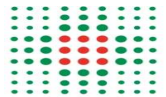


PDTA-Paziente affetto da 'Disturbo da Gioco d'Azzardo'

un percorso di cura e riabilitazione per
giocatori d'azzardo patologici e familiari



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

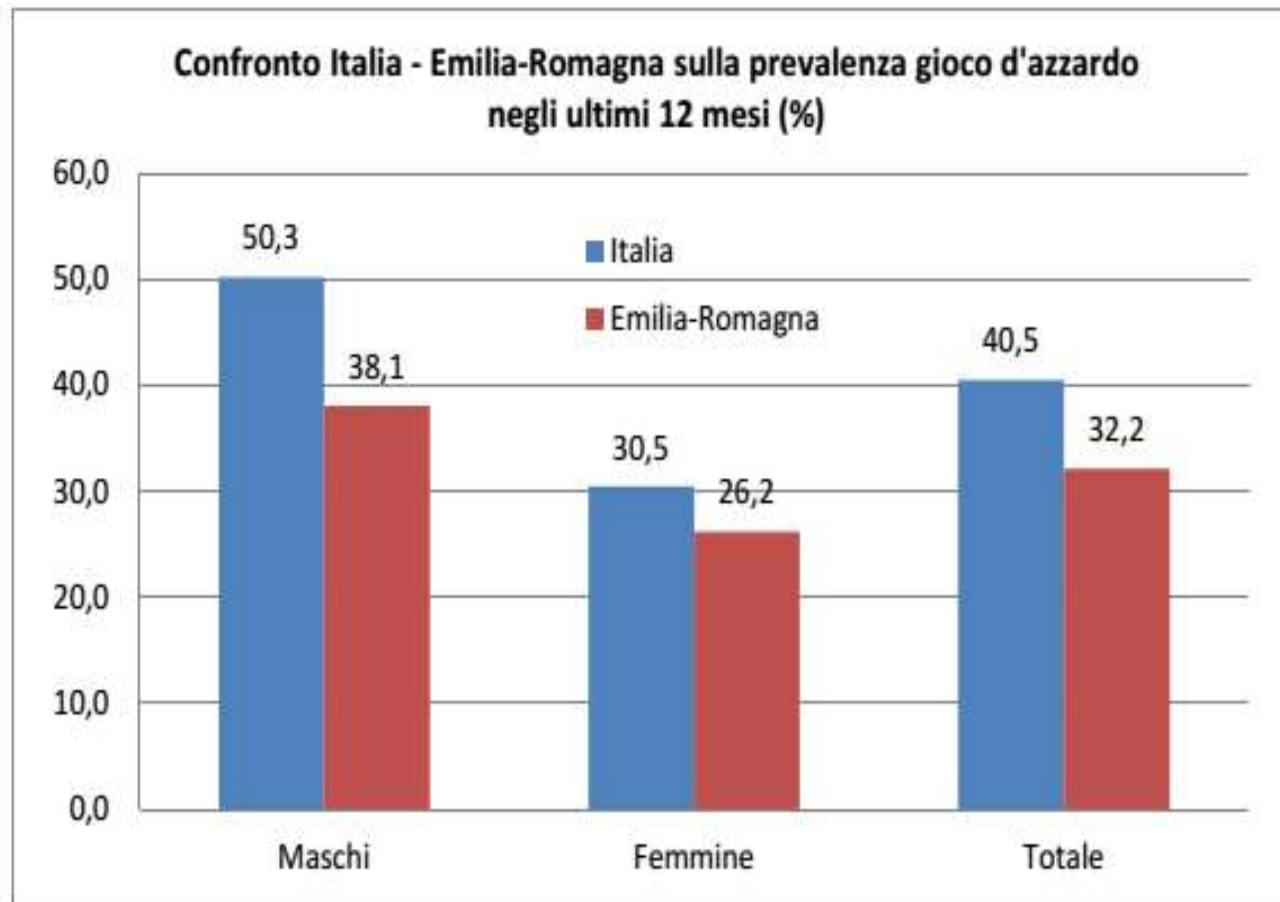
*Dott.ssa M. Felice
Psicologa psicoterapeuta
DSM- DP AUSL BO
16.102019*

L' «economia» del gioco d'azzardo (in miliardi di euro)



Parte prima - PREVALENZA GIOCO D'AZZARDO SULLA POPOLAZIONE

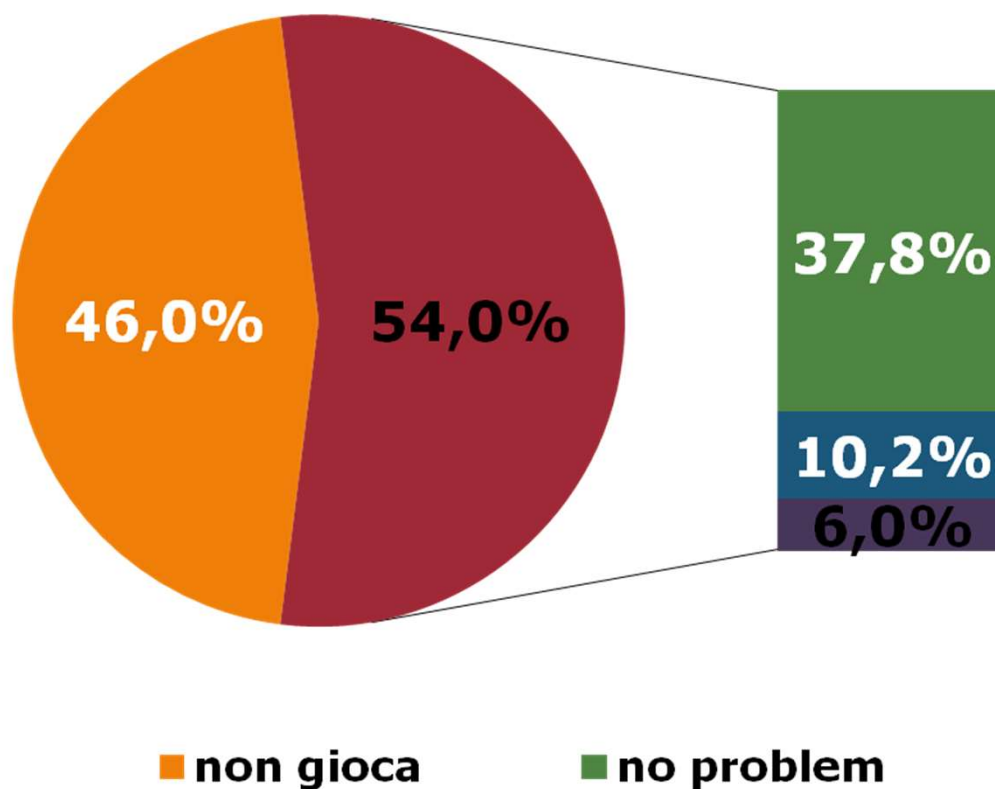
Popolazione studentesca 15-19 anni - Indagine ESPAD-Italia 2014



Giovani e GAP

2014

Più della metà degli studenti italiani ha giocato nei 12 mesi precedenti l'intervista



Il **6%** ha sviluppato pratiche di gioco problematiche (11,1% dei soli giocatori)

Problem Gambling



Perchè il SERT

Contesto legislativo

Il cosiddetto 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.

