

# INDAGINE SULLE ATTITUDINI DI ASSESSMENT DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO IN UN CAMPIONE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Professione

DANIELA CAPITANUCCI, ROBERTA SMANIOTTO, ANGELA BIGANZOLI,  
MARCO CAPELLI\*, MADDALENA ALIPPI\*, MICHAELA FANTONI

Psicologi (\*Soci; \*\* Collaboratori), Associazione AND - Azzardo e Nuove Dipendenze, Gallarate (Va)

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è un disturbo cronico, progressivo e recidivante che impatta negativamente sulle finanze, sulla salute e sul benessere psico-fisico del giocatore e della sua famiglia<sup>1</sup>. Esso è presumibilmente in incremento anche in Italia come diretta conseguenza dell'aumento delle possibilità di giocare<sup>10</sup>. La maggioranza dei giocatori non avrà mai problemi correlati a questa abitudine, ma il non trascurabile 1% della popolazione generale, che invece ne sviluppa, trarrebbe certamente giovamento nel ricevere una diagnosi precoce ed un trattamento specialistico mirato. Nonostante il GAP sia sempre più diffuso tra la popolazione, tra i Medici di Medicina Generale (MMG) non sembrerebbe esserci ancora conoscenza professionale del fenomeno<sup>14</sup>, sia per quel che riguarda l'identificazione del problema, sia in merito alla conoscenza dei centri attrezzati per il trattamento di questo disturbo. D'altro canto, è innegabile che i MMG si trovano in una posizione ideale per identificare tempestivamente ed operare un *counselling* efficace o suggerire un invio anche a pazienti con problemi di gioco.

Pure all'estero, ad esempio in Australia e negli Stati Uniti, ove i MMG sono meglio supportati per intervenire sul disturbo, l'effettuazione sistematica di *screening* sulle abitudini di gioco avviene solo in circa il 10-30% dei casi<sup>8</sup>. Tuttavia, se consideriamo il GAP come un sintomo che può distruggere le famiglie e minare un futuro sano per i giovani, risulta chiaro come sarebbe opportuno che i MMG prendessero in considerazione il problema in tutta la sua magnitudine, così come fanno per altri disturbi che hanno in sé elementi psico-sociali quali ad esempio alcoolismo e tabagismo<sup>13</sup>. Identificare tardivamente il GAP, o non identificarlo affatto, genera un incremento nei costi a carico del giocatore, della sua famiglia e della società tutta<sup>11</sup>. Infatti, secondo Rosenthal e Lorenz<sup>12</sup>, molti giocatori passano giorni e giorni senza dormire o mangiare per rimanere "in azione", trasformando il gioco in un problema di salute. I giocatori eccessivi riferiscono frequentemente sintomi stress-correlati, tra cui ipertensione, cefalee, problemi alla pelle e gastrointestinali quali nausea, ulcere e coliti. Sono frequenti comorbidità al consumo/abuso di alcolici, tabacco e droghe. In questa popolazione il tasso di soggetti depressi è elevato e non sono rari gesti suicidari<sup>2</sup>. Anche i risvolti sulle capacità di accudimento dei figli sono un tema importante, e se è consueto lo *screening* tra i neo-genitori in merito al consumo di sostanze e all'abuso di alcool, tale attenzione nell'anamnesi non si osserva in relazione al GAP<sup>3</sup>.

Numerosi sono i fattori che contribuiscono alla sottostima della diagnosi di GAP e alle difficoltà di accesso al trattamento. Da un lato, la scarsa consapevolezza del suo impatto sulla salute<sup>9</sup> è in parte generata dall'assenza del tema dai piani di studio delle professioni mediche così come nella formazione continua: l'argomento delle dipendenze in generale è inserito con una certa sistematicità, ma il GAP raramente è incluso<sup>7</sup>. Dall'altro, prima del 2000 pochi testi scientifici comparivano sul tema in lingua italiana.

Lo scenario auspicabile per il futuro è che, aumentando la conoscenza del problema ed il riconoscimento della patologia come oggetto pertinente della propria professione, derivi una maggiore sensibilità e propensione ad indagarlo, con la conseguente riduzione dei casi "sommersi". Una rete che funziona, dotata di "nodi attivi", verosimilmente intercetterà i pazienti con maggiore facilità e li canalizzerà in modo tempestivo verso le risorse di aiuto più appropriate.

