proprio comportamento, soffre per menomazioni o difficoltà clinicamente significativi. Al di là del comportamento stereotipato di gioco, la eterogeneità dei soggetti che richiedono un trattamento è una caratteristica clinica costante (Blaszczynski e Nower, 2007).

Il disturbo da gioco d'azzardo si associa a profonde disfunzioni di natura emotiva, cognitiva, relazionale e sociale; alcune di esse risultano preesistenti o legate a comorbilità psicopatologica, altre invece sono conseguenza dello sviluppo della dipendenza. Diversi elementi concorrono a determinare l'eterogeneità dei quadri clinici:

- a. differenze nei comportamenti di gioco, ma anche fattori personali, relazionali e sociali coesistenti, quali ad esempio l'età attuale e l'età di avvio del gioco d'azzardo, stato civile e storia affettiva, situazione lavorativa e reddito, presenza di figli, presenza e qualità della cerchia amicale e vita sociale, problemi legali pregressi e attuali, eccetera.
- b. I giocatori d'azzardo mostrano differenti profili nelle motivazioni che li spingono a giocare nonostante la continua emorragia economica (Binde, 2013): tali motivazioni sono in relazione ad aspetti personali e relazionali, e alle dimensioni cognitivo-affettive che vengono stimolate dal gioco, in primo luogo l'eccitamento e la stimolazione psicofisica, l'evitamento di stati d'animo negativi (ad esempio ansia, depressione, senso di vuoto) ed infine la dimensione agonistico-narcisista.
- c. Altri fattori personali appaiono importanti: fattori temperamentali quali ad esempio l'impulsività e l'estroversione, oppure una storia evolutiva contrassegnata da abusi ed esperienze traumatiche, o infine la presenza di psicopatologia primaria, deficit intellettivi o disabilità sociali e carenze nelle life skills.
- d. Molti dei fattori citati concorrono infine a determinare le differenze di genere osservate da diversi Autori (Mark e Lesieur, 1992; Bellio e Fiorin, 2009; Prever, 2014).

Nonostante quindi l'eterogeneità sia una caratteristica fondamentale delle condizioni di disturbo da gioco d'azzardo, le principali linee guida non definiscono precorsi terapeutici distinti per tipologia di giocatore; nel migliore dei casi si tiene conto della età, sesso, presenza di comorbilità psichiatrica, tuttavia non sono disponibili evidenze volte a differenziare i trattamenti sulla base di specifiche tipologie (cfr. ad esempio PGRTC, 2011). Inoltre, sebbene negli anni siano state proposte varie classificazioni, nessuna ha finora acquisito un definitivo supporto dalle ricerche

¹ Il DSM-5 ha modificato la precedente denominazione di *gioco d'azzardo patologico* (GAP), comune peraltro alla classificazione internazionale delle malattie ICD-X. In questo lavoro saranno utilizzate indifferentemente le due denominazioni.

empiriche. È comunque indubbio che nell' ultimo decennio ci sia stato un crescente interesse per il modello proposto da Blaszczynski e Nower (2002). Esso infatti tenta una sintesi di fattori biologici, psicologici e sociali per giungere a determinare tre possibili percorsi patogenetici in grado di portare un soggetto alla condizione di gioco patologico.

Questo lavoro si propone: a) di discutere la metodologia del processo di valutazione diagnostica, coerente con il modello di Blaszczynski e Nower, applicato routinariamente all' interno dell' ambulatorio per il gioco d' azzardo problematico (ambulatorio GAP) di Castelfranco Veneto (TV); b) di illustrare gli strumenti di assessment utilizzati; c) di presentare i dati di distribuzione dei punteggi delle scale ottenuti dalla popolazione clinica dell' ambulatorio; d) di mostrare l' utilità del modello di assessment al fine di classificare i giocatori in modo coerente con il modello patogenetico.

Il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower

Il modello di Blaszczynski e Nower (2002) si propone di integrare molteplici osservazioni scientifiche provenienti da differenti apporti teorici e ricerche empiriche. Esso postula che un giocatore d' azzardo possa sviluppare una condizione di gioco patologico attraverso uno di tre differenti percorsi patogenetici. La fase iniziale è comune a tutti i percorsi e consiste nell' impatto con alcuni fattori ambientali e personali.

L' *accessibilità e disponibilità del gioco* aumenta il rischio di sviluppare problemi correlati (Abbott e Volberg, 1996). L' avvio del comportamento di gioco può avvenire per curiosità, ricerca di intrattenimento, pressione dei pari o altre motivazioni, tuttavia la pronta disponibilità di punti gioco e il basso costo per partita facilita i successivi accessi e i ripetuti episodi di gioco.

Fenomeni di condizionamento operante compaiono a partire da rinforzi positivi (eccitamento, piacere) e negativi (evitamento di stati d' animo disturbanti come rabbia, depressione, ansia). Inoltre stimoli soggettivi e ambientali vengono associati al gioco attraverso meccanismi di *condizionamento pavloviano*. Giochi come slot-machine, lotterie istantanee e altri giochi recentemente introdotti nel mercato erogano il monte premi secondo schemi di rinforzo a frequenza intermittente che già Skinner aveva individuato come i più efficaci nel condizionare il comportamento e nel mantenerlo a lungo anche in assenza di successivi rinforzi (Petry, 2005).

Distorsioni cognitive vengono indotte dal gioco d' azzardo: la mente umana infatti non sembra ben attrezzata per gestire eventi casuali (Turner, 2000). Le classiche tipologie di errori cognitivi sono: illusione di controllo della fortuna, controllo predittivo dell' esito, distorsioni interpretative, le aspettative dal gioco e la percezione di essere incapaci a smettere (Raylu & Oei, 2004; Toneatto, 1999). I pensieri disfunzionali giocano un ruolo significativo nel generare le spinte a tornare a giocare (Beck et al., 1993).

Il gioco continuativo porta come conseguenza il progressivo accumularsi di perdite economiche cui il soggetto tenta di far fronte con la *rincorsa delle perdite*, tornando a giocare per rifarsi e aciendo così la propria situazione.

Il modello patogenetico considera i meccanismi descritti come fattori necessari e sufficienti alla evoluzione maligna del comportamento di gioco d' azzardo anche in soggetti che presentano una personalità sufficientemente strutturata, relazioni sociali

adeguate e non manifestano complicazioni psicopatologiche e temperamentali di rilievo. I giocatori di questo tipo vengono definiti come giocatori condizionati nel comportamento. Sono i più trattabili e con una prognosi migliore. La compliance è buona e spesso si avvantaggiano di prese in carico brevi e trattamenti non invasivi (Blaszczynski e Nower, 2002). Nella pratica clinica è frequente che questi soggetti vengano accompagnati da familiari insieme ai quali hanno già organizzato un sistema di fronteggiamento familiare dei problemi azzardo correlati. Si tratta di soggetti di entrambi i sessi, di età adulta, i quali possono manifestare disturbi d' ansia, depressione o abuso d' alcool secondari ai problemi azzardo-correlati.

La presenza di complicazioni psicopatologiche primarie o di tratti patologici di personalità può innestarsi e complicare il percorso precedente: i cosiddetti giocatori emotivamente vulnerabili trovano nel gioco un potente rinforzo, solitamente negativo per la presenza di una storia infantile di abusi, traumi emotivi, disturbi d' ansia o depressivi primari, psicosi; oppure deficit significativi nelle life skills e nelle abilità di coping, personalità di tipo depressivo, schizoide o evitante. Questi soggetti possono anche manifestare una condizione di abuso primario di alcool o altre sostanze. Molte donne giocatrici fanno parte di questo secondo tipo di soggetti (Mark e Lesieur, 1992). La condizione psicopatologica condiziona l' evoluzione del disturbo da gioco d' azzardo, la compliance dei soggetti, la prognosi e la risposta ai trattamenti. In questi casi la presa in carico sarà generalmente di durata medio-lunga. In questo tipo di giocatori l' avvio del gioco d' azzardo avviene generalmente in età adulta, talora con uno sviluppo rapido verso il gioco eccessivo (*effetto telescopico*²).

Il terzo percorso deriva dalla presenza di una personalità antisociale o di un tratto impulsivo accentuato, come nel caso di una storia di ADHD infantile con persistenza di sintomi in età adulta. I giocatori impulsivi antisociali sono quindi soggetti portatori di una vulnerabilità psicobiologia e talora genetica, con disfunzionalità e difficoltà di adattamento in varie aree vitali. Sono frequenti le condizioni di abuso o dipendenza da sostanze, la storia di condotte impulsive o francamente antisociali indipendenti dall' abitudine all' azzardo. Questi soggetti sono spesso single o divorziati, hanno problemi di scarso adattamento sociale e di elevata reattività a frustrazioni e critiche e presentano una storia di problemi scolastici e/o lavorativi. L' inizio del gioco d' azzardo avviene in età adolescenziale e la prevalenza del sesso maschile è netta. La compliance e la prognosi sono scarse. Frequentemente i soggetti con dropout precoci appartengono a questa tipologia di giocatori.

La separazione tra il secondo tipo di giocatore, emotivamente vulnerabile, e il terzo tipo non è netta, ma mostra ampie aree di sovrapposizione. E' possibile pertanto che siano evidenziabili problemi psicopatologici primari di un certo rilievo anche tra i giocatori del terzo tipo di Blaszczynski (Nower et al., 2012).

In sintesi, l'ipotesi del *modello patogenetico* è che siano distinguibili tre tipi distinti di giocatori, il primo essenzialmente normale sul piano della struttura di personalità, il secondo con una vulnerabilità psicopatologica soprattutto di tipo affettivo ed esordio

² Va precisato comunque che la natura del cosiddetto *effetto telescopico* è ancora discussa ed è oggetto di ricerche empiriche.

tardivo, il terzo con impulsività temperamentale e ad esordio precoce (Blaszczynski e Nower, 2002).

