

Linee di indirizzo su “Interventi di informazione, prevenzione, formazione, e definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Giocatore d'Azzardo Patologico (PDTA GAP)”

Sommario

GRUPPO DI LAVORO	4
METODOLOGIA DI LAVORO PER LA STESURA DEL DOCUMENTO	5
FINALITÀ E OBIETTIVI DEL DOCUMENTO	5
APPLICAZIONE	5
DESTINATARI	5
LIMITI DEL DOCUMENTO	6
VALORE GIURIDICO DEL PDTA	6
TEMPI DI REVISIONE	6
PREMESSA.....	7
INQUADRAMENTO LEGISLATIVO/NORMATIVO.....	7
LE AZIONI DELLA TOSCANA	8
IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO.....	10
OFFERTA DI GIOCO D’AZZARDO.....	17
LA PREVENZIONE.....	18
PREVENZIONE PRIMARIA	18
PREVENZIONE SECONDARIA.....	19
LA FORMAZIONE	19
L’INFORMAZIONE	20
L’INTEGRAZIONE	20
<i>Rete interistituzionale e strategie di integrazione con il territorio.....</i>	<i>20</i>
IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)	21
IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER IL GIOCATORE D’AZZARDO PATOLOGICO ED I SUOI FAMILIARI	22
DEFINIZIONE DI GIOCO D’AZZARDO, GIOCO D’AZZARDO “ECESSIVO/PROBLEMATICO” E GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO	23
INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO	24
OBIETTIVI GENERALI	26
PERCORSO AMBULATORIALE ALL’INTERNO DEL SERVIZIO PUBBLICO PER LE DIPENDENZE (SER.D)	27
<i>Accoglienza.....</i>	<i>27</i>
<i>Assessment.....</i>	<i>28</i>
<i>Strumenti diagnostici e di valutazione.....</i>	<i>29</i>
<i>Caratteristiche specifiche dell’intervento terapeutico.....</i>	<i>30</i>
<i>Monitoraggio e verifica.....</i>	<i>33</i>
<i>Durata del trattamento e conclusione</i>	<i>33</i>
<i>Follow-up</i>	<i>33</i>
<i>Equipe</i>	<i>33</i>
GLI INTERVENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER LE PERSONE CON PROBLEMI DI GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO	33
<i>Programma semiresidenziale</i>	<i>34</i>
Obiettivi generali	34
Caratteristiche	35
Attività previste.....	35
Durata.....	35
Follow-up.....	35
Figure professionali	35
<i>Programma residenziale intensivo breve</i>	<i>36</i>
Obiettivi generali	36
Caratteristiche	36
Attività previste.....	36
Durata	37
Follow-up.....	37
Figure professionali	37
<i>Programma residenziale di media-lunga durata.....</i>	<i>37</i>
Obiettivi generali.....	37
Caratteristiche	38
Attività previste.....	38

Durata.....	38
Follow-up.....	38
Figure professionali.....	38
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	39
ALLEGATI.....	42

Gruppo di lavoro

Il presente documento è stato elaborato dai seguenti professionisti componenti il Gruppo di lavoro regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) della Regione Toscana:

Adriana Iozzi – Coordinatrice del Gruppo di lavoro

Dirigente Medico/Psichiatra, Direttore Unità Funzionale Ser.D C Firenze - Azienda USL Toscana Centro

Massimo Cecchi

Dirigente Psicologo Unità Funzionale Ser.D A Firenze - Azienda USL Toscana Centro

Valentina Cocci

Dirigente Psicologo Unità Funzionale Ser.D Arezzo - Responsabile Gruppo di Lavoro Interistituzionale GAP ex- Azienda USL 8 di Arezzo - Azienda USL Toscana Sud Est

Angela Guidi

Dirigente Medico/Neurologo, Direttore Unità Funzionale Ser.D Mugello - Firenze - Azienda USL Toscana Centro.

Patrizia Mannari

Dirigente Psicologo Unità Funzionale Ser.D Lucca - Responsabile Ambulatorio GAP U.F.C Ser.D e Salute Penitenziaria Piana di Lucca - Azienda USL Toscana Nord Ovest

Mauro Pini

Dirigente Psicologo Unità Funzionale Ser.D Livorno - Azienda USL Toscana Nord Ovest

Giuseppe Iraci Sareri

Psicologo, Responsabile Area Terapeutica Gruppo Incontro Pistoia, delegato dal Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Toscana (CEART)

Daniela Tarquini

Coordinatore operatori, Educatore di comunità, Vice-presidente dell'Associazione San Benedetto Onlus, Coordinatore Progetti GAP, delegata dal Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Toscana (CEART)

Il coordinamento generale dei lavori è stato curato dal Funzionario **Arcangelo Alfano**, Responsabile P.O. "Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze" - Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria - Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Giunta regionale toscana, in sinergia con il gruppo di lavoro multiprofessionale per la costruzione degli indicatori così composto:

Bruna Vinci

Laboratorio Management & Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Fabio Voller e Alice Berti

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Gioacchino Bellone

ESTAR Toscana

Stefano Scuotto e Laura Ulivieri

Azienda USL Toscana Centro

Guido Intaschi e Maurizio Varese

Azienda USL Toscana Nord Ovest

Marco Becattini

Azienda USL Toscana Sud Est

Fabrizio Dallari

Coordinamento Enti Ausiliari Regione Toscana (CEART)

Fabrizio Mariani

Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza (CTCA)

Daniel de Wet

METIS

nonché la sua condivisione all'interno del sistema integrato dei servizi pubblici e del privato sociale e delle Associazioni di Auto Aiuto presenti nel territorio della Regione Toscana attraverso la sua diffusione all'interno della rete dei servizi pubblici per le dipendenze (Ser.D) tramite i referenti aziendali per le Dipendenze (**Antonella Manfredi** per l'Azienda USL Toscana Centro, **Marco Becattini** per l'Azienda USL Toscana Sud Est e **Maurizio Varese** per l'Azienda USL Toscana Nord Ovest) e incontri specifici con le rappresentanze del privato sociale (CEART e CTCA).

Il documento è stato redatto in base alla decennale esperienza clinica dei professionisti e fa riferimento alle Linee Guida Internazionali sul GAP; ha l'obiettivo di definire orientamenti utili all'organizzazione e alla programmazione dei percorsi assistenziali in favore di persone con problematiche di GAP¹ e loro familiari² e contiene altresì raccomandazioni di tipo clinico riguardanti sia la fase di assessment che di presa in carico, trattamento e riabilitazione.

Metodologia di lavoro per la stesura del documento

La metodologia di lavoro utilizzata ha previsto:

- l'analisi dei processi di cura allo stato attuale e di ciò che si intende perseguire
- la revisione delle linee guida esistenti maggiormente rappresentative a livello nazionale ed internazionale
- la revisione della letteratura scientifica e delle evidenze empiriche disponibili
- lo sviluppo e l'approvazione delle raccomandazioni basate sull'EBM e/o sul consenso degli operatori coinvolti.

Finalità e obiettivi del documento

Il documento si propone di migliorare la qualità dell'assistenza per le persone con problemi di dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico, rendere omogeneo, efficace e di qualità il percorso diagnostico terapeutico assistenziale del giocatore d'azzardo patologico e dei suoi familiari così come descritto nelle sue articolazioni e fornire un valido aiuto agli operatori dei Servizi per le Dipendenze e del Privato Sociale attraverso la definizione di apposite procedure.

Applicazione

Il campo di applicazione del presente documento riguarda l'intero processo di cura del GAP.

Il documento è stato sviluppato in modo trasparente sulla base delle evidenze e del consenso, della letteratura scientifica e dell'esperienza clinica degli operatori.

Destinatari

I destinatari di questo documento sono:

- i pazienti stessi
- i loro familiari
- gli operatori del sistema dei Servizi pubblici per le Dipendenze e del privato sociale

Altri soggetti ai quali può interessare, in generale, il documento: amministratori pubblici, operatori dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, operatori del sistema della giustizia, gestori e esercenti dei giochi leciti e quanti altri si occupano a vario titolo di gioco d'azzardo.

1 Di seguito chiamato giocatore

2 Per familiari s'intendono sia le figure parentali che figure di riferimento significative per il giocatore

Limiti del documento

Attualmente la letteratura scientifica presenta dei limiti relativi alla epidemiologia, agli strumenti diagnostici e alla valutazione dell'efficacia dei trattamenti. È tuttavia importante sottolineare che la mancanza di evidenza scientifica non significa che gli strumenti adottati e/o gli interventi attuati siano inefficaci. Sono state prese in considerazione solo le informazioni disponibili al momento della stesura del documento.

Valore giuridico del PDTA

Le indicazioni contenute nel presente documento intendono porsi come fondamento per garantire un percorso omogeneo di efficacia e di qualità.

Tempi di revisione

Il documento verrà revisionato quando saranno disponibili nuove evidenze scientifiche che ne richiedano modifiche sostanziali.

Premessa

Il Gioco d'Azzardo si sta rilevando un fenomeno sociale in continua crescita (in Italia giocano circa 27 milioni di persone) e risponde ad un bisogno di socializzazione, funge da antidoto alle ingiustizie sociali, diventa uno strumento per abolire le differenze, la soddisfazione di bisogni di sfida e di disprezzo per la vita di *routine*, compensa il malessere individuale e sociale.

Le ricerche indicano che il volume del gioco aumenta in presenza di forti crisi sociali e rappresenta un'alternativa all'azione costruttiva per accedere al reddito.

Se per la maggior parte delle persone il gioco d'azzardo rappresenta solo un passatempo, per molte persone (circa un milione in Italia secondo numerosi studi epidemiologici) è una vera e propria malattia definita appunto "Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P.)" che solo di recente è stata riconosciuta tale dal Legislatore nazionale.

Il GAP è un fenomeno che in Toscana, secondo lo studio EDIT 2015 condotto dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, riguarda oltre 20.000 persone e i Servizi deputati (SERD) attualmente hanno in carico circa 1400 giocatori patologici.

La crescente richiesta di aiuto di persone, e dei loro familiari, ormai entrate nel vortice del Gioco d'Azzardo Patologico, ha indotto la Regione Toscana, a porre in essere numerose azioni di prevenzione e cura.

Nonostante la carenza di un chiaro quadro normativo nazionale di riferimento che definisca le prestazioni da inserire nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per le persone con problemi di GAP e le risorse aggiuntive necessarie, la Toscana è stata tra le prime Regioni che hanno cercato di fornire risposte alla crescente domanda di aiuto sia delle persone entrate ormai nel vortice del gioco d'azzardo patologico che dei loro familiari sostenendo, anche economicamente, progettualità tese a favorire la conoscenza del fenomeno e realizzare una rete territoriale di servizi qualificata e professionalmente in grado di farsi carico delle persone con tale problema e delle loro famiglie, compreso una struttura residenziale per la cura di giocatori d'azzardo patologici attraverso un programma terapeutico intensivo della durata di 21 giorni.

Gli interventi della Regione Toscana hanno consentito di portare all'attenzione delle competenti istituzioni (magistratura, prefetture, forze dell'ordine, enti locali, aziende sanitarie, associazioni antiusura, associazioni di volontariato e gruppi di mutuo-auto-aiuto) la tematica del G.A.P., contribuendo così alla costruzione di una vera e propria rete territoriale in grado di fornire risposte appropriate ed efficaci alle persone e alle loro famiglie con problemi di G.A.P.

Inquadramento legislativo/normativo

Solo di recente il legislatore nazionale ha affrontato il Gioco d'Azzardo Patologico come un problema di salute. Ne fa un primo accenno la Legge 220 del 13 dicembre 2010 (la legge finanziaria 2011) che al comma 70 dell'articolo 1 stabilisce per la prima volta con una "norma primaria" l'esistenza di "fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo" necessitanti la definizione di apposite "linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero".

Le linee d'azione avrebbero dovuto essere emanate con Decreto interdirigenziale del Ministero dell'Economia e delle finanze – Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza Unificata, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

Il Decreto non è stato ad oggi adottato.

Successivamente è intervenuto il decreto-legge n. 158 (c.d. Decreto Balduzzi) convertito, con modificazioni, in Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute" che prevede all'art. 5 l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza del Gioco d'Azzardo Patologico.

La Legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)", all'articolo 1, comma 133, ha disposto:

- la destinazione, nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale e a decorrere dall'anno 2015, di una quota annuale pari a 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità;
- il trasferimento al Ministero della salute dell'Osservatorio istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 10, quarto periodo, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, al fine del monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese, rideterminandone la composizione e assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle regioni e degli enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore.

Con Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 giugno 2015 è stato costituito presso il Ministero della Salute l'Osservatorio nazionale per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave.

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”, all'articolo 1, comma 946, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP) come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, ha disposto l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un **Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP)**. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di **criteri** determinati con **decreto del Ministro della salute** sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo è autorizzata la spesa di **50 milioni** di euro annui a decorrere dall'anno 2016.

Le azioni della Toscana

La carenza di un chiaro quadro normativo nazionale di riferimento non ha impedito alla Toscana di sviluppare azioni organiche e integrate per la prevenzione, primaria e secondaria, e per l'allestimento di una rete di protezione socio-sanitaria in grado di farsi carico delle persone con problematiche di Gioco d'Azzardo Patologico.

L'azione che è stata costruita si sviluppa secondo 4 direttrici: Prevenzione primaria, Prevenzione secondaria, Formazione degli operatori, Trattamento ambulatoriale e, per i soggetti più compromessi, la sperimentazione di una comunità residenziale alla quale la Regione Toscana ha destinato un finanziamento specifico iniziale di 150.000,00 Euro.

La formazione degli operatori è stata affidata all'Azienda USL 8 di Arezzo in qualità di capofila con un finanziamento di 20.000,00 Euro. L'iniziativa formativa si è articolata per area vasta nelle sedi di **Arezzo, Firenze e Lucca** dal marzo al giugno 2007 ed ha visto la partecipazione assidua di circa 210 persone coinvolte nella tematica del GAP (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, personale degli Enti Locali e degli Enti Ausiliari, Forze dell'Ordine, Gruppi di auto-mutuo-aiuto, associazioni di commercianti, associazioni antiusura, misericordie e giocatori stessi con le famiglie), ed ha consentito l'avvio di un percorso di alta integrazione tra servizi, la condivisione e il confronto di buone prassi operative e la creazione di una rete territoriale in grado di fornire risposte adeguate alle richieste di aiuto provenienti dalle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico e dai loro familiari.

L'ampia partecipazione alla formazione e il notevole interesse alla tematica hanno indotto la Giunta regionale, nell'anno 2007, a rafforzare ulteriormente la rete territoriale con un contributo finanziario di Euro 4.000,00 per ciascuna Azienda USL (complessivamente 48.000,00 Euro).

L'interesse alla tematica è stato tradotto anche nel Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010, approvato dal Consiglio regionale della Toscana con deliberazione n. 113 del 31 ottobre 2007, con la previsione, tra gli obiettivi prioritari, della promozione di iniziative dirette al potenziamento e

all'integrazione della rete dei servizi pubblici e del privato sociale, con particolare attenzione alle nuove forme di dipendenza tra le quali il Gioco d'Azzardo Patologico.

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale toscano, ha attribuito altresì ai Servizi per le Dipendenze Patologiche (SERD) la competenza a farsi carico anche del Gioco d'Azzardo Patologico.

Il PSR ha altresì confermato la sperimentazione residenziale per il trattamento residenziale delle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico.

In attuazione delle disposizioni del PISR 2007-2010 e del PSR 2008-2010 la Giunta regionale toscana ha disposto, con propria deliberazione n. 1129 del 22 dicembre 2008, un ulteriore sostegno al processo di aggiornamento e qualificazione dei servizi pubblici e del privato sociale per la prevenzione, cura e reinserimento sociale delle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico, destinando a tal fine la somma di Euro 20.364,00 assegnata all'Azienda USL 8 di Arezzo in qualità di capofila. Tale intervento ha formato ulteriormente circa 250 operatori dei servizi pubblici e del privato sociale.