## LA RICERCA

Scopo principale era di accertare il livello di conoscenza e consapevolezza del GAP, nonché la frequenza di riconoscimento e di presa in carico/invio di questi pazienti, da parte dei MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS). Dopo un censimento dell'intera popolazione operante sul territorio prescelto, a tutti è stata inviata una comunicazione scritta di formale arruolamento nella ricerca che comportava un successivo contatto telefonico. Al momento dell'inchiesta erano presenti presso i Distretti di Castano Primo e Legnano un totale di 174 MMG e 27 PLS. Si sono resi disponibili all'intervista 129 MMG e 17 PLS (adesione 73%, molto buono a fronte dei tassi raggiunti in indagini di questo tipo: 32-80%)<sup>5 14 2 4 7</sup>. Le interviste telefoniche, di circa 10 minuti, sono state realizzate tra gennaio e aprile 2005 da Psicologi Ricercatori dell'Associazione AND, col contributo dell'ASL Milano1.

Strumento di indagine un questionario costruito ad hoc sulla base di altri utilizzati in similari ricerche che indagava alcune aree così sintetizzabili: conoscenza del GAP e tramite quali fonti; rilevazione di richieste di aiuto da pazienti o familiari; attitudine ad indagare il problema, in assenza/presenza di patologie correlate (abuso/dipendenza da sostanze o stress); individuazione di situazioni problematiche tra i pazienti; eventuali indicazioni fornite; vissuto personale rispetto a preparazione, risorse disponibili e livello di diffusione del problema nel territorio; interesse ad approfondire il tema. I possibili bias derivanti da questa

impostazione metodologica sono stati ritenuti accettabili in quanto congrui con il rapporto costi/benefici in questo specifico studio. I dati, confidenziali e anonimi, sono stati processati con il supporto del sistema statistico SPSS ed oggetto di analisi descrittive.

## RISULTATI RELATIVI AL CAMPIONE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Caratteristiche demografiche del campione: sostanziale equivalenza tra maschi e femmine, prevalenza di medici di età 40-59 anni (71%) e con elevata esperienza professionale (75% in attività > 10 anni).

Meno della metà (47%) dichiara di essere a conoscenza, in modo almeno “superficiale”, del fenomeno GAP, dato più basso che all'estero (96%)<sup>2</sup>. Da notare che tra le fonti informative, non strettamente attinenti al proprio ambito lavorativo, i mass-media sono quella più rilevante (circa 51%). Anche Christensen et al.<sup>2</sup> hanno riscontrato come gli operatori traessero le informazioni solo in modo limitato dall'approfondimento professionale (es. formazione o riviste scientifiche).

La maggioranza di MMG (95%) non effettua un'indagine diretta su eventuali comportamenti di GAP. Parrebbe confermarsi dunque l'approccio già rilevato a non considerare e trattare il GAP come un tema di interesse professionale<sup>2</sup>. L'indagine/non indagine sulle abitudini di gioco d'azzardo viene prevalentemente sollecitata da indizi esterni (86%); tra questi, la dipendenza da sostanze è l'indicatore che maggiormente induce ad approfondire eventuali comportamenti di gioco d'azzardo, segno che esiste una certa consapevolezza della matrice comune e delle correlazioni tra GAP e abuso/dipendenza da sostanze. Sollecitano in misura minore un'indagine sul GAP, invece, i sintomi stress-correlati. In considerazione però dell'elevata comorbidità riscontrata in letteratura<sup>2</sup> tra problemi stress-correlati e GAP, e dell'elevato numero di pazienti che i MMG incontrano per tale disagio, sarebbe appropriato un approfondimento più puntuale anche in tale utenza. In generale parrebbe che il non chiedere risieda in molti casi nel non ritenere tale tema oggetto della propria esplorazione diagnostica: non rientra nei compiti abituali né viene immaginato come ambito del proprio agire professionale. I nostri dati sono in linea con quelli raccolti su omologa popolazione da Sullivan et al.<sup>14</sup> che rilevavano come il 53% degli intervistati ammettesse esplicitamente di avere difficoltà a sollecitare il problema del GAP ponendo domande dirette ai propri pazienti, anche se, diversamente che da noi, l'85% di questi medici riteneva che tale diagnosi rientrasse nel loro mandato; infine il 72% pensava di dover avere un ruolo nel trattamento e l'80% credeva di doversi porre come punto di supporto alla famiglia.

Per quanto riguarda l'esperienza diretta del problema ben il 39,5% degli intervistati afferma di aver già avuto a che fare con pazienti GAP, di solito poche unità, presentatisi in modo spontaneo nell'ambito della propria attività clinica; tale dato appare cospicuo dal momento che, come abbiamo visto, il problema non viene abitualmente sollecitato dal medico attraverso una ricerca anamnestica attiva. In

