



IX CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD
Virtual Edition

FederSerD

LA **CLINICA** DELLE **DIPENDENZE**
Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia

Una modalità di trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo

live-streaming

FederSerD

23 novembre 2020 | ore 14.30-17.30

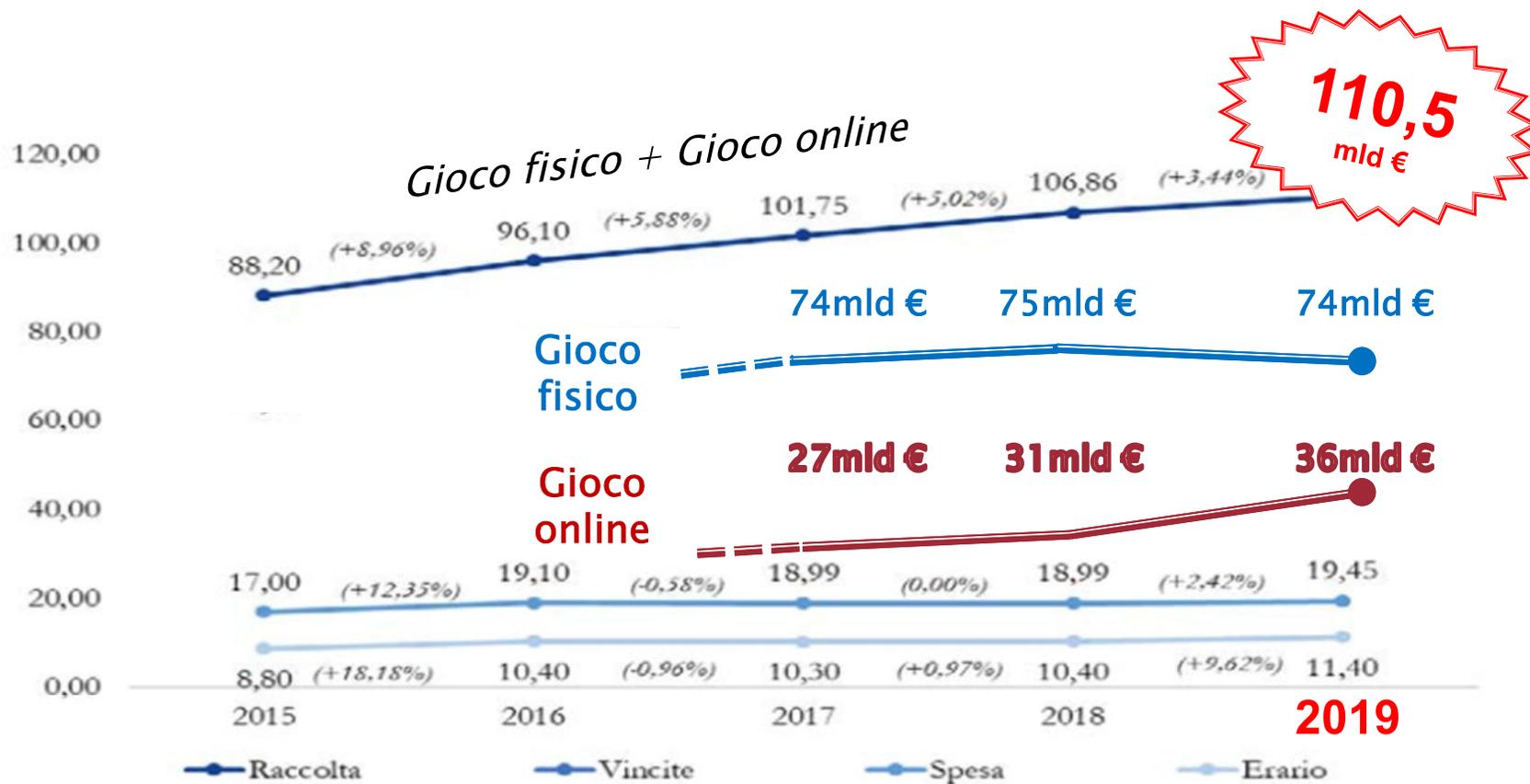
SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