Con delibera di Giunta regionale toscana n. 860 del 5 ottobre 2009 sono state altresì approvate le "Linee di indirizzo sugli interventi di prevenzione, formazione e trattamento del Gioco d'Azzardo patologico" e destinate all'attuazione delle stesse Euro 340.000,00 (20.000,00 Euro ad ogni Azienda USL e 100.000,00 Euro per il proseguimento della sperimentazione residenziale per il trattamento dei giocatori d'azzardo patologici).

Con delibera n. 759 del 5 settembre 2011 la Giunta regionale toscana ha rinnovato il sostegno alle Aziende USL per azioni di prevenzione e cura del Gioco d'Azzardo Patologico destinandovi Euro 120.000,00 (Euro 10.000,00 ad ogni Azienda USL) e la prosecuzione della sperimentazione residenziale per il trattamento dei giocatori d'azzardo patologici con ulteriori Euro 50.000,00.

La Giunta regionale toscana, con deliberazione n. 724 del 2 settembre 2013, ha ritenuto altresì opportuno, in attesa della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul Gioco d'Azzardo Patologico, di proseguire nella sperimentazione residenziale per il trattamento dei giocatori d'azzardo patologici per fornire ai cittadini toscani coinvolti nella problematica del GAP, quando necessario, anche prestazioni sanitarie di carattere residenziale.

La tematica del Gioco d'Azzardo Patologico e le azioni da porre in essere da parte del sistema sociosanitario regionale è altresì ampiamente rappresentata nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale approvato dal Consiglio regionale con delibera n. 91 del 5 novembre 2014.

La stessa attribuzione da parte del Consiglio regionale della Toscana con l'approvazione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della competenza dei SERD a farsi carico della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problemi di G.A.P. ha contribuito a rendere maggiormente individuabili ed accessibili i servizi territoriali a cui le persone possono rivolgersi.

In continuità con tali azioni la Giunta regionale toscana con propria deliberazione n. 1035 del 18 novembre 2014 ha destinato la somma complessiva di Euro 258.000,00, di cui Euro 208.000,00 alle Aziende USL (Euro 32.000,00 alla USL 10 di Firenze e Euro 16.000,00 a ciascuna delle altre Aziende USL) e Euro 50.000,00 all'Associazione ORTHOS di Siena per la sperimentazione residenziale intensiva per il trattamento di persone con problemi di GAP). La Giunta regionale con propria deliberazione n. 109 del 23 febbraio 2016 ha stabilito di dare continuità, anche per l'anno 2016, alla sperimentazione residenziale intensiva destinandovi la somma di Euro 50.000,00.

La tematica è stata altresì affrontata con la legge regionale toscana 18 ottobre 2013, n. 57, concernente "Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia", pubblicata sul BURT n. 50 del 28 ottobre 2013, che tra le finalità prevede la promozione di iniziative per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze da gioco, nonché per il trattamento terapeutico ed il recupero sociale dei soggetti coinvolti, nell'ambito delle competenze regionali in materia di tutela della salute e delle politiche sociali.

Il Regolamento attuativo è stato approvato con Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 26/R dell'11 marzo 2015.

Il quadro epidemiologico

Epidemiologia del GAP in Italia e in Toscana

La ricerca epidemiologica sul GAP è iniziata a partire dalla fine degli anni '90 a livello internazionale (Canada, Australia e U.S.A), mentre in Italia le pubblicazioni risalgono al 2000. La stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2% (Ministero della Salute, 2011 - Bollettino sulle Dipendenze XXIV-n°1/2011 pag.50-52).

Le recenti ricerche effettuate confermano le stime registrate dal Ministero della Salute anche se si rilevano differenze significative rispetto alle modalità di rilevazione, di campionamento e del periodo analizzato:

- ESPAD®Italia (European School Survey Project On Alcohol And Other Drugs 2014) e IPSAD®Italia (Italian Population Survey On Alcohol And Other Drugs 2014) effettuate dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa
- EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana) del 2015 dall'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana

Studio ESPAD e IPSAD® (Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche)

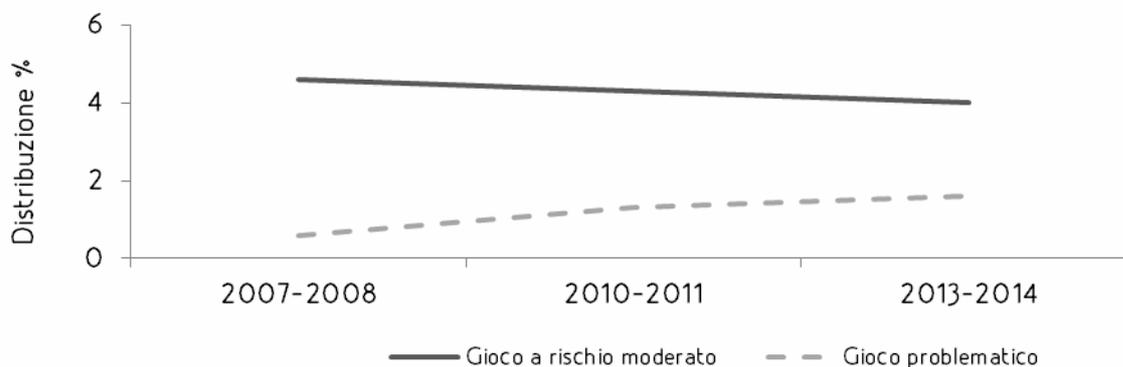
Lo studio IPSAD® Italia 2014 ha indagato la prevalenza di gioco d'azzardo problematico nella popolazione compresa tra i 15-64 anni presente sul territorio nazionale utilizzando come strumento di screening il CPGI - Canadian Problem Gambling Index (Ferris, Wynne, 2001) adattato e validato a livello nazionale (Colasante et al.,2013), con la finalità di rilevare la diffusione del gioco d'azzardo a rischio e problematico.

Dall'ultima indagine IPSAD®2013-2014 risulta che il 42,9% della popolazione di 15-64 anni, che corrisponde a quasi 17 milioni di persone, ha giocato almeno una volta somme di denaro; di questi oltre 5 milioni e mezzo sono giovani adulti di 15-34 anni, con una prevalenza equivalente al 42,7%. Rispetto allo studio 2011 i tassi standardizzati (utilizzati per il confronto negli anni) riferiti sia alla popolazione di 15-64 anni sia a quella dei giovani adulti, risultano diminuiti, allineandosi al valore rilevato nello studio 2008.

L'ultima rilevazione effettuata dallo studio IPSAD ha evidenziato che poco meno del 15% dei giocatori presenta un comportamento definibile "a basso rischio", il 4% "a rischio moderato" e per l'1,6% risulta "problematico". Sono gli uomini ad avere una percentuale maggiore di gioco a rischio moderato/problematico (6% contro 4% delle donne).

Il confronto negli anni della percentuale di giocatori fa registrare nell'ultimo studio un lieve incremento dei soggetti con profilo di gioco problematico (Bastiani et al., 2013; 2015).

Tabella 1 Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio moderato e problematico tra i giocatori di 15-64 anni. Fonte: IPSAD®Italia 2014

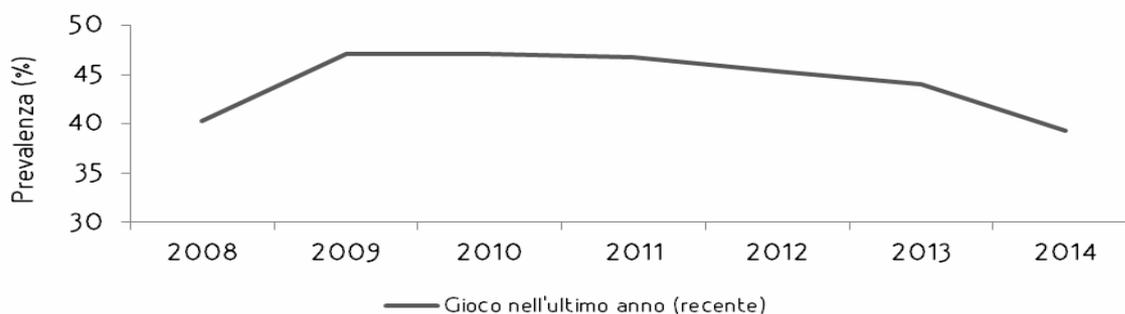


Il gioco tra i giovani

Tra i giovani italiani il gioco d'azzardo sembra essere un comportamento più praticato rispetto agli adulti. Le recenti ricerche effettuate infatti indicano che tra gli adolescenti la prevalenza di giocatori a rischio moderato o problematici è superiore a quella rilevata tra gli adulti.

Il recente studio ESPAD®2014 ha rilevato che in Italia poco meno della metà (46,7%) degli studenti di 15-19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e il 39,3% l'ha fatto nell'anno antecedente la rilevazione (giocatori recenti), evidenziando, per questi ultimi, un decremento delle prevalenze che dal 47% del triennio 2009-2011 passano al 45% del 2012 e al 44% del 2013.

Tabelle 2: Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno. Trend anni 2008-2014, Fonte: ESPAD® Italia (2014)



A livello regionale, il gioco d'azzardo fa registrare prevalenze annuali superiori alla media nazionale nelle regioni meridionali e nel Lazio (con valori compresi tra 44,8% e 49,3%), mentre in quelle settentrionali, ad eccezione della Lombardia, gli studenti risultano in quota inferiore (con un range di valori compresi tra 29,5% e 32,8%).

Nel corso degli anni il quadro non subisce modificazioni di rilievo pur registrando valori progressivamente in diminuzione; le prevalenze regionali aumentano gradualmente passando dalle aree settentrionali a quelle meridionali, fatta eccezione per la Regione Lazio che riporta valori sempre superiori alla media nazionale annua.

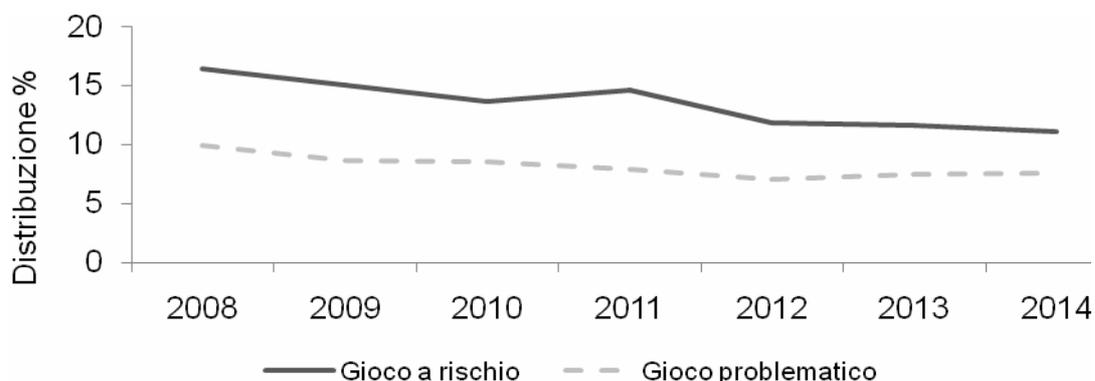
Il gioco d'azzardo problematico nei giovani

Lo studio ESPAD®Italia indaga la prevalenza di gioco d'azzardo problematico nella popolazione studentesca utilizzando come strumento di screening il SOGS-Ra - The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (Winters, Stinchfield, Fulkerson, 1993), adattato e validato a livello nazionale (Colasante et al., 2013), con la finalità di rilevare la diffusione del gioco d'azzardo a rischio e problematico.

L'auto compilazione del test di screening SOGS-Ra ha rilevato nell'ultima indagine (ESPAD®Italia 2014) che tra coloro che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno l'11% ha un comportamento definibile "a rischio" e l'8% circa un profilo di rischio definito come "problematico".

Nel corso degli anni di rilevazione si osserva un progressivo decremento delle percentuali di giocatori "a rischio" (dal 17% del 2008 si passa al 15% nel 2011, a quasi 12% nel 2013), mentre quelle riferite ai giocatori problematici, pur diminuendo fino al 2012 (nel 2008 la percentuale era del 10%), nell'ultimo biennio si mantengono stabili.

Tabella 3: Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio e problematico tra gli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'anno. Trend anni 2008-2014, Fonte: ESPAD® Italia



I dati suddivisi per regione confermano per la Regione Toscana le stesse tendenze dei dati nazionali.

Studio EDIT

Lo studio EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana) del 2015, effettuato dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana, rileva che il 47,4% degli studenti intervistati ha giocato almeno una volta d'azzardo (-11% circa rispetto a EDIT 2011). Come per gli studi nazionali, il gioco d'azzardo coinvolge maggiormente i ragazzi e risulta più frequente con l'aumentare dell'età. Oltre il 60% di coloro che dichiarano di aver giocato riferiscono una spesa media mensile di circa 10 euro e i giochi preferiti sono risultati essere i Gratta e Vinci e le scommesse sportive. Nello strumento di rilevazione è stato predisposto anche un test di screening per individuare i giovani potenzialmente a rischio di sviluppare una dipendenza da gioco d'azzardo: il Lie/Bet test. Tra coloro che hanno compilato il test il 15,6% risulta predisposto a sviluppare problematiche legate al gioco d'azzardo e, sul totale del campione, la prevalenza ammonta al 7,3%.

Utenza GAP in carico ai SER.D in Toscana

La Regione Toscana ha da tempo dotato i SER.D di uno strumento elettronico (HTH) per la gestione unificata dei percorsi assistenziali. HTH fornisce ai Ser.D una cartella clinica per la propria utenza con la possibilità di lettura dei dati analitici e aggregati. I dati di seguito illustrati sono stati estratti direttamente dalla cartella per ogni singolo Ser.D. Sono stati selezionati tutti gli utenti per i quali il Piano Assistenziale Generale (PAG) risulta GAP.

Utenza GAP – Prevalenza e incidenza trattata. Anni 2013-2015

Nell'anno 2015 il tasso grezzo di giocatori prevalenti in toscana è stato pari a 4,03 per 10.000 abitanti residenti ovvero lo 0,04% della popolazione era in trattamento per GAP nei SER.D toscani. Questa percentuale si scosta più di 10 volte dalla stima dei giocatori d'azzardo patologici nella popolazione generale che va, secondo le stime del Ministero della Salute (Bollettino sulle Dipendenze XXIV – n. 1/2011 pag.50-52) dallo 0,5% al 2,2%.

Azienda USL	Prevalenza	Popolazione (18-75 anni)	Tasso grezzo per 10.000 ab.res
Toscana Centro	594	1.437.064	4,13
Toscana Nordovest	352	1.135.349	3,1
Toscana Sudest	388	737.718	5,26
Regione Toscana	1.334	3.310.131	4,03

Tabella 1: Prevalenza trattata - Tasso grezzo anno 2015

La Figura 1 riporta la prevalenza e l'incidenza trattata negli anni 2013-2015 in Regione Toscana. Anche se l'intervallo è troppo breve per descrivere un trend si nota che la prevalenza trattata nel periodo di osservazione aumenta del 14,5%, mentre si registra un calo del 20,8% nell'incidenza trattata.

