

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

IN ATS MILANO ANNO 2016

Osservazioni statistico-epidemiologico sui dati del flusso
AMB LR 20586/2005

INTRODUZIONE

Il gioco d'azzardo patologico è riconosciuto come un disturbo psichiatrico. Come tale è trattato dal DSM ovvero il Manuale Diagnostico Statistico dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA) che ne definisce i criteri diagnostici. Nel 2013 ci sono state importanti novità poiché il manuale è stato ripubblicato nella sua 5° versione denominata appunto DSM-5 che va ad aggiornare la precedente versione (DSM IV TR) che era del 2000. Per quanto riguarda il gioco d'azzardo patologico le differenziazioni sono state sensibili. Innanzitutto è cambiata la definizione della patologia che è passata da Gioco d'Azzardo Patologico a Disturbo da Gioco d'Azzardo. Il cambiamento nel nome deriva dall'avvicinamento del gioco patologico agli altri disturbi di tipo dipendente che vengono tutti accomunati. Questo perché le ricerche mediche più recenti hanno mostrato come non solo i comportamenti ma anche i dati più neurologici e di neuroimaging siano simili.

Il numero di criteri diagnostici da diagnosticare sono passati da 5 a 4, il lasso temporale in cui i criteri devono presentarsi insieme è portato a 12 mesi. La gravità è considerata sulla quantità cumulativa dei punti diagnostici ottemperati, si va da una soglia lieve dai 4 a 5 punti, a media da 6 a 7 per arrivare a grave da 8 a 9 punti.

Criteri suggeriti dal DSM 5 per diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo

Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo che conduce a compromissione o disagio clinici, come indicato da quattro (o più) dei seguenti criteri in un periodo di 12 mesi:

- Bisogno di giocare con quantità crescenti di denaro al fine di ottenere la desiderata eccitazione.
- È irrequieto o irritabile quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
- Compie sforzi ripetuti senza successo per controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo.
- È spesso preoccupato dal gioco (ad esempio, ha pensieri sulle passate esperienze di gioco).
- Spesso scommette quando si sente angosciato (ad esempio, inerme, colpevole, ansioso, depresso).
- Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno per ottenere la rivincita.
- Mente per nascondere l'entità del coinvolgimento con il gioco d'azzardo.

- Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, o opportunità di istruzione
- Si appoggia agli altri per trovare denaro per alleviare debiti provocati dal gioco d'azzardo.

Per il manuale diagnostico la gravità della patologia potrebbe seguire questa graduazione:

Lieve: 4-5 criteri soddisfatti.

Moderata: 6-7 criteri soddisfatti.

Grave: 8-9 criteri soddisfatti.

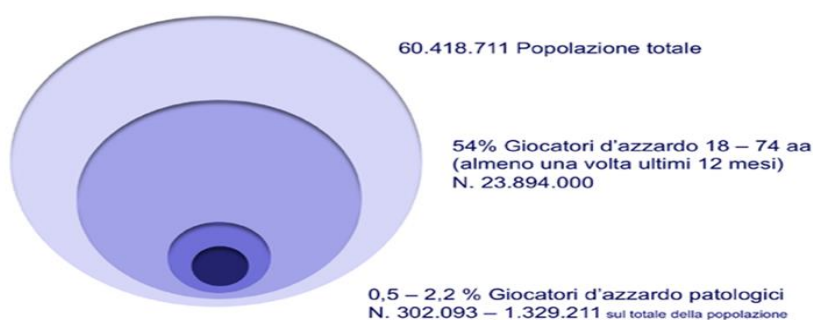
Diffusione del gioco patologico nella popolazione generale

Il gioco d'azzardo in Italia, nonostante la grave crisi economica, ha conosciuto negli ultimi anni una crescita esponenziale. Dal 1990 il ricavo è infatti aumentato dell'810%, tanto da rappresentare un valore pari al 5% del PIL (dati 2011). Questo incremento è stato sicuramente favorito dalle nuove tecnologie, che hanno portato il gioco d'azzardo sui computer e gli smartphone, ma è anche dovuto a normative che hanno di fatto liberalizzato in Italia il gioco d'azzardo, cui si è cercato ultimamente di mettere un freno con il recente decreto Balduzzi, che però al momento si rivela ancora del tutto inefficace. Una ricerca condotta nel 2012 dal Dipartimento Politiche Antidroga ha stimato in oltre 23.000.000 il numero di persone che nel corso di un anno giocano d'azzardo, pari al 54% della popolazione fra i 18 e i 74 anni.

