

Intervista alla Dr.ssa Laura Angelica Berni Medico UFS SERD SUD EST 1 - Firenze

1. Quali sono le modalità di presa in carico sul DGA nel SerD dove lavora?

La presa in carico dell'utente affetto da DgA al SerD è molto articolata e attraversa più fasi che sono concatenate tra loro e tutte importantissime. Il primo contatto è in genere volontario, del diretto interessato o di un familiare, telefonico, per mail o di persona; in questo primo contatto l'operatore ha la possibilità di porre le basi per l'*aggancio* che costituisce parte iniziale della *relazione terapeutica*. Telefonicamente, o di persona, quindi, si concorda un primo colloquio al SerD al quale si cerca di avere anche i familiari più significativi.

A questa via descritta possono esserci eccezioni, ovvero il SerD può avere l'invio dell'utente dal Centro di Ascolto della Regione Toscana o da un Reparto ospedaliero/ambulatorio ASL o da parte del MMG o, anche se più raramente, per motivazioni di natura legale o dai Servizi Sociali.

Segue la fase dell'accoglienza vera e propria al SerD attraverso un colloquio con uno o più operatori dell'equipe dedicata. Teniamo sempre a precisare che il rapporto con il SerD si svolge nel massimo rispetto della privacy e che non occorre né la richiesta del medico, né il pagamento di un ticket.

Nei due SerD della Zona Firenze Sud est, l'equipe DgA, dedicata a tempo parziale, è costituita da 2 Medici, 2 Psicologi, 2 Ed. Prof.li, 2 assistenti Sociali e 2 Infermieri e gli orari con cui l'utenza può mettersi in contatto con i due Servizi sono quelli della loro apertura, quindi molto ampi.

Nel colloquio di accoglienza si approfondisce la reciproca presentazione, si consolida la relazione terapeutica già avviata con il primo contatto e si procede in parallelo ad una decodifica più precisa della domanda e dei bisogni. Si raccoglie la storia del disturbo e di ciò che intorno vi ruota e viene spiegato come si svolge il programma cercando di definire gli obiettivi e, il più possibile, i tempi. Si accompagnano a questo anche procedure più formali come la raccolta del consenso informato e la compilazione di vari moduli per la privacy e per l'accettazione del programma terapeutico-riabilitativo e la relativa apertura della cartella.

Nel corso dello svolgimento della presa in carico, gli operatori SerD possono:

- avvalersi di presidi per la diagnosi, sia medica che psicologica, quali test diagnostici, come ad esempio - SOGS South Oaks Gambling Screen per adulti, - CPGI Canadian Problem Gambling Index, - ABQ Addictive Behavior Questionnaire, e altri,
- integrare la fase diagnostica con eventuali controlli urinari qualora emergano notizie circa concomitanti problematiche legate ad uso di sostanze o alcol,
- effettuare eventuali esami clinici, soprattutto per procedure di prevenzione (tipo lo screening HCV),
- richiedere consulenze, ad esempio da parte dei colleghi della Psichiatria,
- collaborare, ad ulteriore supporto del programma, con i MMG, i gruppi di Auto-Mutuo aiuto del territorio, strutture residenziali e semiresidenziali, Servizi sociali, ecc.

Il tempo ha una particolare importanza e un senso profondo nella presa in carico SerD. Il *timing* della fase di accoglienza e della fase terapeutico-riabilitativa, perfino della fase della dimissione e del *follow up*, si definiscono via via nel contesto del programma individualizzato che deve necessariamente rispondere il più possibile ai bisogni del paziente e della sua famiglia.

2. Dal punto di vista clinico, quali sono le principali differenze tra l'utenza con DGA e l'utenza con dipendenza da sostanza psicoattive?

Secondo noi potrebbero esserci più piani. Uno pratico, che si ripercuote in parte sulla clinica, nel senso che, presso il SerD, se si parla di persone con DgA primario, senza problematiche associate legate ad uso di sostanze o alcol, una delle differenze che più risalta è che il giocatore patologico non rilascia i controlli urinari e nella maggior parte dei casi non assume farmaci prescritti dal medico del SerD. Ciò comporta una sorta di dimensione meno *medicalizzata* e più psicologica della presa in carico e della modalità di rapporto equipe-paziente.

Un altro piano, invece, si rifà al concetto di *definizione* dell'*Addiction*: studiosi del mondo intero sono insieme a cercare di individuare le caratteristiche condivise che possano soddisfare sia la parte della diagnosi (e avere anche valore prognostico), ma anche quella della clinica in modo da scoprire ciò che interessa delle classificazioni, ovvero identificare quello che gli individui hanno in comune e non ciò che li differenzia.