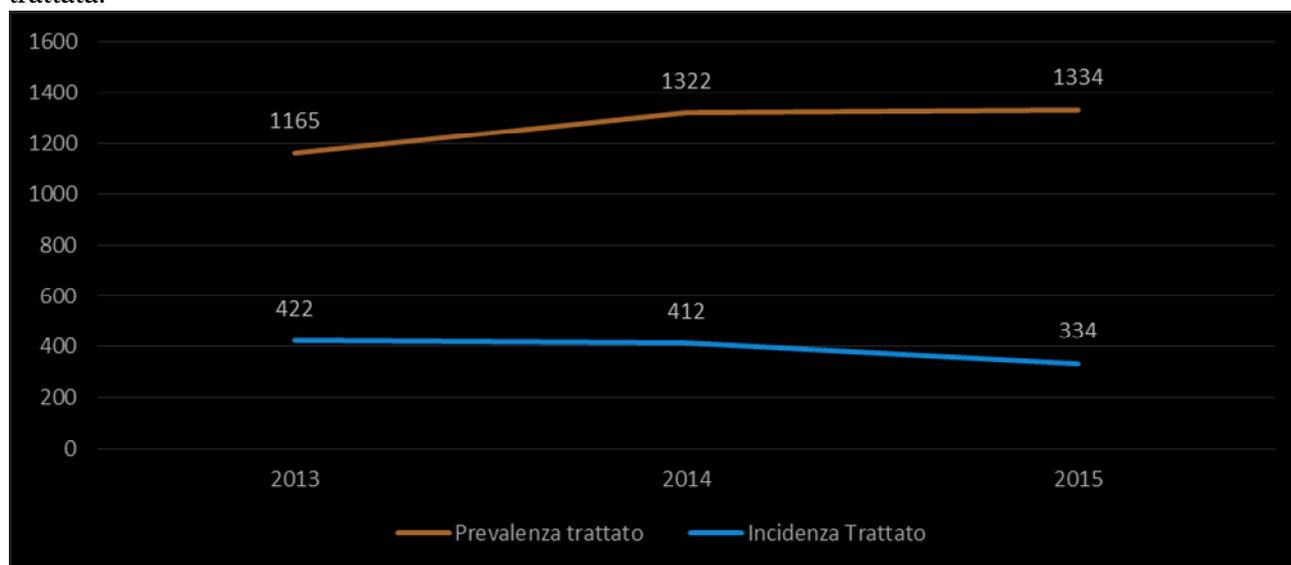


Figura 1: Prevalenza e incidenza trattata. Anni 2013-2015

Il calo dell'incidenza trattata richiede un'approfondita analisi in particolare per quanto concerne l'accessibilità e offerta terapeutica dei servizi.

Azienda USL	2013		2014		2015	
	Prevalenza	Incidenza	Prevalenza	Incidenza	Prevalenza	Incidenza
Toscana Centro	490	190	563	186	594	139
Toscana Nordovest	331	130	372	125	352	112
Toscana Sudest	344	102	387	101	388	83
Regione Toscana	1165	422	1322	412	1334	334

Tabella 2: Incidenza e Prevalenza trattata per Azienda Usl. Anni 2013-2015

Ex-Azienda USL	2013		2014		2015	
	Prevalenza	Incidenza	Prevalenza	Incidenza	Prevalenza	Incidenza
Az. USL 1 di Massa Carrara	39	16	49	25	61	22
Az. USL 2 di Lucca	73	22	80	19	59	17
Az. USL 3 di Pistoia	76	27	100	28	119	23
Az. USL 4 di Prato	120	43	164	50	173	24
Az. USL 5 di Pisa	71	31	87	30	85	26
Az. USL 6 di Livorno	108	37	104	24	94	23
Az. USL 7 di Siena	51	18	66	24	75	15
Az. USL 8 di Arezzo	227	62	247	63	233	54
Az. USL 9 di Grosseto	66	22	74	14	80	14
Az. USL 10 di Firenze	233	97	242	95	244	78
Az. USL 11 di Empoli	61	23	57	13	58	14
Az. USL 12 di Viareggio	40	24	52	27	53	24
Regione Toscana	1165	422	1322	412	1334	334

Tabella 3: Incidenza e Prevalenza trattata per ex-Azienda Usl. Anni 2013-2015

Utenza per Genere

Nel gioco d'azzardo patologico, il rapporto maschi/femmine presenta differenze particolarmente rilevanti. In Toscana, durante l'anno 2015, sia la prevalenza trattata che l'incidenza trattata era per

l'81,7% maschile e il 18,3% femminile. Questo dato è in linea con i dati italiani sulla prevalenza trattata.

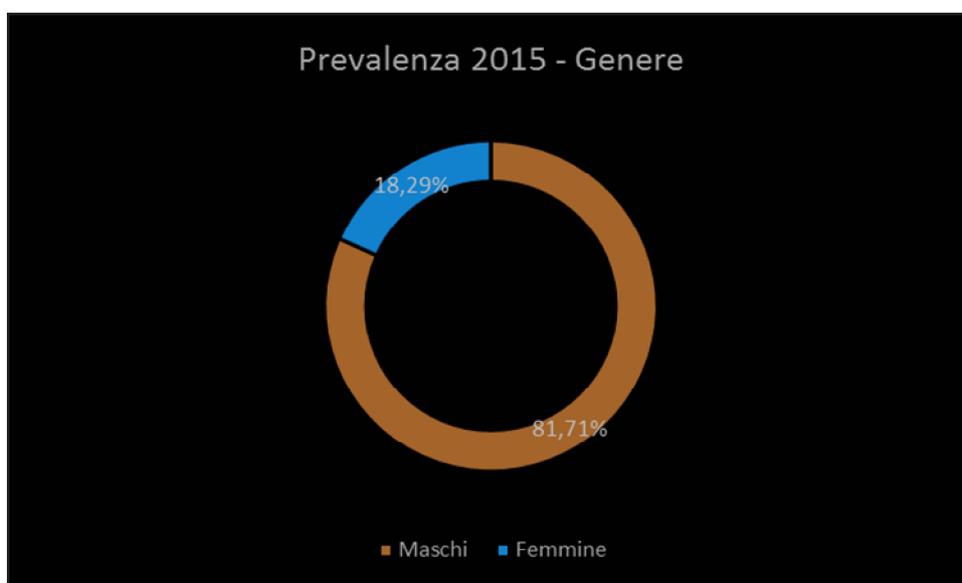


Figura II: Gioco d'azzardo patologico -rapporto maschi/femmine

Azienda USL	Prevalenza 2015			Incidenza 2015		
	Maschi	Femmine	% Femminile	Maschi	Femmine	% Femminile
Toscana Centro	497	97	16,33	114	25	17,99
Toscana Nordovest	277	75	21,31	91	21	18,75
Toscana Sudest	316	72	18,56	68	15	18,07
Regione Toscana	1.090	244	18,29	273	61	18,26

Tabella 4: Prevalenza e incidenza per genere e Azienda USL. Anno 2015

Dalle tabelle 4 e 5 si nota bene che il rapporto maschi-femmine varia molto sia nella prevalenza che nella incidenza trattata. Queste marcate differenze inducono a una riflessione sull'accessibilità dei servizi, sulle offerte terapeutiche e sulle strategie di prevenzione da realizzare.

Ex-Azienda USL	Prevalenza 2015			Incidenza 2015		
	Maschi	Femmine	% Femminile	Maschi	Femmine	% Femminile
Az. USL 1 di Massa Carrara	45	16	26,23	17	5	22,73
Az. USL 2 di Lucca	43	16	27,12	13	4	23,53
Az. USL 3 di Pistoia	106	13	10,92	22	1	4,35
Az. USL 4 di Prato	147	26	15,03	21	3	12,50
Az. USL 5 di Pisa	69	16	18,82	23	3	11,54
Az. USL 6 di Livorno	79	15	15,96	18	5	21,74
Az. USL 7 di Siena	66	9	12,00	14	1	6,67
Az. USL 8 di Arezzo	182	51	21,89	43	11	20,37
Az. USL 9 di Grosseto	68	12	15,00	11	3	21,43
Az. USL 10 di Firenze	197	47	19,26	60	18	23,08
Az. USL 11 di Empoli	47	11	18,97	11	3	21,43
Az. USL 12 di Viareggio	41	12	22,64	20	4	16,67
Regione Toscana	1.090	244	18,29	273	61	18,26

Tabella 5: Prevalenza e incidenza per genere e ex- Azienda USL. Anno 2015

Età

Le fasce di età più rappresentate nei maschi sono comprese tra i 40 e i 59 anni, mentre nelle femmine tra i 45 e i 64 anni. Questo dato toscano è molto simile a quello riportato da uno studio del Dipartimento Politiche Antidroga (2013) sulla prevalenza trattata in un campione nazionale. Il sesso femminile accede più tardi ai servizi. Alcuni autori ritengono che l'accesso tardivo ai servizi è dovuto al fatto che le femmine iniziano a giocare più tardi.

L'auto compilazione del test di screening SOGS-Ra in un campione di adolescenti ha rilevato nell'ultima indagine (ESPAD®Italia 2014) che tra coloro che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno l'11% ha un comportamento definibile "a rischio" e l'8% circa un profilo di rischio definito come "problematico". Attualmente la popolazione <20 anni accede raramente ai Ser.D.

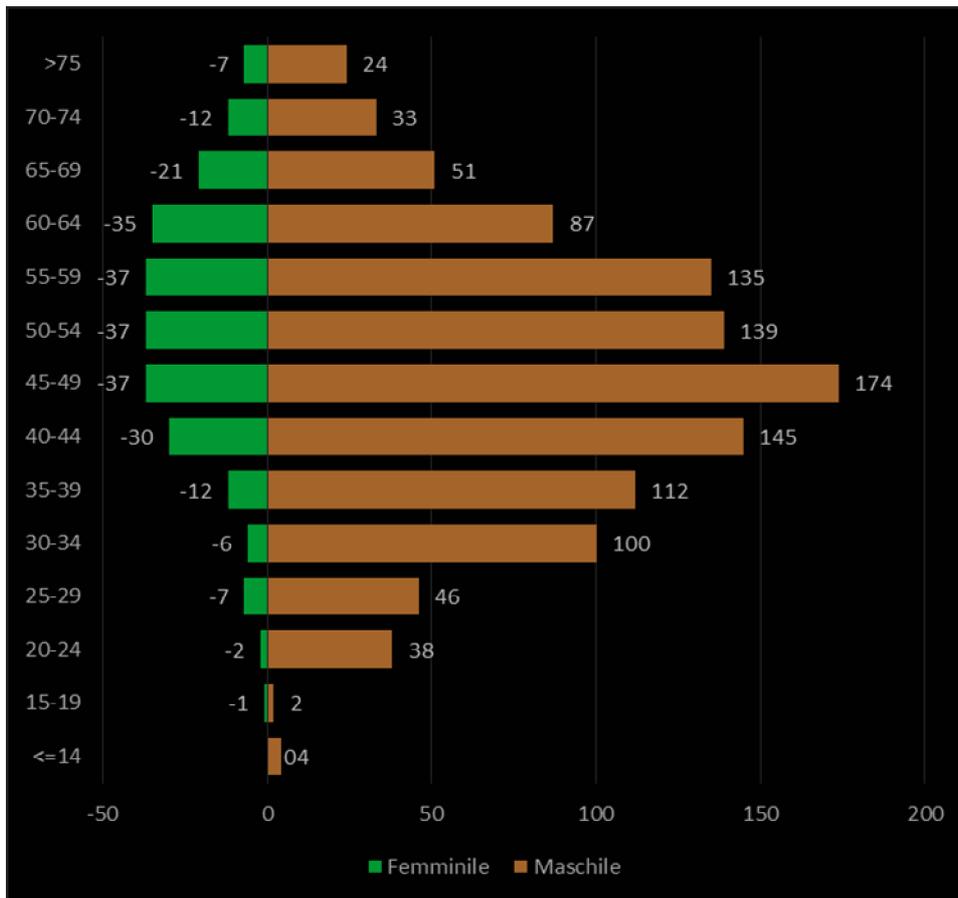


Figura III: Distribuzione dei soggetti in trattamento presso i Ser.D. per gioco d'azzardo patologico, secondo il sesso e la classe di età.

Classi d'età	Maschi		Femmine		Totale Giocatori in trattamento 2015
	Prevalenza	Incidenza	Prevalenza	Incidenza	
<=14	4	1	0	0	4
15-19	2	0	1	0	3
20-24	38	16	2	0	40
25-29	46	18	7	3	53
30-34	100	27	6	2	106
35-39	112	33	12	4	124
40-44	145	41	30	4	175
45-49	174	29	37	6	211
50-54	139	30	37	11	176
55-59	135	32	37	11	172

60-64	87	24	35	10	122
65-69	51	9	21	3	72
70-74	33	8	12	4	45
>75	24	5	7	3	31
Regione Toscana	1090	273	244	61	1334

Tabella 6: Distribuzione dei soggetti in trattamento presso i Ser.D. per gioco d'azzardo patologico, secondo il sesso e la classe di età.

Offerta di gioco d'azzardo

L'aumento dell'offerta dei giochi d'azzardo è stato accompagnato anche dall'incremento delle modalità di gioco e dalla facilità di accesso sia sul territorio, con una diffusione capillare dei punti dove è possibile giocare, sia con l'incremento di modalità di accesso al gioco attraverso tecnologie quali ad esempio cellulare, smartphone, tablet e computer (Eurispes Telefono Azzurro, 2012).

Il gioco d'azzardo online è un fenomeno che riguarda soprattutto la popolazione giovanile; le offerte di gioco online utilizzano grafiche e messaggi particolarmente stimolanti per questo target. I giovani sono maggiormente a rischio anche per le maggiori capacità e abilità nell'utilizzo delle più moderne tecnologie digitali.

Il gioco d'azzardo online è sempre più accessibile ed attrattivo per i giovani, rischiando di fornire una piacevole via di fuga rispetto alle difficoltà della vita, incrementata anche da informazioni non corrette, e spesso irrealistiche, circa le effettive probabilità di vincita.

L'uso di internet finalizzato al gioco d'azzardo negli adolescenti può inoltre favorire lo sviluppo di un uso problematico della stessa rete.

Il gioco d'azzardo online sembra essere più diffuso tra gli adolescenti in quanto, notoriamente, hanno maggiori abilità all'uso di internet, telefonia fissa e mobile, TV digitale e/o interattiva.

Le ricerche effettuate dall'Eurispes e Telefono Azzurro (Eurispes, 2013) sostiene che coloro che giocano online tendono a scommettere più denaro rispetto a coloro che giocano offline. Questi dati sostengono che il 12% degli adolescenti italiani scommette soldi online, mentre il 27% lo fa in modalità offline. Sintesi delle modalità di gioco d'azzardo:

OFFLINE	ONLINE
Slot Machine	Slot Machine
VLT	VLT
Lotterie e Lotterie istantanee (Gratta e vinci, Win for life)	Lotterie e Lotterie istantanee (Gratta e vinci, Win for life)
Scommesse sportive	Scommesse sportive
Giochi di carte	Giochi di carte
Casinò	Casinò
Lotto e 10 e Lotto	Skill Games – Giochi di abilità on-line
Bingo	Bingo
Superenalotto	Superenalotto

Tabella 7: modalità di gioco d'azzardo

La Prevenzione

La comprensione del fenomeno rappresenta il primo passo per promuovere gli interventi di prevenzione appropriati e per diffondere una cultura di gioco responsabile. Gli interventi di prevenzione, in particolare la prevenzione primaria dei comportamenti di gioco d'azzardo patologico non può non riguardare *l'area del disagio psichico come una delle aree a rischio* su cui orientare tutti quegli interventi professionali e sociali ritenuti appropriati, per favorire quei processi di integrazione utili a ridurre i fattori di rischio e potenziare i fattori di protezione per quei soggetti in età evolutiva ed in età adolescenziale che vivono in situazioni psichiche e sociali di elevato disagio e che costituiscono condizioni di alto rischio.