Naturalmente non tutti i giocatori d'azzardo sono "patologici" come allo stesso modo non tutti quelli che bevono alcol sono alcolisti. Secondo il ministero della Sanità, c'è in Italia una percentuale di giocatori d'azzardo problematici tra l'1,5% e il 3,8% della popolazione, cui si aggiunge un altro 2,2 per cento di giocatori d'azzardo patologici. Almeno 900 mila persone, dunque, affette da una patologia che, per gli esperti, è errato chiamare ludopatia perché il piacere del gioco manca del tutto in chi ne soffre. E che probabilmente gioca on line anche perché così riesce facilmente a nascondersi in casa e perfino ai propri familiari.

Tabella 1 : GIOCO D'AZZARDO SULLA POPOLAZIONE ITALIANA

Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo



Fonte: Serpelloni - manuale Gambling 2012

Copyright © DPA 2013

La definizione di gioco d'azzardo patologico è stata effettuata dal DPA sulla base della raccolta di un questionario SOGS. Il questionario SOGS, steso da Lesieur e Blume (1987)¹, è forse il più noto tra gli strumenti di rilevazione del gioco patologico a livello mondiale. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati. Fornisce informazioni su molteplici

aspetti: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza delle attività di gioco, la difficoltà a giocare in modo controllato, la consapevolezza circa il proprio problema di gioco, i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, il tornare a giocare per tentare di recuperare il denaro perso, le menzogne circa le attività di gioco, il giocare più della somma prevista inizialmente, l'allontanarsi dal lavoro o dalla scuola, il prendere in prestito denaro per giocare, e i prestiti non rimborsati. Il SOGS fornisce anche indizi preziosi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco, o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Viene rilevato anche se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.

Un risultato analogo è stato ottenuto da una ricerca condotta nel 2016 dalla Asl di Milano intervistando 3000 cittadini residenti in Milano e sottoponendo loro un questionario LIE Si basa sul fatto che, secondo gli autori, non tutti i criteri diagnostici elaborati p.es. nel DSM-IV hanno la stessa valenza predittiva, ossia non tutti i criteri si ritrovano con la medesima frequenza. I più frequenti sono quelli considerati da Johnson et al., ossia la tendenza ad aumentare la quantità di denaro giocata, sia per "rincorrere" le perdite, sia per una perdita di controllo sull'attività del gioco. È difficile (statisticamente raro) che uno di questi criteri, o magari anche ambedue siano presenti in una persona che non abbia problemi di gioco. Non solo: per via della loro frequenza, e per via della loro funzionalità nel gioco problematico, sono spesso anche collegati.

Tabella 2 : GIOCO D'AZZARDO FRA I RESIDENTI MILANESI

LIE TEST (sul tot. pop.)	Totale	SESSO		ETA'				
		Maschi	Femmine	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
NON GIOCO ULTIMI 30 GG	75,9%	70,0%	81,5%	86,5%	77,4%	72,3%	77,7%	69,9%
NESSUNA AFFERMATIVA	17,1%	20,2%	14,3%	11,3%	13,5%	21,5%	15,0%	21,4%
UNA RISPOSTA AFFERMATIVA	3,8%	5,0%	2,7%	1,1%	4,6%	4,7%	3,6%	4,1%
DUE RISPOSTE AFFERMATIVE	3,2%	4,9%	1,6%	1,1%	4,6%	1,5%	3,7%	4,6%

Sul totale della popolazione ATS Milano fascia d'età 15/64 anni utilizzando la stima proposta dal DPA il numero di giocatori patologici potrebbe aggirarsi attorno alle 40.000 unità mentre utilizzando la rilevazione Milanese potremmo essere oltre i 65.000, cioè 0,3 persone su mille assistiti potrebbero giocare in modo problematico ed esporsi al rischio di sviluppare forme patologiche legate al gioco.

