

IL futuro DEI servizi PER LE dipendenze
A TRENT'ANNI DAL DPR 309/90

WEBINAR FAD SINCRONA

mercoledì 4 – giovedì 5 NOVEMBRE 2020

IL TRATTAMENTO DEL GIOCATORE PATOLOGICO: QUALE FUTURO PER I SERD?

DOTT.SSA MARGHERITA TADDEO
SERVIZIO GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E DIP.COMPORTAMENTALI
DIPART. DIP. PATOLOGICHE ASL TA
DIRETTIVO NAZIONALE FEDERSERD
COMPONENTE OSSERVATORIO PER IL CONTRASTO E LA DIFFUSIONE DEL GIOCO
D'AZZARDO - MINISTERO DELLA SALUTE



CENNI GENERALI: **GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (DGA)**

E' conseguenza secondaria di un iniziale comportamento volontario di gioco d'azzardo che diventa persistente in un individuo che presenta particolari condizioni neuropsichiche di vulnerabilità allo sviluppo di dipendenza se sottoposto a stimoli di gioco.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce «Il gioco d'azzardo patologico» ora DGA come una “forma morbosa chiaramente identificata, che in assenza di misure idonee di informazione e prevenzione, può rappresentare, a causa della sua diffusione, un autentica malattia sociale.”

1980 – APA ,Il gioco d’azzardo assume la connotazione di un vero e proprio disturbo psichiatrico, così come ufficialmente riconosciuto dall’American Psychiatric Association;

1994 - il gioco d’azzardo patologico (GAP) è stato classificato nel DSM-IV come .“comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative”;

2013 - l’APA ha elaborato una nuova definizione più aggiornata e scientificamente corretta ovvero: "Disturbo da Gioco d'Azzardo" (APA - DSM V 2013). L’ICD-10 (International Classification Disease) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo ha inserito tra i “disturbi delle abitudini e degli impulsi”.

IL FUTURO DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

A TRENT'ANNI DAL DPR 309/90

VENIA FIO SIRONI

mercoledì 4 – giovedì 5 NOVEMBRE 2020

COMORBIDITA: il Disturbo da Gioco d’Azzardo è a tutti gli effetti una dipendenza patologica *“sine substantia”*. In ambito clinico infatti è dimostrata in letteratura la comorbilità con altre patologie:

DEPRESSIONE, L’IPOMANIA, IL DISTURBO BIPOLARE, L’IMPULSIVITÀ, L’ABUSO DI SOSTANZE (ALCOL, TABACCO, SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI), DISTURBI DI PERSONALITÀ (ANTISOCIALE, NARCISISTICO, ISTRIONICO, BORDERLINE),

LA PREVALENZA tra la popolazione adulta del Disturbo da gioco d’azzardo, secondo il precedente DSM-IV varia dall’1 al 3% della popolazione, con una maggiore diffusione tra familiari e parenti di giocatori.



Il DGA al pari di ogni altra dipendenza, sembra essere la risultante di più fattori che si integrano tra di loro.

Oltre alla condizione di vulnerabilità genetica individuale vi sono alterazioni di tipo neurofunzionale dei sistemi neurobiologici che riguardano:

- gratificazione (sistema di reward dopaminergico con risposta anomala al gioco d'azzardo),**
 - controllo degli impulsi (corteccia prefrontale con deficit dell'autocontrollo)**
 - funzioni cognitive correlate (presenza di credenze e distorsioni cognitive in relazione alle reali possibilità di vincita e al controllo della fortuna)**
- 

FATTORI DELLA DIPENDENZA

Come nelle altre forme di dipendenza, vanno considerate altre variabili: **familiarità, ambiente sociale, offerta di occasioni di gioco.** Ulteriori elementi di vulnerabilità sono rappresentati da **tratti di personalità.**