The last session: la realtà dei territori

Dott. GIANMARIA ZITA
Servizio territoriale per le dipendenze patologiche
SerD – ASST FBF–Sacco



Aumento dei volumi d'azzardo in Italia



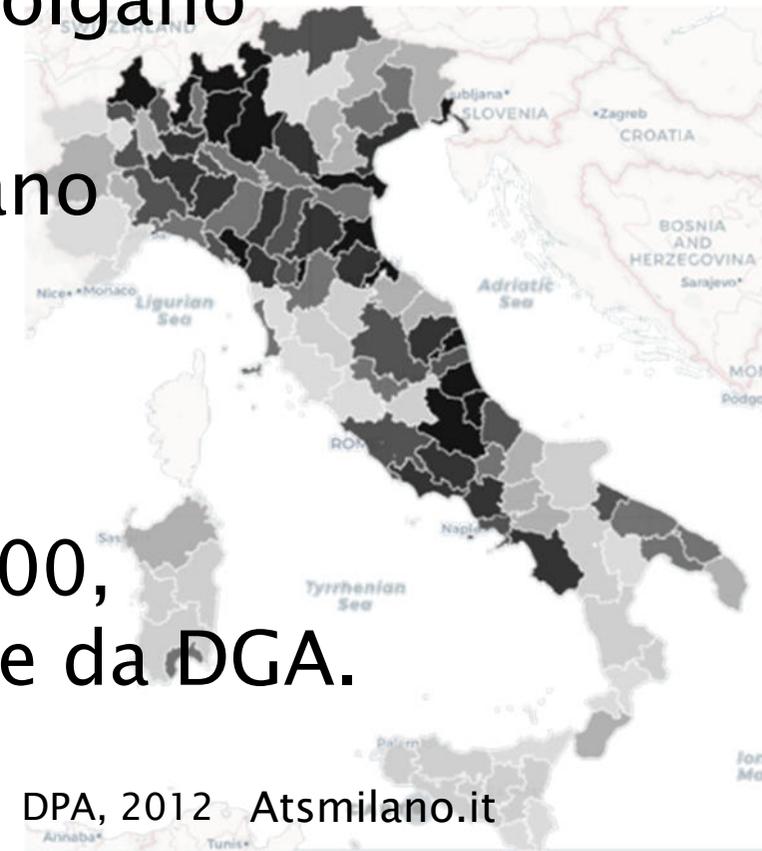
Fonte: elaborazione dati ADM su banca dati Sistema Business Intelligence Giochi e Tabacchi
Per ulteriori dettagli cfr. Appendice: Tabella aII.59

Valori espressi in miliardi di euro
Libro Blu Monopoli, 11/9/20



DGA in Italia

- ▶ Ricerche nazionali suggeriscono che in Italia i problemi col Gioco d'Azzardo coinvolgano tra il 2,5 e il 3% della popolazione.
- ▶ Le stime del problema italiano parlano quindi di circa 900.000 persone.
- ▶ La Lombardia è la regione con la maggior spesa nell'Azzardo.
- ▶ A Milano: secondo il DPA circa 40.000, per ATS circa 65.000 persone affette da DGA.