Tabella 3: PROIEZIONE DELLE STIME SULLA POPOLAZIONE GENERALE

	Tot. Pop.	femmine	maschi	FASCE D'ETA'				
				15_24	25_34	35_44	45_54	55_64
	2.166.026	1.085.829	1.080.227	303.581	354.154	495.291	578.150	434.880
rilevazione Milano	3,20%	1,60%	4,90%	1,10%	4,60%	1,50%	3,70%	4,60%
stima ATS Milano	69.313	17.373	52.931	3.339	16.291	7.429	21.392	20.004

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

UOC Salute Mentale e Dipendenze

Corso Italia 19 – Milano (20122) - Tel. 02.85783301 Fax 02.85783303

e-mail: salutementale@ats-milano.it – PEC: protocollogenerale@pec.ats-milano.it

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19 - Codice fiscale e P.IVA 09320520969

Le osservazioni che seguono sulla presa in carico dei soggetti con disturbo da gioco d'azzardo patologico sono state effettuate sulla base dei debiti informativi che ogni struttura erogativa è tenuta a fornire ad ATS e Regione Lombardia (AMB). Sono cioè il numero di assistiti che nel corso del 2016 hanno preso consapevolezza della propria malattia e si sono rivolti ad uno dei servizi erogativi con una richiesta di presa in carico.

Questo il dato sintetico dell'ATS. Nel 2016 sono stati trattati 725 persone, 131 femmine e 594 maschi. Un caso ogni 4000 assistiti contro i 120 ogni 4000 che giocano in modo problematico.

Tabella 4: UTENZA GAMBLING DIVISA PER SESSO E FASCIA D'ETA'

2016	FEMMINE		MASCHI		TOTALE	
	N	perc.	N	perc.	N	perc.
18_24	3	2%	25	4%	28	4%
25_34	7	5%	108	18%	115	16%
35_44	15	11%	139	23%	154	21%
45_54	27	21%	156	26%	183	25%
55_64	45	34%	106	18%	151	21%
65_90	34	26%	60	10%	94	13%
	131	100%	594	100%	725	100%

L'OFFERTA DEI SERVIZI E UTENZA ATS MILANO

L'ATS Milano è organizzata in 7 ASST e due servizi privati accreditati (SMI) con compiti di erogazione dei servizi nell'area delle dipendenze. Attualmente ad ATS risultano operanti queste sedi:

Tabella 5: SERVIZI DEDICATI ALLA CURA DEL GIOCO D'AZZARDO NELLA ATS MILANO

ASST 705 LEGNANO	SERT MAGENTA	
	SERT PARABIAGO	
ASST 706 RHO	SERT RHO	
	SERT-CORSICO	
ASST 708 MELEGNANO	N.O.A. DI PIEVE EMANUELE	
	SERT DI CASSINA DE' PECCHI	
	SERT DI GORGONZOLA	
	SERT DI TREZZO SULL'ADDA	
ASST 709 LODI	SERT CASALPUSTERLENGO	
	SERT LODI	
	SERT SANT'ANGELO LODIGIANO	
ASST NORD MILANO	SERT SESTO SAN GIOVANNI/CINISELLO	
ASST FATEBENEFRATELLI-SACCO	SERT BOIFAVA	
ASST SANTI PAOLO E CARLO	SERT BOIFAVA	
SERVIZI PRIVATI ACCREDITATI	SMI CAD	
	SMI FONDAZIONE ERIS RELAZIONE	

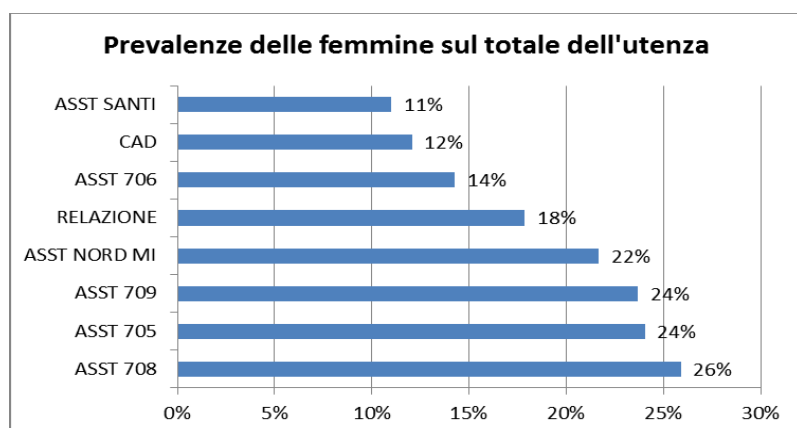
E' possibile fornire il dato anche per singola struttura erogativa.