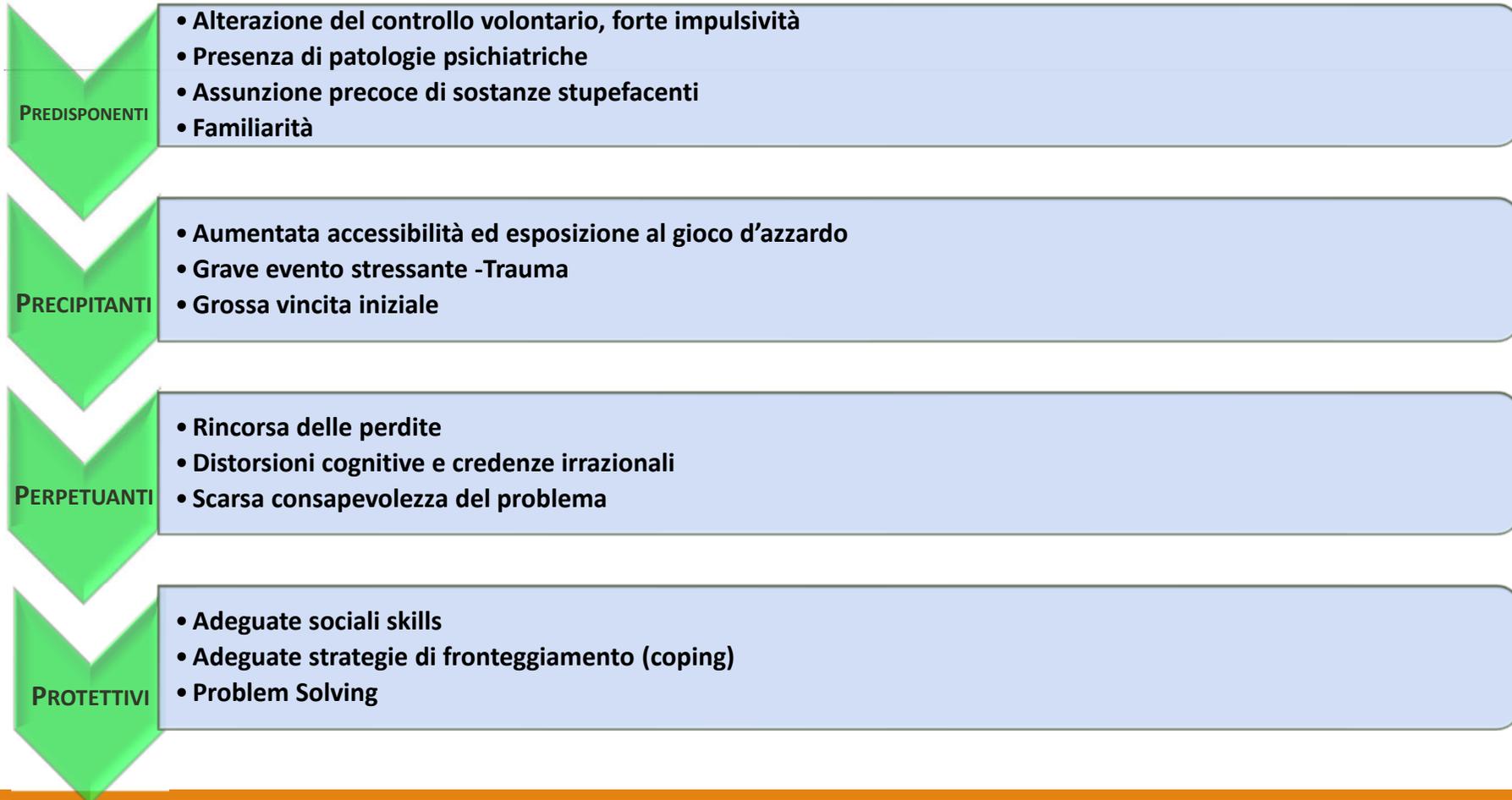
TRATTI DI PERSONALITA'

- IMPULSIVITA'**
 - RICERCA DI SENSAZIONI FORTI (sensation seeking)**
 - RICERCA DI NOVITA' (novelty seeking)**
 - PROPENSIONE AD ASSUMERE COMPORTAMENTI A RISCHIO (risk taking behavior)**
 - STILE DI COPING MALADATTIVO**
 - ALESSITIMIA**
- 

CLINICA DEL DGA



CLINICA DEL GAP





PERCHÈ I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE? E I SERD?

Il Decreto Balduzzi (D.L. 13-9-2012 n. 158, convertito con L. 189/2012) individua il Ser.T. quale servizio di riferimento per le persone con gioco d'azzardo patologico ed i loro familiari.