Il valore euristico del *modello patogenetico* e della correlata tipologia di giocatori proposta da Blaszczynski è rilevante per il terapeuta soprattutto perché rappresenta un importante strumento organizzatore ed ordinatore del pensiero clinico. Consente infatti di ipotizzare un inquadramento sin dalle primissime fasi della presa in carico e di guidare l'operatore verso il più adeguato approccio terapeutico.

Basi teoriche e metodologiche della valutazione in ingresso del giocatore

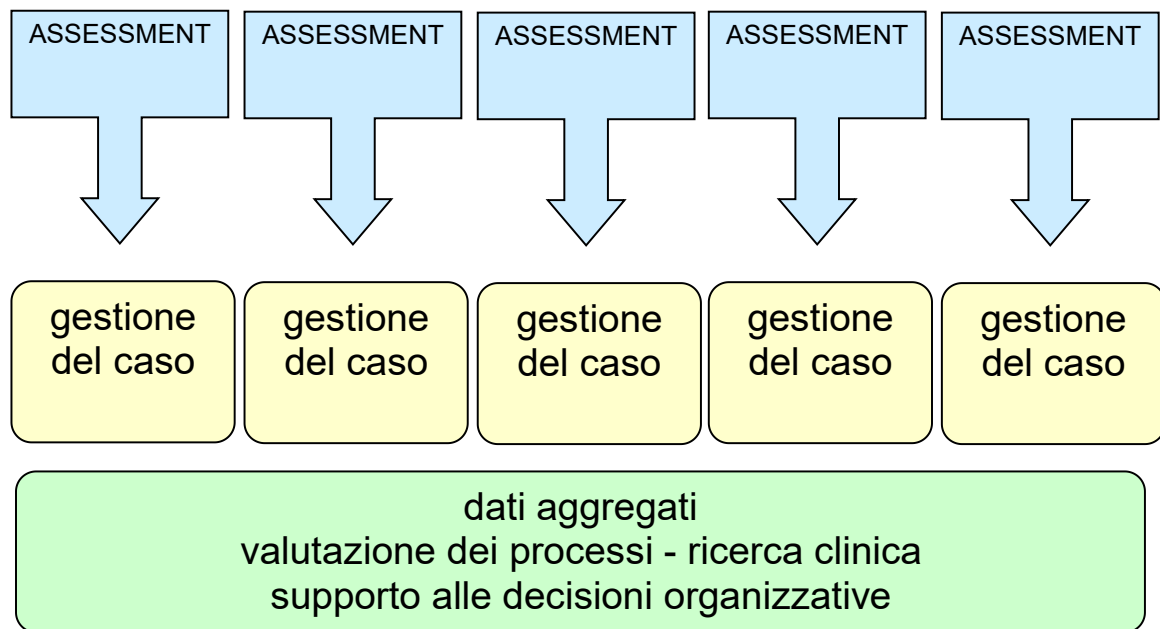
Il lavoro di assessment in ingresso consiste nella ricostruzione anamnestica e nella raccolta di elementi utili: a) alla comprensione della domanda di aiuto, b) alla diagnosi del problema, c) a valutare la presenza di risorse utili al trattamento così come di fattori problematici o interferenti. Le finalità essenziali possono essere riassunte in termini di supporto alla diagnosi formale del disturbo da gioco d'azzardo e di altri disturbi comorbili, sia fisici che psichici; di definizione dei tratti caratteristici della personalità e degli aspetti temperamentali significativi; di valutazione delle risorse e dei problemi più rilevanti a livello personale, familiare, ambientale, dei livelli di gravità e della motivazione al cambiamento. Tutto ciò dovrebbe poter contribuire a determinare, seppur in modo provvisorio, una ipotesi di programma terapeutico e una prognosi.

Il lavoro di valutazione è generalmente connesso al modello di trattamento adottato dall'equipe. Se infatti il trattamento è monomodale e fortemente standardizzato, l'assessment potrà essere molto semplificato in quanto le differenze individuali non portano a differenti approcci terapeutici. Al contrario, nel caso possano essere offerti molteplici percorsi trattamentali, allora si pone il problema del matching tra quadro clinico e tipologia di giocatore da un lato e scelta del trattamento più adeguato dall'altro. In quest'ultimo caso la quantità di informazioni da raccogliere sarà maggiore.

Il lavoro clinico si basa su una metodologia empirica che prevede una ipotesi diagnostica su cui basare l'ipotesi di trattamento: il successo o l'insuccesso di questo contribuisce esso stesso alla conferma della diagnosi. Nel caso dei disturbi di dipendenza, compreso il disturbo da gioco d'azzardo, con il termine "diagnosi" si indica non solo la diagnosi nosografica in sé, ma anche la descrizione del quadro multidimensionale complesso, ovvero della condizione bio-psicosociale del paziente nella quale il disturbo di dipendenza si integra. Nel caso specifico del gioco patologico, il *modello patogenetico* di Blaszczynski e Nower sembra rappresentare una buona base su cui costruire un ragionamento clinico in grado di guidare i terapeuti nella costruzione del programma di trattamento. Sul piano operativo è possibile considerare un processo di presa in carico come composto dalle seguenti fasi: accoglienza; valutazione in ingresso e processo diagnostico; costruzione del programma terapeutico; trattamento, osservazione clinica della risposta e valutazione dell'esito; riconsiderazione della diagnosi e del trattamento. Una tale sequenza va vista non come un processo lineare, bensì circolare le cui fasi si embricano una sull'altra. Benché l'assessment sia essenzialmente una fase di indagine, non può certo dirsi priva di valenze terapeutiche: la ricostruzione anamnestica, il collegamento tra unità biografiche apparentemente distanti tra loro, la esplorazione della personalità oltre che del sintomo, sono tutti fattori a valenza terapeutica che

mirano ad inserire il comportamento di gioco nell'ambito dell'esperienza della persona, dando un senso alla sua evoluzione esistenziale. Inoltre la restituzione dei risultati dell'assessment compone un ritratto del paziente in cui assumono significatività sia gli elementi con i quali il soggetto si identifica, sia quelli in cui non si riconosce. La discussione di essi è una buona base di partenza del rapporto terapeutico. La fase di assessment pertanto andrebbe considerata a pieno titolo come una parte integrante del trattamento.

Se la valutazione diagnostica è una fase essenziale del processo di presa in carico del soggetto con addiction, non va dimenticata l'importanza di raccogliere, memorizzare e infine di elaborare i dati in forma aggregata. Anche il semplice calcolo dei punteggi medi, della deviazione standard e della distribuzione di frequenza delle principali variabili quantitative e qualitative consente di avere una descrizione più precisa dell'utenza in carico, dei tempi di permanenza in trattamento, della distribuzione delle principali variabili psicopatologiche. Permette inoltre di sviluppare una valutazione dei processi, ad esempio individuare le tipologie di giocatori per le quali è necessario migliorare gli interventi di presa in carico, oppure impostare le premesse per valutazioni di esito. L'elaborazione dei dati in forma aggregata è quindi la premessa indispensabile per svolgere ricerca clinica nei contesti reali di trattamento, ottenendo materiale prezioso sul piano conoscitivo che purtroppo la gran parte delle pubblicazioni scientifiche non è in grado di offrire.



- L'assessment tra gestione del caso e gestione dei processi.

MATERIALI E METODI DELLA VALUTAZIONE IN INGRESSO

Gli strumenti utilizzati di routine per l'assessment nell'ambulatorio GAP sono essenzialmente: 1) il *colloquio clinico*, 2) la *raccolta anamnestica* e una *intervista semistrutturata*, 3) alcune *scale standardizzate di valutazione*. Un ulteriore strumento per l'assessment, di non secondaria importanza, è il sistema di **memorizzazione dei dati in un archivio elettronico**. Alcune variabili socioanagrafiche, variabili cliniche e i punteggi delle scale di valutazione possono infatti fornire la base per le successive elaborazioni dei dati in forma aggregata. Se per la funzione di gestione del caso può essere sufficiente riportare l'esito della valutazione in un report da tenere in cartella, per quanto riguarda la gestione dei processi clinici e la ricerca è indispensabile prevedere fin dall'inizio un sistema di archiviazione elettronica.

Non si evidenzierà mai a sufficienza l'importanza fondamentale del **colloquio clinico** da parte dello psicologo o dello psichiatra come forma di osservazione diretta del funzionamento psichico del soggetto e di eventuali condizioni psicopatologiche. Il colloquio clinico è oggetto di amplissima letteratura scientifica e in questa sede non viene discusso in dettaglio. Ci si limita a ricordare che quanto più è previsto che negli incontri successivi il paziente avvi una raccolta sistematica di informazioni, tanto più l'operatore nel primo colloquio potrà lasciare spazio al paziente e/o familiari e concentrarsi all'osservazione diretta delle interazioni. Potrà quindi prendere nota di aspetti da approfondire in un secondo momento. Se viene ritenuto opportuno, l'operatore potrà introdurre elementi di tipo psicoeducativo e informativo già nel corso del primo colloquio. Si può infatti immaginare che il primo incontro possa essere un momento di particolare sensibilità del paziente e dei familiari alle connotazioni e sottolineature da parte dell'operatore: in questo contesto interventi informativi affettivamente neutri potrebbero contribuire a rilassare la situazione. Per lo stesso motivo è logico aspettarsi una certa tendenza difensiva da parte del giocatore, per cui alcune aree delicate, ad esempio l'abuso di alcol/sostanze, potrebbero essere meglio esplorate in uno dei colloqui successivi. Le tre domande essenziali e urgenti a cui l'operatore deve saper rispondere al termine del primo colloquio sono: 1) esiste un rischio suicidario attuale? 2) esiste una grave condizione di scompenso psichico? 3) è in corso una inarrestabile emorragia finanziaria? Queste urgenze infatti richiedono che l'operatore si attivi al più presto per organizzare interventi risolutivi in assenza dei quali non sarà possibile, tra le altre cose, proseguire con un efficace processo di assessment.