Tabella 6: UTENZA PER UNITA' OPERATIVA

ASST	STRUTTURA	UTENTI
ASST 705	SERT MAGENTA	1
	SERT PARABIAGO	78
	ASST 705 Totale	79
ASST 706	SERT RHO	34
	SERT-CORSICO	22
	ASST 706 Totale	56
ASST 708	N.O.A. DI PIEVE EMANUELE	42
	SERT DI CASSINA DE' PECCHI	59
	SERT DI GORGONZOLA	2
	SERT DI TREZZO SULL'ADDA	9
	ASST 708 Totale	112
ASST 709	SERT CASALPUSTERLENGO	8
	SERT LODI	62
	SERT SANT'ANGELO LODIGIANO	6
	ASST 709 Totale	76
ASST NORD MI	SERT SESTO SAN GIOVANNI	60
	ASST NORD MI Totale	60
ASST SANTI	SERT BOIFAVA	200
	ASST SANTI Totale	200
CAD	C.A.D. ONLUS	58
	CAD Totale	58
RELAZIONE	RELAZIONE	84
	RELAZIONE Totale	84
Totale complessivo		725

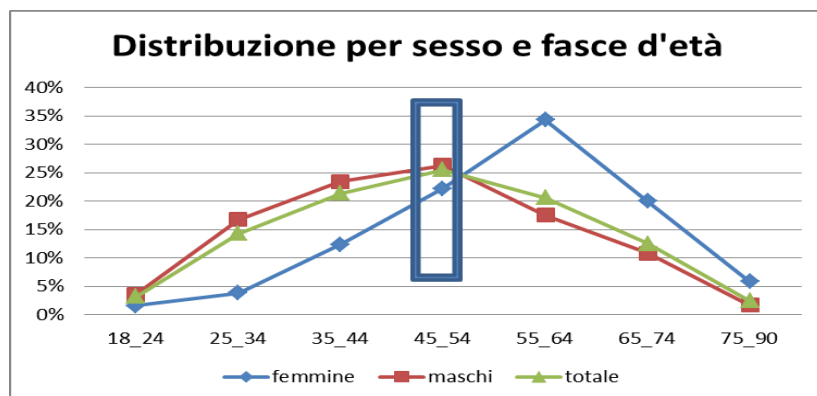
L'utenza è prevalentemente di genere maschile mentre le femmine rappresentano il 18% dell'utenza complessiva con differenze significative per ASST dall'11% della ASST Santi al 26% delle ASST 708

Tabella 7: UTENZA PER ASST, UTENZA FEMMINILE



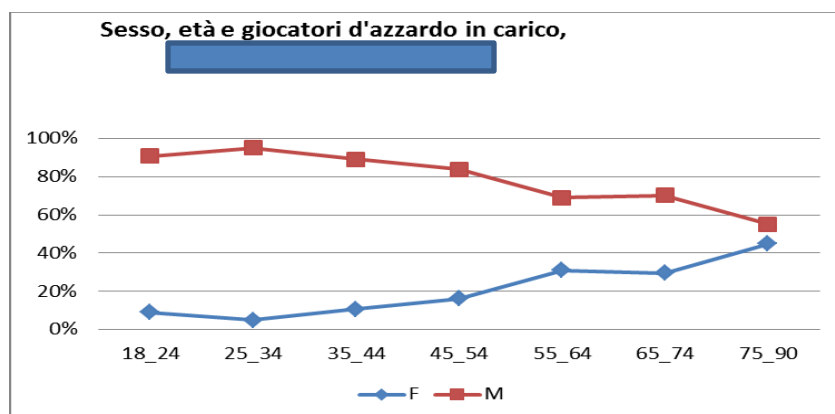
Le età centrali della vita sono rappresentate più o meno con la stessa percentuale sia nei maschi che nelle femmine, 45-54 anni (25%). Al di sotto e al di sopra di quella fascia d'età si notano però differenze significative. L'utenza femminile prevale nelle fasce d'età più avanzate.

Tabella 8: UTENZA PER SESSO E FASCIA D'ETA'



Questo fenomeno è ancora più evidente nel grafico che confronta le prevalenze per fascia d'età.