Il Serd garantisce una pronta accoglienza dei singoli utenti e delle loro famiglie attraverso un accesso al Servizio diretto, senza richiesta di prenotazione (CUP), né di richiesta medica

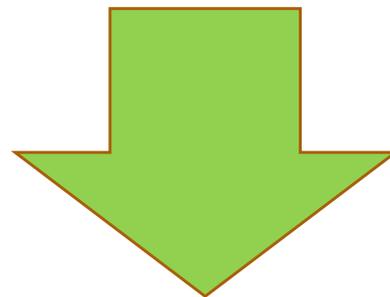
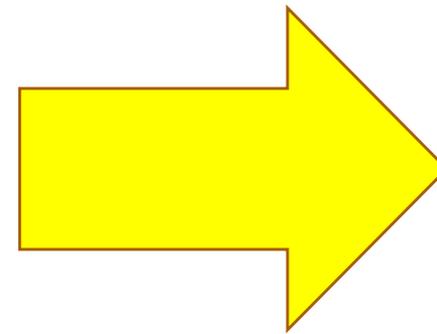
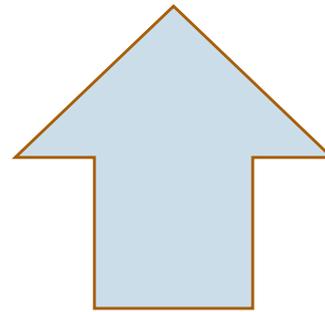
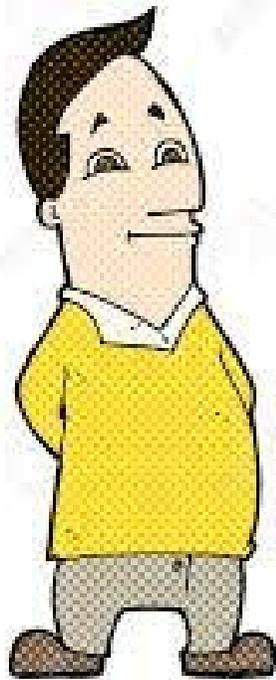




SERD E TRATTAMENTO DEL DGA

- ❖ L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato i dati relativi **all'indagine sui Servizi e strutture per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo (DGA)**, realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute
 - ❖ Il 44% di questi Servizi risultano ubicati al Nord, il 24% nel Centro Italia, il restante 32% nel Sud e nelle Isole.
 - ❖ **Servizi gratuiti:** Per quanto concerne i SerT/SerD il servizio è nel 98% dei casi a carico del SSN . Nel privato sociale solo il 23% eroga prestazioni gratuite.
 - ❖ **Tempi di attesa** – 61% dei SerT/SerD e 81% del privato sociale – sono inferiori ai sette giorni.
- 

VERSO I PDTA PER PAZIENTI CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO



PDTA PER PAZIENTI DGA

-
- ❑ **Linee d'azione Ministero della Salute 2017;**
 - ❑ **Dipartimento Politiche Antidroga 2013;**
 - ❑ **Deliberazione Giunta regionale Umbria 2017;**
 - ❑ **Regione Sicilia Gazzetta Ufficiale regione Sicilia 2015;**
 - ❑ **National Institute on Drug Abuse (NIDA) National Institute of Health U.S. Department of Health and Human Services 2012;**
 - ❑ **Ministry of Health, College of Medicine Building, Singapore 2011;**
 - ❑ **Australian Government-National Health and Medical Research (NHMRC) Monash University e University Melbourne 2011 ;**
 - ❑ **Massachusetts Department of public Health's Developed by Massachusetts Council on Compulsive Gambling (2004)**

PDTA- RITENZIONE IN TRATTAMENTO

- 1. Programmi più intensivi e integrati**
- 2. Coinvolgimento delle famiglie**
- 3. Maggiore articolazione in termini di offerte terapeutiche**
- 4. Professionalità qualificate e differenziate**

Korn e Shaffer(2004)

PDTA PER PAZIENTI DGA

- ❑ **DIPENDENZA PATOLOGICA CON CARATTERISTICHE DISTINTIVE RISPETTO ALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE CHE RICHIEDE UNA FORMAZIONE SPECIALISTICA**
- ❑ **TRATTAMENTO INTEGRATO**
- ❑ **ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA' AL TRATTAMENTO**
- ❑ **APPROCCIO PERSONALIZZATO E MULTI INTEGRATO :PSICOTERAPIA,PSICOFARMACOTERAPIA,INTERVENTI FINANZIARI,EDUCATIVI E DI AUTOAIUTO SUL PAZIENTE E SUL SISTEMA FAMILIARE;**
- ❑ **MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO E FLESSIBILITA' AL VARIARE DELLA CONDIZIONE CLINICA**
- ❑ **PERCORSI INTEGRATI IN PRESENZA DI COMORBIDITA'PSICHIATRICA E/O DI ALTRE DIPENDENZE**
- ❑ **INTEGRAZIONE TERRITORIALE : INTEGRAZIONE DELL'INTERVENTO CLINICO CON L' INTERVENTO DI RETE**
- ❑ **INTEGRAZIONE SERVIZIO PUBBLICO/PRIVATO SOCIALE**