un'analogha popolazione indagata da Coacci et al.<sup>4</sup> in provincia di Grosseto, solo il 19,5% aveva ricevuto richieste di aiuto da giocatori patologici. L'incremento registrato nel nostro studio potrebbe essere legato sia a differenze territoriali, sia al fatto che le due indagini sono state condotte a oltre un anno di distanza e questo potrebbe avere inciso dal momento che in Italia è aumentata la diffusione e la liberalizzazione dei giochi d'azzardo e si è abbassata la soglia di accesso, determinando un incremento del GAP<sup>6</sup>, oltre ad una maggior visibilità sanitaria del problema che favorisce le richieste di cura. Per quanto riguarda la fonte della richiesta di aiuto i risultati mostrano un equilibrio tra quelle provenienti da familiari o dai diretti interessati (50%). Spesso dunque pazienti e familiari cercano nel MMG un punto di riferimento e questo sottolinea l'importanza di svolgere il ruolo in modo meno prettamente sanitario e con un punto di vista più allargato alla prevenzione e tutela della salute. Nuovamente si evidenzia il valore dei MMG quali snodi centrali nella rete terapeutica dei pazienti.

Quando i MMG individuano situazioni di GAP, circa il 60% fornisce un'indicazione terapeutica. Tuttavia, circa il 39% non pare aver formulato una proposta di intervento, circostanza che può esitare in vissuti di solitudine ed incomprensione nei pazienti. I suggerimenti forniti fanno riferimento ancora in larga misura a consigli “di buon senso” (37,8%). Le prese in carico sono risultate numericamente molto limitate, prevalentemente per la prescrizione di farmaci (un non trascurabile 8,9%), o in riferimento alla gestione del paziente su altra problematica (2,2%) mentre, in modo appropriato, si rilevano nel 42,2% dei casi invii ai Servizi (SerT e Psichiatria) o a specialisti privati (6,7%). In linea generale, anche all'estero si assiste ad una bassa conoscenza delle risorse disponibili da parte degli operatori di base, circa il 38%<sup>14</sup>.

La maggioranza degli intervistati (81%) ritiene di non disporre di sufficienti strumenti per riconoscere il problema ed intervenire. Questi risultati sono assimilabili a quelli raccolti altrove. In Italia Coacci et al.<sup>4</sup> riscontravano a riguardo un 80,5%, all'estero Sullivan et al.<sup>14</sup> riscontravano analogo vissuto nell'81% dei MMG intervistati, mentre Drebing et al.<sup>7</sup> registravano un valore inferiore (54%). Le risposte libere fornite dagli intervistati su cosa pensavano fosse più utile fare per fronteggiare alla mancanza di strumenti per individuare e intervenire sul GAP sono state categorizzate in “attive” (ad es. formarsi o inserirsi in una “rete”) e “passive” (ad es. ricevere materiale informativo per i pazienti, una mappa dei servizi per invii, consulenze sui casi). I MMG parrebbero più orientati a questa seconda tipologia di partecipazione (65,3%).

La maggioranza di MMG (57,4%) ritiene comunque abbastanza diffusi i problemi legati al gioco nel territorio, ed il 77% è abbastanza o molto interessato ad approfondire il tema, dato che dovrebbe stimolare alla realizzazione di idonei percorsi informativi e di formazione continua.

## RISULTATI RELATIVI AL CAMPIONE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

La decisione di contattare anche questa categoria di operatori a prima vista potrebbe risultare impropria, dal momen-

to che essi non hanno evidentemente riscontri diretti nel loro lavoro e quindi si può supporre anche che non abbiano un'attenzione strettamente professionale al fenomeno. Abbiamo però optato per coinvolgerli nella ricerca perché i PLS costituiscono un punto di osservazione privilegiato dei bambini e della loro salute psicofisica, correlabile alla qualità delle relazioni figli-genitori e alle capacità genitoriali di questi ultimi. Riteniamo importante che tali figure professionali si pongano nell'ottica di valutare l'eventuale presenza di GAP in famiglia: alla stessa stregua di quanto può accadere per altre forme di dipendenza, quali tossicodipendenza ed alcolismo, la patologia dell'adulto potrebbe infatti riflettersi negativamente sulle capacità di accudimento dei bambini ed è certo che influisca negativamente sul suo sviluppo psicofisico. Sono stati intervistati 17 PLS, su un totale censito di 27. La ridotta numerosità di questo gruppo non consente generalizzazioni, ma l'analisi delle risposte fornisce comunque alcuni spunti di riflessione.

Il 41,1% dei PLS intervistati afferma di conoscere il fenomeno, sia per quanto riferito dai mass-media, sia per esperienze personali o scambi con colleghi, ma la quasi totalità (82,4%) si dichiara non competente in materia e sottolinea anche la non diretta pertinenza di tali nozioni nel proprio lavoro. Tuttavia il 29,4% si dichiara molto interessato ad approfondire comunque la conoscenza in quanto ritiene la tematica di "rilevante penetranza sociale" e nuovamente il 41,1% ritiene abbastanza diffuso il problema.