Territorio Milano città



DGA come un problema Complesso





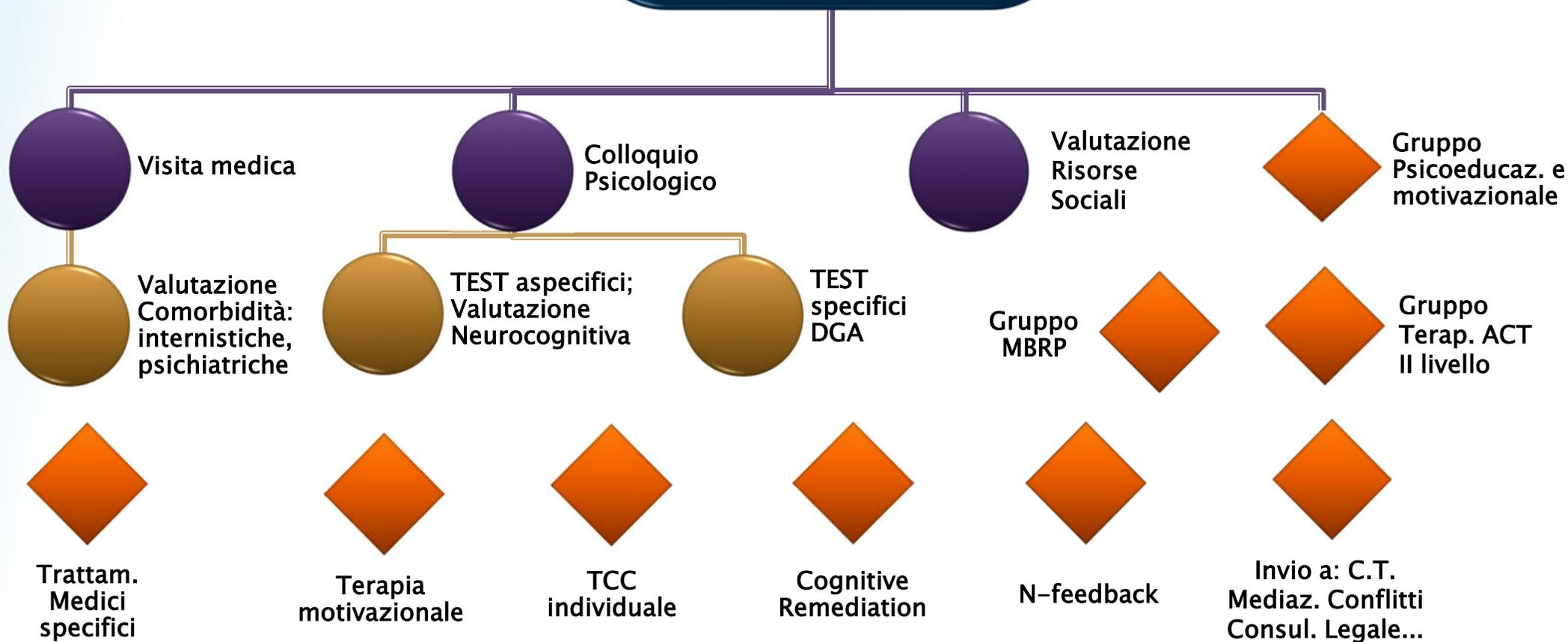
Come trattiamo questa malattia?

Organizzazione attuale della
Equipe GAP della
ASST FBF–Sacco

Lombardia, DGR 585 del 1/10/18: Contrasto al GAP

SerD Canzio

Triage pz DGA





Assessment

Multidisciplinarietà e complessità del processo di assessment per arrivare ad una **profilazione accurata** al fine di impostare piani *individualizzati* di trattamento

Obiettivi:

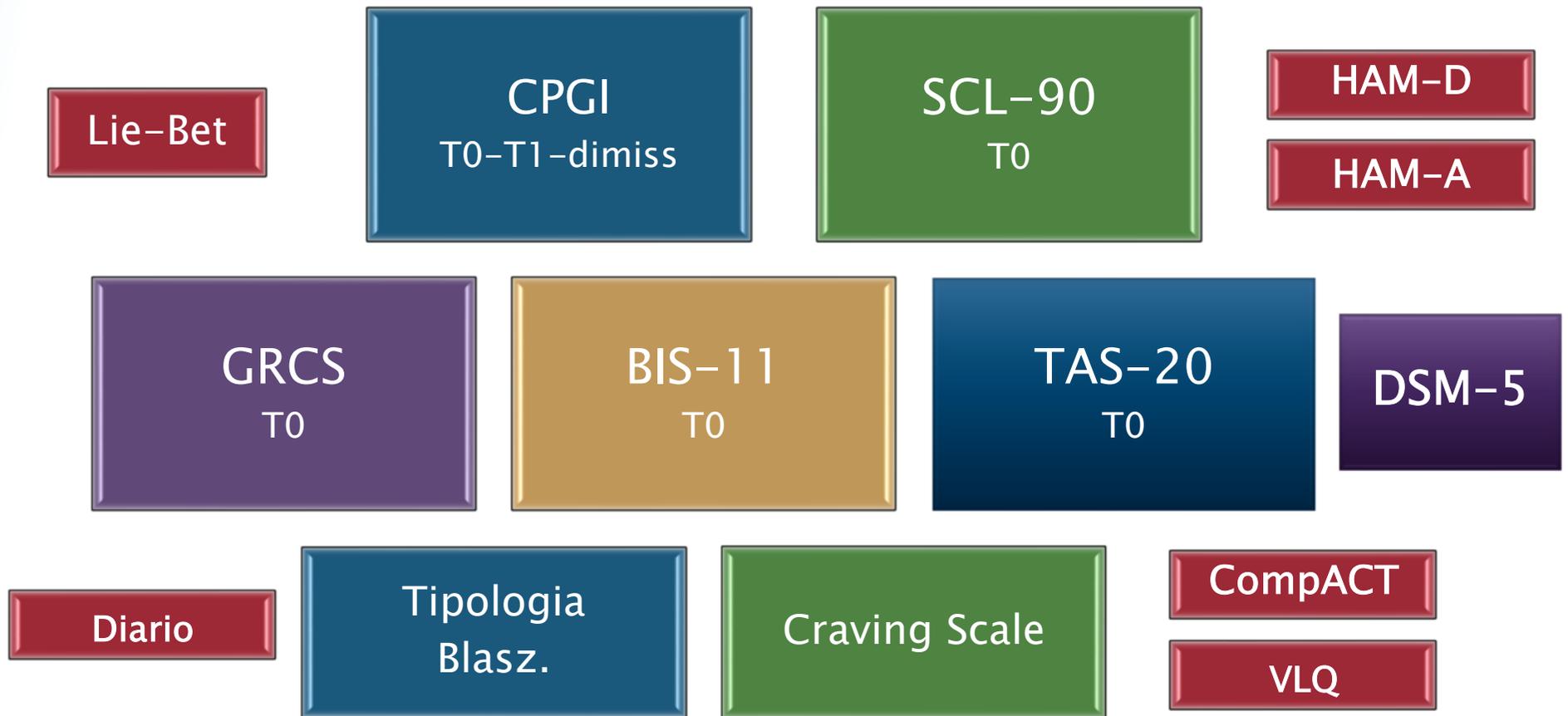


```
graph TD; A[Obiettivi:] --> B[Aumentare Efficacia & Riduzione Dropout];
```

Aumentare Efficacia & Riduzione Dropout



Numerosi strumenti di Assessment





Diagnosi secondo il DSM-5



A. Persistente GdA con disagio significativo. Per 12 mesi, 4 o più dei seguenti:

- ① ha bisogno di giocare d'azzardo con **quantità crescenti** di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
- ② è **irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre** o interrompere il gioco d'azzardo;
- ③ ha ripetutamente **tentato senza successo di controllare**, ridurre, o interrompere il gioco.
- ④ è **eccessivamente assorbito** dal gioco d'azzardo (per es., ha persistenti pensieri di rievocare esperienze passate di gioco d'azzardo, di soppesare o programmare l'azzardo successivo, di pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare)
- ⑤ Spesso **gioca d'azzardo quando si sente a disagio** (per es., indifeso, colpevole, ansioso, depresso)
- ⑥ dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per rifarsi (**rincorre le perdite**)
- ⑦ **Mente** per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo
- ⑧ ha **messo a repentaglio** o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo
- ⑨ fa **affidamento su altri** per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. Non è meglio attribuibile ad un **episodio maniacale**.



Valutazione del Gioco Problematico: C.P.G.I. *Canadian Problem Gambling Index*

È un test di screening che consente di valutare la presenza di comportamenti di gioco problematico. Le domande prevedono un formato di risposta a quattro passi (da “mai” a “sempre”).