PDTA PER PAZIENTI DGA NEL SERD

- PROGRAMMI INTENSIVI**
- PERCORSI INTEGRATI**
- LAVORO CON LE FAMIGLIE**
- PLURALITA' DI OFFERTE TERAPEUTICHE**
- EQUIPES MULTIDISCIPLINARI**

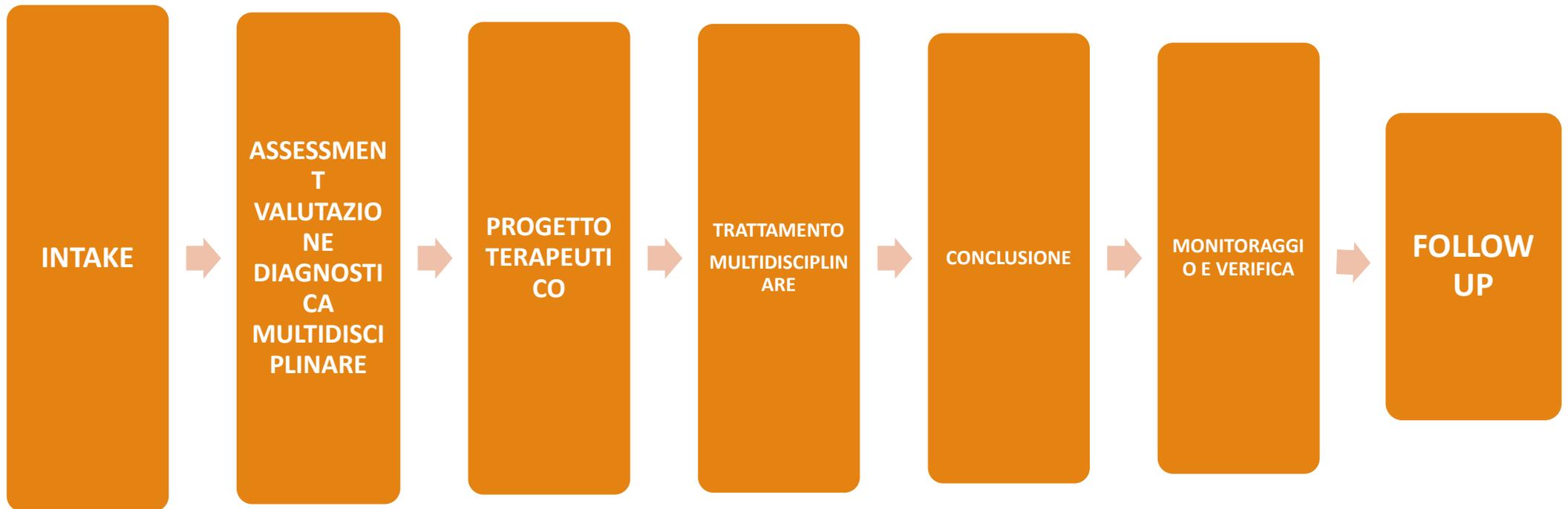
APPROCCI TERAPEUTICI

- COGNITIVO COMPORTAMENTALE**
- SISTEMICO-RELAZIONALE**
- PSICODINAMICO**
- UMANISTICO**
- BEHAVIORISTA**

STRUMENTI PER LA DIAGNOSI

- ❖ **DSM 5** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)
- ❖ **SOGS** *South Oaks Gambling Screen, Lesieur e Blume, 1987).*
- ❖ **BIS 11** – *IMPULSIVITA' Barratt Impulsiveness Scale, Barratt e Stanford, 1995)*
- ❖ **GRCS** (Gambling Related Cognition Scale) Distorsioni cognitive
- ❖ **ABQ** (Addiction Behavior Questionnaire) comportamenti correlati all'addiction
- ❖ **IGT** – *la capacità decisionale Iowa GamblingTasks, Bechara, Damasio, Tranel e Anderson, 1994),*
- ❖ **GABS** *la presenza di distorsioni cognitive relative al gioco d'azzardo e al caso (- GamblingAttitudes and BeliefsSurvey, Breen e Zuckerman,1999)*
- ❖ **TCI** *il temperamento (-Temperament and Character Inventory, Cloninger, 1994)*
- ❖ **MMPI** –*II, Minnesota Multiphasic Inventory di Hathaway e McKinley,1942;*
- ❖ **Millon** *Clinical Multiaxial Inventory, Millon , 1969;*
- ❖ **BFI** –*Big Five Inventory, 1993)*