La **raccolta anamnestica** viene effettuata in modo metodico avvalendosi anche di una **intervista semistrutturata**. La sistematicità della ricostruzione della anamnesi familiare e personale è fondamentale per poter ottenere un quadro completo e ordinato del percorso esistenziale dell'individuo, e poter correlare gli aspetti affettivi e relazionali con gli eventi della vita e lo stile di vita, potendo inoltre formulare ipotesi sul livello delle life skills e delle abilità sociali. Il medico inoltre sarà interessato ai dati relativi alla presenza di eventuali patologie fisiche o psichiche pregresse e attuali. L'Intervista Semistrutturata in uso nell'ambulatorio GAP è stata sviluppata dal *Gruppo di Ricerca Veneto sul Gioco d'Azzardo Patologico* (GRV-GAP), un gruppo di lavoro e coordinamento

dei dipartimenti per le dipendenze della regione Veneto. L'Intervista è stata concepita come un supporto alla raccolta anamnestica, con item che consentono di approfondire, seppur in modo sintetico, diversi elementi che sono rilevanti per comprendere meglio i comportamenti di gioco e i fattori correlati. All'interno della Intervista Semistruutturata è prevista anche la registrazione formale della diagnosi attraverso la verifica dei criteri diagnostici DSM-IV-TR che risultano soddisfatti.

Le **scale di valutazione** hanno la funzione di fornire al clinico informazioni rapide a sostegno delle ipotesi che vengono formulate durante i colloqui. In alcuni casi le scale forniscono dati in contrasto con quanto rilevato direttamente ai colloqui, dando quindi occasione di approfondire il ragionamento clinico e incrementando i livelli di attenzione diagnostica. Un vantaggio delle scale di valutazione è la standardizzazione, ovvero la garanzia di raccogliere informazioni con modalità costanti che minimizzano i fattori legati all'intervistatore e al contesto. Alcune scale sono validate, ovvero hanno superato un esame mirante a dimostrare che misurano effettivamente quanto si ripromettono di misurare. Alcune scale sono state validate in lingua inglese, ma non in lingua italiana. In alcuni casi la traduzione italiana non è reperibile. Pur partendo dal presupposto che l'utilizzo clinico non va assimilato all'utilizzo nel contesto di ricerca, va comunque posta attenzione a dotarsi di strumenti che abbiano già dimostrato di essere validi e possibilmente utilizzati ampiamente. Ciò consente di confrontare i dati e di avere più informazioni su vantaggi e svantaggi dello strumento. Può accadere che vada superato il bias della traduzione. Il più delle volte le scale hanno item con espressioni in linguaggio comune, non scolastico. Può essere piuttosto difficile scoprire le sfumature contenute in una espressione che fa uso di *phrasal verb* e modi di dire dalle mille sfaccettature di significato. La traduzione non deve essere ovviamente letterale, bensì trasmettere lo stesso significato, o almeno quanto più vicino possibile al senso originale della frase. Le traduzioni delle scale di valutazione in contesto di ricerca hanno regole specifiche, ma è importante che il clinico pratico non si faccia bloccare dai particolarismi e minuzie delle ricerche accademiche: la standardizzazione e la rapidità della raccolta delle informazioni è troppo importante per essere inibita da perplessità fuori contesto. Ci sarà tempo e modo di accorgersi se alcune traduzioni sono da modificare. Con ciò non si intende dare sostegno ad approcci improvvisati e al pressapochismo, ma solamente affermare che la mancanza della traduzione e validazione italiana di una scala di valutazione ritenuta importante ed utile non dovrebbe fermare il clinico dall'utilizzarla, fermo restando la necessità di arrivare ad una traduzione adeguata sul piano linguistico.

La scelta degli strumenti psicometrici è delicata, e molti operatori possono essere guidati da spinte contrapposte: alcuni dal desiderio di accumulare una grande quantità di informazioni, "e poi si vedrà"; altri invece dalla ritrosia a "perdere tempo prezioso per la terapia". Queste due posizioni sembrano rappresentare due polarità dello stesso continuum: da questo punto di vista nessuna delle due è di per sé condivisibile. Ovviamente lo strumento di misura dipende da cosa si intende misurare. L'operatore deve pertanto calibrare la raccolta dati sulla base del modello interpretativo adottato e del modello trattamentale in uso. Nel caso dell'ambulatorio GAP di Castelfranco Veneto, il modello interpretativo è rappresentato essenzialmente dal *modello patogenetico* di Blaszczynski e Nower, mentre quello trattamentale può essere identificato con quello

tipico delle dipendenze: trattamento complesso, personalizzato, orientato sui bisogni, articolato in episodi di trattamento, multiprofessionale e integrato. In questo contesto quindi sono stati definiti gli strumenti ritenuti idonei alla raccolta dei dati necessari; per alcune variabili si è scelta la modalità della somministrazione routinaria di scale di valutazione standardizzate, come illustrato nella tabella seguente.

Strumenti standardizzati per l'assessment nell'ambulatorio GAP di Castelfranco Veneto (Bellio, 2014a).

STRUMENTO	FINALITÀ
SOGS	Manifestazioni e sintomi del disturbo da gioco d'azzardo; valutazione della gravità
GRCS	Cognizioni correlate all'azzardo; distorsioni cognitive
BIS-11	Impulsività attentiva, motoria e da non pianificazione
UPPS-P	Impulsività attentiva, da non pianificazione, ricerca di sensazioni, pressioni ad agire sulla base di stati emotivi positivi o negativi
SCL-90-R	Presenza di sintomi psicopatologici attuali
ANAMNESI PERSONALE E PATOLOGICA SISTEMATICA	Storia personale e familiare del paziente; tappe evolutive preminenti; anamnesi patologica remota e prossima
INTERVISTA SEMISTRUTTURATA PER IL GIOCATORE D'AZZARDO (a cura del Gruppo di Ricerca Veneto sul GAP)	Completamento dell'anamnesi; comorbilità fisica e psicopatologica; registrazione dei criteri DSM, informazioni sul gioco, sullo stato economico e legale.

Le scale di valutazione somministrate di routine ai giocatori dell'ambulatorio di Castelfranco Veneto sono state scelte per fornire misure relative agli indicatori ritenuti importanti al fine di individuare la tipologia di appartenenza del giocatore sulla base del *modello patogenetico*. Inizialmente sono state adottate la *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), la *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R), la *Gambling Related Cognition Scale* (GRCS) e la *Barratt Impulsiveness Scale*, versione 11 (BIS-11). Ad esse più recentemente sono state aggiunte la *Impulsive Behavior Scale* (UPPS-P), e infine la *Asolo Reasons for Gambling Inventory* (ARGI) sviluppata da uno degli autori (GB) per la valutazione delle motivazioni a giocare. Quest'ultima non sarà però oggetto di trattazione in questo report.

La **SOGS** (Lesieur e Blume, 1987) è stata probabilmente la scala più utilizzata in passato per individuare i giocatori patologici e valutarne la gravità. Redatta sulla base dei criteri diagnostici del DSM-III e DSM-III-R, è formata da 20 item che valutano la presenza o meno di un comportamento patologico. Lo scoring prevede 1 punto se il comportamento sintomatico è presente, zero punti se assente. Gli item sono spesso somministrati all'interno di un questionario più ampio che esplora diversi comportamenti di gioco; in ogni caso il punteggio finale deriva solamente dai 20 item canonici. Un punteggio di 5 o più indica un gioco d'azzardo presumibilmente patologico³, 3-4 punti sono indicativi di gioco problematico, 1-2 punti di gioco a rischio.

³ Essendo la scala basata sui criteri obsoleti del DSM-III e DSM-III-R non può essere considerata diagnostica. Tuttavia l'elevata correlazione con la diagnosi basata sui criteri DSM-IV consente alla scala di mantenere la sua utilità in campo clinico.

Nell'ambulatorio per il GAP di Castelfranco la SOGS viene considerata utile sia per raccogliere elementi descrittivi del comportamento di gioco, sia per quantificarne, seppur con approssimazione, il livello di gravità. Sul piano diagnostico formale il SOGS viene affiancato dalla rilevazione dei criteri DSM-IV.

La **SCL-90-R** (Derogatis et al. 1976; vers. Italiana in Conti, 1999) consiste in un elenco di 90 sintomi psicopatologici e psicosomatici: il soggetto è invitato ad indicare in che misura ne soffre o ne ha sofferto negli ultimi 7 giorni scegliendo tra 5 opzioni, da "per niente" (zero punti) a "moltissimo" (4 punti). Il punteggio finale può essere espresso attraverso alcuni indici: il principale, *Global Severity Index-GSI*, è rappresentato dalla media aritmetica dei punteggi conseguiti, compresi gli item in cui il punteggio è zero; il *Positive Symptom Distress Index-PSDI* è rappresentato dalla media aritmetica dei soli item con punteggio superiore a zero; ed infine il *Positive Symptom Total-PST* che consiste nel numero di sintomi positivi, ovvero con un punteggio superiore a zero. Il GSI è in grado di quantificare il peso della sofferenza psicopatologica complessiva attuale del soggetto. La scala consente inoltre di offrire, attraverso 9 sottoscale (somatizzazione, sensibilità interpersonale, ossessività, ansia, ansia fobica, depressione, ideazione paranoide, rabbia-ostilità, psicoticismo), indicazioni sulla tipologia di sofferenza e sulle prevalenti aree sintomatiche. Se a livello individuale questa valutazione più complessa può trovare una sua utilità, nella valutazione dei dati aggregati viene utilizzato il solo GSI. Se si desidera raccogliere dati sulla sofferenza psicopatologica primaria, o comunque perdurante, è consigliabile somministrare la scala a distanza di almeno 2-3 settimane dalla stabilizzazione, allo scopo di escludere i falsi positivi derivati dal disagio secondario ai problemi azzardo-correlati.

Da qualche anno è presente la versione validata per la popolazione italiana (Derogatis, 2011). Va considerato comunque che la SCL-90-R è sensibile al contesto in cui viene somministrata (popolazione generale, popolazione clinica, tipologia del disturbo) ed esiste una legittima aspettativa che il punteggio di cut-off mostri variazioni secondo la popolazione indagata (D'Egidio et al., 2003). Data l'eterogeneità dei giocatori problematici si è ritenuto di non ricercare un punteggio diagnostico bensì di valutare a quale fascia di punteggi possa corrispondere una significatività sintomatologica tale da poter influire sul giudizio clinico e da rappresentare un limite decisionale. In altre parole la significatività clinica, e non statistica, è stata ricercata empiricamente.