I risultati del CPGI identificano **quattro** tipologie di pazienti:

- 1. Giocatore non problematico punteggio = 0**
- 2. Giocatore a “rischio” punteggio: da 1 a 2**
- 3. Giocatore problematico punteggio: da 3 a 7**
- 4. Giocatore patologico punteggio > 8**

Colasante et al, 2013



Valutazione dell'impulsività: BIS-11

Barrat Impulsiveness Rating Scale

- La BIS-11 valuta l'impulsività intesa come «agire senza pensare», come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti.
- 30 item su una scala Likert a 4 punti
- Tre tipi di impulsività:
 1. **cognitiva;**
 2. **motoria;**
 3. **assenza di pianificazione delle azioni.**

Allen et al., 1998



Valutazione delle distorsioni cognitive: GRCS

Gambling Related Cognition Scale

23 item su una scala Likert a 7 punti, offre i risultati su 5 variabili:

1. **Aspettative sul gioco**: pensare al gioco come mezzo per ridurre la tensione o per ricercare adrenalina».
2. **Illusione di controllo**: compiere rituali con l'idea che aumentino le probabilità di vincita.
3. **Controllo predittivo**: stabilire connessioni tra gli eventi di gioco, «siccome ho vinto vincerò ancora».
4. **Incapacità a smettere di giocare**: affermare che il desiderio di giocare è incontenibile.
5. **Distorsioni interpretative**: attribuire le vincite alle proprie capacità e tornare a giocare per questo.



Strumenti di Assessment: SCL-90

Scala universalmente nota per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica generale.

90 item che riflettono le 9 dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi che si osservano nei pazienti psichiatrici ambulatoriali (*non gravemente psicotici*).

- ▶ È una scala di autovalutazione item su una scala da 0 a 4.
- ▶ È necessario saper interpretare il significato dei punteggi.
- ▶ Gli item vanno a costituire:
 - 9 dimensioni psicopatologiche
 - 3 indici di gravità.

Utile spunto di riflessione clinica col paziente!



TAS-20 per valutare il grado di Alessitimia

Costrutto alessitimico (Nemiah, Sifneos, 1970):

- Difficoltà ad identificare i sentimenti distinguendoli dalla componente somatica delle emozioni;
- Difficoltà a descrivere e comunicare le proprie emozioni e sensazioni somatiche
- Pensiero centrato sulla realtà esterna o pensiero operatorio.



Tipologia di Blaszynczky

- Viene deciso dopo confronto clinico tra tutti i professionisti coinvolti.
- È molto importante stabilire la tipologia (I–II–III) nella quale rientra il paziente al fine di impostare un percorso terapeutico adeguato.
- Secondo alcuni AA infatti le varie tipologie risponderebbero diversamente a seconda dei trattamenti erogati.

Cruscotto testistica pz



TAS - 20	
Totale TAS	67
Alexitimia > 60 NON Alexitimia < 52	
Fattore 1	22
Difficoltà ad identificare i sentimenti valori: 7 - 35 (media 14)	
Fattore 2	14
Difficoltà a descrivere i sentimenti valori: 5 - 25 (media 10)	
Fattore 3	31
Pensiero orientato all'esterno valori: 8 - 40 (media 16)	

Imp. Attentiva		Imp. Motoria		Imp. Da Non Pianificaz.	
tot A	14	tot Im	17	tot Ac	15
tot Ic	7	tot P	7	tot Cc	10
TOTALE	21	TOTALE	24	TOTALE	25
TOTALE BIS-11		70			

Lettura punteggio BIS-11					
Percentile %	Impulsività			TOTALE	LETTURA:
	Attentiva	Motoria	Non pianif.		
>85%	22	25	35	>75	Very, very impulsive
70%	20	23	30	70	Very impulsive.
50%	18	21	27	65	Impulsive.
30%	16	19	24	60	Slightly impulsive.
15%	14	17	21	55	Not very impulsive.
<14%	ND	ND	ND	<54	NOT Impulsive