**PERCORSO AMBULATORIALE
ALL'INTERNO DEL SERVIZIO PUBBLICO
PER LE DIPENDENZE**



CARATTERISTICHE DEL TRATTAMENTO

- ❖ COLLOQUIO MOTIVAZIONALE
- ❖ PSICOTERAPIA INDIVIDUALE, DI GRUPPO, FAMILIARE
 - ❖ TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
- ❖ PSICOEDUCAZIONE INDIVIDUALE E/O DI GRUPPO
 - ❖ TUTORAGGIO ECONOMICO
- ❖ ATTIVAZIONE DI PROGRAMMI TERAPEUTICI SEMIRESIDENZIALI O RESIDENZIALI
 - ❖ CONSULENZA LEGALI E FINANZIARIE
 - ❖ GRUPPI DI AUTOAIUTO
- ❖ ORIENTAMENTO E ACCOMPAGNAMENTO IN PERCORSI DI INSERIMENTO LAVORATIVO TERAPEUTICO E SOCIO-RIABILITATIVO
 - ❖ ATTIVAZIONE PROCEDURA DI NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- ❖ PRESA IN CARICO DEL SOLO FAMILIARE QUANDO IL GIOCATORE NON E' DISPONIBILE
 - ❖ LAVORO DI RETE (SERD, CSM.CT ECC)
 - ❖ AZIONI DI MONITORAGGIO DEL PERCORSO DI CURA
 - ❖ VERIFICA DELL'OUTCOME DA PARTE DEL SERVIZIO



MODELLI DI RIFERIMENTO

La terapia cognitivo-comportamentale in base agli studi effettuati negli ultimi decenni, anche con neuroimaging, pur se ancora non sufficienti, si è rivelata significativamente efficace per le dipendenze ed in particolare per il Disturbo da Gioco d'Azzardo

(Okuda et al. 2010; Ladouceur et al. 2001; Petry et al. 2006 ; Sylvain, C., Ladouceur e Boisvert, 1997; Toneatto, 2002; Korn e Shaeffer 2004; Ladouceur, 1994; Mason, 2005; Petry et al., 2006; Sampl 2006; Sharpe, 2002; Toneatto e Ladouceur, 2003; 2004, Kennedy et al., 2007; Mundo, 2009; Cochrane Primary Health Care Field - PEARLS - Practical Evidence About Real Life Situations , 2013)



TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

La **terapia cognitivo-comportamentale (TCC)** integra il lavoro di ristrutturazione cognitiva con tecniche comportamentali finalizzate sia allo sviluppo delle abilità sociali e relazionali (*Social Skills Training, Assertive Training*) che allo sviluppo delle capacità decisionali e di fronteggiamento dei problemi (*Problem Solving*), nonché al controllo dello stimolo e alla prevenzione delle ricadute (Marlatt e Gordon, 1985).



OBIETTIVI DELLE TERAPIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

Lo scopo delle terapie cognitivo-comportamentali deve essere quello di identificare e tentare di cambiare le distorsioni cognitive del giocatore d'azzardo patologico agendo su due fronti quello cognitivo e quello comportamentale.



DIAGNOSI SISTEMICA E TERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE

Il DGA può essere considerato come un disturbo della famiglia (family disease, Hineman), pertanto è necessario aiutare la famiglia del giocatore allo stesso modo di quest'ultimo.

Il trattamento del DGA deve considerare il contesto relazionale di riferimento del giocatore nei diversi casi:

La famiglia come fattore causale nella genesi della dipendenza da gioco;

La famiglia come contesto che soffre delle conseguenze derivate dal sintomo

La famiglia e il partner come risorsa per motivare il soggetto ad affrontare il problema. (Maurizio Coletti)

TERAPIA FARMACOLOGICA

I farmaci prescritti in seguito ad una valutazione delle condizioni cliniche del paziente, vengono usati per attenuare l'ansia o la depressione e possono essere preesistenti o conseguenti alla comparsa del disturbo. In alcuni casi sono usati per ridurre il craving.