La scelta di indagare o meno il fenomeno in anamnesi mette in luce la contrapposizione tra due modi di intendere il compito di Medico Pediatra: il primo, maggiormente centrato sul versante clinico diretto, porta a non considerare altri aspetti esterni alla valutazione strettamente clinica del bambino ("non vedo la rilevanza del tema per la salute del bambino"); il secondo denota una maggiore sensibilità al contesto complessivo in cui vive il bambino dal quale captare eventuali segnali d'allarme per approfondire la valutazione ("indago ... se i genitori non mi ispirano fiducia"). Lo stesso orientamento di ricerca di segnali negli atteggiamenti degli utenti per decidere se compiere anamnesi più dettagliate era già emerso tra i MMG. Tuttavia, recenti ricerche<sup>15</sup> hanno dimostrato che spesso, laddove i medici confidano esclusivamente sulle proprie impressioni piuttosto che fondare i loro giudizi anche sull'uso di strumenti diagnostici *ad hoc*, rischiano di sottostimare in modo significativo la prevalenza dei disturbi di dipendenza tra i loro pazienti, di fatto non identificando pazienti problematici, abusatori o persino dipendenti.

## DISCUSSIONE

I risultati del presente studio stimolano riflessioni sia relativamente a quanto espresso dai MMG e PLS intervistati, sia più in generale al riconoscimento e trattamento dei problemi GAP-correlati nel sistema socio-sanitario nazionale.

Molti MMG hanno riferito che le loro fonti di informazione sul GAP sono i mezzi di comunicazione di massa. Le storie di giocatori e di vite rovinare riportate dai media sono importanti per la conoscenza del fenomeno da parte della popolazione generale. I nostri risultati dimostrano ancora

una volta il ruolo dei media nell'educazione del pubblico e persino dei professionisti della salute. Quindi, visto il potente influsso esercitato a tutti i livelli, dovrebbe essere sostenuto l'uso più finalizzato e mirato dei media per informare cittadini e tecnici anche sul problema del GAP. Anche le riviste scientifiche hanno un ruolo importante, pur se minore rispetto ai media: pare quindi che gli articoli scientifici sul GAP attraggano comunque l'attenzione.

La consapevolezza di non avere competenze necessarie per intervenire con successo nell'identificazione e nel trattamento del GAP, preoccupazione espressa da molti MMG intervistati, può fungere da barriera al coinvolgimento dei professionisti. Tuttavia, anche a fronte di un numero non elevato di MMG che pongono domande atte ad indagare il problema e nonostante una sensazione generale di incerto mandato, sono diversi i pazienti che presentano spontaneamente il problema. Per migliorare le chance di riconoscere problemi GAP-correlati in contesti di Medicina di base potrebbe essere utile rendere disponibili materiali e risorse negli ambulatori e nelle sedi ove i professionisti incontrano i pazienti. Ad esempio, strumenti di *screening* di facile utilizzo, peraltro disponibili, che verranno più facilmente compilati rispetto a test di più difficile comprensione ed interpretazione. Può essere inoltre prezioso avere prontamente a disposizione informazioni relative ai servizi dove inviare i pazienti in caso di necessità. Possono essere utili volantini dei SerT, dei Giocatori Anonimi o di altre realtà di aiuto operanti sul territorio, oltre a materiali affissi nelle sale d'attesa che connotino chiaramente il problema del gioco patologico nella sfera della salute piuttosto che della morale.

La formazione dei professionisti psico-socio-sanitari è un punto cruciale a tutt'oggi dolente. I dati raccolti indicano che la formazione attuale non è sufficiente per identificare, valutare e fornire assistenza o fare invii appropriati per pazienti affetti da un disturbo primario, o in comorbidità, di GAP. Con queste premesse, è legittimo supporre che un paziente GAP motivato alla cura possa avere difficoltà nel trovare un interlocutore, come pure che un paziente non diagnosticato verosimilmente non verrà intercettato dai servizi.

Riteniamo che senza specifici sforzi volti a migliorare la formazione di base, sia universitaria che specialistica e continua, il divario esistente tra il bisogno di professionisti competenti in materia ed il numero di specialisti disponibili probabilmente resterà invariato. Alla luce di queste considerazioni, riteniamo importante organizzare momenti di approfondimento tra operatori, appartenenti alla stessa categoria professionale, come i MMG. È indubbio infatti che l'intervento professionale precoce, attraverso *screening* programmati o incoraggiando la richiesta di aiuto da parte di chi vive il problema, riduca i danni a lungo termine del giocatore ed impatti positivamente sulla qualità della vita del suo nucleo familiare<sup>14</sup>. Proprio per questo, l'intervento del professionista di base può fornire una via di uscita facilmente accessibile per il giocatore e per la sua famiglia.

## Bibliografia a richiesta