SE IL GIOCO DIVENTA UN PROBLEMA PUOI CHIEDERE AIUTO ...

- Numero verde 800 033 033
- (fornisce riferimenti dei servizi dell'ausl a cui rivolgersi per assistenza gratuita rispetto al gap)
- Quali servizi? Sert..SERDP !!
- (decreto Balduzzi 2012)
- Associazione G.A.-Gamanon

• Gennaio 2013

Normativa regionale

Contesto legislativo

La Legge regionale 5 del 4-7-2013 “Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico nonché delle problematiche e patologie correlate” ed il conseguente Piano Integrato assunto con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 154 dell'11-3-2014 definiscono ulteriormente gli interventi da attuare a livello regionale rispetto al Gioco d'azzardo patologico.

Piano integrato

In particolare la Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 154 dell'11 marzo 2014 “PIANO INTEGRATO per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco patologico 2014-2016, ai sensi dell'art.2 della Legge regionale 5 del 4.7.2013 prevede *“in ogni A. USL un punto sperimentale di accoglienza e valutazione delle persone con problemi di gioco patologico situato nel contesto organizzativo dei Servizi per le dipendenze patologiche...”*

Gli operatori SERT : esperienza nel campo delle dipendenze da sostanze ma...

La specificità della dipendenza da **gioco d'azzardo ,dipendenza patologica senza sostanza,** prevalentemente psicologica, ci ha richiesto:



Conoscenze e competenze

- 1) acquisizione di **conoscenze** sul GAP e **competenze** cliniche e nel trattamento della problematica

2) necessità di definire un percorso specifico di accoglienza, presa in cura ed intervento **non completamente sovrapponibile** a quello previsto per i pazienti SERT (tossicodipendenti, alcol dipendenti)
Progetto sperimentale

Percorso.

**cosa si è fatto?
ci siamo ... attrezzati!!!**

- Costituzione di un gruppo aziendale
SERT sul GAP



- **Formazione** sul gioco d'azzardo patologico per un gruppo operatori SERT di tutte le professionalità
 - Elaborazione di un **Progetto** sperimentale: "**percorso di presa in carico** di utenti con problematiche di GAP" e familiari

**Formazione e progetto
sperimentale**

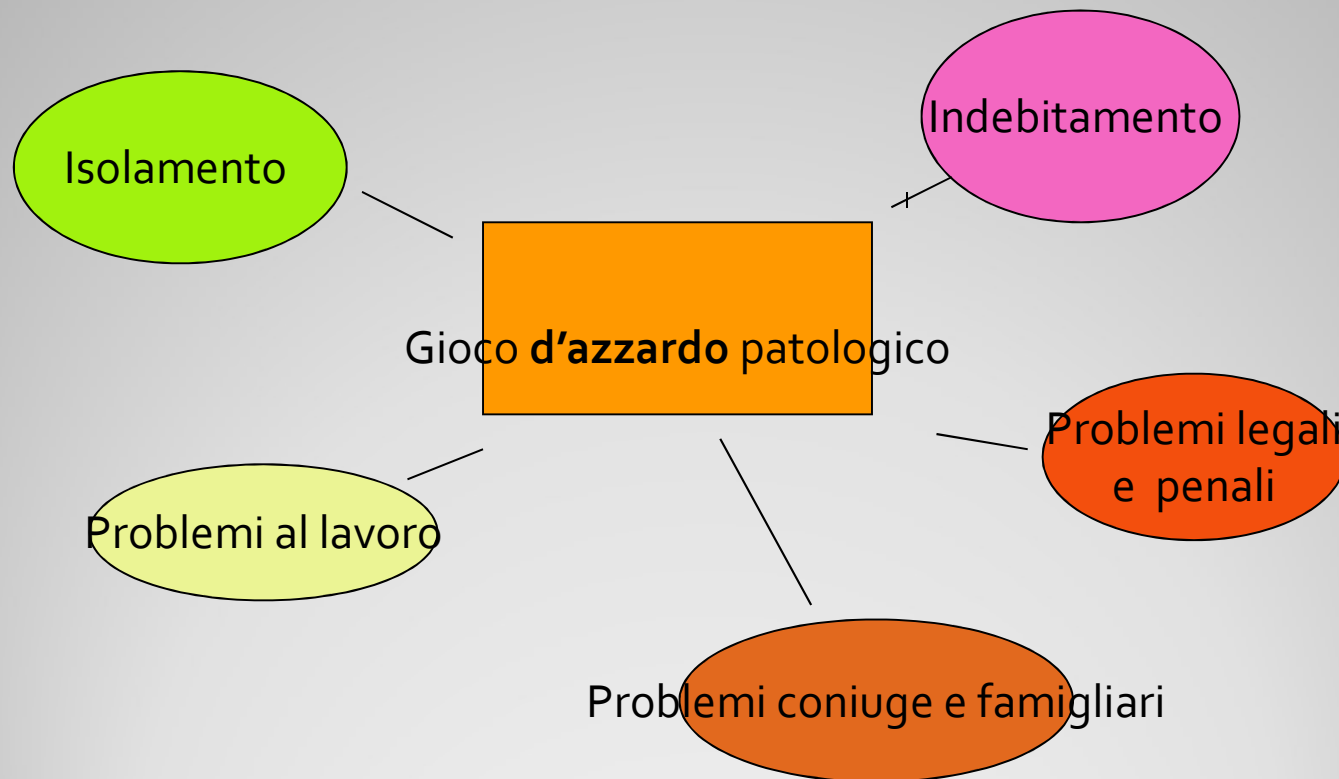
NEI SERT:

Costituzione' **équipe dedicata'**
multi professionale (operatori
formati: psicologo, educatore,
assistente sociale, infermiere,
psichiatra)

Attivazione del **percorso** di
accoglienza, valutazione
psicodiagnostica e
multidisciplinare interventi
individualizzati

QUALI CONSEGUENZE del GAP?

Conseguenze ...



Quando i giocatori arrivano al Sert?

L'evoluzione del gioco d'azzardo patologico descritta da R. Custer(1982)

- *Fase vincente*
- *Fase perdente-rincorsa della perdita*
- *Fase della disperazione – perdita speranza*

Nella maggior parte dei casi i giocatori d'azzardo arrivano

*al servizio nella fase di **pre e/o disperazione***

Fasi evolutive del gambling (Custer 1984)

FASE DELLA DISPERAZIONE

- *I debiti non sono più pagabili e nuovi prestiti vengono rifiutati*
- *Il giocatore è angosciato e disperato per la situazione economica, ma continua ad illudersi di potersi rifare*
- *Pensieri o tentativo di suicidio*
- *Possibili reati per potersi procurare il denaro; possibili denunce o arresti*
- *Nonostante la consapevolezza che non potrà più recuperare le perdite, il soggetto continua a giocare*

Tipologie del gambler patologico

(sec. Blaszczynski)

GIOCATORI CONDIZIONATI NEL COMPORTAMENTO:

- **Condizionamento e schemi cognitivi distorti**
- **Assenza di psicopatologia primaria rilevante**
- **No temperamento impulsivo**
- **No vulnerabilità genetica**
- **Maggiore motivazione e compliance**
- **Minore gravità, migliore prognosi**
- **Efficacia trattamenti brevi**
- **Possibile ritorno al gioco controllato (?)**