Tabella 9: UTENZA PER SESSO E FASCIA D'ETA'

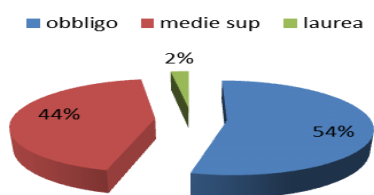


Titolo di studio

Purtroppo il dato non rileva gli studi interrotti e abbiamo escluso i non noti. La prevalenza sul campione di utenti rileva la presenza di completamento della scuola dell'obbligo (elementari e medie inferiori) per oltre la metà degli utenti. Il 44% ha un diploma di scuola media superiore o professionale e il 2% di laureati.

Tabella 10: UTENZA E TITOLO DI STUDIO

**Titolo di studio e utenza in trattamento
(esclusi i non noti)**



Così distribuito per ASST

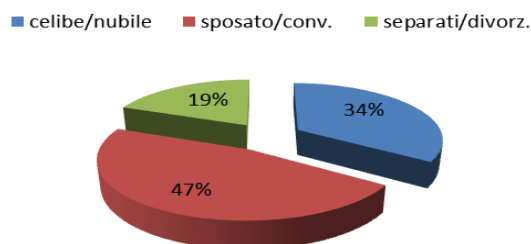
Tabella 10: UTENZA ASST E TITOLO DI STUDIO

2016	obbligo		medie sup		laurea		non noto	
	N	perc.	N	perc.	N	perc.	N	perc.
ASST 705	44	56%	21	27%	0	0%	14	18%
ASST 706	27	48%	19	34%	1	2%	9	16%
ASST 708	64	57%	43	38%	1	1%	4	4%
ASST 709	43	57%	29	38%	0	0%	4	5%
ASST NORD MI	17	28%	35	58%	0	0%	8	13%
ASST SANTI	105	53%	90	45%	2	1%	3	2%
CAD	18	31%	18	31%	7	12%	15	26%
RELAZIONE	42	50%	35	42%	5	6%	2	2%
TOTALE	360	50%	290	40%	16	2%	59	8%

Stato civile

Tabella 11: UTENZA E STATO CIVILE

**Stato civile e utenza in trattamento
(esclusi i non noti)**



Per ASST

Tabella 12: UTENZA ASST E STATO CIVILE

2016	celibe/nubile		sposato/conv.		divorz./sep.		non noto	
	N	perc.	N	perc.	N	perc.	N	perc.
ASST 705	5	6%	37	47%	9	11%	28	35%
ASST 706	4	7%	20	36%	12	21%	20	36%
ASST 708	39	35%	48	43%	17	15%	8	7%
ASST 709	7	9%	37	49%	8	11%	24	32%
ASST NORD MI	21	35%	24	40%	14	23%	1	2%
ASST SANTI	88	44%	74	37%	30	15%	8	4%
CAD	27	47%	23	40%	7	12%	1	2%
RELAZIONE	20	24%	25	30%	21	25%	18	21%
TOTALE	211	29%	288	40%	118	16%	108	15%

Occupazione

Il dato sulla non occupazione è, complessivamente molto elevato, circa il 38% sul totale degli assistiti. Ovviamente ha delle punte estreme nelle fascia più giovani (40%) e più anziane.

Tabella 13: UTENZA E OCCUPAZIONE



Tabella 14: UTENZA ASST E OCCUPAZIONE

2016	occupato		disoccupato		non noto	
	N	perc.	N	perc.	N	perc.
ASST 705	45	57%	26	33%	8	10%
ASST 706	33	59%	14	25%	9	16%
ASST 708	62	55%	48	43%	2	2%
ASST 709	45	59%	24	32%	7	9%
ASST NORD MI	32	53%	23	38%	5	8%
ASST SANTI	120	60%	78	39%	2	1%
CAD	40	69%	17	29%	1	2%
RELAZIONE	51	61%	32	38%	1	1%
TOTALE	428	59%	262	36%	35	5%

Tabella 15: FASCE D'ETA' E OCCUPAZIONE

Etichette di riga	disoccupato/non lavora
18_24	40%
25_34	27%
35_44	20%
45_54	27%
55_64	36%
65_74	99%
75_90	100%
totale	37%

TRATTAMENTI

Il database permette di classificare i pazienti in carico sulla base dell'anno della prima richiesta di trattamento e ci permette di evidenziare l'incidenza dei nuovi casi legati all'avvio di nuovi trattamenti. L'utenza annuale è composta per il 50% di casi "nuovi". Cioè, 360 persone per la prima volta, nel corso del 2016, hanno avuto una percezione consapevole di quanto il loro gioco problematico sia diventato patologico al punto di dover rivolgersi ad un servizio con una richiesta di trattamento. Il dato non può rappresentare l'incidenza dei nuovi casi rispetto alla malattia perché non tiene conto di quanti pazienti si sono rivolti a professionisti "esterni" al sistema di cura pubblico e accreditato.