La **GRCS** di Raylu e Oei (2004) è uno strumento per la rilevazione delle distorsioni cognitive composto da 23 item le cui risposte si articolano su una scala Likert a sette punti, da *totalmente d'accordo* a *totalmente in disaccordo*. Lo strumento si compone di 5 sottoscale, tre delle quali riprendono l'organizzazione logica delle distorsioni cognitive riportata da Toneatto (1999):

- Distorsioni interpretative, le quali consistono in idee giustificative delle perdite tali da incentivare la persona a tornare a giocare.
- Illusione di controllo della sorte, ovvero la convinzione di poter incidere sull'esito della giocata attraverso lo studio e l'applicazione di determinate strategie di gioco o per mezzo di strumenti (magici) che possono influenzare la sorte (ad es. portafortuna).
- Controllo predittivo dell'esito, cioè la previsione dell'esito delle scommesse sulla

base di sensazioni, di percezioni di tracce ambientali che depongono per la presenza di influssi positivi o negativi, oppure sulla base di ragionamenti pseudostatistici sulle probabilità di vincita.

Alle precedenti Raylu e Oei hanno aggiunto altre due variabili:

- Incapacità a smettere di giocare, cioè la sensazione soggettiva e la convinzione di non riuscire a controllare il gioco; questa dimensione esprime l'autoefficacia.
- Aspettative dal gioco e dagli effetti del giocare, espressione del livello di salienza dell'esperienza di gioco e dell'effetto atteso dall'attività del giocare.

L'inserimento di queste due ultime dimensioni è giustificata dagli Autori sulla base di precedenti ricerche che dimostrano la loro rilevanza nel creare rischi di ricaduta nelle persone con dipendenza chimica e quindi, con ogni probabilità, anche per quanto riguarda il gioco d'azzardo. Nel caso della GRCS esistono dei punteggi di riferimento sia per quanto riguarda la scala nel suo complesso che per le singole sottoscale. Essi possono essere reperiti nei lavori di validazione della versione inglese della scala (Raylu e Oei, 2004) e della versione italiana (Iliceto e Fino, 2014; Iliceto et al., 2015). Va sottolineato che i campioni di soggetti che hanno partecipato ai due studi di validazione provengono dalla popolazione studentesca universitaria e dalla popolazione generale. È lecito attendersi che i punteggi rilevati in una popolazione clinica di giocatori patologici afferenti ai servizi possano risultare significativamente differenti. Inoltre l'utilizzo clinico della scala richiede che siano differenziati i soggetti ad elevata produzione di distorsioni cognitive da coloro in cui questo elemento gioca un ruolo minore, al fine di avviare trattamenti specifici. Pertanto l'affidabilità dei punteggi derivanti dagli studi di validazione resta discutibile sotto il profilo dell'utilizzo clinico.

La **BIS-11** di Barratt rappresenta uno tra i più conosciuti ed utilizzati strumenti per la misura dell'impulsività (Patton et al., 1995). Purtroppo il termine "impulsività" sottende un costrutto complesso e multifattoriale la cui definizione appare poco condivisa. I comportamenti impulsivi sono solitamente multideterminati, con il coinvolgimento di diversi sistemi neurotrasmettitoriali. La BIS-11 è una scala che tende a sintetizzare il concetto di impulsività attorno a tre elementi fondamentali: 1) l'impulsività motoria, da intendersi come la tendenza al passaggio all'atto, all'agire immediato come azione in qualche modo 'riflessa'; 2) l'impulsività attentiva, espressione della tendenza ad iniziare azioni sempre nuove e diverse a causa di una attenzione poco incline a focalizzarsi sul compito e alla facile distraibilità tipiche, ad esempio, di soggetti con deficit d'attenzione; 3) impulsività da non pianificazione, intesa come la tendenza a prendere decisioni non meditate relativamente alle conseguenze a breve, medio e lungo termine dei comportamenti. Tale dimensione, prettamente cognitiva, appare tipicamente alterata in molti soggetti clinici, ad esempio i tossico/alcolodipendenti.

La scala BIS-11 si compone di 30 item che descrivono comportamenti e che prevedono 4 gradazioni di frequenza (da *mai o raramente*, fino a *sempre o quasi sempre*). Alcuni item prevedono l'assegnazione di un punteggio inverso. La scala esprime, oltre al punteggio totale, quello delle tre sottoscale corrispondenti alle componenti appena descritte. Curiosamente, Barratt non ha mai determinato dei punteggi soglia tra normalità e patologia, pur ammettendo che punteggi al di sopra di 70 potevano avere una certa rilevanza clinica. Altri autori hanno riassunto i risultati di numerose ricerche

condotte con la BIS-11 in diverse popolazioni cliniche (Stanford et al., 2009). Il punto fondamentale è che vi sono ampie aree di sovrapposizione dei punteggi tra le sottopopolazioni, e che più che un punteggio di cut-off forse è più opportuno avvalersi della distribuzione di frequenza espressa in percentili per potersi orientare in modo più affidabile.

La **UPPS-P** (acronimo di [negative] Urgency, [lack of] Perseverance, [lack of] Premeditation, Sensation Seeking, and Positive Urgency) (Cyders e Smith, 2007) è una scala per la misura dell'impulsività che parte da premesse parzialmente differenti rispetto alla Barratt. Il principale vantaggio per gli 'addictologi' sta nel fatto che essa prende in considerazione fattori che sono importanti nel campo delle dipendenze, quali ad esempio la sensation seeking e la pressione interiore all'azione (urgency) sotto l'influenza di stati emotivi positivi e negativi. Da notare che originariamente la UPPS misurava solamente la *negative urgency*; successivamente è stato giustamente ritenuto rilevante aggiungere la *positive urgency* tra le dimensioni costitutive delle spinte impulsive. Queste componenti risultano pertanto arricchire il concetto di impulsività rispetto a quanto offre la BIS-11. In ogni caso esiste un'area di sovrapposizione tra le due scale costituita dalle dimensioni dell'impulsività attentita (qui denominata *perseverance*) e dalla impulsività da non pianificazione (ovvero *premeditation*).

La scala si compone di 59 item che descrivono comportamenti sui quali il soggetto è chiamato ad esprimere un giudizio con 4 gradi di variabilità (da *totalmente d'accordo* a *totalmente in disaccordo*). Ne risulta un punteggio globale e punteggi per ognuna delle 5 sottoscale. Alcuni autori hanno calcolato punteggi di riferimento, ma anche in questo caso vale la perplessità già espressa circa l'utilità di punteggi calcolati su sottopopolazioni eterogenee.

La UPPS-P è stata introdotta relativamente di recente tra le scale somministrate di routine ai pazienti dell'ambulatorio GAP, motivo per cui i dati aggregati che saranno presentati più avanti si basano su un campione la cui numerosità è assai minore rispetto alle altre scale di valutazione. In ogni caso essa dovrebbe essere sufficiente a offrire una distribuzione di frequenza dei punteggi sufficientemente affidabile.

Campione clinico

I dati sono stati ricavati da un campione consecutivo di giocatori patologici composto da tutti i pazienti che sono pervenuti all'ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico, che hanno avviato il percorso di valutazione concludendolo entro il 31 dicembre 2014 (n. = 373). Dalla somministrazione delle scale di valutazione sono stati esclusi solamente alcuni pazienti portatori di gravi disturbi psichiatrici (es. Disturbo schizofrenico) e organici, con deficit cognitivi tali da far presumere che ne avrebbero inficiato il risultato. Si tratta in ogni caso di pochissimi soggetti per i quali è valso soprattutto il criterio della gravità del disturbo, e non la tipologia in sé: ad esempio altri pazienti psicotici meno gravi sono stati testati normalmente. Più numerosi invece i soggetti che non hanno avviato la valutazione (cosiddetti "drop-out precoci"). La numerosità totale del campione esaminato è quindi di 288 soggetti che hanno completato la SOGS, mentre un numero inferiore ha compilato gli altri questionari, a causa di un abbandono o perché alcuni di essi sono stati introdotti in momenti diversi (es.

GRCS e UPPS-P).

Elaborazioni statistiche

Le tabelle successive riportano la media, le statistiche descrittive e la distribuzione quartile e percentile della frequenza dei punteggi ottenuti per ogni scala ed eventuali sottoscale. Per quanto riguarda la SCL-90-R, viene espresso il solo indice GSI, mentre sono state ignorate le sottoscale.

È opportuno sottolineare nuovamente che le scale di valutazione vengono utilizzate dall'operatore allo scopo di caratterizzare meglio una popolazione clinica e non per differenziare un soggetto normale da uno patologico. Il fatto ad esempio che i disturbi di addiction, compreso il disturbo da gioco d'azzardo, siano disturbi impulsivi non significa che automaticamente tutti i soggetti con addiction siano impulsivi in modo significativo. È logico attendersi che il punteggio medio di una popolazione di persone dipendenti sia maggiore che nella popolazione generale. Tuttavia nella valutazione individuale del paziente si dovrà comprendere se l'impulsività giochi o meno un ruolo clinicamente significativo, e nella valutazione dei dati aggregati se essa sia un elemento di differenziazione di tipologie diverse di pazienti.

RISULTATI

SOGS

Il punteggio medio della SOGS è di 10.3 ± 3.49 . Va notato che alcuni soggetti, benché sicuramente giocatori con problemi, hanno negato di avere comportamenti sintomatici, tanto da ottenere zero punti. Ciò ha ovviamente a che fare con la motivazione del paziente e la collaboratività con l'operatore. Come nelle altre situazioni di addiction, appare indispensabile avere ben chiaro chi esprime la domanda di aiuto (paziente? familiare?) e perché, e se siano presenti conflittualità familiari. Poter ottenere informazioni da più fonti è fondamentale. Ben il 75% dei soggetti ha un punteggio uguale o superiore a 8. Sebbene la SOGS individui i comportamenti sintomatici, non può essere considerata *tout court* un appropriato strumento di rilevazione della gravità. Infatti questa scala è nota per amplificare l'effetto sul punteggio finale di alcuni aspetti economici (es. fonti di approvvigionamento del denaro). Comunque, se si tiene conto di questo, e al netto di eventuali comorbilità psichiatriche, generalmente il punteggio SOGS può effettivamente dare una sufficiente approssimazione della gravità del comportamento di gioco.