Tipologie del gambler patologico

(sec. Blaszczynski)

- ***GIOCATORI EMOTIVAMENTE VULNERABILI:***

- Condizionamento e schemi cognitivi distorti
- Presenza di psicopatologia primaria rilevante e di esperienze problematiche infantili
- Bassa autostima, precarie abilità cognitive
- Gioco come modulatore emotivo
- Gravità significativa
- Necessità di trattamenti a lungo termine sia per il gioco che per la psicopatologia di base
- Impossibile ritorno al gioco controllato: astinenza totale come obiettivo

Tipologie del gambler patologico

(sec. Blaszczynski)

- ***GIOCATORI ANTISOCIALI /
IMPULSIVI:***

- **Condizionamento e schemi cognitivi distorti**
- **Predisposizione biologica all'impulsività anche al di fuori del contesto di gioco**
- **Bassi livelli di funzionamento generale e sociale**
- **Gravità elevata, prognosi severa**
- **Bassa motivazione e compliance**
- **Risposta scarsa anche a trattamenti a lungo termine**
- **Difficoltà a mantenere l'astinenza**

***Dal progetto
sperimentale ...
...al PDTA-GAP***

2016 PDTA GAP

PDTA

- ➔ **PERCORSO**
- ➔ **DIAGNOSTICO**
- ➔ **TERAPEUTICO**
- ➔ **ASSISTENZIALE**

L'Azienda USL di Bologna da Gennaio 2011 è impegnata nella definizione di percorsi di diagnosi e cura strutturati tenendo conto dell'esperienza dell'utente (**PDTA**).

L'impegno che si intende assumere attraverso tale modalità di approccio è assicurare **omogeneità della qualità delle prestazioni erogate nell'ambito territoriale di competenza.**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PDTA –DGAperchè

L'obiettivo di tale progetto, in coerenza con quanto affermato dalla Legge Regionale 5/2013 e dal successivo piano integrato, è quello di delineare un **percorso specifico di accoglienza, presa in cura e trattamento degli utenti con DGA e dei loro familiari** per :

- Affrontare E rispondere alle richieste di cura di questa tipologia di utenza
- Ridurre la variabilità di gestione E per uniformare la procedura nelle strutture aziendali
- Integrare la rete dei servizi : SERT,CSM, MMG, Servizi specialistici (Neurologia), Associazioni, Enti pubblici e privati, che affrontano tale problematica a diversi livelli



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Criteri di inclusione

Soggetti di età >18 anni con problemi di gioco d'azzardo patologico residenti/domiciliati nel territorio dell'AUSL di Bologna.

In questa prima stesura del PDTA per i minori è previsto un servizio di consulenza agli Spazi Giovani e alla Neuropsichiatria Infantile

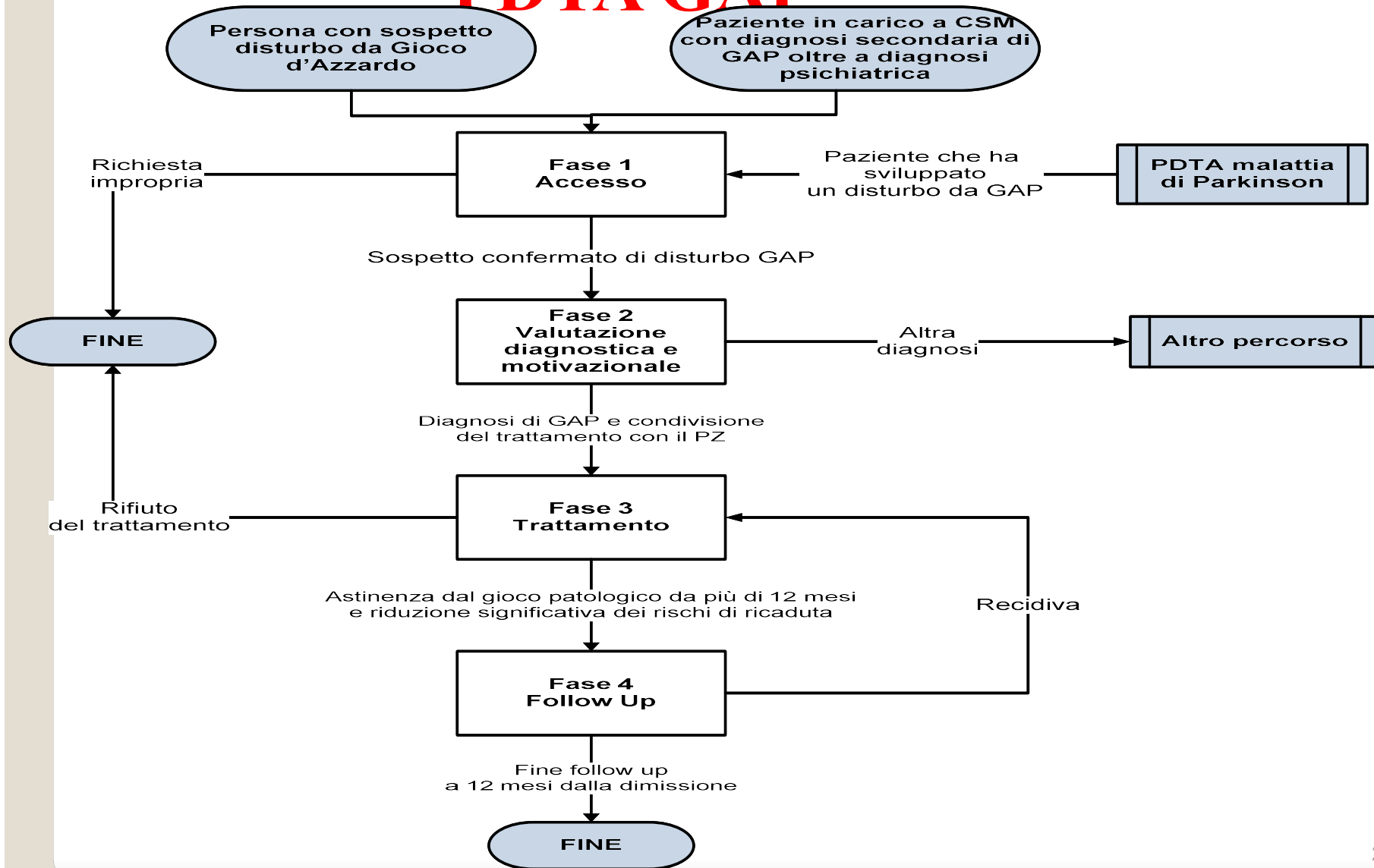
Descrizione del Percorso

Il documento descrive il percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente con ‘disturbo da gioco d’azzardo’ a partire dal primo sospetto di patologia, al follow up post dimissione.

Il percorso è suddiviso in 4 fasi descritte nel dettaglio nei paragrafi successivi.