(Grant et al. 2007, 2010; Dannon et al., 2005) o l'impulsività ((Kim et al., 2001; (Hollander, 1992; Zack, 2009)

L. N.208 DEL 28.12.2015 (LEGGE STABILITÀ 2016) ART.1 C. 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, presso il Ministero della salute e' istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP).

Il Fondo e' ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, 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 di cui al periodo precedente e' autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016.

OSSERVATORIO E PIANO DI ATTIVITA' GAP

L'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave è stato ricostituito con decreto interministeriale il 12 agosto 2019 dal Ministero della Salute, con il Ministero dell'Economia e delle Finanze presso il Ministero della Salute ai sensi della [legge n. 190 del 2014](#), art. 1, comma 133) e provvede a :

- ❖ Monitorare la dipendenza dal gioco d'azzardo;
- ❖ Monitorare le azioni di prevenzione e di cura intraprese;
- ❖ Aggiornare sulla base delle evidenze scientifiche le linee d'azione per garantire le prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione nei confronti delle persone affette da DGA;
- ❖ Valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e della dipendenza grave;
- ❖ Esprimere i pareri sui Piani di attività presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano;
- ❖ Svolgere le funzioni assegnate dalla legge

ATTIVITA' DEL NUOVO OSSERVATORIO

- **L'Osservatorio si e' insediato in data 16 dicembre 2020, presso il Ministero della Salute, ha cominciato subito la valutazione dei piani di attivita;**
- **Con nota prot.3776 del 6.02.2020 il Ministero ha comunicato l'approvazione dei piani Regionali e spostato il termine del 31.03.2020 previsto dall'art.2 al 28.09.2020.**
- **L'Osservatorio si e' posto come ulteriore obiettivo l'elaborazione degli indicatori utili per la valutazione delle relazioni tecnico finanziarie di cui allo stesso articolo;**
- **Definizione e approvazione delle Linee Guida e dei PDTA nazionali sul DGA gia' avviate con il precedente Osservatorio**

FOCUS:REGIONE CAMPANIA

SOGGETTI CHE SI SONO RIVOLTI AI SERVIZI TERRITORIALI PER GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO TREND 2013-2019

ASL	2013	2019
Avellino	34	118
Benevento	10	37
Caserta	43	512
NA 1 Centro	116	422
NA 2 nord	98	565
NA 3 sud	151	289
Salerno	136	710
Totale	588	2.653

INCREMENTO DEL 400% DI SOGGETTI CHE HANNO FATTO DOMANDA DI TRATTAMENTO PER GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
Netta prevalenza di maschi sulle femmine di circa 10 a 1 (maschi = 2.405, femmine = 248). La fascia di età prevalente di accesso ai servizi si aggira tra i 35 e i 49 anni

OBIETTIVI PIANO DI ATTIVITA' GAP CAMPANIA

Obiettivo Generale 1: Prevenzione universale e selettiva

Obiettivo Generale 2: Indagine epidemiologica

Obiettivo Generale 3: Cura e riabilitazione

Obiettivo Generale 4: Formazione

Obiettivo Generale 5: Appropriatezza clinica e rischio clinico

Obiettivo Generale 6: Azione di supporto e accompagnamento al gruppo di lavoro interistituzionale

PUNTI DI FORZA E CRITICITA'

LE ATTIVITÀ DEL PIANO HANNO PORTATO AI SEGUENTI RISULTATI POSITIVI:

- 1. Aumento dei cittadini in carico**
- 2. Tutti i ser.D. Sono stati dotati di strumentazione specialistica per l'analisi della domanda in materia e per la relativa certificazione e/o presa in carico**
- 3. Aumento del numero di servizi di secondo livello**
- 4. Realizzazione di centri diurni dedicati**
- 5. Aumento delle azioni territoriali di prevenzione**
- 6. Aumento delle competenze in materia con la partecipazione a corsi di formazione aziendali**

PERMANGONO LE SEGUENTI CRITICITÀ:

- 1. Arrivo tardivo dei fondi**
- 2. Carenza di personale e blocco delle assunzioni**

SPESA GIOCHI

RACCOLTA TOTALE ANNO 2019
110,5 miliardi di euro
(Libro blu monopoli di stato)