Alcuni pattern esperienziali che non prevedono l'uso della sostanza, sono più clinicamente assimilabili - rispetto alla fenomenologia, ai meccanismi neurobiologici, alla comorbidità e alla risposta al trattamento – all'uso compulsivo di sostanze.

3. Nella vostra esperienza, quanto è importante coinvolgere i familiari delle persone con DGA nel trattamento?

Nella nostra esperienza il coinvolgimento delle famiglie delle persone affette da DgA è importantissimo.

L'instabilità economica dovuta alle perdite al gioco e il senso di colpa che ne segue portano a conseguenze gravi, anche gravissime sul piano personale e relazionale-familiare. Elementi sostanziali nelle *Addiction* comportamentali, nel perpetuarsi del comportamento di dipendenza, tra gli altri, sono l'aver ripetutamente ma, infruttuosamente, tentato di smettere e aver continuato nonostante le ripercussioni negative in varie aree della vita. La famiglia si trova a prendere atto, a volte improvvisamente, che la solidità economica in cui pensavano di vivere è compromessa e accade che alcuni familiari abbiano riportato incubi notturni in cui perdevano la casa e perfino i figli.

Non sono così rari, in questo tipo di *addiction*, i tentativi di suicidio dei giocatori d'azzardo che talora precedono il contatto con il SerD e che rappresentano il motivo della richiesta di presa in carico (di solito tramite la psichiatria).

In un contesto così drammatico, in una patologia così complessa dal punto di vista relazionale, il lavoro con la famiglia diventa irrinunciabile e l'utente dà di solito il consenso ad esso; solo in rarissimi casi, dove magari la conflittualità intrafamiliare ha raggiunto livelli già considerati dallo stesso irrecuperabili, ciò non avviene.

4. In media, sul totale di chi inizia una presa in carico per DGA nel vostro servizio, quanti terminano il percorso concordato e quali sono gli esiti più diffusi?

Esistono dei criteri diagnostici e prognostici che maggiormente possono far luce sulla compliance al trattamento e sull'esito: la salienza, ovvero, il predominio dell'oggetto

della dipendenza nei propri pensieri e nella vita quotidiana; il fatto che la persona spesso giochi quando si sente in difficoltà o usi tale comportamento per migliorare il proprio stato emotivo; che necessiti di giocare quantità sempre crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata e si senta irritabile e irrequieto quando tenti di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

Alla luce di questi criteri si può comprendere come si possa arrivare a definire una condizione generale di ricerca sistematica e attiva del gioco d'azzardo, con indifferibile urgenza, senza la quale l'esistenza perde di significato (Salienza/Preminenza) anche a dispetto delle conseguenze negative.

Il disturbo da gioco d'azzardo è forse l'unica *behavioural addiction* in cui all'aumentare dei sintomi impulsività e compulsività sembrano crescere nella stessa misura.

Le *addiction*, siano esse associate o meno a sostanze, vanno interpretate come una transizione tra il comportamento impulsivo e compulsivo (Dalley et al., 2011; Koob e Volkow, 2010). L'impulsività è un meccanismo all'origine della tendenza a perseguire ricompense a breve termine, a ciò segue l'apprendimento della ricompensa che porta al ripetersi dell'assunzione e infine il meccanismo di apprendimento evolve nella risposta compulsiva.

Nuove conoscenze sui circuiti cerebrali coinvolti nella gratificazione hanno con il tempo portato la comunità scientifica a considerare che, dal punto di vista cerebrale, una ricompensa è una ricompensa, e dove c'è una ricompensa c'è il rischio di strutturazione di un *pattern* compulsivo.

Si viene a creare un *pattern* abituale ripetitivo esperito soggettivamente con perdita di controllo – il comportamento viene messo in atto nonostante gli sforzi per una interruzione o per un uso moderato – tipicamente caratterizzato da immediata gratificazione (ricompensa a breve termine), e frequentemente da effetti deleteri a lungo termine, e dal fatto che gli sforzi per modificarlo – spontaneamente o attraverso il trattamento – sono tipicamente caratterizzati da alti tassi di ricaduta (Marlatt et al., 1988, p.224).

Tenendo conto delle teorie descritte si riporta che circa 1/3 degli utenti in carico per DgA sono stati dimessi con esito positivo e tuttora in follow up e 1/4 ha interrotto il programma. Degli utenti ancora in trattamento circa la metà stanno portando avanti il loro percorso con attuale buon esito. Risultano meno complianti e con maggior tasso di recidiva coloro che presentano anche un disturbo legato ad alcol o sostanze. I numeri tuttavia sono ancora molto piccoli e quindi questa casistica non contribuisce a descrivere con sufficiente esattezza la realtà.