L'attrazione per la trasgressione e il pericolo e l'assunzione di rischio sono ritenute entro certi limiti caratteristiche normali della dinamica della psicologia dell'adolescente. Recenti ricerche statistiche dimostrano però che i comportamenti a rischio dei giovani hanno subito un notevole incremento in tutte le loro manifestazioni, le principali delle quali sono di seguito elencate:

- Abuso di alcolici e consumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali;
- Guida dopo assunzione di alcolici
- Guida spericolata
- Rapporti sessuali non protetti
- Sport estremi
- Gioco d'azzardo
- Comportamenti violenti

Prevenzione primaria

L'obiettivo di tali interventi deve essere quello di favorire la diffusione di una cultura del gioco in cui siano protagonisti il divertimento e la voglia di socializzare attraverso una valorizzazione dell'aspetto ludico, del divertimento, della socializzazione, proprio a partire dai luoghi del gioco e della scommessa, che potrebbero divenire i luoghi di prevenzione per eccellenza.

Altro ambito di intervento privilegiato sono i luoghi di aggregazione giovanile, come la scuola, nell'ambito degli interventi di prevenzione delle condotte di dipendenza già ampiamente sviluppati nel territorio.

In particolare quegli interventi di prevenzione che mirano a valorizzare i fattori protettivi e a ridurre i fattori di rischio, valorizzando nei giovani, attraverso interventi mirati, quelle competenze assertive, cognitivo-comportamentali, relative alla pianificazione del tempo libero, e alla responsabilizzazione, le abilità di decision-making, la capacità di darsi degli obiettivi; in generale quelle azioni preventive finalizzate a rinforzare nei giovani l'autostima, la capacità di controllo degli impulsi, la fiducia verso il futuro.

Prevenire le forme problematiche di gioco d'azzardo dovrà quindi tradursi nelle seguenti azioni:

- Promuovere e realizzare ricerche sulle condizioni psicosociali che contribuiscono ad incrementare il numero di persone che giocano d'azzardo e sui fattori che contribuiscono alla perdita di controllo.
- Promuovere una cultura del gioco che ne valorizzi le potenzialità, senza sottovalutarne le componenti di rischio ("gioco responsabile"), attraverso campagne di informazione e sensibilizzazione riguardo ai problemi del gioco eccessivo e la disponibilità di servizi, anche tramite l'utilizzo di mass media, rivolte all'intera collettività, ed in particolare alla popolazione giovanile, anche attraverso il coinvolgimento attivo di Associazioni sportive,

ricreative, culturali e religiose.

- Promuovere la creazione di una rete di referenti in ambito socio-sanitario pubblico, privato-sociale e libero-professionale, anche attraverso le Associazioni professionali, in grado di affrontare le problematiche in atto e di promuovere interventi di prevenzione secondo l'ottica dell'intervento di rete.
- Promuovere iniziative di aggiornamento per operatori dei servizi sanitari e sociali direttamente o indirettamente coinvolti (Dipendenze, Salute Mentale, Servizio Sociale, Medici di Medicina di Base).
- Avviare iniziative di coinvolgimento attivo degli operatori di Ricevitorie, Tabaccherie, Bar, Casinò, Sale da gioco per realizzare azioni quali: programmi di informazione, formazione, addestramento per chi opera in tali contesti, finalizzati al riconoscimento precoce dei vari tipi di giocatori (ricreativi, problematici, patologici) e finalizzati alla possibilità di intervenire per evitare forme autolesive nell'attività di gioco d'azzardo.
- Promuovere iniziative di coinvolgimento attivo delle Forze dell'Ordine, Guardia di Finanza, in particolare, ma anche Carabinieri e Polizia di Stato volte a favorire una cultura comune di prevenzione non solo riguardo agli interventi repressivi nei confronti dei contesti di gioco clandestino ma anche riguardo al rispetto delle norme nei contesti di gioco legale.
- Promuovere un'azione di cooperazione tra gli amministratori locali, gli imprenditori del gioco e le organizzazioni pubbliche e del privato sociale al fine di promuovere comportamenti di gioco responsabile all'interno della comunità attraverso la formazione e la realizzazione di iniziative preventive comuni.
- Favorire interventi di informazione rivolti alla comunità contro i danni del gioco eccessivo, attraverso l'utilizzo di materiale informativo efficace in particolare nelle aree dove ha luogo il gioco.
- Favorire interventi di informazione sulla disponibilità di assistenza psicosociale e di servizi di counseling per i giocatori ed i loro familiari, prevedendo anche informazioni che aiutino a riconoscere i primi segni di gioco problematico.

Prevenzione secondaria

Prevenire le forme problematiche e patologiche di gioco d'azzardo può tradursi quindi nelle seguenti azioni:

- Favorire e sostenere forme di pubblicità del gioco volte a valorizzare un atteggiamento critico e consapevole e a ridurre le credenze erranee .
- Realizzazione di studi di prevalenza ed analisi dei bisogni al fine di determinare l'estensione e la natura del gioco d'azzardo patologico all'interno dei diversi gruppi sociali e culturali per favorire interventi mirati sui soggetti considerati a rischio.

La Formazione

Relativamente alla formazione degli operatori risulta ancora necessario aggiornare in modo continuo e sistematico sia gli operatori dei servizi pubblici che del privato sociale.

Si rileva pertanto la necessità di una ***formazione articolata su tre livelli:***

- Un primo livello di formazione per tutti gli operatori dei SERT e del privato sociale al fine di sensibilizzarli alla problematica del gioco d'azzardo patologico;
- Un secondo livello di approfondimento per gli operatori che già da tempo si occupano di

assistenza e cura delle persone con problemi di GAP e dei loro familiari;

- Un terzo livello rivolto ad operatori di altre istituzioni (Forze dell'Ordine, C.S.S.A, Servizi sociali del territorio, associazioni antiusura, Misericordie, etc.) finalizzato alla costituzione di gruppi locali interistituzionali sul GAP al fine di costituire e rafforzare una rete indispensabile alla promozione di azioni programmate (gruppo di interesse) e di aiuto e sostegno alla persona con problematiche di GAP e ai suoi familiari.

È comunque opinione condivisa che la formazione costituisce uno strumento indispensabile che dovrà in primo luogo favorire lo scambio di conoscenze presenti nella Regione Toscana e fornire le conoscenze di base necessaria alla valutazione del gambler.

L'Informazione

L'attivazione di un *numero verde regionale* e di un sito web dedicato che fornisca indicazioni sulle problematiche del GAP e dei servizi presenti sul territorio regionale, da integrarsi con materiale informativo (pieghevoli) con obiettivi preventivi e di mappa delle agenzie di cura presenti nel territorio (ASL, S.d.S., Enti Ausiliari, associazioni e gruppi di auto aiuto del privato sociale) sono strumenti indispensabili per fornire aiuto e assistenza alle persone con problematiche di GAP e dei loro familiari.

L'Integrazione

Tutti gli interventi di prevenzione, formazione, e trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P.), dovranno essere necessariamente svolti in forma integrata tra i servizi pubblici e del privato sociale, del volontariato e delle Associazioni di auto aiuto della rete territoriale locale coinvolti nella tematica.

Rete interistituzionale e strategie di integrazione con il territorio

La costruzione di una rete territoriale è un elemento fondamentale per la costruzione di progetti di prevenzione e/o di riabilitazione a partire dalla quotidianità, dai pregiudizi e dagli stereotipi (ad es. il giocatore è un vizioso), dall'apertura di spazi di riflessione per la popolazione generale o mirati a fasce specifiche (gli adolescenti con interventi nella scuola, gli anziani con i centri di aggregazione sociale, gli extracomunitari con le comunità di immigrati).

Il Servizio Pubblico, pertanto, è chiamato a integrare l'approccio (l'intervento) clinico, sia esso individuale, familiare o di gruppo, con un approccio di rete che favorisca il dialogo tra istituzioni pubbliche e private che a diverso titolo si occupano di gioco d'azzardo.

Si tratta di favorire la costituzione di *un'equipe interistituzionale allargata* che coniughi "il sapere dell'équipe clinica" con il "sapere del territorio". Lavorare a favore della promozione di una cultura del gioco responsabile e del reinserimento sociale dei giocatori patologici significa allora porre l'attenzione sulla salute e sulla quotidianità dei soggetti coinvolgendo *in modo attivo* la comunità intera.

Occorre pertanto garantire omogeneità sull'intero territorio regionale nei livelli di integrazione fra Servizio Pubblico e Privato Sociale per mettere a punto efficaci sinergie operative fra i diversi soggetti istituzionali impegnati ad affrontare un fenomeno complesso e multidimensionale come il GAP, contribuendo fattivamente all'incremento dell'*empowerment di comunità* (cfr. Zani, 2012).

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali costituiscono strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata. I PDTA sono costituiti da singoli processi che si articolano in relazione alla quantità di risorse umane, strutturali ed economiche coinvolte. Possono, inoltre, definirsi come strumenti di gestione clinica finalizzati a fornire ai pazienti interventi di provata efficacia, attraverso una sequenza logica di azioni in un tempo ottimale.

I principi chiave sono: la centralità della persona, l'integrazione multiprofessionale, la pratica basata sull'Evidence Based Medicine (EBM), le evidenze basate sul consenso ed il miglioramento continuo della qualità.

A livello più generale, gli aspetti qualificanti dei PDTA riguardano principalmente:

- l'attenzione alla persona che esprime una domanda di cura
- il coordinamento e l'integrazione tra i Servizi Pubblici e del Privato Sociale
- l'identificazione delle risorse necessarie per ottenere risultati efficaci
- la valutazione delle attività legate ai PDTA nei Servizi Pubblici e del Privato Sociale della Regione Toscana, anche alla luce delle risorse umane, tecnologiche ed economiche disponibili
- la trasparenza dei percorsi previsti e delle attività effettuate.

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per il giocatore d'azzardo patologico ed i suoi familiari

Riferimenti nazionali e internazionali

Le descrizioni di Korn e Shaffer (2004) confermerebbero che gli elementi in grado di garantire una maggiore ritenzione in trattamento del giocatore e una maggiore probabilità di completare il percorso terapeutico sono i seguenti:

- programmi più intensivi e integrati
- coinvolgimento delle famiglie
- maggiore articolazione in termini di offerte terapeutiche
- professionalità qualificate e differenziate

Da una sintetica revisione della letteratura nazionale³ e internazionale⁴ sull'argomento si rilevano fondamentali indicazioni per i Servizi che evidenziano come il GAP sia inquadrabile come una dipendenza e, pertanto, il trattamento deve seguire gli stessi principi enunciati per le dipendenze da sostanze, confermando l'approccio multimodale e la personalizzazione del programma terapeutico.

Questi principi evidenziano in modo particolare:

- l'accessibilità facilmente fruibile e tempestiva al trattamento
- il costante monitoraggio del programma terapeutico e la sua flessibilità al variare della situazione clinica
- la necessità di percorsi integrati anche in presenza di comorbidità psichiatrica e/o di altre dipendenze
- l'approccio personalizzato e multimodale che si dovrà basare sulle varie combinazioni di psicoterapia, psicofarmacoterapia, interventi finanziari, educativi e di auto-aiuto
- i setting del trattamento possono essere di tipo ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

Nell'ambito delle dipendenze patologiche la definizione dei percorsi di cura risulta necessaria anche alla luce della variabilità dei trattamenti.

Al fine di uniformare le risposte assistenziali da erogare alle persone con problemi di Gioco d'Azzardo, il PDTA del GAP si propone di definire le modalità d'intervento fondate sulla personalizzazione del trattamento e sull'adozione di un approccio multimodale, multidisciplinare e integrato. Tale trattamento è rivolto non solo al giocatore ma anche ai suoi familiari.

In assenza di una legislazione specifica sul GAP si fa riferimento alle normative riguardanti le dipendenze ed alle prassi esistenti.

³ Governo Italiano. Dipartimento Politiche Antidroga . Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2013)
Regione Sicilia. Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia. (2015)

⁴ Massachusetts Department of Public Health's Developed by the Massachusetts Council on Compulsive Gambling (2004)

Ministry of Health, College of Medicine Building . Singapore (2011)

Australian Government- National Health and Medical Research Council (NHMRC) Monash University e University of Melbourne (2011)

National Institute on Drug Abuse (NIDA) National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services (2012)

L'adozione dei percorsi di cura multiprofessionali e definiti consente un miglioramento nei processi organizzativi dei Servizi ed una maggiore integrazione tra i membri dell'equipe curante. Il PDTA, di seguito presentato, fornisce uno standard di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi. Il percorso di cura tiene conto delle caratteristiche della persona, basato su processi clinici differenziati a seconda dei livelli di severità della patologia e della compromissione funzionale della persona stessa (stepped care).

Altri punti qualificanti del percorso riguardano:

- l'adozione di criteri per facilitare l'accessibilità ai Servizi garantendo equità
- l'attenzione prestata agli interventi nella fase di accoglienza
- l'attenzione al contesto socio-familiare del paziente con interventi terapeutici sul sistema familiare
- il raggiungimento del maggior livello possibile di autonomia personale e sociale dei pazienti
- la multiprofessionalità dell'equipe adeguatamente formata ed aggiornata
- la pratica basata sull'Evidence Based Medicine (EBM)

Con l'adozione del PDTA si intende:

- modulare la variabilità dei trattamenti
- migliorare la qualità dei processi e degli esiti
- valutare l'aderenza degli interventi effettuati rispetto alle indicazioni del PDTA
- facilitare processi di accreditamento dei Servizi

Lo strumento principale per delineare il percorso di cura è rappresentato da un insieme di indicatori di processo e di esito, basati sulla letteratura scientifica e sul consenso degli operatori del settore. Gli indicatori devono poter essere rilevabili dai Sistemi Informativi Regionali.

Si elencano di seguito le aree d'interesse clinico descritte nel presente documento:

- accoglienza
- assessment e valutazione diagnostica multidisciplinare
- progetto terapeutico
- trattamento multidisciplinare
- riabilitazione
- monitoraggio/verifica
- conclusione
- follow-up

Definizione di Gioco d'Azzardo, Gioco d'Azzardo "eccessivo/problematico" e Gioco d'Azzardo Patologico

Il gioco per essere definito d'azzardo (Ladouceur et al., 2000), deve presentare contemporaneamente tre condizioni:

- il giocatore mette in palio una posta, in soldi o in oggetti di valore

- una volta messa in palio, la posta non può più essere ritirata
- il risultato si basa essenzialmente sull'imprevedibilità, sul caso

Il gioco d'azzardo da una fase ricreativa può evolvere verso un comportamento problematico fino allo sviluppo di una vera e propria dipendenza con conseguenze familiari, sociali, sanitarie ed economiche che necessitano di diagnosi, cura e riabilitazione. Come ogni forma di dipendenza non è imputabile ad un'unica causa, ma trae origine dalla complessa interazione di diversi fattori biologici, relazionali, sociali, personologici e contestuali. Tra i fattori ambientali sicuramente contribuisce allo sviluppo di tale disturbo l'offerta pervasiva di gioco legale e le caratteristiche strutturali incentivanti dei giochi. Le conseguenze di tale disturbo del comportamento implicano una grave compromissione dei vari aspetti della vita dei pazienti e dei loro familiari.

Le tipologie dei giocatori a cui fanno maggiormente riferimento le ricerche epidemiologiche effettuate in ambito nazionale e internazionale sono sostanzialmente tre:

Giocatore sociale: giocare denaro costituisce un comportamento tutt'altro che raro. Per la maggior parte delle persone il gioco rappresenta un passatempo gratificante o un'occasione di socializzazione, distrazione e di piacere. Si stima, infatti, che circa l'80-90% della popolazione adulta del nostro paese partecipi a forme di gioco d'azzardo.