- ➔ **Fase 1:** *Accesso - Accoglienza*
- ➔ **Fase 2:** *Valutazione diagnostica*
- ➔ **Fase 3:** *Trattamento*
- ➔ **Fase 4:** *Follow up*

PDTA GAP



Fase 1: Accoglienza

Durante il primo incontro (da effettuarsi entro 15 gg dalla richiesta) l'operatore dell'equipe dedicata effettua:

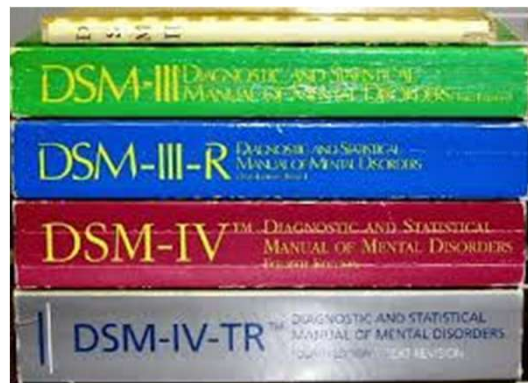
- ➔ Colloquio conoscitivo
- ➔ Acquisisce il consenso al trattamento dei dati personali
- ➔ Compila la cartella informatizzata SISTER
- ➔ A discrezione, può compilare anche la “Cartella Gioco”
- ➔ Al termine del 1° incontro viene concordato appuntamento con lo Psicologo (o psichiatra)possibilmente entro 7 giorni)per la valutazione diagnostica

Fase 2: Valutazione diagnostica

Al primo incontro per la valutazione psicodiagnostica lo psicologo / psichiatra effettua:

- ➔ colloquio clinico per anamnesi rispetto al gioco e su patologia sottostante
- ➔ somministrazione SOGS /intervista secondo criteri DSM V

MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI (DSM)



1980

**Disturbi del controllo degli impulsi
non classificati altrove**



2013

**Disturbo da gioco d'azzardo
Disturbi correlati alle sostanze e alle
dipendenze**

- **Il disturbo da gioco d'azzardo (DSM-V)**
 - **Persistente e ricorrente comportamento problematico di gioco d'azzardo che comporta difficoltà o disagio clinicamente significativi, da parte di un soggetto che nell'arco di un periodo di 12 mesi ,presenta quattro o più elementi ...(su 9)**
 - È eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo
 - Ha bisogno di giocare a. con sempre più denaro
 - Ha tentato senza successo di controllare, ridurre, interrompere il g.a.
 - È irrequieto, irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il g.a.
 - Spesso gioca .a quando si sente a disagio(ricerca piacere-fuga da dolore)
 - Dopo aver perso torna a giocare per recuperare(rincorsa p)
 - Mente per nascondere il coinvolgimento nel g.a.
 - Ha messo repentaglio o perso relazione significativa causa gioco
 - Fa affidamento su altri per reperire denaro per g.a.

Disturbo da gioco d'azzardo

Tipologie del gambler patologico (sec. Blaszczynski) *MODELLO PATOGENETICO*

ESPOSIZIONE AL GIOCO

Tipo I

Giocatori condizionati
COMPORTAMENTO CONDIZIONATO
DISTORSIONI COGNITIVE

Tipo II

Giocatori emotivamente vulnerabili
ALTERAZIONI SVILUPPO EMOTIVO
SINTOMI PSICOPATOLOGICI

Tipo III

Giocatori impulsivi / antisociali
IMPULSIVITA'
TEMPERAMENTO/ADHD/PSICOPATIA

L'azione delle figure professionali èquipe dedicata è finalizzata ad una:

- Rilevazione di patologie pregresse in particolare nell'area salute mentale e di eventuali terapie farmacologiche assunte;
- Indagine su eventuale uso di sostanze stupefacenti, alcol e psicofarmaci;
- Verifica dell'attuale motivazione alla cura;
- Raccolta dati con focus su problematiche lavorative, sociali, relazionali, economiche;
- Raccolta ed analisi del bisogno sulla base dei criteri indicati nella "Scala di Maslow": socialità, sicurezza, appartenenza, identità, autostima, autonomia, conoscenza, autorealizzazione;
- Analisi della situazione legale e finanziaria;
- Valutazione sui rischi in presenza di minori e soggetti deboli.

Fase 3 : Trattamento

I progetti di intervento/trattamento sono personalizzati sulla base di quanto emerso dalla valutazione ed inquadramento diagnostico del soggetto.

L'eterogeneità dei giocatori patologici si basa soprattutto su fattori personali più che su comportamenti di gioco (es. tratti temperamentali e di personalità, disturbi psichici comorbidità, abuso di sostanze, ambiente, supporto familiare e sociale).

Per quanto riguarda la tipizzazione e le ipotesi di trattamento si fa riferimento alle **tre Macro Tipologie** di Giocatori D'Azzardo descritte da **Blaszczynski**, tenendo anche conto però che l'eterogeneità del giocatore non è sempre riconducibile ad una di queste tre tipologie.

1° Tipologia di Blaszczynski

Giocatori patologici/non patologici, condizionati nel comportamento: questi giocatori non presentano una psicopatologia rilevante e sono caratterizzati da maggior motivazione al trattamento e compliance; per essi risultano efficaci trattamenti brevi e focalizzati sulle distorsioni cognitive quali:

- ➔ Rinforzo Motivazionale
- ➔ Gruppi psico-educativi
- ➔ Psicoeducazione individuale e familiare
- ➔ Intervento sulle distorsioni cognitive;
- ➔ terapia cognitiva comportamentale
- ➔ Interventi finalizzati a limitazione all'accesso al denaro
- ➔ Counselling di gestione finanziaria

2° Tipologia di Blaszczynski

Giocatori patologici Ansioso/depressivi, emotivamente disturbati, vulnerabili emotivamente: necessitano di un trattamento più a lungo termine sia per la problematica del GAP che per la psicopatologia di base.

- ➔ Consulenza psicologica individuale
- ➔ Psicoeducazione individuale e familiare
- ➔ Psicoterapia individuale
- ➔ Trattamento farmacologico della comorbidità psichiatrica e del GAP
- ➔ Intervento sulle distorsioni cognitive
- ➔ Consulenza familiare; psicoterapia familiare
- ➔ Interventi finalizzati a limitazione all'accesso al denaro
- ➔ Counselling di gestione finanziaria
- ➔ Prevenzione delle ricadute
- ➔ Rinforzo life-skills, gestione del tempo libero
- ➔ Invio Gruppi di auto-mutuo – aiuto

3° Tipologia di Blaszczynski

Giocatori patologici, Antisociali / psichiatrici: questa tipologia di giocatori patologici, impulsivi, con disturbi di personalità di gravità elevata richiedono interventi condivisi con il CSM

- Consulenza psicologica individuale e familiare;
- Interventi finalizzati alla limitazione accesso al denaro;
- Consulenza psichiatrica, tossicologica e alcolologica;
- Psicoeducazione familiare (se possibile);
- psicoterapia familiare (se possibile);
- Counselling di gestione finanziaria;
- Gestione del tempo libero;
- Gruppi di auto - aiuto;
- Programmi di supporto e di reinserimento sociale/lavorativo

In alcuni casi l'equipe può inviare il paziente ad una **Comunità Terapeutica** specifica per GAP: i Criteri per l'inserimento in comunità si basano su esistenza di almeno tre macro condizioni:

- ➔ Il paziente non riesce a controllare il comportamento di gioco d'azzardo e i trattamenti ambulatoriali, territoriali proposti si sono rivelati inefficaci;
- ➔ Mancanza di risorse familiari e sociali di supporto;
- ➔ Buone Risorse evolutive e motivazione al cambiamento molto alta;
- ➔ Necessità di uno 'stacco' dal contesto di vita e dalle abitudini e rituali rispetto al comportamento di gioco d'azzardo;
- ➔ L'inserimento in CT avviene secondo le procedure definite nel progetto regionale REX.