	SCL-90	Punti T		
		pazienti	non pazienti	
Somatizzazione	SOM	66,18	91,03	
Disturbi ossessivo compulsivi	OC	56,92	88,00	
Sensibilità nei rapporti interpersonali	IS	61,62	105,24	
Depressione	DEP	50,60	83,78	
Ansia	ANX	52,61	87,84	
Ostilità	HOS	70,43	117,50	
Ansia fobica	PHOB	58,61	91,89	
Ideazione paranoide	PAR	51,88	72,58	
Psicoticismo	PSY	59,43	108,40	
Indice di gravità globale	GSI	60,07	102,72	
Indice distress da sintomi positivi	PSDI	60,25	83,68	
Totale sintomi positivi	PST	57,29	78,88	

CPGI t0	16
----------------	-----------

CPGI dimiss	2
--------------------	----------

GRCS t0:		75				Media GCRS		16	
Aspettative sul Gambling		illusione di controllo		Controllo Predittivo		Impossibilità ad interrompere il Gioco		Bias interpretativo	
tot	12	tot	12	tot	18	tot	22	tot	11
media	3	media	3	media	3	m	4	media	3

GRCS t1:		53				Media GCRS		11	
Aspettative sul Gambling		illusione di controllo		Controllo Predittivo		Impossibilità ad interrompere il Gioco		Bias interpretativo	
tot	9	tot	9	tot	15	tot	11	tot	9
media	2	media	2	media	3	m	2	media	2

GRCS dimiss:		27				Media GCRS		6	
Aspettative sul Gambling		illusione di controllo		Controllo Predittivo		Impossibilità ad interrompere il Gioco		Bias interpretativo	
tot	5	tot	5	tot	7	tot	5	tot	5
media	1	media	5	media	7	m	5	media	5



Valutazione neurocognitiva

Effettuata a tutti i pazienti affetti da DGA

Impairment Neurocognitivo e Addiction

Inibizione/Attiv

Attenzione

Working mem

Decis.making

Deficit nel fx neurobiologico della **PFC** si traduce in dis-funzionamento comportamentale.

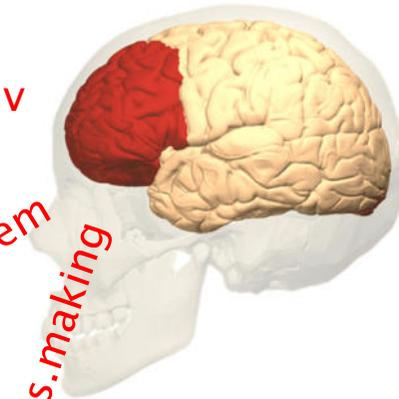
➤ Prevalenza impairment cognitivo nelle addiction: 30–80%

Sui processi decisionali, pianificazione e giudizio: *inibire il comportamento di gioco, contenere l'impulso, l'elaborazione delle emozioni associate, la critica di malattia...*

Deficit > impatto sul comportamento d'abuso > ridotta partecipazione del paziente > ricadute > ↑↑ **dropout**.

➤ *Deficit sono antecedenti all'uso o conseguenti (?)*

Ramey T, 2018





Valutazione Neuropsicologica: 2 step

1. Screening: focus su fx cogn. frequentemente compromesse nelle addiction (*attenzione, flessibilità cognitiva, memoria episodica anterograda, memoria di lavoro, fluenza fonemica*)
→ **Test Neuropsicologici specifici di screening** (n°1 incontro)
2. Approfondimento: in caso di screening “positivo” (almeno una funzione deficitaria) e/o per comprendere meglio il tipo di deficit e la valutazione complessiva del funzionamento.
→ **Batteria individualizzata più estesa** (n°2/3 incontri)



Valutazione Neuropsicologica

Attenzione

- Test dell'attenzione visiva (matrici attentive), Della Sala(1992)
- Test di Stroop, Caffarra(2002)
- Trail Making Test (TMT), Giovagnoli(1996)
- Dual Task, Della Sala (2010)
- WAIS Digit Symbol, (Ferradini e Vassena, 1975)
- PASAT, Amato (2006)

Linguaggio Funz visuo- costruttive

- Fluenza fonemica (F-A-S), Carlesimo(1996)
- Fluenza semantica (frutta-animali-auto), Novelli(1986)
- Funzioni visuo-costruttive
- Prassia visuo-costruttiva
- Figura complessa di Rey-Osterrieth (copia), Caffarra(2002)