Giocatore "eccessivo/problematico": sebbene per la maggior parte delle persone il gioco riguardi le modalità di fruizione sopra descritte, esiste una minoranza per la quale il gioco costituisce un comportamento problematico. Questo tipo di giocatore prova eccitazione quando entra in contatto con un ambiente o una situazione in cui è possibile giocare d'azzardo e sente la necessità di fare puntate sempre più alte per vincere e/o recuperare il denaro perduto; può accadere che menta ai familiari e tenda a giocare più soldi di quanto preventivato. Si conferma, dunque, il rischio che il gioco problematico possa evolvere in gioco patologico.

Giocatore patologico: il gioco d'azzardo rappresenta una forma di dipendenza che induce il soggetto ad avvertire una necessità imperante di giocare e il desiderio irrefrenabile nel voler recuperare il denaro perduto, che lo porta a perdere la percezione sia del tempo che del denaro impiegato nel gioco. Giocare denaro diventa il centro di interesse esclusivo della propria esistenza. La dipendenza da gioco comporta dei costi non solo relativi alla salute del giocatore, ma anche al coinvolgimento dell'ambito familiare, lavorativo e sociale.

Inquadramento nosografico

Una crescente quantità di evidenze scientifiche sottolinea il rischio che la pratica del gioco d'azzardo possa evolvere in forme problematiche o in una vera e propria dipendenza patologica.

Il GAP, riconosciuto come condizione morbosa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sin dal 1980 e inserito nell'ICD 10 (WHO,2007), è stato classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" nel DSM IV (Manuale Statistico Diagnostico, APA, 1994). Con il nuovo DSM-5 (APA,2013), visti i numerosi aspetti in comune con le dipendenze da sostanze, il GAP è stato inserito a pieno titolo nel capitolo dei "Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da Addiction" (Substance-Related and Addictive Disorders) e denominato "Disturbo da Gioco d'Azzardo". Anche nel DSM-5 si sottolinea che tale disturbo si riferisce a un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali.

Il GAP rappresenta una forma di dipendenza in cui non è implicato un oggetto esterno (sostanza), ma riguarda un comportamento lecito e socialmente incentivato.

La fenomenologia evidenzia le principali caratteristiche dell'addiction: l'intenso e persistente desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (craving), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, ecc. quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza).

Studi di genetica, biochimica, di neuroimaging, confermano l'esistenza di una stretta relazione sul piano neurobiologico tra le dipendenze comportamentali e quelle da sostanze. D'altro canto anche in riferimento agli aspetti psico-relazionali e sociali, si evidenzia come i sistemi familiari nelle diverse dipendenze possono presentare dinamiche simili, caratterizzate dal mantenere e/o amplificare l'equilibrio disfunzionale familiare (Bellio, Croce 2014).

Contemporaneamente vanno considerati anche gli aspetti specifici del GAP quali: distorsioni cognitive, perdita progressiva della capacità di gestire il denaro, problemi legali, perdita del lavoro e/o dei legami affettivi significativi.

ICD-10 Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima Revisione (ICD-10). (WHO, 2007) Organizzazione Mondiale della Sanità

Il capitolo F60-F69 dell'ICD-10 comprende i Disturbi della Personalità e del Comportamento nell'adulto. Tra questi il quarto capitolo è dedicato ai Disturbi delle Abitudini e degli Impulsi, e comprende il Gioco d'Azzardo Patologico (F63.0)

F63.0 Gioco d'azzardo patologico: Il disturbo consiste in episodi frequenti e ripetuti di gioco d'azzardo, che dominano la vita del soggetto a detrimento dei valori e degli obblighi sociali, lavorativi e familiari.

Le persone affette possono mettere a repentaglio la propria occupazione, indebitarsi per grosse cifre e mentire o infrangere la legge per ottenere denaro o evitare il pagamento dei debiti. La persona descrive una necessità impellente di giocare, che è difficile da controllare, insieme con una costante polarizzazione su idee e immagini relative all'atto di giocare e alle circostanze che si associano all'atto stesso. Queste manifestazioni spesso si intensificano nei momenti in cui la vita è stressante.

Questo disturbo è anche definito gioco d'azzardo compulsivo, ma questo termine è meno appropriato, in quanto il comportamento non è compulsivo in senso clinico e il disturbo non è necessariamente in relazione con la sindrome ossessivo-compulsiva.

Direttive diagnostiche: caratteristica essenziale è un gioco d'azzardo persistentemente ripetuto, che continua e spesso aumenta nonostante le conseguenze sociali negative, come l'impoverimento, il danneggiamento delle relazioni familiari e la compromissione della vita personale. Questi criteri sono monotetici, ossia devono occorrere simultaneamente. (Capitanucci e Carlevaro 2004)

Criteri DSM - 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)

A. Disturbo problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:

- Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata
- È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo
- Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo
- È spesso preoccupato dal gioco d'azzardo (per esempio ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo)
- Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per esempio indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a)

- Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite)
- Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
- Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo
- Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo

B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale. (DSM-5, pp. 681-682)

Il DSM-5 introduce un approccio dimensionale e suddivide il Disturbo da Gioco d'Azzardo in tre livelli di gravità:

Lieve = presenza di 4 o 5 criteri

Moderata = presenza di 6 o 7 criteri

Grave = presenza di 8 o 9 criteri

Il modello di Blaszczynski, Nower (2002)

Distingue tre sottogruppi di giocatori come indicato nella tabella di seguito riportata:

Un primo sottogruppo riunisce i giocatori che non riportano precedenti malesseri psichici ma perdono il controllo rispetto al gioco in risposta a effetti del condizionamento e a schemi cognitivi distorti riguardo alle probabilità di vincere al gioco. Generalmente non è concomitante l'abuso di sostanze ed inoltre l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato, e non causa, del gioco. Presentano un'alta compliance al trattamento.

Un secondo sottogruppo di giocatori è caratterizzato da vulnerabilità psichica, disturbi affettivi primari, sofferenza e traumi emotivi nel corso dello sviluppo, possibile storia di abusi, scarso sviluppo delle abilità sociali, di coping e di problem-solving. Il gioco è utilizzato come uno strumento per dissociarsi o regolare stati emotivi.

Un terzo sottogruppo è caratterizzato da vulnerabilità biologica verso l'impulsività, deficit attentivi, tratti antisociali, frequente comorbilità con disturbo da deficit di attenzione e di iperattività, disturbo da uso di sostanze ed altri disturbi psichiatrici. Il ricorso al gioco risponderebbe al bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione, un'alterazione dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Questo gruppo evidenzia inoltre una marcata propensione a trovare attività gratificanti ed una incapacità a tollerare la frustrazione.

Tabella 8: Sottogruppi di Blaszczynski, Nower (2002)

Obiettivi generali

Obiettivi del percorso di cura

- Raggiungere l'astensione dal gioco d'azzardo: riduzione totale/parziale della quantità di denaro, della frequenza e della durata del tempo dedicato al gioco d'azzardo come misurato nella valutazione multidisciplinare e attraverso scale standardizzate
- Migliorare il quadro di stress psico-patologico che accompagna il GAP
- Migliorare le dinamiche relazionali socio-familiari del giocatore ove possibile

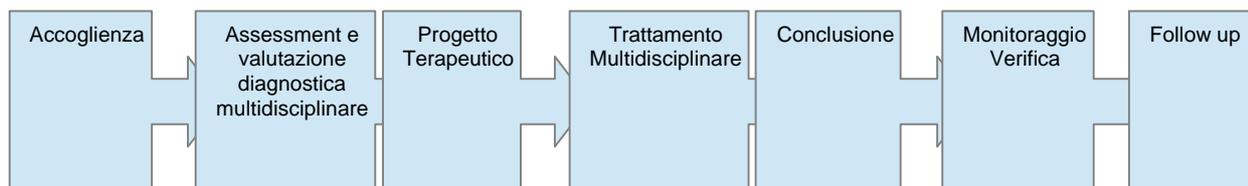
- Migliorare il livello di autonomia personale, sociale e delle risorse di rete dei giocatori
- Migliorare la qualità della vita

Obiettivi organizzativi

- Garantire l'accesso diretto alla cura da parte dei servizi Ser.D
- Garantire la multiprofessionalità dell'equipe e l'integrazione con la rete territoriale
- Garantire un adeguato assessment multidisciplinare
- Garantire un'equipe adeguatamente formata ed aggiornata
- Garantire la pratica basata sull'Evidence Based Medicine (EBM) e sul consenso della Comunità Scientifica
- Migliorare la qualità dei processi in base agli esiti e alle evidenze scientifiche

Percorso Ambulatoriale all'interno del Servizio Pubblico per le Dipendenze (Ser.D)

Il Ser.D garantisce una pronta accoglienza delle richieste dei singoli utenti e delle loro famiglie. L'accesso al Servizio è diretto, senza necessità di prenotazione (CUP), né di richiesta medica nel rispetto della privacy e, ove richiesto, dell'anonimato. Il percorso ambulatoriale prevede un'articolazione in fasi.



Accoglienza

Per “accoglienza” si intende il primo colloquio che l'utente o la famiglia effettua con l'operatore del Ser.D, durante il quale quest'ultimo riceve e ascolta la richiesta dell'utente e/o della sua famiglia, la sua problematica di dipendenza e prende informazioni necessarie per un'eventuale successiva fase diagnostica.

L'obiettivo dell'accoglienza è di individuare i casi di giocatori d'azzardo patologico e preparare l'utente per un'eventuale fase diagnostica approfondita e terapeutica successiva.

La fase di accoglienza deve avere priorità sulle fasi di cura successive per permettere ai servizi di accogliere i pazienti il più presto possibile.

L'accoglienza del giocatore/familiare/persona di riferimento rappresenta il primo incontro con il Servizio, momento particolarmente significativo e delicato poiché è finalizzato alla sufficiente compliance terapeutica. Necessita di sensibilità, flessibilità ed attenzione considerando le peculiarità della richiesta. E' pertanto opportuno che il Servizio garantisca una risposta tempestiva alla richiesta di intervento e, laddove possibile, è auspicabile individuare spazi ed orari dedicati. Risulta importante rilevare chi è il soggetto inviante (Medici di Medicina Generale, Servizi Sociali, Gruppi di Auto-Aiuto, etc.) per poter garantire una maggiore integrazione dell'intervento terapeutico. In analogia con le dipendenze da sostanze possono pervenire richieste relative a giocatori detenuti e/o interventi su minori.

L'accoglienza si declina in:

- acquisizione dei documenti sanitari e di identità
- ascolto e analisi della domanda e di eventuali urgenze cliniche e grave compromissione finanziaria
- informazioni sull'organizzazione e sulle procedure del servizio
- presentazione al giocatore/familiare del percorso diagnostico-terapeutico

L'esito dell'accoglienza può concludersi con la consultazione o proseguire con la valutazione multidisciplinare da parte dell'équipe GAP con:

- successivi appuntamenti concordati con il giocatore/familiare di riferimento
- raccolta consenso al trattamento dei dati personali e diritti inerenti la normativa sulla privacy e consegna carta dei servizi
- apertura e/o riapertura della cartella clinica informatizzata (HTH)

Figure preposte: personale adeguatamente formato

Assessment

L'assessment fornisce una base per lo sviluppo di un'alleanza con il paziente, per la comprensione del problema del gioco d'azzardo e la persona stessa, un tracciato per la pianificazione del trattamento, e un punto di riferimento per il monitoraggio del trattamento e follow-up. L'assessment è un concetto ampio che comprende lo screening, la valutazione e attività diagnostiche.

L'assessment multidimensionale si basa su una valutazione multidisciplinare integrata e coinvolge le diverse professionalità dell'équipe, comprendendo il colloquio individuale e altri strumenti di valutazione. Si ritiene l'assessment multidimensionale e multidisciplinare integrato un aspetto fondamentale, in quanto una porzione significativa dei pazienti con GAP complesso presenta un ampio ventaglio di problematiche.

L'assessment è finalizzato alla raccolta di dati rilevanti per l'inquadramento del caso, per il riconoscimento di eventuali comorbilità e per una valutazione di gravità che consenta di indirizzare l'utente verso la forma di trattamento più idonea mediante:

- l'anamnesi generale, mirata alle problematiche specifiche del GAP e dell'eventuale associazione con abuso di sostanze legali e illegali
- la rilevazione di eventuali altre condotte di addiction simultanee o pregresse al GAP
- l'analisi dei fattori di vulnerabilità e di resilienza
- la ricostruzione della storia del comportamento, delle esperienze e delle condotte di gioco d'azzardo
- diagnosi medica di Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico
- diagnosi psicologica di Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico
- la verifica dell'impatto del gioco d'azzardo sul funzionamento individuale, interpersonale e sociale
- l'analisi del comportamento attuale di gioco e relativo indice di gravità con l'ausilio di specifici strumenti di screening e di valutazione
- la valutazione del funzionamento del sistema familiare e delle risorse di rete
- la rilevazione della presenza di eventuali eventi traumatici e di comportamenti violenti
- l'analisi delle abilità socio-lavorative e della situazione economica, debitoria e legale
- la valutazione di eventuale presenza di comorbilità. Esistono prove scientifiche molto solide

secondo le quali il GAP è associato con un rischio elevato per altri disturbi che comprendono:

- Altre dipendenze da sostanze legali ed illegali
- Altri disturbi del controllo degli impulsi
- Depressione
- Ansia
- Violenza familiare
- Suicidio

È opportuna e consigliata la valutazione di eventuali patologie somatiche pregresse e in atto.

È altresì opportuno consigliare l'uso di un colloquio clinico strutturato per un assesment completo e per promuovere un modo di lavoro unico e standardizzato tra servizi e categorie professionali.

L'esito dell'assessment sarà la definizione in équipe della valutazione multidisciplinare, la nomina del case manager e la successiva restituzione al giocatore/familiare.

Il processo dell'assessment potrà concludersi con la presa in carico terapeutica del giocatore/familiare previo consenso, oppure con la non presa in carico.

La cartella informatizzata dovrà contenere tutti gli elementi costitutivi dell'assessment.

Figure preposte: Equipe multi-professionale formata da assistente sociale, educatore, infermiere, medico, psicologo.

Strumenti diagnostici e di valutazione

Si elencano gli strumenti più frequentemente utilizzati, oltre il colloquio clinico, per un adeguato inquadramento psicodiagnostico e una valutazione delle condotte di gioco d'azzardo:

- SOGS - *South Oaks Gambling Screen* per adulti (Lesieur, Blum 1987 – trad. Guerreschi, Gander 2000)
- SOGS-RA *South Oaks Gambling Screen* per adolescenti (Winters et al. 1993 - trad. it. Del Miglio et al. 2005)
- Lie-Bet *Questionnaire* (Johnson et al. 1997 – trad. it. Capitanucci, Carlevaro 2004)
- Intervista diagnostica sul GAP di Ladouceur (Ladouceur et al. 2000)
- Questionari sull'auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur (Ladouceur et al. 2003)
- CPGI - *Canadian Problem Gambling Index* (Ferris & Wynne 2001) adattato e validato a livello nazionale (Colasante et al. 2013)
- GABS - *Gambling Attitudes and Belieft Survey* (Breen & Zuckerman 1999 trad. it. Capitanucci, Carlevaro 2004)
- ABQ *Addictive Behavior Questionnaire* (Caretto et al. 2016)

In considerazione della sovrapposizione di comportamenti a rischio per la salute associati al Gioco d'Azzardo Patologico è consigliata l'esecuzione di esami ematochimici e screening infettivologico.