Per la diagnosi formale è consigliato far riferimento ai criteri DSM-IV o 5: nonostante l'elevata correlazione con il punteggio DSM, la sola SOGS non è sufficiente.

Benché l'uso della SOGS sembra essersi ridotto negli ultimi anni, va ricordato che il questionario è informativo anche sul piano qualitativo, è un repertorio di comportamenti problematici correlati alle attività di gioco, e potrebbe essere ulteriormente arricchito dalla introduzione di nuovi item informativi da parte dell'operatore, fermo restando il pool di domande su cui si basa il punteggio finale.

SOGS	
n.	288
Media	10.3
Mediana	11
Deviazione standard	3.49
Minimo	0
Massimo	18
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	6
20	7
25	8
30	8
40	9
50	11
60	12
70	13
75	13
80	13
90	15

GRCS

Il questionario GRCS fu adottato poco dopo la sua pubblicazione sulla rivista *Addiction*, nel 2004, ovvero circa due anni dopo l'avvio ufficiale delle attività dell'ambulatorio GAP. Ha richiesto la traduzione in lingua italiana, impresa non facile dal momento che anche in lingua inglese gli item sembravano piuttosto complicati nell'interpretazione. Ad esempio item come *"Specific numbers and colours can help increase my chances of winning"* oppure *"If I keep changing my numbers, I have less chances of winning than if I keep the same numbers every time"* sembrerebbero riferirsi maggiormente a certi tipi di giochi piuttosto che ad altri. Un altro item, *"Relating my losses to probability makes me continue gambling"*, richiederebbe al giocatore di avere una certa idea del significato del termine 'probabilità'. Un altro elemento di complessità è dato dal fatto di dover rispondere sulla base di una scala Likert a 7 punti. Nonostante queste perplessità iniziali, sul piano pratico i pazienti hanno mostrato di destreggiarsi al pari degli altri questionari.

Anche sul piano interpretativo ci sono state ampie discussioni in seno al gruppo di lavoro in quanto i punteggi disponibili erano stati calcolati nel corso del test di validazione su un campione di popolazione generale e studenti universitari. Era discutibile quanto quei punteggi potessero essere utilizzabili nella popolazione clinica.

Oggi è possibile confrontare il punteggio medio totale e delle cinque sottoscale ricavato dalla popolazione clinica dell'ambulatorio GAP con quelli forniti dagli studi di

validazione delle versioni originale inglese, francese ed italiana⁴ (Raylu e Oei, 2004; Grall-Bronnec, 2012; Iliceto et al., 2014). Il confronto richiede tuttavia alcune considerazioni preliminari. In primo luogo va considerata la diversità del campione utilizzato nei diversi studi, nonché il valore soglia SOGS utilizzato per creare i due gruppi di confronto tra medie (soggetti normali e giocatori con problemi). Lo studio francese ha utilizzato il valore soglia uguale o maggiore di 3; gli studi australiano e italiano un valore uguale o maggiore di 4. Nello studio francese erano stati inclusi giocatori eccessivi che avevano richiesto un trattamento e che costituivano più dei tre quarti dell'intero gruppo di giocatori con punteggio SOGS elevato. Una ultima osservazione riguarda lo studio italiano (Iliceto et al., 2014 e 2015) che non fornisce i punteggi medi complessivi, bensì divisi per genere. Iliceto e coll. inoltre non riportano i dati di confronto tra le medie ottenute da coloro che avevano ottenuto un punteggio SOGS elevato rispetto a chi aveva un basso punteggio. La loro tabella mostra che i punteggi dei maschi risultano più elevati che nelle donne. A questo proposito i dati dell'ambulatorio GAP in un precedente studio non pubblicato, avevano mostrato che erano le giocatrici patologiche a presentare punteggi GRCS totali significativamente superiori ai maschi ($p=0.038$), differenza in particolare dovuta ai bias cognitivi più *hard* (illusione di controllo e controllo predittivo, $p=0.001$ e $p=0.003$, rispettivamente).

tabella di confronto tra punteggi GRCS in 4 studi differenti.

	VERS. INGLESE	VERS. FRANCESE	VERS. ITALIANA	AMBUL. GAP CASTELFRANCO
Aspettative dal gioco	14,08	13,42	9,38	13,2
Incapacità a smettere	11,31	18,93	7,98	19
Controllo predittivo	18,72	18,43	16,15	16,26
Distorsioni interpretative	12,07	14,3	8,94	15
Illusione di controllo	7,99	8,33	8,46	8,1
TOTALE	64,17	73,42	50,92	71,7

La tabella mostra che il campione clinico dell'ambulatorio GAP manifesta livelli di distorsioni cognitive assai prossimi ai dati dello studio francese, il quale include anche un numero significativo di giocatori in trattamento. L'unica differenza di un certo rilievo è il punteggio del controllo predittivo. D'altro canto il campione clinico di Castelfranco Veneto si differenzia in modo netto dal campione dello studio italiano di Iliceto nel quale i punteggi medi non sono appannaggio dei soli giocatori ad elevata problematicità, ma di tutti i maschi del campione totale.

Poiché nell'ambulatorio GAP il GRCS viene somministrato ad una popolazione esclusivamente clinica, i punteggi medi non hanno una grande importanza. Infatti, al fine di determinare il peso delle distorsioni cognitive sul rischio di mantenimento/ricaduta nel comportamento di gioco e l'eventuale indicazione ad un trattamento cognitivo-comportamentale specifico, può essere più utile comprendere a quale livello percentile si colloca il punteggio in esame.

⁴ Il lavoro italiano di Iliceto et al. (2014) fornisce i punteggi per sesso: la tabella riporta i punteggi dei maschi, tra i quali è più frequente trovare giocatori ad elevato SOGS.

GRCS - punteggio totale	
n.	243
Media	71.7
Mediana	72
Deviazione standard	22.53
Minimo	23
Massimo	137
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	42
20	53
25	56
30	59.2
40	66
50	72
60	76
70	83.8
75	86
80	91.2
90	101

GRCS - aspettative dal gioco	
n.	243
Media	13.2
Mediana	13
Deviazione standard	5.47
Minimo	4
Massimo	28
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	5
20	8
25	9
30	10
40	12
50	13
60	15
70	17
75	17
80	18
90	20

GRCS - illusione di controllo	
n.	243
Media	8.1
Mediana	7
Deviazione standard	4.68
Minimo	3
Massimo	28
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	4
20	4
25	4
30	4
40	5
50	7
60	8
70	10
75	10
80	11
90	15

GRCS - controllo predittivo	
n.	243
Media	16.26
Mediana	16
Deviazione standard	7.34
Minimo	6
Massimo	39
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	7
20	10
25	10
30	11
40	13
50	16
60	18
70	20
75	22
80	23
90	27

GRCS - incapacità a smettere	
n.	243
Media	19
Mediana	19
Deviazione standard	6.39
Minimo	5
Massimo	35
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	10
20	13
25	15
30	16
40	17
50	19
60	21
70	23
75	24
80	25
90	27

GRCS - distorsioni interpretative	
n.	243
Media	15
Mediana	15
Deviazione standard	6.55
Minimo	3
Massimo	28
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	5
20	9
25	10
30	11
40	14
50	15
60	17
70	19
75	20
80	21
90	23.6

SCL-90-R

La scala psicopatologica SCL-90-R è molto nota e utilizzata da molti anni per lo screening di soggetti a significativa sofferenza psicopatologica. Benché la sua sensibilità sia stata più volte dimostrata, va ricordato che non si tratta di uno strumento diagnostico, nonostante le sottoscale possano a prima vista suggerire una certa specificità. Il GSI-Global Severity Index, ovvero il punteggio complessivo medio, rappresenta l'indice più frequentemente utilizzato nella pratica clinica. La tabella successiva illustra le statistiche relative al solo GSI.

L'interpretazione clinica del risultato della scala deve tener conto di alcuni aspetti, in primo luogo il fatto che, come in tutte le altre forme di addiction, anche nei giocatori esiste una certa quota di sofferenza psichica secondaria e situazionale. Essa tende a risolversi entro poche settimane dal raggiungimento dell'astensione dal consumo o dalla stabilizzazione del quadro comportamentale. Nel giocatore d'azzardo quindi la somministrazione precoce della SCL-90-R potrebbe dar luogo a falsi positivi. Tenuto conto di questa limitazione e della possibilità che in alcuni casi il soggetto voglia minimizzare o amplificare i sintomi, la SCL-90-R ha dimostrato di poter distinguere i soggetti ad elevata sofferenza psicopatologica o con alterazioni significative della personalità.

Per una adeguata interpretazione, è utile riferirsi alla distribuzione percentile dei punteggi. D'Egidio e Coll. (2003) proprio attraverso la distribuzione percentile avevano calcolato un punteggio di cut-off in un campione di tossicodipendenti afferenti ad un servizio. È tuttavia necessario che tale calcolo venga effettuato per popolazioni omogenee. Nel caso dei giocatori afferenti all'ambulatorio GAP si è preferito valutare il punteggio in termini di "limiti decisionali". Con tale espressione viene intesa una fascia di valori entro cui la sofferenza psicopatologica acquista una significatività clinica tale da comportare usualmente l'avvio di un trattamento specifico. Il concetto di limite decisionale comporta un giudizio clinico e pertanto una certa componente soggettiva, legata all'operatore. D'altro canto esistono anche altre componenti che entrano in gioco nel determinare la decisione di avviare un trattamento specifico, ad esempio fattori legati alla storia clinica, alla personalità di fondo, alla tipologia di disturbo diagnosticato, eccetera.