Valutazione Neuropsicologica

Fx Esecutive

- Backward Span, Monaco (2012)
- Frontal Assessment Battery (FAB), Apollonio (2005)
- Modified Wisconsin Card Sorting Test (MCST), Caffarra (2004)
- Test di Stime Cognitive, Della Sala (2003)
- Torre di Londra, Sannio Fancello, Vio, Cianchetti (2006)
- Iowa Gambling Task, Bechara, Damasio et al. (1994)

Memoria

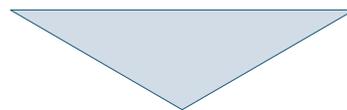
- Span di cifre, Orsini (1987)
- Span di cubi – test di Corsi, Orsini (1987)
- 15 Parole di Rey, Carlesimo (1996)
- 16 Parole di Mauri, Mauri & al. (1997)
- Rivermead Behavioural Memory Test, Wilson (1985)
- Figura complessa di Rey-Osterrieth (rievocazione differita), Caffarra (2002)



Trattamento del GAP

Eziologia multifattoriale

Aspetti biologici, ambientali, sociali e psicologici



Intervento multidisciplinare

Apertura a diversi approcci terapeutici



Gruppo di psicoeducazione e motivazionale



Aumentare la consapevolezza del problema e delle conseguenze negative

Aumentare i livelli di motivazione al cambiamento

Condividere esperienze, nuovi punti di vista e uscire dalla solitudine e dallo stigma

DURATA: 4 incontri di 90 min





Gruppo Mindfulness Based Relapse Prevention

Potenziare le capacità di risposta su automatismi, regolazione emotionale ed impulsività.

Sviluppo della consapevolezza dei trigger e delle reazioni abituali, pausa tra Stimolo e Risposta

Modificazione del rapporto con il disagio, riconoscere e gestire in modo funzionale le esperienze difficili

Promozione di una modalità non giudicante e compassionevole verso la propria esperienza

Durata: 8 incontri di 2 ore





Gruppo ACT

Acceptance e Commitment Therapy

PT-CC che offre strategie di cambiamento su basi contestuali ed esperienziali supportati da efficacia scientifica (*evidence based*)

«Getting where you want to go»

- Propone cambiamenti di prospettiva;
- Insegna abilità per occuparsi dei sentimenti dolorosi;
- Aiuta a chiarire le priorità per stabilire obiettivi concreti;
- Chiede di agire e richiede un impegno.

Durata: 6 incontri di gruppo di 90 minuti



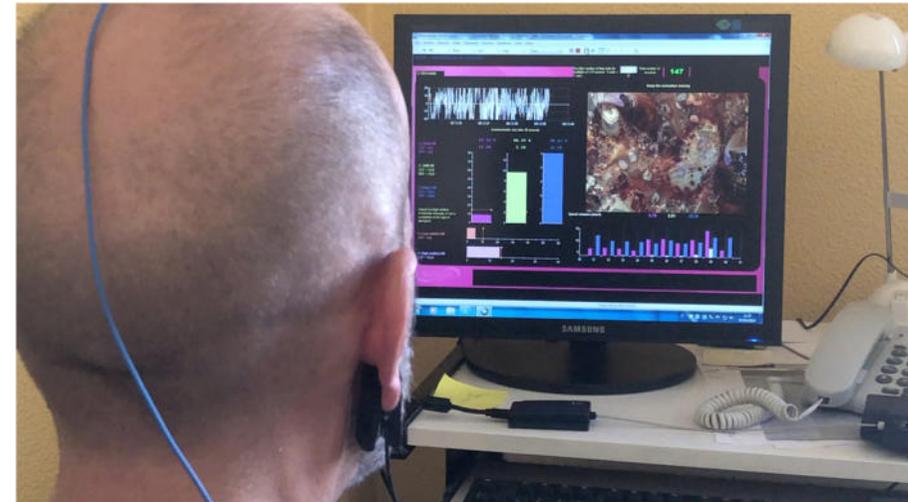
Hayes, 2004 - Torneke, 2010



Neurofeedback

Training specifico per imparare ad autoregolare il proprio stato mentale > (*ad es. ridurre l'interferenza del «Default Network» sulle normali attività*).