Per la formulazione di un progetto terapeutico personalizzato viene suggerito di utilizzare anche strumenti per la valutazione generale e dei tratti di personalità. Di seguito quelli più comunemente utilizzati:

- MMPI 2- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) (Hathaway, McKinley, 1989 – adattamento italiano Pancheri, Sirigatti 1995)
- MCLI-III *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III* (Millon, 1994 – adattamento italiano, Zennaro et. al. 2008)
- SCL 90 *Symptom Checklist-90-R* (Derogatis 1994 – adattamento italiano, Sarno et al. 2011)

- BIS-11 Barrat Impulsiveness Rating Scale (Patton et al. 1995 – adattamento italiano, Fossati et al. 2001)
- TAS 20-Toronto Alexithymia Scale (Taylor, Bagby, Paker 2003, – adattamento italiano, Bressi et al. 1996 in Caretti, La Barbera 2005)
- TCI-R (Cloninger et al. 1999 – adattamento italiano, Fossati et al. 2007)
- ICF Dipendenze - International classification of functioning
- Core-Om – Clinical outcome routine evaluation outcome measure

La valutazione deve prevedere almeno la somministrazione del SOGS e DSM5 e del Core-Om.

La descrizione di tali strumenti diagnostici e di valutazione è contenuta nel capitolo “Allegati”

Caratteristiche specifiche dell'intervento terapeutico

A termine del percorso di valutazione multidisciplinare, nell’ambito delle attività dell’equipe viene definito il programma terapeutico integrato e personalizzato rivolto al giocatore e ai suoi familiari.

Il programma terapeutico viene presentato e condiviso con il giocatore e se possibile con i familiari di riferimento e formalizzato tramite la compilazione e la firma della scheda prevista dalla cartella informatizzata (consenso informato MAC 07).

Il trattamento si articola in una serie di interventi specifici e integrativi, non necessariamente consequenziali, compresi tra i seguenti e adeguati al bisogno del giocatore:

- colloqui motivazionali individuali e gruppi motivazionali
- psicoterapie (individuali, familiari e di gruppo)
- valutazione di trattamenti farmacologici per comorbidità
- tutoraggio economico
- psico-educazione - individuale e/o di gruppo
- counselling al giocatore e/o familiari
- attivazione di programmi terapeutici semiresidenziali e residenziali
- attività di supporto sociale al paziente che comprende sostegno alla gestione del debito, all’attività lavorativa, alla genitorialità e reperimento risorse ecc.
- attivazione di consulenze legali e/o finanziarie
- invio e collaborazione con associazioni di tutela economica (es. centri antiusura, micro credito)
- invio e collaborazione con i gruppi di auto-aiuto
- orientamento e accompagnamento in percorsi di inserimento lavorativo terapeutico e socio-riabilitativo
- ricorso all’attivazione della procedura di nomina dell'amministratore di sostegno

Interventi Motivazionali

Strategie per aumentare la motivazione (ad esempio, il counselling motivazionale, la riduzione della resistenza al cambiamento) sono gli interventi terapeutici brevi volti a ridurre la resistenza e migliorare la motivazione al cambiamento.

Gli interventi motivazionali aumentano la motivazione del paziente migliorando l'alleanza terapeutica. Questo si ottiene riconoscendo che i pazienti sono, nella migliore delle ipotesi, ambivalenti nello sperimentare il cambiamento personale (Miller & Rollnick, 1991; Orford, 1985; Rollnick & Morgan, 1995; Shaffer 1994, 1997).

Con il miglioramento della relazione terapeutica, i pazienti sono più disposti a prendere in considerazione ed esplorare la loro ambivalenza.

Miller e Rollnick (1991) hanno osservato che l'ambivalenza è al centro del trattamento per i disturbi da dipendenza. Shaffer (1992; 1994; 1997; 1995) contemporaneamente ha ipotizzato che l'ambivalenza dolorosa era responsabile per stimolare la negazione e la comparsa di intrattabilità tra le persone che lottano con disturbi da dipendenza.

La letteratura prende in considerazione due interventi di counselling motivazionale:

1) Motivational interviewing (MI) e 2) Motivational Enhancement Therapy (MET).

MI è uno stile di counselling centrato sul paziente e direttivo che mira ad assistere i pazienti a esplorare e risolvere l'ambivalenza relativa al cambiamento comportamentale. L'obiettivo di questo tipo di intervento non manualizzato è di chiarire gradualmente l'ambivalenza legata al cambiamento comportamentale e far emergere un discorso collegato al cambiamento usando tecniche di informare con scelte, ascoltare con un obiettivo, e porre domande curiose. L'intervento è fondato sulla collaborazione tra operatore e paziente, rispettando il diritto, ma anche la capacità del paziente di fare scelte in modo informato ascoltandolo con empatia.

MET è basato su interventi specifici, sviluppati dall'approccio MI, con la caratteristica che sono interventi terapeutici manualizzati che consistono di 4/5 sedute.

I risultati della review della letteratura, indicano che gli interventi di MI e MET sono efficaci nel ridurre sia la gravità delle giocate e la frequenza del gioco che, in alcuni casi, anche il disagio psicologico legato alla patologia.

Si raccomanda pertanto di fornire MI e MET ai pazienti con GAP al fine di ridurre sia la gravità delle giocate e la frequenza del gioco e, in alcuni casi, anche il disagio psicologico legato alla patologia.

Psicoterapia

Considerata la complessità e la molteplicità delle dimensioni coinvolte dal GAP (individuali, familiari, sociali ed economiche) il trattamento si caratterizza come un intervento multimodale e integrato rivolto al giocatore e ai suoi familiari. Gli interventi terapeutici utilizzati nell'ambito del GAP sono vari e differenziati sia in ambito nazionale che internazionale. Dalla revisione della letteratura scientifica si rileva tuttavia una maggior frequenza dell'utilizzo e una maggiore efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale associato a un approccio motivazionale (Picone 2010; Grant, Potenza, 2010).

Come per le altre tipologie di dipendenze è opportuno effettuare una lettura sistemico-relazionale del GAP (Cowlshaw et al. 2012) e, laddove è utile e praticabile, procedere ad interventi specifici sulle dinamiche familiari.

La letteratura scientifica riporta l'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale per giocatori. Anche se la letteratura non fornisce una base forte per la differenziazione degli interventi attualmente disponibili, le terapie cognitive comportamentali vengono considerate le psicoterapie più indicate per il trattamento del gioco d'azzardo patologico e devono essere usate come prima scelta laddove possibile. (Cowlshaw et al. 2012).

Trattamenti Psico-farmacologici per la cura del GAP.

Ad oggi non esistono ancora trattamenti psico-farmacologici per il GAP approvati ufficialmente.

Un'attenzione particolare va riservata ai pazienti affetti da morbo di Parkinson e in generale affetti da disturbi del movimento e in tutti coloro che sono in trattamento con farmaci dopaminergici, in quanto tali farmaci potrebbero favorire comportamenti compulsivi anche rispetto al gioco d'azzardo (“*Sindrome da Disregolazione Dopaminergica*” Avanzi , Cabrini 2014).

Tutoraggio economico

Il tutoraggio economico mira ad aiutare le persone con debiti legati al gioco ad avviare un piano finanziario, imparare la gestione del bilancio e sviluppare un piano di pagamento (National Endowment for Financial Education & National Council on Problem Gambling, 2000) ovvero un recupero da parte del giocatore di un rapporto sano con il denaro ed è indirizzato a modificare lo stile monetario personale e/o familiare.

Per il tutoraggio economico si ritiene fondamentale l’attivazione della figura del “Tutor”. Il tutor monitorizza le spese e il flusso delle risorse economiche e sviluppa insieme al giocatore un piano di risanamento dei debiti. Il tutor è da individuarsi preferibilmente in una persona esterna al nucleo familiare e diversa dal terapeuta ma che con i familiari e il terapeuta lavora a stretto contatto.

Il lavoro del tutor è prevalentemente educativo e i compiti possono essere declinati nelle seguenti azioni:

- Tracciare la situazione finanziaria del giocatore (entità dei debiti, tipo di creditori, fonti di reddito, ecc.) e prevedere un risanamento in base alla gravità del debito (può essere utile attivare una consulenza legale e/o finanziaria);
- Individuare un referente interno alla famiglia che amministra il flusso di denaro del giocatore che lavora di concerto con il tutor del servizio;
- Sospendere l’uso da parte del giocatore di carte di credito, bancomat, libretto degli assegni che vengono consegnati al referente familiare;
- Fare in modo che il giocatore maneggi poco denaro al giorno per evitare situazioni a rischio. Tutte le spese devono comunque essere supportate da scontrini o ricevute di pagamento;
- Raccogliere gli scontrini e ricevute di spesa del giocatore per ricostruire i movimenti di denaro quotidiani anche attraverso l’uso di una tabella o foglio excel;
- Coinvolgimento attivo del giocatore nel recupero e nella restituzione dei debiti;
- In caso di ricaduta, non demonizzarla ma valorizzare la possibilità che il giocatore ne parli sia con i familiari che con il terapeuta, superando le bugie e i sotterfugi del passato.

Questi compiti richiedono anche un coinvolgimento da parte del tutor nei delicati processi che hanno a che fare con vissuti di intrusione, insofferenza e rabbia da parte sia del giocatore che del familiare.

Interventi di auto-aiuto e invii a gruppi di auto-aiuto

Il giocatore e/o i familiari possono essere inviati ai gruppi di auto aiuto (Giocatori Anonimi, Gam-anon, ecc.). I gruppi di auto-aiuto costituiscono un nodo fondamentale del lavoro di rete per il trattamento del GAP, finalizzato al raggiungimento e mantenimento dell’astensione dal gioco d'azzardo da parte del giocatore nonché di aiuto a cambiare il suo stile di vita e quello della sua famiglia (“sobrietà”).

I gruppi di auto-aiuto rappresentano un elemento storico di integrazione con i servizi pubblici e del privato sociale per le dipendenze nella Regione Toscana. Da questo deriva la raccomandazione per

il loro utilizzo in maniera integrata nei programmi terapeutici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali.

Monitoraggio e verifica

L'efficacia del programma terapeutico viene monitorata e verificata almeno con cadenza trimestrale dall'inizio del programma stesso e prevede l'utilizzo di schede standardizzate, come ad esempio il SOGS e Core-om. L'esito della verifica viene discusso nelle riunioni di équipe con il conseguente adeguamento del programma terapeutico.

Durata del trattamento e conclusione

La durata del percorso terapeutico può variare a causa della complessità clinica presentata e considerato che, trattandosi di una dipendenza, potrebbe essere elevato il rischio di ricadute. La conclusione del programma va concordata nei tempi e nelle modalità con il giocatore/familiari. Successivamente si procede alla chiusura della cartella informatizzata come previsto dalle apposite procedure.

Follow-up

Dopo la conclusione del programma terapeutico si prevedono orientativamente due incontri di follow-up entro l'anno successivo che verranno effettuati tramite colloqui con il giocatore e/o i suoi familiari.

Equipe

Considerata la multidimensionalità del problema, l'intervento è attuato da una équipe multiprofessionale specificatamente formata e costituita dalle seguenti professionalità: medico, psicologo-psicoterapeuta, assistente sociale, educatore e infermiere.

La specificità della patologia richiede di potersi avvalere di consulenze legali e finanziarie nonché di un lavoro di rete con altre istituzioni pubbliche e del privato sociale (Equipe Interistituzionale allargata).

Gli interventi residenziali e semiresidenziali per le persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico

In alcuni casi la complessità e la gravità del quadro clinico è tale che il percorso ambulatoriale necessita di essere integrato con un trattamento di tipo residenziale e/o semiresidenziale per la persona con dipendenza da gioco d'azzardo.

Tali trattamenti sono da intendere come parti complementari di un percorso terapeutico-riabilitativo ambulatoriale del paziente e dei suoi familiari. A questo scopo è essenziale la condivisione con il Ser.D inviante degli obiettivi stabiliti nel progetto terapeutico, il monitoraggio periodico e la restituzione finale dei risultati ottenuti.

Criteri per l'invio:

- necessità di cure intensive
- gravità e complessità del quadro clinico
- parziale efficacia o inefficacia terapeutica dei trattamenti ambulatoriali
- contesto socio-familiare particolarmente disfunzionale
- presenza di comorbilità psichiatrica

- presenza di disturbo da uso di sostanze

Principali indicazioni per l'invio:

- necessità di un periodo di trattamento residenziale intensivo breve al fine di astenersi dal gioco e/o allontanarsi temporaneamente dall'ambiente familiare conflittuale per pazienti che presentano bassi livelli di severità e complessità
- necessità di un periodo di trattamento residenziale di media lunga durata per pazienti che presentano livelli di severità elevata e/o complessità grave (comorbidità psichiatrica, presenza di altri disturbi da uso di sostanze e/o comportamentali)
- necessità di un trattamento semiresidenziale da integrare con un percorso ambulatoriale finalizzato al rinforzo dell'astensione dal gioco d'azzardo e alla realizzazione di un progetto riabilitativo

Per l'invio della persona con dipendenza da gioco d'azzardo in strutture residenziali o semiresidenziali si può fare riferimento per semplicità e validità clinica ai criteri del **ICD-10 (WHO, 2007)** DSM-5 (APA, 2013) e alle tipologie descritte nel modello di Blaszyński, Nower (2002).

I programmi residenziali e semiresidenziali hanno come cornice un contesto con ridotti stimoli e richiami al gioco d'azzardo ed una serie di interventi specifici individuali e di gruppo in linea con il modello bio-psico-sociale.

Si richiede alla persona con dipendenza da gioco d'azzardo di separarsi temporaneamente dal proprio ambiente, dagli affetti e dalle abitudini e di vivere in un contesto nuovo e diverso. La convivenza e/o la permanenza per un tempo prestabilito con altre persone con dipendenza da gioco d'azzardo stimola il confronto e la riflessione sulle distorsioni cognitive e facilita un cambiamento della struttura di pensiero. Congiuntamente l'intervento dovrà focalizzarsi sulla comprensione dei comportamenti correlati al gioco d'azzardo e dei suoi significati, delle modalità relazionali disfunzionali derivanti dal proprio ambiente familiare e socio-culturale al fine di stimolare un processo di cambiamento.

I programmi residenziali e semiresidenziali rappresentano un livello diverso di intensità di cura e di assistenza rispetto agli interventi ambulatoriali. Il programma residenziale può far seguito o precedere un periodo di trattamento semiresidenziale.

Si descrivono di seguito gli interventi residenziali e semiresidenziali

Programma semiresidenziale

È un programma territoriale, interdisciplinare, intensivo e strutturato, con una valenza terapeutica e riabilitativa. Può essere proposto durante e/o successivamente:

- ad un percorso ambulatoriale
- dopo un trattamento residenziale
- come fase preliminare ad un percorso residenziale.

Obiettivi generali

- approfondire la dimensione clinica
- costruire un'alleanza terapeutica
- favorire la consapevolezza e rinforzare la motivazione al cambiamento
- imparare a riconoscere, prevenire e gestire il craving e la compulsione al gioco

- identificare e correggere le distorsioni cognitive
- migliorare la consapevolezza di sé e sviluppare le potenzialità latenti
- approfondire e/o ridefinire le dinamiche familiari
- ri-attivare le competenze socio-lavorative

Caratteristiche

- personalizzazione del programma: rivolto preferibilmente a giocatori che hanno una rete socio-familiare e situazioni occupazionali che non consentano un allontanamento prolungato dal proprio contesto. Il programma è individualizzato e modulato sulla base delle esigenze e dei tempi della persona e dei suoi familiari
- legame con il territorio di appartenenza: il giocatore restando inserito nel proprio ambiente ha la possibilità di valorizzare e rinforzare le proprie risorse e quelle del contesto di appartenenza
- ruolo dei familiari: il coinvolgimento dei familiari è importante per la funzione di tutoraggio economico e supporto

Attività previste

- colloqui educativi individuali
- colloqui psicologici individuali e/o familiari
- gruppi psicoterapeutici
- colloqui di verifica con il giocatore e i familiari
- tutoraggio economico con piano di risanamento debitorio
- consulenze finanziarie e legali
- laboratori esperienziali
- attività fisica e/o di rilassamento
- raccordo con il Ser.D. inviante per monitorare l'andamento del programma terapeutico e/o concordare eventuali variazioni
- raccordo con altri servizi territoriali
- raccordo con i gruppi di auto-aiuto

Durata

La durata del programma semiresidenziale è di norma da due a sei mesi. Può variare in base alle esigenze cliniche del paziente concordando i tempi con il paziente stesso e il Ser.D. inviante. Alla fine del percorso l'equipe redige una relazione descrittiva conclusiva.