Nell'esperienza di Castelfranco Veneto un punteggio di 0.90-1.00, intorno all'ottantesimo percentile, di norma viene considerato indicativo di una qualche sofferenza psicopatologica da valutare con attenzione. Un elevato GSI è più frequente nelle giocatrici, come d'altra parte è ragionevole aspettarsi.

Un punteggio GSI normale di per sé non esclude l'indicazione ad una attenta osservazione nel tempo del quadro psichico: la SCL-90-R infatti ha una finestra temporale estremamente breve, di 7 giorni. Ciò consente anche l'eventuale successivo e ripetuto retest, ma l'operatore dovrà tener bene a mente che l'indice GSI è rappresentativo della condizione attuale del paziente.

SCL-90-R - indice GSI	
n.	263
Media	0.63
Mediana	0.53
Deviazione standard	0.46
Minimo	0.01
Massimo	2.87
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	0.16
20	0.23
25	0.31
30	0.36
40	0.43
50	0.53
60	0.62
70	0.78
75	0.88
80	0.94
90	1.24

BIS-11 e UPPS-P

L'impulsività è una variabile clinica molto importante nel campo dei disturbi di addiction, e il gioco patologico non fa eccezione. Semmai sorprende che molti giocatori non siano particolarmente impulsivi, almeno secondo gli strumenti di misurazione adottati. Tuttavia il concetto di impulsività è multifattoriale e al suo interno si possono individuare molteplici componenti che concorrono a dare il via ai comportamenti di consumo nonostante la consapevolezza delle conseguenze dannose cui si andrà verosimilmente incontro.

La BIS-11 è stato il primo strumento utilizzato nell'ambulatorio per il GAP nell'assessment dell'impulsività. Più recentemente si è ritenuto opportuno sperimentare l'affiancamento dell'UPPS-P la quale sembra fornire informazioni più pertinenti in un contesto di trattamento dell'addiction. L'UPPS-P infatti aggiunge la misurazione delle spinte al comportamento derivanti dalla presenza di stati d'animo positivi e negativi, nonché la componente di sensation seeking. A proposito di quest'ultima, i diversi studi sulla correlazione con i comportamenti di gioco problematico non hanno finora dato risultati omogenei, secondo alcuni Autori forse a causa di problemi nell'ambito della formulazione degli item della principale scala di misurazione, la SSS di Zuckerman (Fortune e Goodie, 2010). Va anche considerato che l'eterogeneità dei giocatori dovrebbe essere presa in considerazione nella impostazione degli studi e nella interpretazione dei dati, in quanto al di sotto dell'ombrello della diagnosi nosografica possono coesistere soggetti con caratteristiche personali e cliniche molto differenti.

Le tabelle statistiche dei punteggi totali e delle sottoscale della BIS-11 e della UPPS-P, riportate sotto, appaiono particolarmente preziose in quanto non vi sono al momento chiari parametri di riferimento. Per la BIS-11 in particolare, le indicazioni di Barratt relativamente a un punteggio di cut-off sono piuttosto generiche, pur se comunque utili e coerenti con l'osservazione clinica. Secondo l'Autore infatti Un punteggio tra 70 e 75 potrebbe indicare un tratto patologico di impulsività, mentre un punteggio maggiore di 75 potrebbe indicare un disturbo del controllo degli impulsi (Barratt et al., 2005). Maffei (2008) aveva pubblicato, in calce al suo volume, la distribuzione percentile dei punteggi della BIS-11. Per diversi anni queste tabelle sono state utilizzate nell'ambulatorio come un utile riferimento aggiuntivo. Tuttavia la differente popolazione clinica che ha dato origine alla base dati di Maffei, essenzialmente disturbi di personalità, consiglia cautela nell'applicazione ad altri contesti.

Per quanto riguarda la UPPS-P il problema dei punteggi di riferimento è stato ancora più acuto. La tabella seguente mette a confronto i punteggi ottenuti dai pazienti dell'ambulatorio GAP con due studi: uno di validazione della versione spagnola della scala su un campione di studenti universitari (Verdejo-Garcia et al., 2010), l'altra da uno studio inglese su giocatori patologici (Michalczuk et al., 2011). Curiosamente i punteggi dei pazienti dell'ambulatorio GAP risultano abbastanza lontani da quelli inglesi, nonostante si tratti in entrambi i casi di popolazioni cliniche. In realtà lo studio inglese aveva reclutato un numero relativamente ridotto di giocatori (n. = 30) dei quali solamente 2 erano donne. Non è chiaro quindi se la diversità del campione testato sia sufficiente a spiegare le differenze di punteggio riscontrate.

Se nel caso della BIS-11 la numerosità del campione (n. = 232) è tale da immaginare che difficilmente ci potranno essere spostamenti di rilievo della distribuzione percentile, nel caso della UPPS-P abbiamo disponibilità di un numero assai inferiore di questionari elaborati (n. = 55). In ogni caso si ritiene che essa sia ormai sufficiente a dare una certa stabilità alla distribuzione di frequenza dei punteggi.

Tabella di confronto dei punteggi medi UPPS-P in tre studi diversi

	VERDEJO-GARCIA*	MICHALCZUK**	CFV 2014**
(Neg) Urgency	26.6	35.6	30.58
< Premeditation	22.4	26.6	22.47
< Perseverance	20.2	23.0	19.75
Sens. Seeking	28.2	33.4	25.53
(Pos) Urgency	23.9	35.9	27.53
UPPS-P totale	121.9	154.5	125.85

* popolazione generale (studenti universitari)

** campione clinico di giocatori patologici

BIS-11 e UPPS-P mostrano di avere una buona convergenza nella misurazione della impulsività totale e delle sottoscale corrispondenti. Tuttavia è possibile trovare soggetti che, pur presentando un punteggio alla BIS-11 normale, alla UPPS-P appaiono più impulsivi o viceversa. Ciò può essere l'effetto delle differenti componenti dell'impulsività

che vengono misurate dai due questionari: nei pazienti *addicted* potrebbe essere utile avere una ‘mappatura’ più completa delle dimensioni impulsive che hanno maggior peso nel determinare il comportamento. Sarebbe inoltre interessante verificare se elevati livelli di craving possano influire sulle misurazioni delle due scale di Urgency, con il rischio che queste ultime diano risultati anormalmente elevati. Uno studio sembrerebbe effettivamente suggerire che l’elevata impulsività, misurata con UPPS-P, potrebbe associarsi ad alti livelli di craving (Albein-Urios et al., 2014). Mancano però studi specifici che esplorino questa possibilità. La distinzione tra Urgency positiva e negativa potrebbe consentire di porre delle ipotesi sulla natura del rinforzo e sulle motivazioni al gioco anche se in ogni caso è consigliabile l’indagine con strumenti specifici.

La sottoscala della sensation seeking rimane generalmente su valori bassi nei pazienti dell’ambulatorio GAP.

Nella popolazione *addicted* di solito la componente di maggior peso nel determinare un punteggio totale patologico alla BIS-11 è la impulsività da non pianificazione. Punteggi elevati alla sottoscala sulla impulsività attentiva potrebbero indicare un problema di ADHD persistente in età adulta, a maggior ragione se accompagnato anche da una alta impulsività motoria. In questi casi potrebbe essere utile approfondire l’anamnesi in modo mirato e sottoporre il soggetto ad una valutazione diagnostica specifica.

BIS-11 - punteggio totale	
n.	232
Media	68.3
Mediana	68
Deviazione standard	10.0
Minimo	38
Massimo	97
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	55
20	60
25	61
30	63
40	66
50	68
60	71
70	74
75	75
80	76
90	80.7

BIS-11 - impulsività motoria	
n.	232
Media	22.5
Mediana	22
Deviazione standard	4.60
Minimo	11
Massimo	37
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	17
20	19
25	19
30	20
40	21
50	22
60	23
70	24
75	25
80	26
90	29

BIS-11 - impulsività attentiva	
n.	232
Media	16.5
Mediana	16
Deviazione standard	3.40
Minimo	9
Massimo	27
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	12
20	13
25	14
30	14
40	15.2
50	16
60	17
70	18
75	19
80	19
90	21

BIS-11 - non pianificazione	
n.	232
Media	29.18
Mediana	29
Deviazione standard	4.61
Minimo	13
Massimo	39
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	24
20	26
25	26.3
30	27
40	28
50	29
60	30
70	32
75	32
80	33
90	35

UPPS-P - punteggio totale	
n.	55
Media	125.85
Mediana	126
Deviazione standard	24.1
Minimo	78
Massimo	164
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	90.6
20	99
25	110
30	111.6
40	121.8
50	126
60	137.6
70	145
75	147
80	149.6
90	154

UPPS-P - negative urgency	
n.	55
Media	30.58
Mediana	33
Deviazione standard	8.14
Minimo	14
Massimo	45
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	18
20	23
25	24
30	26
40	27.4
50	33
60	35
70	36
75	38
80	38
90	40

UPPS-P - premeditation	
n.	55
Media	22.47
Mediana	22
Deviazione standard	6.55
Minimo	11
Massimo	39
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	13
20	16.2
25	18
30	19
40	21
50	22
60	24
70	25.2
75	27
80	27
90	31

UPPS-P - perseverance	
n.	55
Media	19.75
Mediana	19
Deviazione standard	5.14
Minimo	12
Massimo	35
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	14
20	15
25	15
30	16
40	18
50	19
60	20.6
70	21.2
75	22
80	24.4
90	27

UPPS-P - sensation seeking	
n.	55
Media	25.5
Mediana	25
Deviazione standard	8.76
Minimo	12
Massimo	43
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	14.6
20	16.4
25	18
30	19
40	20.4
50	25
60	29.2
70	31.2
75	33
80	33.8
90	39

UPPS-P - positive urgency	
n.	55
Media	27.5
Mediana	27
Deviazione standard	8.29
Minimo	14
Massimo	46
<i>Distribuzione di frequenza (quartili e percentili)</i>	
10	17
20	20
25	22
30	23
40	25
50	27
60	28.6
70	31
75	33
80	35
90	40.8

IL MODELLO PATOGENETICO, ANDATA E RITORNO: LA TIPIZZAZIONE DEI PAZIENTI DELL'AMBULATORIO GAP

Il modello di assessment sviluppato nell'ambulatorio GAP di Castelfranco Veneto ha l'esplicito obiettivo di assistere il clinico in una razionale operazione di adeguamento delle scelte terapeutiche ai bisogni e alle caratteristiche individuali del paziente. Il modello interpretativo utilizzato è quello patogenetico di Blaszczyński e Nower. A distanza di tempo, con la sempre maggiore disponibilità di dati, è emersa l'opportunità di verificare se il modello di assessment adottato è effettivamente in grado di classificare i pazienti in modo sufficientemente coerente con il *modello patogenetico*. Va considerato che gli elementi raccolti non ricalcano esattamente tutte le variabili cui fanno riferimento Blaszczyński e Nower. D'altro canto in letteratura sono evidenziabili diversi studi miranti a validare empiricamente il modello, i quali adottano variabili e strumenti psicometrici di volta in volta diversi e con risultati non univoci (Bellio, 2014b).