Tabella 16: INCIDENZA PRIMI TRATTAMENTI PER ASST

	PRIMO TRATTAMENTO	PRECEDENTI TRATTAMENTI	TOT	incidenza anno 2016
ASST 705	35	44	79	44%
ASST 706	37	19	56	66%
ASST 708	58	54	112	52%
ASST 709	24	52	76	32%
ASST NORD MI	29	31	60	48%
ASST SANTI	98	102	200	49%
CAD	33	25	58	57%
RELAZIONE	46	38	84	55%
TOTALE	360	365	725	50%

Non sembra esserci differenza di genere fra i pazienti incidenti ed i pazienti già in carico

Tabella 17: INCIDENZA PRIMI TRATTAMENTI E SESSO

	femmine		maschi	
	N	perc.	N	perc.
primo_tratt	65	18%	295	82%
tratt_prec.	66	18%	299	82%
	131	18%	594	82%

Invece per fasce d'età qualche piccola differenza si rileva. Le femmine giungono al servizio più tardi rispetto alla media dei maschi.

Tabella 18: INCIDENZA PRIMI TRATTAMENTI PER SESSO ED ETA' MEDIA DEL PAZIENTE

Etichette di riga	primo_tratt.	tratt_preced.	Totale complessivo
F	54,7	57,5	56,3
M	44,5	49,4	47,2
Totale complessivo	46,3	51,1	48,9

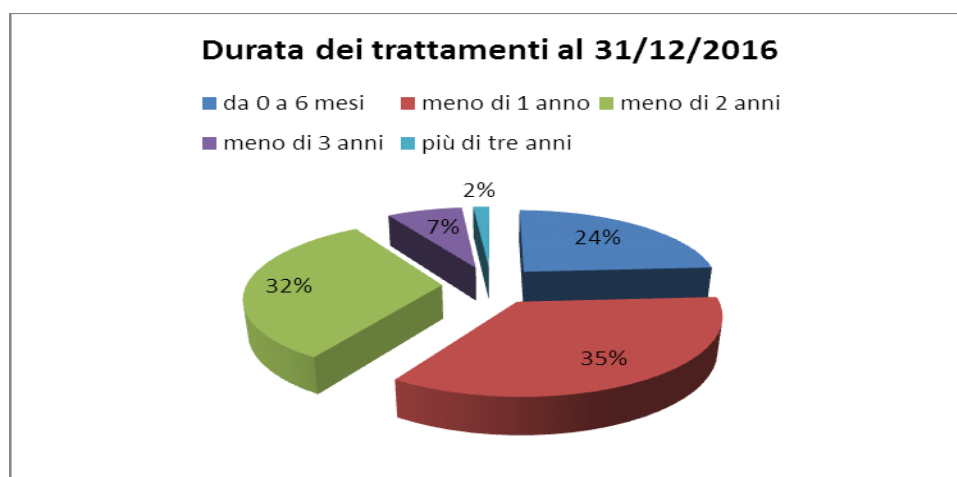
Tabella 19: INCIDENZA PRIMI TRATTAMENTI E FASCIA D'ETA'

2016	primo_tratt.		tratt_preced.	
	N	perc.	N	perc.
18_24	21	6%	7	2%
25_34	68	18%	47	13%
35_44	83	22%	71	20%
45_54	90	24%	93	26%
55_64	74	20%	77	22%
65_74	31	8%	49	14%
75_90	6	2%	8	2%
	373		352	

Durata dei trattamenti, compresi quelli in corso.

I trattamenti in corso durante il 2016 sono in prevalenza inferiori ai 2 anni. Solo il 9% dei pazienti era in carico per un tempo maggiore.