Il trattamento ha termine quando si verificano le seguenti condizioni:

- ❖ astinenza dal gioco d'azzardo o ritorno ad un gioco sociale controllato da più di 12 mesi;
- ❖ riduzione significativa dei rischi di ricaduta (cambiamento delle condizioni esistenziali, psichiche, psicologiche, sociali correlate al GAP, consapevolezza dei meccanismi sottostanti la problematica del gioco d'azzardo, acquisizione di capacità di fronteggiare le difficoltà).

In tal caso il case manager prenota il primo incontro di follow up a 3 mesi.



Fase 4 : Follow - up

Il follow up prevede una durata di 12 mesi con incontri dopo 3, 6, e 12 mesi dalla dimissione.

L'incontro di follow up consiste in un colloquio finalizzato a verificare il mantenimento dell'astinenza dal gioco d'azzardo (se possibile in presenza di un familiare).

I colloqui sono svolti dall'operatore di riferimento (case manager)

I colloqui di follow up hanno per oggetto il **monitoraggio della stabilità delle condizioni di astinenza dal gioco e la valutazione degli eventuali rischi di ricaduta**, in particolare si indaga:

- ➔ la stabilità o meno della **motivazione** all'astinenza e alla cura di sé;
- ➔ la stabilità o meno dei **cambiamenti** svolti durante il percorso di cura, quali strategie alternative al gioco per procurarsi piacere, **strategie alternative** al gioco per contenere e/o superare momenti di difficoltà o stati di disagio;
- ➔ **eventi esistenziali avversi** da quando è stato dimesso che possono destabilizzare a tal punto il paziente da riavvicinarlo al gioco come antica strategia di autocura


INDICATORE 1

Tempestività fase accoglienza

Indicatore Numero 1	Tempestività fase accoglienza
Denominatore (in)	N° utenti con apertura cartella che accedono al servizio per problema GAP Con un 1 colloquio di 'accettazione'
Denominatore (out)	N° utenti gap con apertura cartella nel periodo
Fonte Dati	SISTER-2
Dato di partenza	dato a cui tendere >70%
Responsabile rilevazione	
Frequenza rilevazione	semestrale
Note:	

INDICATORE 2

Tempestività fase diagnostica

Indicatore Numero 2	
Numeratore	N° nuovi utenti GAP con un colloquio/visita psicologica entro 30 gg da' accettazione'
Denominatore (out)	N° nuovi utenti GAP con un 'colloquio di accettazione' nel periodo
Fonte Dati	SISTER-2 
Dato di partenza (se noto)	dato a cui tendere >=60%
Responsabile rilevazione	
Frequenza rilevazione	Semestrale
Note:	

INDICATORE 3

Conclusione fase diagnostica

Indicatore Numero 3	
Denominatore	N° utenti GAP presi in carico (apertura programma)
Denominatore	N° nuovi utenti GAP che abbiano un 'colloquio di accettazione' nel periodo
Fonte Dati	SISTER 2
Frequenza rilevazione	Semestrale
Note:	

INDICATORE 4

DROP OUT

Indicatore Numero 4	
Numeratore	N° utenti in carico con esito programma 'Abbandono/chiusura ufficio'(6 mesi)
Denominatore	N° utenti in carico nel periodo
Fonte Dati	SISTER2
Dato di appartenenza (se noto)	Target<50%
Responsabile rilevazione	
Frequenza rilevazione	semestrale
Note:	

SERT AUSL BO: dati di attività



Utenti in cura:

nel 2013: 84

nel 2014: 145

nel 2015: 171

nel 2016: 183

nel 2017:200

nel 2018 :186

La specificità della dipendenza da
gioco d'azzardo:

**dipendenza patologica senza
sostanza, prevalentemente
psicologica**

Gioco d'Azzardo Patologico

Trattamento:

Esso è finalizzato alla "presa di coscienza del problema", alla motivazione al cambiamento e rafforzamento dell'impegno, autostima

- **All'acquisizione di capacità di affrontare i conflitti, le sofferenze, problemi senza ricorrere al gioco(coping>)**
- **Accrescere l'autostima**
- **Promuovere le abilità sociali e lavorative**
- **Migliorare la capacità di gestione del tempo libero**

Giocatore e famiglia: un rapporto da indagare

Poiché il giocatore coinvolge nelle perdite l'intero sistema familiare (con conseguenze problematiche economiche, sociali e relazionali).

L'analisi e l'obiettivo del cambiamento non sono rivolti al solo "portatore del sintomo", ma a tutto il nucleo familiare.

- Le descrizioni di Korn e Shaffer (2004) confermerebbero che
- gli elementi in grado di garantire una
- **maggiore ritenzione in trattamento del giocatore p.**
- **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(èquipe multidisciplinari)**

Un percorso articolato di cura

- Progetto evolutivo
- 9 Sert tra Bo e provincia
- **Punto unico; Ambulatorio DGA** nella città di bologna con funzioni di **1 e 2 livello**
- 1. Consultazione di base
- 2. trattamenti concentrando risorse e competenze specifiche (es. gruppi terapeutici, psicoterapia familiare...)

Progetto evolutivo

*Per ogni problema complesso c'è sempre una soluzione
semplice. Che è sbagliata!*

George Bernard Shaw

Accogliere la Complessità



Grazie per l'attenzione!!

**"Qualità, appropriatezza ed equità:
i punti cardine per il PDTA-GAP"
Ausl Modena**

Dr.ssa Giorgia Pifferi
Ausl Modena
Servizio Dipendenze Patologiche
Servizio Psicologia Clinica

I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.

PDTA: definizioni e riferimenti normativi

Fonte A.Riccò, 2019

Intervento complesso basato sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzato dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attivazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare (RER)

1996 legge finanziaria art.1 comma 8

“i medici...conformano le proprie autonome decisioni tecniche ai PDTA cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa”

DL 229/99

“...il PSN 1998-2000 indica le linee guida e i relativi Percorsi diagnostico terapeutici allo scopo di favorire...lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e assicurare i LEA”

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 D.P.R. 7 aprile 2006

La promozione di linee guida: il sistema nazionale Linee Guida

“...assumono particolare rilevanza le Linee Guida (LG), i Protocolli Diagnostici Terapeutici e i Percorsi di Cura, strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l'elaborazione sistematica di indicazioni basate sull'evidenza disponibile, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio dell'appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcome...”

Lo scopo dei PDTA è:
centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del
cittadino,
promuovere la continuità assistenziale,
favorire l'integrazione fra gli operatori,
ridurre la variabilità clinica,
diffondere percorsi sulla base di evidenze scientifiche,
utilizzare in modo congruo le risorse,

PDTA definisce:

Obiettivi singoli e comuni,
ruoli,
tempi di intervento,
ambiti di intervento;
compiti degli operatori.