Si è quindi proceduto ad una analisi statistica del campione clinico testato attraverso una procedura di clusterizzazione *two steps*, ponendo come obiettivo la classificazione in tre gruppi, come previsto dal *modello patogenetico* (Bellio, 2013). Sono state scelte alcune variabili cliniche, socioanagrafiche e anamnestiche, sia di tipo numerico che nominali. Oltre ai punteggi totali di quattro scale (SOGS, SCL-90-R, GRCS, BIS-11), sono stati considerate l'età, il sesso, lo stato civile, la scolarità, età di inizio gioco problematico, presenza di comorbidità (psicopatologica, dipendenza da alcol/sostanze, mista) e

familiarità (gioco patologico, psicopatologica, dipendenza da alcol/sostanze, mista).

La tabella seguente mostra che la clusterizzazione in tre classi ha suddiviso i pazienti in gruppi molto simili alla tipizzazione di Blaszczynski e Nower (2002), peraltro con un risultato simile a quanto ottenuto da Nower e Coll. In uno studio recente (2012).

Clusterizzazione two step del campione clinico dell'ambulatorio GAP di Castelfranco V.to (Bellio, 2013).

	Cluster I	Cluster II	Cluster III
ETA'	+++	++	+
SESSO MASCHILE	++	++	+++
SESSO FEMMINILE	+++	++	±
STATO CIVILE	sposato/convivente	sposato/convivente	single/separato
SCOLARITA'	bassa	media	media +
ETA' INIZIO GAP	adulta	adulta/ avanzata	precoce
COMORBILITA'	psicopatologica	±	+++
FAMILIARITA'	SUD e psicopat.	GAP e psicopat.	+++
SOGS	+++	+	+++
BIS-11	+++	+	+++
GRCS	+++	±	+

SUD: Substance Use Disorder

Sul piano quantitativo il cluster II comprende il 30% del totale dei pazienti testati (n.=172), mentre i cluster I e III comprendono il 20% e 50% rispettivamente.

Il **cluster II** è caratterizzato da una bassa gravità dei comportamenti di gioco (SOGS), ha bassi livelli di impulsività (BIS-11), distorsioni cognitive (GRCS) e comorbidità psicopatologica sia attuale (SCL-90-R) che in anamnesi. Si tratta di soggetti adulti, con famiglia, che hanno iniziato a giocare in età adulta o avanzata. Presentano con una certa frequenza familiarità per GAP o disturbi psichici. In questi soggetti quindi i problemi azzardo-correlati sembrano essersi sviluppati in un contesto tutto sommato conservato sia dal punto di vista del funzionamento personale che relazionale, senza il concorso di complicanze psicopatologiche o di una impulsività patologica, talora in linea con un modello familiare di gioco d'azzardo. Tale gruppo può quindi essere assimilato al cosiddetto Tipo 1 di Blaszczynski.

Il **cluster I** si caratterizza per una elevata gravità dei comportamenti di gioco, elevati livelli di impulsività e di distorsioni cognitive. La comorbidità psicopatologica è assai frequente e così pure la familiarità per disturbi da uso di sostanze e disturbi psichici. Sono soggetti adulti o anziani, con famiglia, che hanno iniziato a giocare in età adulta. Le donne si trovano con maggior probabilità in questo gruppo. Questo raggruppamento presenta caratteristiche comuni con il Tipo 2 di Blaszczynski.

Il **cluster III** presenta elevati livelli di gravità del gioco, elevata impulsività e bassi livelli di distorsioni cognitive. La comorbidità è molto frequente, sia per psicopatologia che per abuso di sostanze. Anche la familiarità è frequente e pure essa mista. Si tratta per lo più di giovani maschi, single o separati, che hanno iniziato a giocare precocemente.

La presenza femminile in questo gruppo è molto scarsa. Molte caratteristiche di questo raggruppamento ricordano da vicino il Tipo 3 di Blaszczynski.

A proposito di questo studio di classificazione, si possono fare alcune osservazioni ulteriori. La scolarità appare tendenzialmente maggiore nel Cluster III: ciò potrebbe apparire in contrasto con l'attesa di una minore scolarità per soggetti particolarmente impulsivi e problematici. Tuttavia va tenuto conto innanzi tutto che non tutte le persone ad elevata impulsività presentano quadri di svantaggio sociale conclamato. Inoltre il dato potrebbe essere spiegato anche sulla base della età giovanile e della scarsa presenza di donne. I dati del campione dell'ambulatorio GAP indicano infatti che le donne hanno una scolarità più bassa dei maschi, fenomeno che potrebbe trovare spiegazione sul piano culturale. Fino a pochi decenni fa le famiglie contadine e non abbienti del Veneto privilegiavano infatti gli studi dei figli maschi, mentre avviavano precocemente le donne al lavoro. Una popolazione più giovane, pur in presenza di alcuni svantaggi sul piano del funzionamento personale e relazionale, ha sicuramente avuto maggiori possibilità di arrivare al diploma medio ed eventualmente di una scuola superiore, almeno professionale, in confronto ad una popolazione più anziana, specie se di sesso femminile. La variabile scolarità quindi potrebbe essere associata a problemi di funzionamento della persona solo quando esaminata all'interno di un contesto socioanagrafico omogeneo.

Un'altra osservazione parte dal fatto che, secondo i nostri dati, una elevata impulsività può coesistere sia con elevati che bassi livelli di distorsioni cognitive. Ciò sembrerebbe coerente con lo studio di Michalczuk et al. (2011) che aveva dimostrato l'assenza di correlazione tra impulsività misurata con la scala UPPS-P e le distorsioni cognitive misurate con la GRCS. Anche in questo caso le differenze di genere sono importanti: le donne dell'ambulatorio GAP mostrano maggiori livelli di controllo predittivo e illusione di controllo, mentre l'impulsività non mostra differenze significative tra i due sessi.

Una ultima osservazione riguarda le aree di sovrapposizione tra i cluster I e III o, se vogliamo, tra il Tipo 2 e 3 di Blaszczynski. In particolare, non sembra esserci una netta separazione tra giocatori impulsivi e giocatori con psicopatologia primaria: le due variabili infatti sono entrambi condivise nei due gruppi. Questi si differenziano maggiormente per altre variabili. La possibilità di una sovrapposizione tra Tipo 2 e 3 era stata prevista nel lavoro di Blaszczynski e Nower (2002). D'altro canto è noto che molti disturbi comorbili sono essi stessi caratterizzati da impulsività, ad esempio il disturbo borderline di personalità, altri disturbi di personalità del cluster B, il disturbo bipolare, oltre ovviamente all'abuso di alcol/sostanze. Quindi l'aspettativa che nella pratica clinica fosse possibile individuare due raggruppamenti nettamente distinti tra giocatori impulsivi da un lato e giocatori emotivamente vulnerabili dall'altro non trova riscontro nei dati. Anche lo studio di Nower et al. (2012) sembra non escludere che i Tipi 2 e 3 possano rappresentare due varianti di un unico, più ampio, raggruppamento. Vengono infine a risolversi le perplessità a suo tempo sollevate sulla presenza o meno di forme di transizione tra le tre tipologie postulate dal modello patogenetico (Bellio, 2013).

CONCLUSIONI

Questo report ha inteso illustrare i principi teorici e la pratica di assessment in uso presso l'ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico di Castelfranco Veneto. Partendo dal modello interpretativo di Blaszczynski e Nower e dal modello di intervento integrato, multimodale e multiprofessionale tipico dei servizi pubblici per le dipendenze, si è costruito fin dall'inizio una metodologia di lavoro con i giocatori patologici incardinata su un processo di valutazione diagnostica routinario e complesso (Bellio, 2014a). Sono state isolate alcune variabili chiave derivate dal *modello patogenetico* e sono state individuate le metodologie giudicate più adeguate per raccogliere i dati. Adeguato non significa necessariamente migliore. Infatti era stato necessario considerare anche i tempi e la complessità di esecuzione. Ad esempio la variabile psicopatologica viene registrata in termini quantitativi (SCL-90-R) e qualitativi (osservazione diretta, raccolta anamnestica, documentazione clinica, terapia in atto, eccetera). Così pure altre eventuali comorbilità e la familiarità vengono valutate sulla base della raccolta anamnestica e documentazione clinica disponibile. Non si è ritenuto invece attuabile la somministrazione in modo routinario di indagini strutturate come la MINI, SCID I e II. Si è giunti pertanto ad un compromesso sufficientemente soddisfacente tra rigore clinico e scientifico e possibilità pratica di implementare il sistema standardizzato.