Tabella 20: DURATA DEI TRATTAMENTI NEL 2016



Divisi per ASST

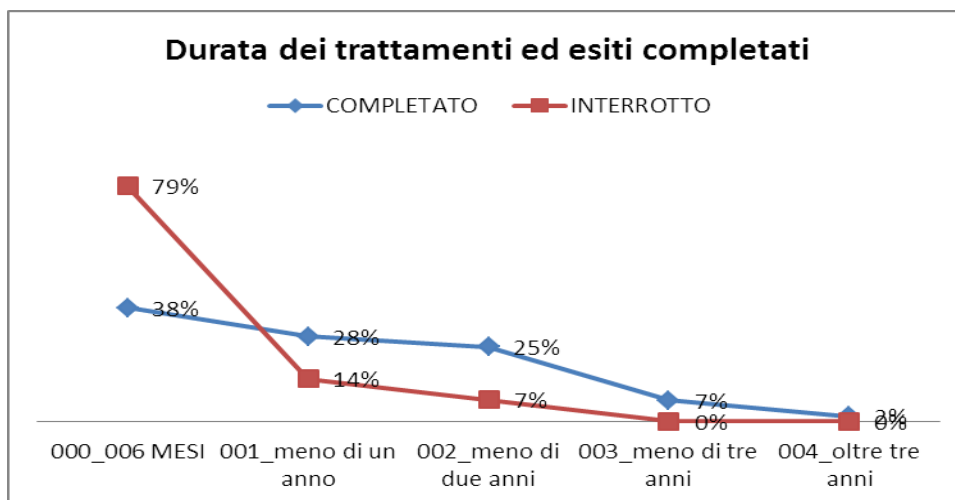
	da 0 a 6 mesi		meno di 1 anno		meno di 2 anni		meno di 3 anni		più di tre anni	
	N	perc.	N	perc.	N	perc.	N	perc.	N	perc.
SOLO ASST										
ASST 705	14	18%	24	30%	26	33%	15	19%	0	0%
ASST 706	22	40%	19	35%	11	20%	3	5%	0	0%
ASST 708	27	24%	37	33%	47	42%	1	1%	0	0%
ASST 709	8	11%	24	31%	23	31%	12	16%	8	11%
ASST NORD MI	28	47%	23	38%	6	9%	4	6%	0	0%
ASST SANTI	52	26%	87	43%	51	26%	10	5%	0	0%
CAD	17	29%	19	33%	19	33%	4	6%	0	0%
RELAZIONE	20	24%	24	29%	37	44%	2	2%	1	1%
TOTALE	174	24%	254	35%	232	32%	53	7%	11	2%

Nel 2016 sono state dimesse dal trattamento 79 persone con esito positivo, 39 persone hanno invece interrotto il trattamento. La maggior parte delle interruzioni (79%) sono avvenute nei 6 mesi di trattamento.

Tabella 21: ESITO DEI TRATTAMENTI NEL 2016

SOLO ASST	COMPLETATO		IN CORSO		INTERROTTO	
	N	perc.	N	perc.	N	perc.
ASST 705	6	7%	70	88%	4	5%
ASST 706	11	19%	44	79%	1	2%
ASST 708	7	7%	102	91%	3	3%
ASST 709	14	19%	61	80%	1	1%
ASST NORD MI	8	13%	43	72%	9	16%
ASST SANTI	24	12%	162	81%	15	7%
CAD	2	4%	49	85%	6	11%
RELAZIONE	8	10%	70	84%	6	7%
Totale complessi	79	11%	607	84%	39	5%

Tabella 21: Relazione fra durata dei trattamenti ed esiti



Nel 2016 sono state erogate oltre 13.000 prestazioni così raggruppate in macrocategorie. Mediamente ogni singolo paziente riceve nel corso di un anno circa 20 prestazioni.

Tabella 22: Prestazioni

	totale prestazioni	media per paziente
colloquio	6.452	14,0
Gruppo	2.388	20,6
Management e attività di supporto	1.712	5,7
Visite mediche	762	4,3
test/questionari	648	4,2
Raccolta urine per esame	418	6,2
Esecuzione test per sostanze stupefacenti	224	15,4
Relazioni	136	3,3
Colloqui infermieri	124	3,9
Certificazioni	68	2,7
Altro	50	7,1
Prelievo microbiologico (capello)	48	2,5
Test con etilometro	2	2,0
Totale complessivo	13.032	27,7