Migliorare il rapporto tra **appropriatezza, efficacia** dell'assistenza (outcome), **qualità** dei servizi collegata ai processi, **efficienza** e costi

centralità della persona rispetto all'organizzazione

equità verticale (trattamento diverso per bisogni diversi)

accessibilità alle cure

presa in carico e continuità del processo diagnostico, di cura, assistenza e trattamento

medicina basata sulle prove di efficacia

soddisfazione del paziente

misurazione e rendicontazione dei risultati

Dimensione dei percorsi



**Perseguire
l'equità
(accessibilità,
utilizzo,
trattamento,
risultato)**

**Aumentare
l'efficienza e
l'efficacia**

**Migliorare
l'integrazione
organizzativa**

**Garantire la
fruibilità di
"standard of
care"**

PDPA: obiettivi

**Misurare i
risultati di
salute**

**Favorire la
collaborazione
interprofessionale**

**Personalizzare
le cure**

**Migliorare la
capacità di
rendicontare e
di rendere
conto**

La costruzione di un PDTA *Fonte A. Riccò, 2019*

Scelta del problema di salute:

- ricognizione dell'esistente
- costruzione del percorso ideale
- costruzione del percorso di riferimento
- fase pilota
- attuazione del PDTA all'interno dell'Azienda

Per attuare un PDTA è necessario disporre di:

- processi e strumenti di identificazione della popolazione target
- Linee Guida basate su prove di efficacia
- modelli di collaborazione tra i diversi professionisti coinvolti
- strumenti per promuovere il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari
- misure di strumenti e di esito
- sistemi informativi sostenibili e ben integrati
- meccanismi e programmi di formazione/aggiornamento

Ciclo PDCA:

Fase Plan (coordinamento DS, costituzione del GdL)

Fase Do (il GdL identifica e formalizza un percorso di riferimento)

Fase Check (monitoraggio dei percorsi effettivi e valutazione degli eventuali scostamenti)

Fase Act (analisi delle eventuali necessità di modifica del percorso)

Valutazione dei PDTA

fonte A. Riccò, 2019

Quanto è semplice fruire del percorso? Quale risultato di salute? Il paziente lo conosce? Cosa ne pensa il paziente? Quanto costa? Sto rispettando fasi e tempi? Posso semplificare? Sto facendo le cose giuste?

Qualità organizzativa

insieme delle risorse che rendono possibile l'erogazione dei servizi

STRUTTURA

Gestione efficace delle strutture

Qualità professionale

insieme degli interventi realizzati da confrontare con caratteristiche ideali

PROCESSO

Modifiche dei processi

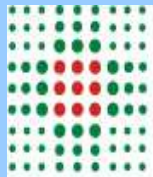
Qualità percepita

insieme delle variazioni osservate nella salute riconducibili agli interventi effettuati

ESITO

Valutazione degli esiti

Da dove siamo partiti..... Ausl di Modena



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Pag. di

*Protocollo
PER I SOGGETTI CHE
PRESENTANO
GIOCO D'AZZARDO
PATOLOGICO
NELLE U.O. SDP*

Rev. 0 Del

Sistema Qualità e Accreditamento

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2098 del 20/12/2017

Seduta Num. 47

Oggetto:

APPROVAZIONE PIANO REGIONALE DI CONTRASTO AL GIOCO
D'AZZARDO 2017-2018 E ASSEGNAZIONE DI RISORSE ALLE AZIENDE
SANITARIE PER L'ANNO 2017 - CUP E49D17002000001

OBIETTIVI E FINALITÀ DEL PRESENTE PIANO

Obiettivo generale 4. Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale che comprenda interventi ambulatoriali e residenziali, in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari, e che veda la collaborazione dei Servizi Sanitari e degli Enti privati accreditati del Sistema di cura delle Dipendenze Patologiche, dei Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Associazioni che gestiscono gruppi di auto aiuto.