Contributo al
11,4 mili

GIOCO DISTANZA

36,4 (32,9%)
miliardi di euro

GIOCO FISICO

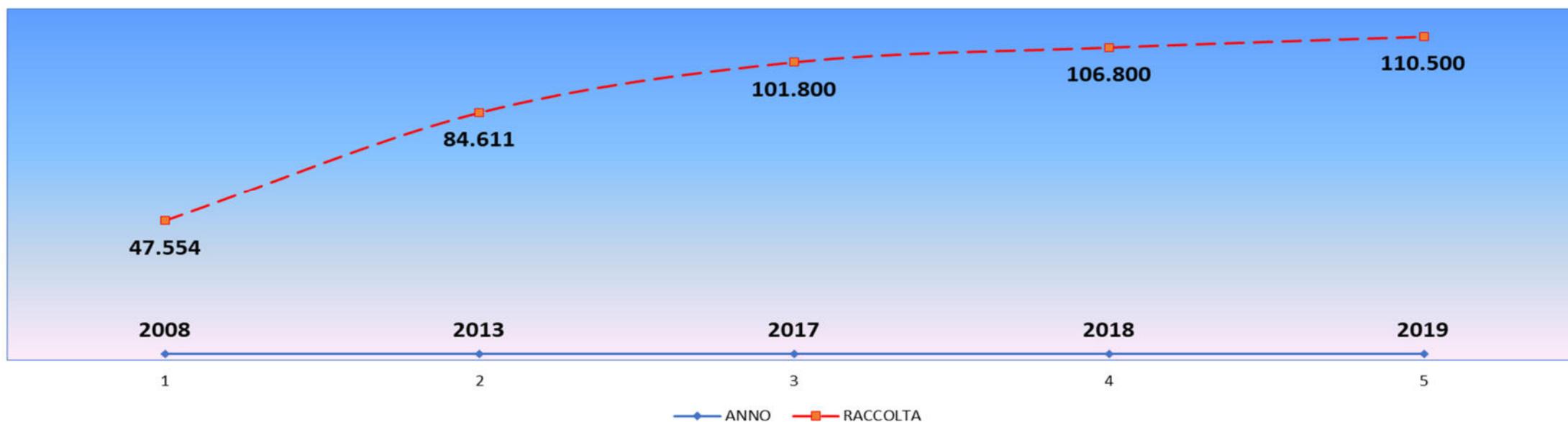
74,1 (67,1%)
miliardi di euro

Apparecchi VLT
57.938
Apparecchi AWP
263.198

SPESA GIOCHI

La Raccolta pro capite 2019 – calcolata sulla popolazione maggiorenne residente in Italia censita dall'ISTAT – è pari a circa **2.180 euro**.

EVOLUZIONE DELLA RACCOLTA 2008 - 2019 (DATI IN MILIONI DI EURO)





RACCOLTA PRO-CAPITE REGIONALE SU RETE FISICA:

Dati del consumo pro-capite di gioco d'azzardo legale, calcolato sui giochi presenti sulla rete fisica (escluso dunque l'online), tenendo conto della popolazione maggiorenne residente.

Sul podio **Abruzzo, Lombardia e Campania**. Chiudono la graduatoria Calabria, Basilicata e Valle d'Aosta. La media nazionale è di 1.463 euro a testa.

Abruzzo	1.770
Lombardia	1.725
Campania	1.611

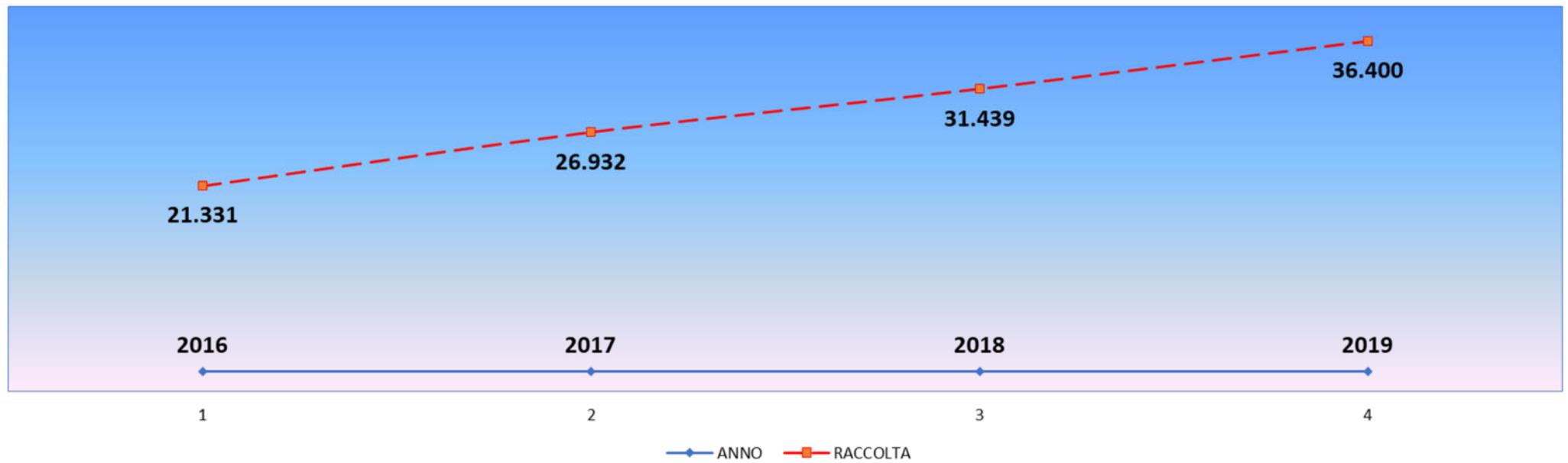
GIOCO ONLINE:

IL 33% DELLA RACCOLTA TOTALE

Nel 2019 è stata pari a 36,4 miliardi di euro (+16% rispetto al 2018), un terzo delle giocate complessive in Italia.

Dal seguente grafico si evince il netto aumento della Raccolta online negli ultimi quattro anni (+70%), **la cui incidenza sulle giocate complessive registrate in Italia è passata dal 22% del 2016 al 33% del 2019**

Gioco online - Raccolta 2016/2019 (dati in milioni di euro)



COVID E GIOCO D'AZZARDO

- ❖ IL DPCM. 8 marzo 2020 e le Direttive del Direttore dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli ha previsto la sospensione del gioco d'azzardo.
- ❖ Il lockdown ha prodotto una contrazione del Gioco D'azzardo e ad un viraggio dal gioco fisico a quello online. CNR di Pisa **GAP io restoacasa.**
- ❖ I Servizi confermano astinenza e controllo del craving di gioco da parte dei pazienti. Il lockdown ha 'protetto' i giocatori problematici, aiutandoli a non giocare e le famiglia.
- ❖ I giocatori on line in carico ai Servizi sono stati protetti anche dall'autoesclusione dai siti online.
- ❖ Nei mesi successivi si è registrato un aumento delle richieste di aiuto tanto che sebbene i mesi di chiusura non si sono registrate differenze rispetto alle richieste di presa in carico dello stesso periodo del 2019.
- ❖ Il DPCM del 24 ottobre 2020
- ❖ Il CDM con il decreto ristoro del 27 ottobre.

COVID E GIOCO D'AZZARDO

Quali SONO STATE E QUALI SARANNO le implicazioni terapeutiche dei Servizi che si occupano di DGA?

- La programmazione degli interventi nel rispetto delle pratiche di prevenzione per la tutela dei pazienti e degli operatori;
- Un aumento della richiesta di aiuto dovuta ad una nuova consapevolezza sulla propria problematicità;
- Un aumento di richieste di aiuto che riguardano il genere femminile;
- Aumento del Gioco on line come riflesso del fatto che il COVID ha aumentato l'utilizzo dell'online
- Strutturare nuove modalità di approccio telefonico e on line per i gruppi terapeutici, di sostegno e autoaiuto.

CONCLUSIONE

- ❖ IL TRATTAMENTO INTEGRATO DEL DGA NEI DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE CON SERVIZI SPECIALISTICI DEDICATI.
- ❖ LA NECESSITA' DI UNA PLURALITA DI OFFERTE TERAPEUTICHE
- ❖ LA CENTRALITA' E LA COLLABORAZIONE CON IL PRIVATO SOCIALE E NELLA RETE CON GLI ALTRI SERVIZI
- ❖ L'OMOGENEITA' DEI TRATTAMENTI ATTRAVERSO LE LINEE DI AZIONE E I PDTA
- ❖ LE RISORSE PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE DERIVANTI DAI PIANI DI ATTIVITA' DELLE REGIONI.

**“Si possono negare quasi tutte le astrazioni: la giustizia, la bellezza, la verità, la bontà, lo spirito, Dio.
Si può negare la serietà, ma non si può negare il gioco”.**

Johan Huizinga

Grazie per l'attenzione!!