- ✓ Elettrodi registrano l'attività elettrica del cervello (onde alfa, beta, theta...) associata a determinati stati mentali.
- ✓ Feedback in tempo reale per vedere e poter variare la propria attività cerebrale.
- ✓ Sicuro e non invasivo.



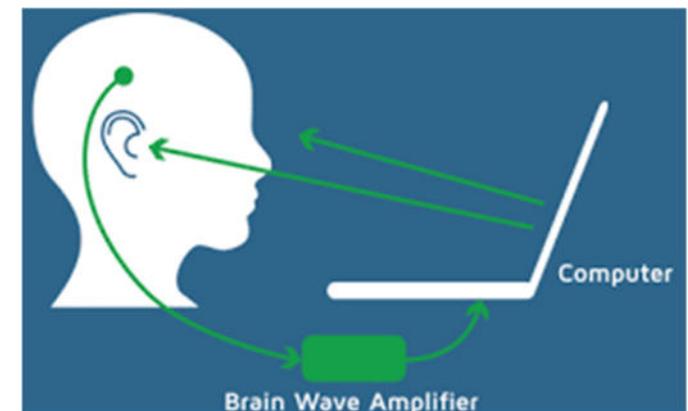


Neuro-Biofeedback

Associato anche al Biofeedback che interviene anche sulla modulazione di altri parametri corporei (*FC, PA, Temp. corporea, conduttanza cutanea, tensione muscolare...*).

Già sperimentato con efficacia in diverse patologie:

- Dolore cronico, fibromialgia
- ADHD
- Ansia e depressione
- Epilessia, Emicrania...





Neurofeedback

Necessità studi più sistematici per confermare le seguenti iniziali indicazioni nelle Addiction:

- ↑ Livelli di Attenzione
- ↑ Astensione e prevenzione delle ricadute
Peniston & Kulkawsky, 1991; Saxby & Peniston 1995; Scott et al. 2005 (RCT)
- ↑ Auto-regolazione > regolaz circuito dopaminergico
Kirshner et al., 2018; Dickerson 2018; Sokhadze et al. 2008;
- ↑ Controllo inibitorio
Keith et al. 2015; Rostami & Arani 2015; Trudeau, 2005
- ↓ Craving e lo stress correlato al craving
Dalkner et al, 2017; Hanlon et al. 2013; Horrell et al. 2010; Moradi et al. 2011

Luigjes et al., 2019



Altri strumenti di lavoro



Comportamenti da seguire durante il trattamento:

1. Non giocare d'azzardo, nemmeno 1€!
2. Ricordati di uscire senza soldi in tasca.
3. Fai gestire il tuo denaro ad altri: _____
4. Evita i luoghi a rischio (bar, sale gioco, bingo...).
5. Non frequentare giocatori attivi.
6. Cambia le tue abitudini e trova alternative al gioco.
7. Cerca l'aiuto degli altri in caso di bisogno.
8. Vieni agli appuntamenti fissati, altrimenti avverti!

Nei momenti di crisi: **F.R.E.N.A.**

- ⇒ **F**ermati
- ⇒ **R**agiona, e pensa alle conseguenze
- ⇒ **E**vita le situazioni a rischio
- ⇒ **N**on stare solo, chiama subito qualcuno
- ⇒ **A**gisci: usa le tecniche consigliate!





Data: _____ Craving:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Altro:



€

Causa: _____

Data: _____ Craving:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Altro:



€

Causa: _____

Si consiglia di compilare il diario TUTTE LE SERE senza posticipare la registrazione al giorno seguente.



Ringraziamento alla Equipe GAP del FBF-Sacco di Milano

Santa Alesci
Alessandra Balena
Barbara Corsini
Mara Fiocchi
Marina Leoni
Gaetana Mongiovì
Angela Ponticelli
Dir. Edoardo Cozzolino



Una modalità di trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo

Grazie dell'attenzione

Gianmaria.Zita@asst-fbf-sacco.it