TEAM MULTIDISCIPLINARE PDTA GAP

gruppo di progetto ed implementazione

COORDINATORE AZIENDALE
PROGETTO GIOCO D'AZZARDO

MEDICO SERD

PSICOLOGO SERD AREA CENTRO

PSICOLOGO SERD AREA NORD

PSICOLOGO SERD AREA SUD

COORDINATORE PROFESSIONI
SANITARIE SETTORE DP

REFERENTE QUALITA' DSMDP

QUALITA' ACCREDITAMENTO

TEAM MULTIDISCIPLINARE PDTA GAP

gruppo interaziendale

DIREZIONE SOCIO SANITARIA

CSM

CNPIA

PSICOLOGIA CLINICA

H NEUROLOGIA

MMG

TEAM MULTIDISCIPLINARE PDTA GAP

rete esterna

ENTI LOCALI

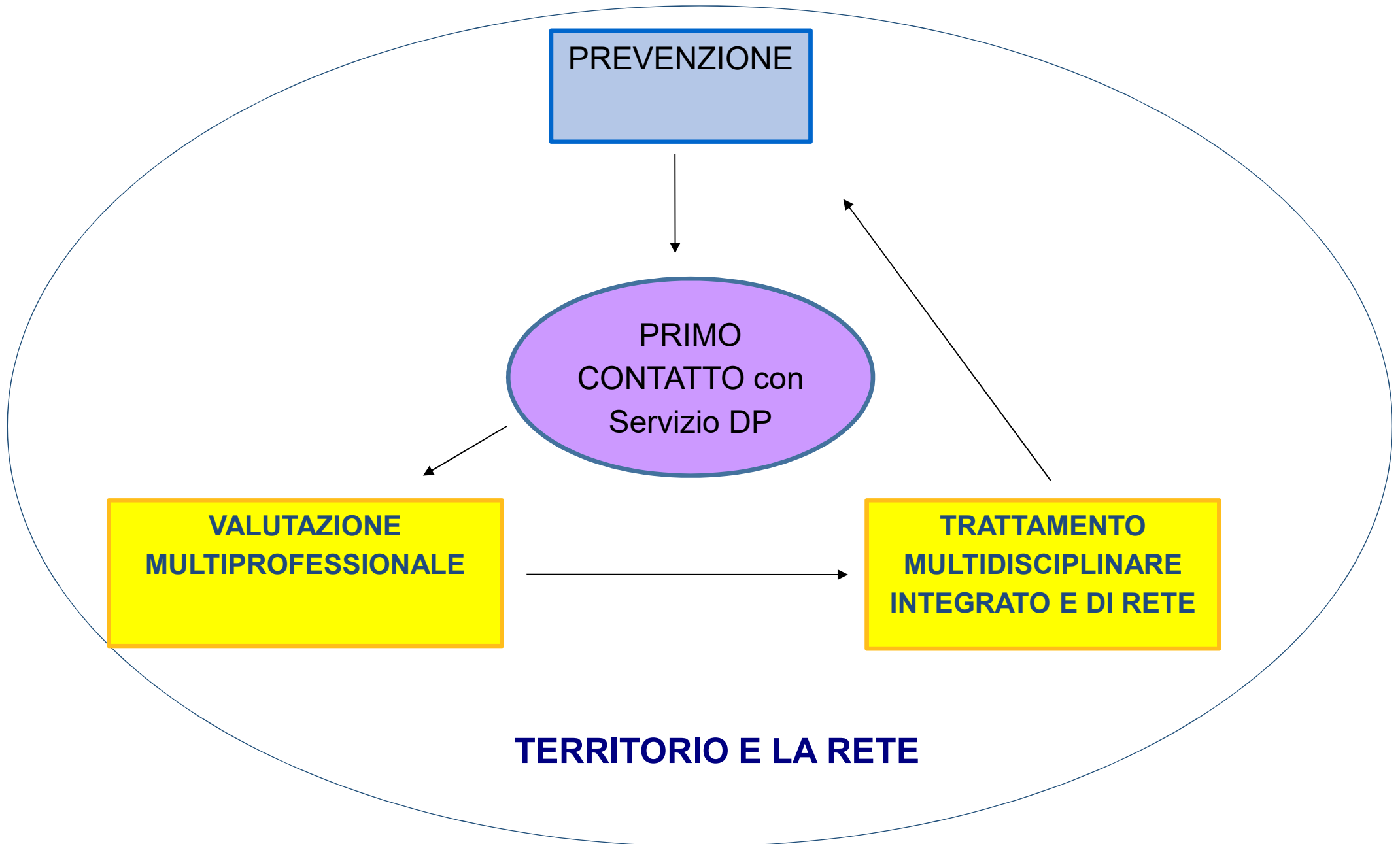
ENTI ACCREDITATI

ASSOCIAZIONI TERRITORIALI

GRUPPI AMA

CITTADINI

Percorso Gioco d'Azzardo Patologico Ausl Modena



PDTA: cosa funziona per una cura efficace del Disturbo da gioco d'azzardo




Questo gioco è vietato ai minori

Dr. Maurizio Avanzi
AUSL di Piacenza

Bologna 16 ottobre 2019





Lavorare a un PDTA impone di fare una riflessione seria e matura su un percorso di cura.

Quello che ci chiedono i pazienti è di essere competenti.

I pazienti si accorgono subito se l'esperto è esperto. Se ha studiato l'argomento, ma soprattutto se ha ascoltato i pazienti.

I pazienti chiedono frequentemente di capire come sia stato possibile arrivare a giocare d'azzardo in questo modo così pericoloso, visto che si ritengono persone normali.

Si chiedono: “Cosa c'è di sbagliato in me?”

I pazienti vogliono sapere se c'è speranza di uscirne.

Qualcuno ce la fa?

E voi sapete come si fa?

Potete accompagnarmi?

Perché ho sentito che non ci sono farmaci...



La maggior parte dei potenziali pazienti con DGA non arriva ai Servizi.

Non hanno ancora deciso di provare a smettere di giocare d'azzardo.

Stanno provando a smettere da soli.

Vogliono prima provare almeno a recuperare i soldi persi prima di smettere.

Per ora i familiari non sono a conoscenza della situazione. Loro mantengono il segreto. Non possono parlarne con nessuno. Si vergognano. Nessuno capirebbe.



Scheletro del PDTA DGA

Contesto legislativo, culturale ed epidemiologico

-Legge 189/2012 (**Decreto Balduzzi**) Art.3 e 5, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»;

-**L.R. Emilia Romagna n. 5/2013** - Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate;

-Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei **livelli essenziali di assistenza**, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15;



► La legge italiana tuttora **vieta il gioco d'azzardo** negli articoli dal 718 al 723 del Codice Penale ed elenca, all'art. 110 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza (TULPS), i giochi qualificati come illegali perché mettono in palio del denaro ottenibile per pura sorte (i giochi d'azzardo).

- «Questo principio generale **non si applica a tutti i giochi offerti in concessione dallo Stato**, che, quindi, sono espressamente leciti **“in deroga” alla norma generale**. Essi erano, fino all'ultimo periodo del secolo scorso, un numero limitato per poi arrivare a costituire un'ampia, diversificata gamma e un **mercato capillare**. Di fatto, dalla metà degli anni Novanta, è in corso in Italia una progressiva ed inarrestabile offerta di nuovi giochi, di possibilità di impiegare denaro con “speranza” di riscossione di vincite in sempre più numerosi luoghi, **fin dentro le abitazioni private** con collegamenti internet a siti che simulano casinò o accettano scommesse su vari eventi».

► (Maurizio Fiasco, 2014)





Spunti di partenza

Maurizio Avanzi, Biganzoli Angela, Ciccarelli Antonella, Giachero Luca, Indizi di gravità nei pazienti con disturbo da gioco d'azzardo, In Daniela Capitanucci a cura di, *Atti del 2° simposio residenziale sull'inquadramento clinico del giocatore d'azzardo patologico, Vinci, Firenze, Aprile 2013*, And-in-Carta, Gallarate (VA) 2013, p. 122-130.

Linee di indirizzo su “*Interventi di informazione, prevenzione, formazione, e definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Giocatore d'Azzardo Patologico (PDTA GAP)*” Regione Toscana 2016.

PDTA del paziente affetto dal disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, PDTA020 AUSLBO, 2016.

Gruppo di lavoro dell'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave “*Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)*”, 25 Settembre 2017.

Un po' di numeri

9 aprile 2017 Verona Vinitaly

Vino: Coldiretti, fatturato record a **10,1** miliardi (+3%) nel 2016

(<https://www.coldiretti.it/economia/vino-coldiretti-fatturato-record-a-101-mld-3-nel-2016>)

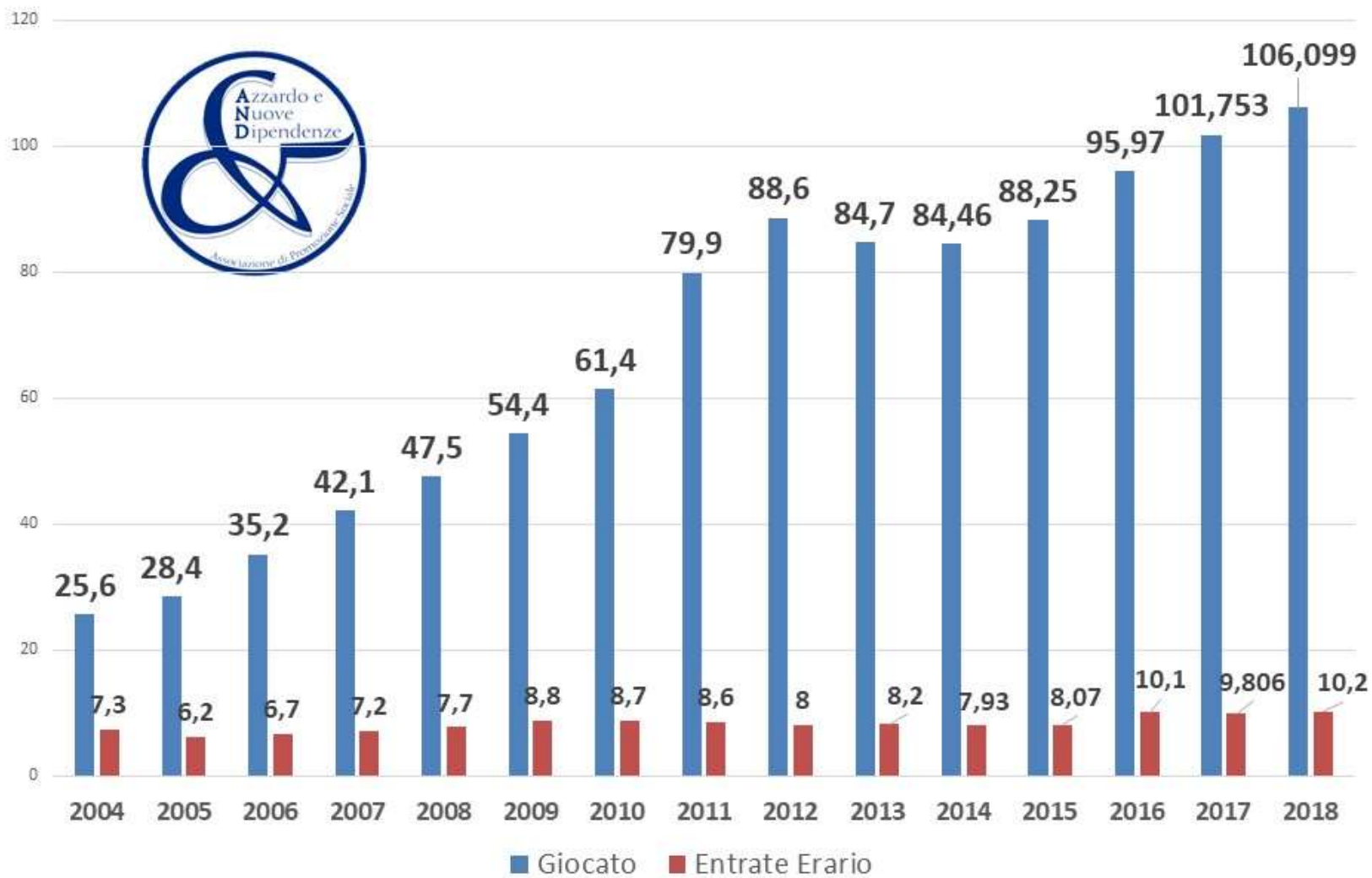
Il fatturato del **gioco d'azzardo** legale nel 2016 in Italia è stato di **96** miliardi di euro, nel 2017 di **102** miliardi, nel 2018 **107** miliardi