Follow-up

Il follow-up verrà attuato congiuntamente con il Ser.D. inviante con uno/due colloqui nell'arco dei sei mesi successivi alla conclusione del programma.

Figure professionali

- responsabile del programma

- educatore prof.le e/o educatore di comunità
- operatore generico
- psicoterapeuta
- psicologo

Programma residenziale intensivo breve

È rivolto a giocatori:

- inseriti nel loro contesto socio-economico
- con una rete familiare di riferimento
- che non presentano comorbilità psichiatrica
- con buone capacità introspettive
- che necessitano di un trattamento residenziale ma che non possono assentarsi per un lungo periodo dal lavoro e dal contesto familiare

Obiettivi generali

- ricostruzione della storia personale, affettiva e relazionale
- approfondimento psicodiagnostico
- ri-appropriazione della componente emozionale, cognitiva e relazionale
- ri-assunzione della consapevolezza e responsabilità rispetto alle condotte di gioco
- analisi della situazione economica e lavorativa con elaborazione di ipotesi progettuali condivise con il Ser.D inviante

Caratteristiche

Il programma, prevalentemente a valenza psicoterapica, utilizza interventi intensivi e brevi finalizzati alla:

- lettura della funzione del sintomo nella storia di vita del giocatore
- facilitazione della comprensione e stimolo al cambiamento delle distorsioni cognitive del paziente
- individuazione di tecniche e strategie di coping
- sperimentazione di nuove modalità di gestione del tempo libero

Attività previste

- counselling
- psicoeducazione individuale e/o di gruppo
- psicoterapia individuale e di gruppo
- laboratori esperienziali sul gioco
- laboratori esperienziali sugli aspetti emozionali
- interventi con i familiari
- raccordo con il Ser.D.. inviante per monitorare l'andamento del programma terapeutico e/o

concordare eventuali variazioni

- raccordo con altri Servizi

Durata

Il programma dura di norma dalle tre alle cinque settimane. Alla fine del percorso l'equipe redige una relazione descrittiva conclusiva.

Follow-up

Il follow-up sarà attuato attraverso uno/due brevi rientri in struttura residenziale nell'arco dei sei mesi successivi alla conclusione del programma.

Figure professionali

- responsabile del programma
- educatore prof.le e o educatore di comunità
- operatore generico
- psicoterapeuta
- psicologo

Programma residenziale di media-lunga durata

Il programma residenziale di media-lunga durata è rivolto a persone con dipendenza da gioco d'azzardo che presentano le seguenti caratteristiche:

- mancanza o scarsa compliance al trattamento ambulatoriale e/o semiresidenziale
- grave compromissione con il gioco d'azzardo
- compresenza di altre dipendenze da sostanze e/o comportamentali
- comorbilità psichiatrica
- alta disfunzionalità familiare
- scarsa autonomia personale e sociale
- carenza di rete sociale e di supporto familiare

Obiettivi generali

Il programma residenziale di media-lunga durata ha come finalità l'astensione dal gioco e il cambiamento dello stile di vita. Nello specifico si propone di:

- approfondire il quadro psicodiagnostico
- sensibilizzare il giocatore e i familiari sulle caratteristiche tipiche del gioco d'azzardo
- identificare e modificare le distorsioni cognitive del giocatore
- analizzare la situazione economica e debitoria
- analizzare il ruolo e la funzione del gioco all'interno delle dinamiche relazionali
- stimolare il recupero e l'incremento delle risorse personali, relazionali e sociali
- sviluppare strategie e tecniche di coping e di autoregolazione emotiva

- facilitare un processo di cambiamento
- elaborare ipotesi progettuali di inclusione sociale condivise con il Ser.D. inviante

Caratteristiche

- permanenza per un periodo di media-lunga durata in contesto terapeutico protetto
- ri-apprendimento di abilità, funzioni e regole della dimensione quotidiana
- personalizzazione del programma terapeutico in termini di obiettivi da raggiungere

Attività previste

- visite psichiatriche
- psicoeducazione individuale e di gruppo
- psicoterapia individuale e di gruppo
- laboratori esperienziali sul gioco
- laboratori esperienziali sugli aspetti emozionali
- interventi con i familiari
- tutoraggio economico con piano di risanamento debitorio
- consulenza finanziaria-legale
- raccordo continuo e costante con il Ser.D inviante
- raccordo con gli altri servizi territoriali

Durata

Il programma dura di norma dai due ai sei mesi. Sulla base di particolari esigenze cliniche tale durata può essere modificata previo accordo con il paziente e il Ser.D inviante. Alla fine del percorso l'equipe redige una relazione conclusiva.

Follow-up

Il follow-up sarà attuato con uno/due colloqui nell'arco dei sei mesi successivi alla conclusione del programma terapeutico.

Figure professionali

- responsabile del programma
- psichiatra
- educatore prof.le e/o educatore di comunità
- operatore generico
- psicoterapeuta
- psicologo
- infermiere

Riferimenti Bibliografici

APA (American Psychiatric Association) (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-IV*, tr. it. Masson, Milano, 1996

APA (American Psychiatric Association) (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014

Avanzi M., Cabrini S. (2014), «Dopamina, Malattia di Parkinson e Disturbo da gioco d'azzardo: approccio al management clinico» in Bellio G., Croce M. (a cura di), *Manuale sul gioco d'azzardo*, 2014, 168-179

Baiocco, R., Couyoumdjian, A., Del Miglio, C. (2005). Le dipendenze in Adolescenza. Aspetti epidemiologici, differenze di genere e fattori psicologici. In Caretti, La Barbera (a cura di), *Le Dipendenze Patologiche*. Raffaello Cortina, Milano

Bastiani L., Gori M., Colasante E., Siciliano V., Capitanucci D., Jarre P., Molinaro S. (2013), Complex factors and behaviors in the gambling population in Italy, *Journal of Gambling Studies*, 29, 1-13

Bellio G., Croce M. (a cura di) (2014), *Manuale sul gioco d'azzardo patologico. Diagnosi, Valutazione e Trattamenti*, Franco Angeli, Milano

Blaszczynski A., Nower L. (2002), A pathways model of problem and pathological gambling, *Addiction*, 487-499

Breen R.B., Zuckerman M. (1999). "Chasing" in gambling behavior: Personality and cognitive determinants, *Personality and Individual Differences*, 27, 1097-1111

Bressi C., Taylor G.J., Parker J.D.A., Bressi S., Brambilla V., Aguglia E. et al.(1996), Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study, *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 551-559

Capitanucci D., Carlevaro T. (2004), *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nella dipendenza da gioco d'azzardo*, cd-rom, Bellinzona, CH, Hans Dubois

Caretti V., La Barbera V. (2005), *Alessitmia. Valutazione e trattamento*, Astrolabio, Roma

Caretti V. et al., (2016) *Manuale Addictive Behavior Questionnaire*. Firenze Hogrefe Editore

Cloninger C.R. (1989), *The Temperament and Character Inventory—Revised*. St. Louis, MO, Center for Psychobiology of Personality, Washington University

Colasante E., Gori M., Bastiani L., Siciliano V., Giordani P., Grassi M., Molinaro S. (2013), An Assessment of the Psychometric Properties of Italian Version of CPGI, *Journal of Gambling Studies*, 29(4), 65-74

Couyoumdjian A., Baiocco R., Del Miglio. C. (2006), *Adolescenti e nuove dipendenze. Le basi teoriche, i fattori di rischio, la prevenzione*, Laterza, Roma-Bari, pp 170-173

Cowlshaw S. et al (2012), Psychological therapies for pathological and problem Cochrane Database Syst Rev., http://www.cochrane.org/CD008937/DEPRESSN_psychological-therapies-for-pathological-and-problem-gambling

- Derogatis LR. (1983), SCL-90-R Administration, Scoring & Procedures Manual-II, Towson, MD, *Clinical Psychometric Research*, 14–15
- Eurispes, Telefono Azzurro (2013) Indagine conoscitiva sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia 2012. <http://www.eurispes.eu>
- Ferris J., Wynne H. (2001), The Canadian problem gambling index: Final report. Submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, On, Retrieved September 30, 2008, <http://www.gamblingresearch.org>
- Fossati A., Acquarini E., Di Ceglie A., Barrat E.S. (2001), Psychometric properties of an Italian Version of the Barrat Impulsiveness scale-11 (BIS 11) in non clinical subject, *Journal of Clinical Psychology*, 52, 815-828
- Fossati A., Cloninger C.R., Villa D., Borroni S., Grazioli F., Giarolli L., Battaglia M., Maffei C. (2007), Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample, *Comprehensive Psychiatry*, 248(4), 380-387
- DPA Dipartimento Politiche Antidroga, Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri (2013), Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione, Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze, <http://www.politicheantidroga.gov.it/>
- Grant J.E., Potenza M.N. (2010), Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento, Springer-Verlag Italia, Milano
- Guerreschi C., Gander S. (2000), Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R. Lesieur e S.B. Blume, in Guerreschi C. (2000), Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico, San Paolo, Milano, pp 137-142
- Johnson E.E., Hamer R., Nora R.M., Tan B. (1997), The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers, *Psychological Reports*, 80, 83-88
- Korn D.A., Shaffer H.J. (2004), Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians Developed by the Massachusetts Council on Compulsive Gambling, Boston, MA: Massachusetts Dept. of Public Health
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000), Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling, tr. it. Centro Scientifico Editore, Torino, 2003
- Lavanco G. a cura di (2013) GAP Il Gioco d'Azzardo Patologico. Orientamenti per prevenzione e la cura. Pacini Editore Pisa
- Lesieur H.R., Blume S.B., (1987), The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers, *American Journal Psychiatry*, 144, 1184-1188
- Martinotti G, Mandelli L, Di Nicola M, et al.(2008) *Psychomeric characteristic of the Italian version of the Temperament and Character Inventory--revised, personality, psychopathology, and attachment styles*. *Comprehensive Psychiatry* ,49, 514-22
- Millon T. (1994), MCLI-III Millon Clinical Multiaxial Inventory – III, Manual, New York, Holt, Rinehart & Wiston

Ministero della Salute. CCM Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (2011), Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi. Bollettino sulle dipendenze XXXIV (1)

MOH Ministry of Health (2011), Management of Gambling Disorders. Clinical Practice Guidelines 3/2011, College of Medicine Building Singapore, <http://www.moh.gov.sg/cpg>

NHMRC, Australian Government- National Health and Medical Research (2011), Council Guideline for Screening, Assessment and Treatment in Problem Gambling. Monash University, University of Melbourne <http://www.med.monash.edu.au/sphc/pgrtc/> or <http://www.nhmrc.gov.au>

NIDA, National Institute on Drug Abuse (2012), Department of Health and Human Services Principles of drug addiction treatment. A research-based guide. Third edition

Pancheri P., Sirigatti S. (a cura di) (1995), MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2. Manuale, Giunti, Organizzazioni Speciali, Firenze

Patton J.H., Stanford M.S., Barrat E.S.(1995), Factor structure of the Barrat impulsiveness scale, *Journal of Clinical Psychology*, 51(6),768-774

Picone F., a cura di (2010), Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche, Carocci editore, Roma, pp 71-84

Preti E., Sarno I., Prunas A., Madeddu F. (a cura di) (2011), SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R, Manuale di somministrazione e scoring, Organizzazioni Speciali, Firenze

Regione Sicilia, Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia (2015). Approvazione delle linee guida sulla prevenzione del Gioco d'azzardo patologico (GAP). Decreto 25 marzo 2015 <http://gurs.regione.sicilia.it>

Serpelloni G. (2013). Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze. Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Roma

Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (2003), The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-IV Reliability and factorial validity in different languages and countries, *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-28

Welte JB, Barnes GM, Wieczorek WF, et al: Gambling participation in the US – results from a national survey. *J Gambl Stud* 17:81 – 100, 2001.

Winters K.C., Stinchfield R., Fulkerson J. (1993), Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 371-386

WHO, World Health Organization (2007), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision

Zennaro A., Ferracuti S., Lag M., Sanavio E. (2008), Millon Clinical Multiaxial Inventory – III, Manuale. Organizzazioni Speciali, Firenze

Allegati

South Oaks Gambling Screen (SOGS) Lesieur & Blume, 1987 – Adattamento Italiano Guerreschi C., Gander, 2000

Il SOGS è il questionario più conosciuto e largamente diffuso nel mondo per lo screening dei disturbi da gioco d'azzardo ed è derivato dal DSM-III (1987). Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco d'azzardo, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati. Fornisce informazioni sul tipo di gioco preferito, sulla frequenza, sui mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare e su altre dimensioni tipiche del giocatore d'azzardo.

Il SOGS fornisce anche indizi 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.

Il valore massimo che si può ottenere è venti punti. Secondo i suoi autori, un valore di tre o quattro punti è indice di difficoltà potenziali circa il gioco, mentre coloro i quali ottengono un livello di cinque punti o più dimostrano di avere un problema di gioco manifesto.

Tempo di completamento: 7 - 10 minuti.

South Oaks Gambling Screen per adolescenti (SOGS-RA) Winters et al., (1993) Adattamento Italiano a cura di Couyoumdjian, Baiocco, Del Miglio, (2005)

Il SOGS-RA è stato costruito dagli autori per effettuare screening tra gioco d'azzardo sociale e patologico nella popolazione adolescenziale. Il SOGS-RA ha una struttura simile al SOGS per adulti, ma garantisce una valutazione maggiormente appropriata all'età e al contesto di vita degli individui più giovani. In base al risultato finale del questionario è possibile individuare coloro che non giocano (punteggio da 0 a 1), i giocatori "a rischio" (punteggio di 2 o 3) e i giocatori d'azzardo problematici (punteggio maggiore di 4).

Tempo di completamento: 7 - 10 minuti.

Lie-Bet Questionnaire Johnson et al. (1997) Adattamento Italiano a cura di Capitanucci e Carlevaro (2004)

Il Lie-Bet è un breve questionario facilmente utilizzabile per orientare una scelta diagnostica od operativa. Si basa sul fatto che, secondo gli autori, non tutti i criteri diagnostici elaborati nel DSM-IV hanno la stessa valenza predittiva, ossia non tutti i criteri si ritrovano con la medesima frequenza. I più frequenti sono la tendenza ad aumentare la quantità di denaro giocata sia per "rincorrere" le perdite sia per una perdita di controllo sull'attività del gioco e la tendenza a mentire riguardo al gioco. Questo test non è in grado di distinguere tra gioco problematico e gioco patologico. Questo test non ha un'applicazione diagnostica in senso stretto ma può servire da strumento di screening in un contesto generale.

Tempo di completamento: 2 -3 minuti.