Sono stati esaminati gli strumenti in uso, costitutivi della valutazione diagnostica: colloquio, raccolta anamnestica e intervista semistrutturata, scale di valutazione. In questo lavoro si è ritenuto di dare maggiore spazio alla discussione delle scale di valutazione e dei loro risultati, non perché si ritenga maggiore il loro apporto, ma perché nella pratica clinica c'è minore familiarità con questo tipo di strumenti, nonostante il largo utilizzo in sede di ricerca. Rimane infatti piuttosto diffusa una certa diffidenza verso gli strumenti psicometrici da parte di operatori, specie psicologi e psichiatri che hanno una formazione psicoterapeutica dinamica o sistemico-relazionale, e che ritengono che l'utilizzo del loro approccio clinico basato essenzialmente sul colloquio e l'analisi delle relazioni sia di per sé sufficiente. Non si vede tuttavia una reale contrapposizione tra lavoro psicoterapico e diagnosi strutturata e standardizzata, soprattutto nell'ambito del lavoro in una struttura pubblica o convenzionata in cui è necessario anche ottemperare a obblighi documentali. Inoltre va considerato che la registrazione e l'analisi dei dati clinici in forma aggregata è indispensabile per la valutazione dei processi clinici.

A fianco della descrizione degli strumenti, è stata fornita l'elaborazione dei punteggi totali e delle sottoscale ottenuti a partire dal database dei pazienti pervenuti all'ambulatorio GAP. Si è ritenuto che pubblicare i punteggi di riferimento raccolti nel contesto clinico reale di un servizio pubblico possa essere ben accolto dagli operatori che intendono applicare un simile sistema di valutazione. Agli Autori non sono noti molti esempi di documentazione di questo tipo. La numerosità è differente tra i questionari sia perché alcuni pazienti hanno abbandonato il servizio senza completare l'assessment, sia perché i tempi di adozione di alcuni questionari sono stati differenti. Le elaborazioni statistiche riportate non prendono in considerazione l'analisi di eventuali correlazioni tra le diverse variabili: si è inteso proporre una pura descrizione dei punteggi ottenuti allo

scopo di offrire dei punti di riferimento interpretativi, non tanto in termini di cut-off, quanto piuttosto di limiti decisionali basati sulla distribuzione percentile della frequenza dei punteggi. Va precisato che il campione di pazienti testato, benché numeroso, non può essere considerato rappresentativo di altre popolazioni di giocatori. Tuttavia, con questa cautela presente, un operatore può trovare nelle tabelle qui pubblicate dei punti di riferimento preziosi per il lavoro interpretativo dei propri risultati clinici.

A sostegno del modello di assessment proposto, si è presentato brevemente uno studio di classificazione dei pazienti dell'ambulatorio GAP a partire da un certo numero di variabili raccolte attraverso le valutazioni routinarie. Lo scopo era di verificare se il modello esplorativo adottato, basato sul *modello patogenetico*, fosse effettivamente utile a classificare i pazienti in modo conforme. Il risultato ottenuto non solo conferma nella sostanza il modello di Blaszczyński e Nower, ma sembra addirittura arricchirlo con aspetti di complessità che appaiono molto utili nella pratica clinica. In particolare ci si riferisce agli aspetti di sovrapposizione e di differenziazione dei Tipi 2 e 3.

Curiosamente, nonostante l'utilità clinica, un modello di assessment standardizzato trova difficoltà ad essere accolto, ancor più nel caso di pazienti con dipendenze chimiche. Probabilmente esistono diversi ostacoli culturali e organizzativi che non consentono di modificare le prassi in uso, se non con molte difficoltà e con tempi lunghi. Altrettanto difficile appare l'adozione di modelli culturali di ricerca clinica permanente nei servizi. Indubbiamente esiste un bias che porta gli operatori, anche i più "illuminati", a considerare la ricerca come un lavoro opzionale che può essere svolto solo a fronte di risorse adeguate. In questi casi la ricerca viene per lo più connotata in senso "accademico", e ciò comporta che la maggior parte degli operatori si trovi di fronte a difficoltà insormontabili nel contesto di lavoro: dall'isolamento di variabili ai metodi statistici di elaborazione dei dati, dal reperimento di gruppi di controllo alla aderenza degli operatori e dei pazienti ai protocolli di ricerca. Ma questo non è il lavoro che gli operatori sono chiamati a svolgere. La ricerca clinica necessaria ai servizi che operano sul campo non deve servire a fare scienza, cioè ad introdurre e validare nuove conoscenze, bensì ad analizzare e migliorare i processi diagnostici e di cura, ottenere informazioni sui bisogni dei pazienti, trovare sistemi di classificazione che permettano di semplificare il processo di matching, organizzare in modo più razionale i processi di produzione. In un periodo in cui le risorse sono sempre più limitate, e perciò più preziose, riuscire ad assegnarle nella quantità adeguata laddove sono necessarie è un impegno imprescindibile ed etico. La disponibilità di informazioni può aiutare in questo compito, sia per quanto riguarda il singolo paziente che per l'organizzazione nel suo complesso.

BIBLIOGRAFIA

Abbott M.W. e Volberg R. (1996): The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12:143–160.

Albein-Urios N., Pilatti A., Lozano O., Martínez-González J.M., Verdejo-García A. (2014): The value of impulsivity to define subgroups of addicted individuals differing in personality dysfunction,

craving, psychosocial adjustment, and wellbeing: a latent class analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29:38-46.

APA - American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*. American Psychiatric Association, Arlington, VA.

Barratt E.S., Lijffijt M., Moeller F.G. (2005): When does impulsivity become pathologic? *Psychiatric Times*, 22:23-26.

Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. (1993): *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press, New York.

Bellio G. (2013): Assessment GAP: uno sguardo su strumenti e dati. Relazione presentata alla giornata di studio "Inquadrare e trattare i pazienti GAP a partire dal modello di Blaszczynski", Albizzate (VA), AND-Azzardo e Nuove Dipendenze, 24.05.2013.

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

Bellio G. (2014b): Clinica del disturbo da gioco d'azzardo: diagnosi, storia evolutiva e psicopatologia del giocatore. In: Bellio G. e Croce M. (a cura di), *Manuale sul gioco d'azzardo*, Franco Angeli, Milano.

Bellio G., Fiorin A. (2009): Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale. *Journal of Psychopathology*, 15:39-47.

Binde P. (2013): Why people gamble: a model with five motivational dimensions. *International Gambling studies*, 13:81-97.

Blaszczynski A., Nower L. (2002): A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction*, 97:487-499.

Blaszczynski A., Nower L. (2007): Research and Measurement Issues in Gambling Studies: Etiological Models. In: Smith G., Hodgins D., Williams R. (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies*, Academic Press, Burlington, MA.

Conti L. (1999): *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. SEE - Società Editrice Europea, Firenze.

Cyders, M.A., Smith, G.T. (2007): Mood-based rash action and its components: Positive and negative urgency. *Personality and Individual Differences*, 43, 839-850.

D'Egidio P., Da Fermo G., Vena G. (2003): SCL (Symptom Check List)-90-R e TCI (Temperament and Character Inventory) nella clinica della dipendenza da oppiacei. *Mission*, 7:13-19.

Derogatis L.R. (2011): *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R*. Ed. It. GiuntiOS, Firenze.

Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. (1976): SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. In: Guy W. (Ed.) *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised 1976*. DHEW Publication No. (ADM) 76-338.

Fortune E.E., Goodie A.S. (2010): The relationship between pathological gambling and sensation seeking: the role of subscale scores. *Journal of Gambling Studies*, 26:331-46.

Grall-Bronnec M., Bouju G., Sébille-Rivain V., Gorwood P., Boutin C., Vénisse J.-L., Hardouin J.-B. (2012): A French adaptation of the Gambling-Related Cognitions Scale (GRCS): a useful tool for assessment of irrational thoughts among gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 27. Internet, accesso verificato il 13.08.2015, <http://jgi.camh.net>.

Iliceto P., Fino E. (2014): La Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I): Uno strumento valido nell'assessment di cognizioni relative al gioco d'azzardo nella popolazione italiana. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 20:71-77.

Iliceto P., Fino E., Cammarota C., Giovani E., Petrucci F., Desimoni M., Sabatello U., Candilera G., Oei T.P. (2015): Factor Structure and Psychometric Properties of the Italian Version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I). *Journal of Gambling Studies*, 31:225-242.

Lesieur H.R., Blume S.B. (1987): The South-Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144:1184-1188.

Maffei C. (2008): *Borderline. Struttura, categoria, dimensione*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Mark M.E., Lesieur H.R. (1992): A feminist critique of problem gambling research. *Addiction*, 87:549-565.

Michalczuk R., Bowden-Jones H., Verdejo-Garcia A., Clark L. (2011): Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: a preliminary report. *Psychological Medicine*, 41:2625-2635.

Nower L., Martins S.S., Lin K.-H., Blanco C. (2012): Subtypes of disordered gamblers: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction*, 108:789-798.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995): Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51:768 – 774.

Petry N.C. (2005): *Pathological Gambling. Etiology, comorbidity, and treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.

PGRTC - Problem Gambling Research and Treatment Centre (2011): *Guideline for Screening, Assessment and Treatment in Problem Gambling*. Clayton, Monash University, Notting Hill, Victoria (AU). Internet, accesso verificato il 13.08.2015, <http://www.med.monash.edu.au/sphc/pgrtc/guideline>.

Prever F. (2014): Il gioco al femminile. In: Bellio G. e Croce M. (a cura di), *Manuale sul gioco*

d'azzardo, Franco Angeli, Milano.

Raylu N., Oei T.P. (2004): The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99:757-769.

Stanford M.S., Mathias C.W., Dougherty D.M., Lake S.L., Anderson N.E., Patton J.H. (2009): Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47:385–395.

Toneatto, T. (1999): Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misuse*, 34, 1593–1604.

Turner N. (2000): Randomness, does it matter? *Journal of Gambling Issues*, 2. Internet, accesso verificato il 13.08.2015, <http://jgi.camh.net>.

Verdejo-García A., Lozano O., Moya M., Alcázar M.A., Pérez-García M. (2010): Psychometric properties of a Spanish version of the UPPS-P impulsive behavior scale: reliability, validity and association with trait and cognitive impulsivity. *Journal of Personality Assessment*, 92:70-77.