Intervista diagnostica sul GAP di Ladouceur et al., (2000) Adattamento Italiano di Capitanucci D. e Carlevaro T., (2003)

L'intervista semi-strutturata è composta da 26 domande e comprende sia i dieci criteri diagnostici del DSM-IV sia alcune domande supplementari che facilitano la valutazione e che permettono di precisare ulteriormente la portata delle risposte date dal giocatore. L'intervista rileva i seguenti

aspetti: i motivi della consultazione, gli avvenimenti che hanno portato alla decisione, le informazioni su come si sono acquisite le abitudini di gioco (inventario di tutti i giochi praticati, con particolare attenzione a quelli in cui si è mostrata maggiore difficoltà di controllo, familiarità con giochi elettronici sin dall'infanzia e dall'adolescenza, presenza del big win, iniziazione al gioco); dettagli del problema di gioco (elementi all'origine del problema, ragioni principali, frequenza e somme investite, conseguenze sociali, professionali, psicologiche e finanziarie, idee e tentativi suicidari); presenza di altre dipendenze (consumo di sigarette, di droghe, d'alcol, di farmaci, tempo passato a navigare in Internet, abitudini sessuali o frequenza di acquisti compulsivi). Al completamento dell'intervista Ladouceur suggerisce di porre ulteriori domande finalizzate a indagare più dettagliatamente le conseguenze negative del comportamento di gioco (ad esempio, qual è il rendimento lavorativo, se sono aperte inchieste giudiziarie dovute ad atti illegali, qual è il grado di deterioramento dei rapporti affettivi). Inoltre l'autore consiglia di essere empatici, di lasciare parlare liberamente la persona del suo problema al fine di creare un buon contatto.

Tempo di completamento: 45 - 60 minuti.

Questionario sull'auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur (Ladouceur et al. 2003)

Il questionario di auto-osservazione è una scheda da compilare giornalmente da parte del giocatore con funzione contemporaneamente diagnostica e terapeutica. Su di essa il giocatore registra un certo numero di informazioni che si riferiscono al suo problema di gioco. Ogni giorno riporta la sua valutazione su una scala da 0 a 100 in merito a: il suo livello di autocontrollo in rapporto al problema di gioco e alla soglia di tolleranza personale, ossia fino a che punto crede di saper astenersi dal gioco; il suo desiderio di giocare; la sua frequenza di gioco, precisando il numero di episodi di gioco avuti nel corso della giornata, il numero totale di ore dedicate al gioco e l'ammontare del denaro perso; per terminare, le emozioni che ha provato nel corso della giornata e il contesto o gli avvenimenti particolari che hanno provocato l'episodio di gioco o suscitato il desiderio di giocare. Il questionario permette al giocatore di rendersi consapevole della portata del problema e dell'entità delle somme di denaro perse.

Tempo di completamento: 10 - 15 minuti.

CPGI Canadian Problem Gambling Index. Ferris e Wynne, (2001) Adattamento Italiano a cura di Colasante et al., (2013)

Il CPGI è un questionario strutturato che approfondisce temi centrali per i giocatori, al fine di distinguere comportamenti di gioco sociale e patologico; è di facile e rapida compilazione e può essere utilizzato sia per una valutazione iniziale, sia per confermare un'ipotesi diagnostica. È costituito da 9 items relativi agli stili comportamentali inerenti il gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi quali: senso di colpa nel giocare, perdita di controllo nel comportamento, tentativo di recuperare il denaro perso, conseguenze sulla salute e problemi finanziari. Le categorie di risposta sono le stesse per ognuno dei 9 items: "mai", "a volte", "spesso" e "quasi sempre", rispettivamente con punteggio 0, 1, 2 e 3.

Tempo di completamento: 7 - 10 minuti.

GABS - Gambling Attitudes and Beliefs Survey Breen e Zuckerman, (1999) Adattamento Italiano Capitanucci e Carlevaro (2003)

Il GABS è un questionario sui comportamenti e sulle convinzioni inerenti il gioco d'azzardo composto da 35 items con possibili risposte su scala Likert a 4 punti (da "fortemente in disaccordo" a "molto d'accordo"). Ogni item può ricevere un punteggio da 1 a 4. Il punteggio totale va da 35 a 140. Il GABS indaga le distorsioni cognitive e le credenze irrazionali presenti nel giocatore per

poter avere elementi per la successiva terapia cognitivo-comportamentale. E' importante rilevare anche il grado di rigidità/flessibilità del paziente nel modificare tali convinzioni e quindi la reale possibilità di agire su questi aspetti.

Tempo di completamento: 10 - 15 minuti.

Addictive Behavior Questionnaire (ABQ) Caretti V. et al., (2016) Manuale Addictive Behavior Questionnaire.

La ABQ è un questionario self report per la formulazione della diagnosi di disturbo additivo secondo le indicazioni fornite dal DSM-5 e permette di poter elaborare una diagnosi sia categoriale che dimensionale. L'ABQ è uno strumento ideato come supporto per l'assessment delle diverse forme di addiction. La suddivisione in due parti, il Severity Index (SI) e la Seven Dimension Addiction Scale (7DAS) dello strumento, permette all'esaminatore di ottenere una vasta quantità di informazioni relative ai comportamenti, agli atteggiamenti e alla gravità della sintomatologia riguardante le diverse tipologie di addiction considerate. Il SI permette di rilevare la presenza di addiction, la tipologia e con quale frequenza il soggetto fa uso di droghe, alcol, l'eventuale presenza di gioco d'azzardo patologico o internet addiction. Il SI è composto di due sezioni: la prima (A) valuta i comportamenti additivi; la seconda (B) concerne lo spettro ossessivo-impulsivo-compulsivo.

La 7DAS esplora sette diverse aree psicologiche individuate come determinanti per lo sviluppo e il mantenimento di una dipendenza patologica, ognuna delle quali si compone di sette domande con risposte a 5 punti, da 0 (Mai) a 4 (Sempre). Le dimensioni che vengono esplorate sono: Ansia da separazione, Disregolazione affettiva, Dissociazione somatoforme e psicologica, Esperienze traumatiche infantili, Discontrollo degli impulsi, Comportamenti compulsivi e ritualizzazione, Pensieri ossessivi. Le caratteristiche rilevanti di questo strumento sono quelle di valutare il livello di gravità di ogni singola addiction, le caratteristiche del craving (ossessività, impulsività e compulsività) e fornire una lettura psicodinamica in rapporto alle sette dimensioni.

Tempo di completamento: 30-45 minuti.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Hathaway & McKinley, Comitato di Ristandardizzazione del MMPI della University of Minnesota Press (Butcher, Dalstrom, Graham, Tellegen). Adattamento italiano a cura di Pancheri P. e Sirigatti S. (1995).

L'MMPI-2 è un test ad ampio spettro molto diffuso nel mondo, che valuta le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo. L'interpretazione di questo test ci permette di identificare alcune caratteristiche di personalità che potrebbero influire sul trattamento del giocatore. L'MMPI-2 è un questionario composto da 567 domande con risposta dicotomica vero/falso. Le scale di validità permettono la valutazione dell'accettabilità del risultato ai fini della sua interpretazione, considerando l'atteggiamento globale del soggetto verso il test ed in rapporto alle altre informazioni disponibili sul soggetto. Le scale di validità sono: Menzogna (L), Frequenza (F) Correzione (K), Back Infrequency (FB), Vrin, Trin. Il profilo che emerge è composto da scale cliniche, di contenuto e supplementari. Le Scale cliniche sono: Ipocondria (Hs), Depressione (De), Isteria (Hy), Deviazione Psicopatica (PD), Mascolinità/Femminilità (MF), Paranoia (PA), Psicastenia (PT), Schizofrenia (SC), Ipomania (MA), Introversione Sociale (SI). Le Scale di contenuto sono: Ansia (Anx), Paure (Frs), Ossessività (Obs), Depressione (Dep), Preoccupazioni per la Salute (Hea), Ideazione Bizzarra (Biz), Rabbia (Ang), Cinismo (Cyn), Comportamenti Antisociali(Asp) , Type-A (Tpa) , Bassa Autostima (Lse), Disagio Sociale (Sod), Problemi Familiari (Fam), Difficoltà sul Lavoro (Wrk), Difficoltà di Trattamento (Trt). Le Scale

supplementari sono: Mac-Andrews per l'alcolismo (MAC-R), Tossicodipendenza Potenziale (APS), Ammissione Tossicodipendenza (AAS), PTSD (Pk e Ps), Ostilità Ipercontrollata (O-H), Disagio Coniugale (MDS).

Tempo di completamento: 1 ora circa.

Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III) Millon T. (1994). Adattamento Italiano a cura di Zennaro A., Ferracuti S., Lang M., Sanavio E., (2008)

Il MCMI-III è uno strumento clinicamente orientato per la valutazione psicologica e dei disturbi di personalità. Si fonda sulla teoria evoluzionistica e concepisce i disturbi di personalità come costrutti evolutivi derivanti dall'interazione tra individuo e ambiente e dal peso che quest'ultimo esercita nel determinare il comportamento della persona.

L'MCMI -III ha una struttura che combacia con quella del DSM-IV ed è stato sviluppato e standardizzato sulla popolazione clinica. Le scale sono raggruppate in categorie di personalità e in psicopatologie specifiche per riflettere la distinzione fatta dal DSM-IV fra Asse II e Asse I. Il test è composto da 175 item a risposta dicotomica vero/falso e consta di 24 scale e 4 scale di controllo. Le scale sono suddivise in 14 configurazioni di personalità (Schizoide, Evitante, Depressivo, Dipendente, Istrionico, Narcisista, Antisociale, Sadico, Compulsivo, Passivo-Aggressivo, Masochista, Schizotipico, Borderline, Paranoide) e dieci sindromi cliniche (Ansia, Disturbi Somatoformi, Mania, Distimia, Dipendenza da alcool, Dipendenza da droghe, Disturbo da Stress Post-Traumatico, Disturbi del pensiero, Depressione Maggiore, Deliri). Sono incluse nel test quattro scale di controllo (Validità, Autoapertura, Desiderabilità Sociale e Drammatizzazione) che servono sia per stimare la validità del protocollo compilato sia per correggere i punteggi alle altre scale.

Tempo di completamento: 30- 45 minuti.

Temperament and character inventory (TCI-R), Cloninger et al., (1994) Adattamento Italiano a cura di Fossati et al., (2007)

Il TCI-R è un questionario self-report a scala dicotomica vero/falso per la valutazione dei tratti di personalità basato sul modello psicobiologico di Cloninger. È costituito da 240 items, che esplorano tratti temperamentali e caratteriali della personalità. In base a questo modello circa il 50% della personalità può essere attribuito al temperamento, fortemente influenzato da variabili genetiche, e il restante 50% al carattere, ampiamente determinato da variabili ambientali.

Il temperamento è definito come l'espressione di risposte emotive automatiche, in parte determinate geneticamente, che si mantengono stabili nella vita. Le dimensioni del temperamento sono la Novelty Seeking NS (ricerca delle sensazioni), Harm Avoidance HA (evitamento del danno), Reward Dependence RD (dipendenza dalla ricompensa), Persistence P (persistenza). Il carattere esprime differenze individuali nel concetto di sé, nei valori e negli obiettivi di vita che possono influenzare le scelte, gli scopi e il significato dato dalle proprie esperienze; viene modulato dal contesto familiare, dall'apprendimento sociale e dalle attese culturali dei ruoli e si sviluppa gradualmente dall'infanzia fino all'età adulta. Le dimensioni del carattere sono: la Self-Directedness SD (Autodeterminazione), Cooperativeness C (Cooperatività), Self-Transcendence ST (Autotrascendenza).

Tempo di completamento: 35- 50 minuti.

Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Derogatis, L. (1994). Adattamento italiano a cura di Sarno I., Preti E., Prunas A., Madeddu F., (2011)

Il test SCL-90-R è un questionario autosomministrato composto da 90 items e valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici relativi ai disturbi eventualmente esperiti nel corso dell'ultima settimana. Tale questionario può essere utilizzato come strumento di screening non solo in un contesto psichiatrico ma anche in altri contesti e può trovare collocazione anche nella ricerca dove ben si presta alla valutazione ripetuta della sintomatologia essendosi dimostrata sufficientemente sensibile ai cambiamenti. Dal punteggio vengono individuate dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato: I) Somatizzazione (SOM); II) Ossessione-Compulsione (O-C); III) Sensibilità interpersonale (INT); IV) Depressione (DEP); V) Ansia (ANX); VI) Ostilità (HOS); VII) Ansia fobica (PHOB); VIII) Ideazione paranoide (PAR); IX) Psicoticismo (PSY); X) Disturbi del sonno (SLEEP).

Tempo di completamento: 15- 20 minuti.

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Barratt E.S. e Stanford M.S., (1995) Adattamento italiano a cura di Fossati A., et al. (2001).

La BIS-11 è uno dei test di auto-somministrazione più usati per la valutazione dell'impulsività. La Scala è particolarmente indicata per lo studio dei rapporti fra impulsività e patologia psichiatrica ed è utilizzata in ambito clinico, anche per valutare i cambiamenti dell'impulsività nel quadro clinico. Valuta l'“impulsività” intesa come mancanza di controllo sui pensieri e comportamenti. La scala considera tre tipi di impulsività: a) Impulsività motoria; b) Impulsività senza pianificazione; c) Impulsività attentiva. Il punteggio totale della BIS-11 è risultato correlato in modo significativo con misure di aggressività e con l'ADHD.

Tempo di completamento: 8 – 10 minuti.

Toronto Alexitimia Scale a 20 items (TAS-20) di Bagby, Taylor, Parker (1985) Adattamento Italiano a cura di Bressi et al. (1996)

La TAS-20 è un questionario self-report sull'alessitimia, ossia una serie di deficit della competenza emotiva. Composto da 20 items con possibilità di risposta su scala Likert a 5 punti che va da 1= non sono per niente d'accordo a 5= sono completamente d'accordo. Il test valuta tre fattori fondamentali dell'alessitimia: la difficoltà nell'identificare i sentimenti distinguendoli dalle sensazioni corporee di eccitazione emotiva; la difficoltà nel comunicare i sentimenti e le emozioni alle altre persone; il focus dell'attenzione orientato quasi sempre all'esterno e non verso i propri processi endopsichici.

Tempo di completamento: 5 – 8 minuti.

CORE-OM (Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE—OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180 (1), 51-60; DOI: 10.1192/bjp.180.1.51.)

Il Core-OM è stato progettato per ottenere le informazioni relative allo stato di salute mentale prima, durante e alla fine di un intervento ovvero pre- e post-intervento per valutare il cambiamento avvenuto nell'utente durante il periodo dell'intervento. Il Core-OM è una misura composta da 34-item generici di disagio psicologico che è pan- teorica (cioè non associata ad una scuola di terapia), pan- diagnostica (cioè non focalizzata su un singolo problema), e attinge agli aspetti che vengono considerati quelli più importanti da misurare nella salute mentale e dipendenze secondo gli operatori del campo. Il Core-OM è composto da 4 dimensioni: Benessere (4 item); sintomi (12 item - depressione × 4 , ansia × 4 , traumi × 2 , fisici × 2); Funzionamento (12 item - generali × 4 ,

sociali × 4, stretti rapporti × 4); e rischio (6 item - a sé × 4 o ad altri × 2). Ci vogliono tra i 5-10 minuti per compilarlo.

ICF-Dipendenze costituisce la prima applicazione italiana dell'ICF nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Il set di strumenti si compone di un protocollo per l'osservazione da parte degli operatori, di un questionario per l'autovalutazione del paziente e di due moduli elettronici che generano un profilo di funzionamento e un quadro di comparazione dei dati a distanza di tempo. Non secondariamente, ICF-Dipendenze permette di confrontare le necessità di sostegno percepite dal paziente con quelle valutate dall'operatore sanitario o sociale.

Senza essere uno strumento diagnostico, ICF-Dipendenze permette di valutare il "funzionamento" dei pazienti in diverse attività della vita quotidiana, al fine di programmare percorsi di recovery basati sulle evidenze.

Inoltre:

- consente un confronto ed una continuità nei percorsi di recovery tra servizi ambulatoriali, comunità terapeutiche e servizi territoriali;
- è uno strumento interdisciplinare che può essere utilizzato da ogni figura professionale e completato in meno di un'ora;
- restituisce dati semplici da comprendere anche per il paziente, identifica sia le sue risorse che le fragilità e per questi motivi risulta essere ben accetto, promuove consapevolezza e compliance.

Tempo di completamento 50-60 minuti