La **spesa sanitaria** italiana del 2017 è stata di **117** miliardi di euro

(<https://www.truenumbers.it/spesa-sanitaria-dellitalia/>)



L'economia del gioco d'azzardo (in miliardi di euro)



IL FUTURO SI GIOCA **ONLINE**



Dal 2016 il gioco d'azzardo online comincia ad avere un'incidenza del 20% sulla spesa complessiva.

GIOCO LEGALE E GIOCO ILLEGALE

Convegno di presentazione del Rapporto 2017 della Fondazione Bruno Visentini

realizzato su incarico di *Fundaciòn CODERE* – Spagna



«La percezione sociale del gioco d'azzardo in Italia»

Giovedì, 11 maggio 2017, ore 9.30

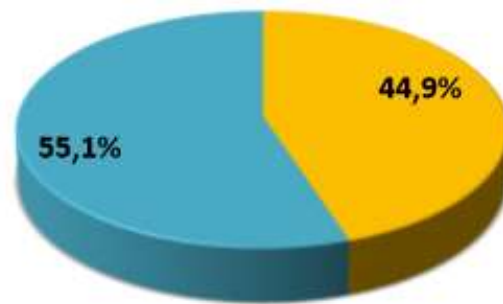
LUISS – Sala delle Colonne

Viale Pola 12 - Roma



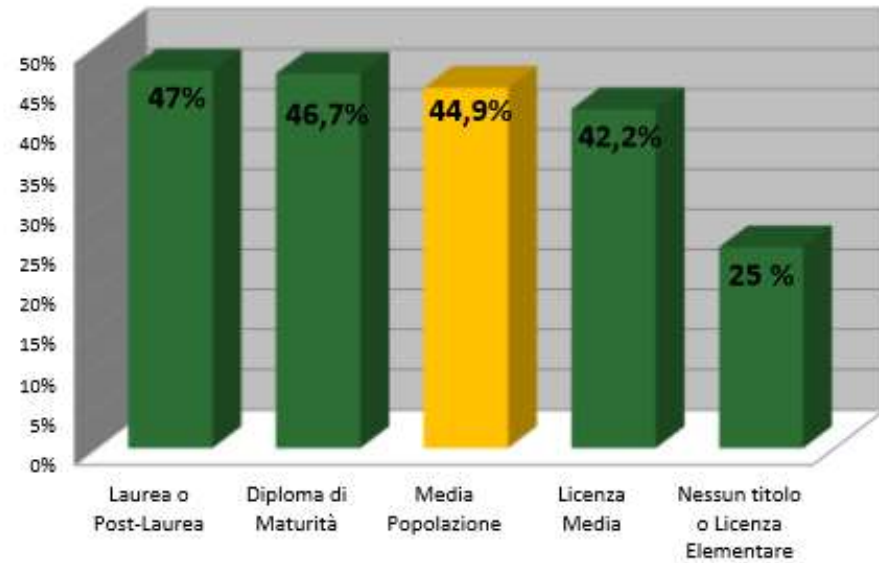
Fondazione Bruno Visentini

Il gioco in Italia nel 2016
(valori in % sul totale campione CATI: 1000)



■ Hanno giocato ■ Non hanno giocato

Titolo di studio dei consumatori nel 2016
(valori in % sul totale della relativa categoria di studio)



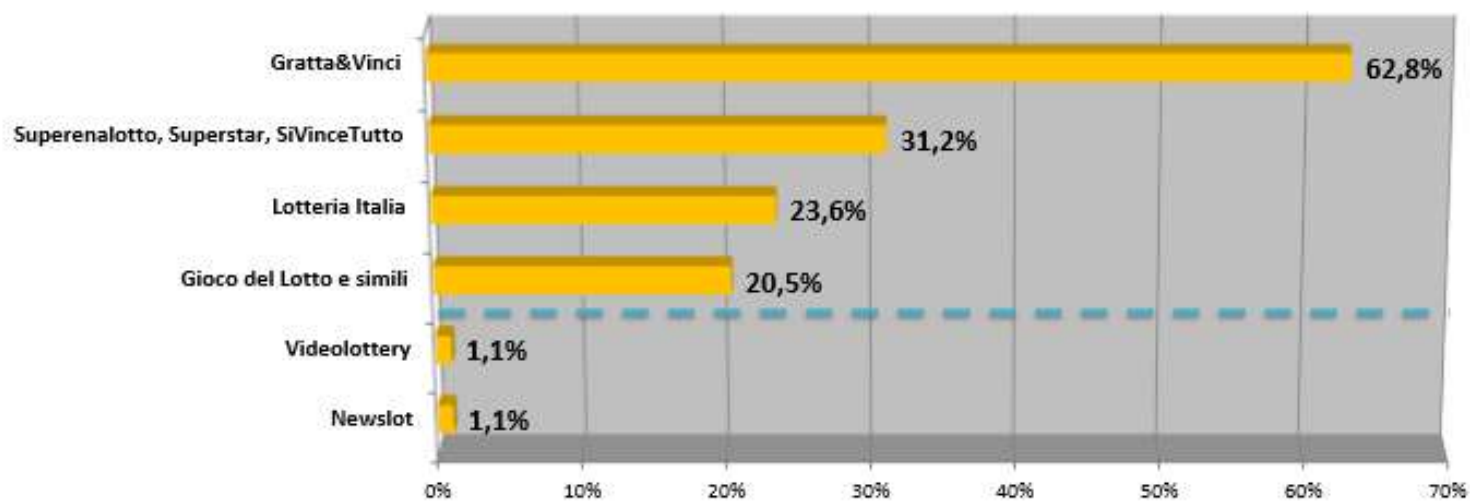
Fonte: Nostra elaborazione





Fondazione Bruno Visentini

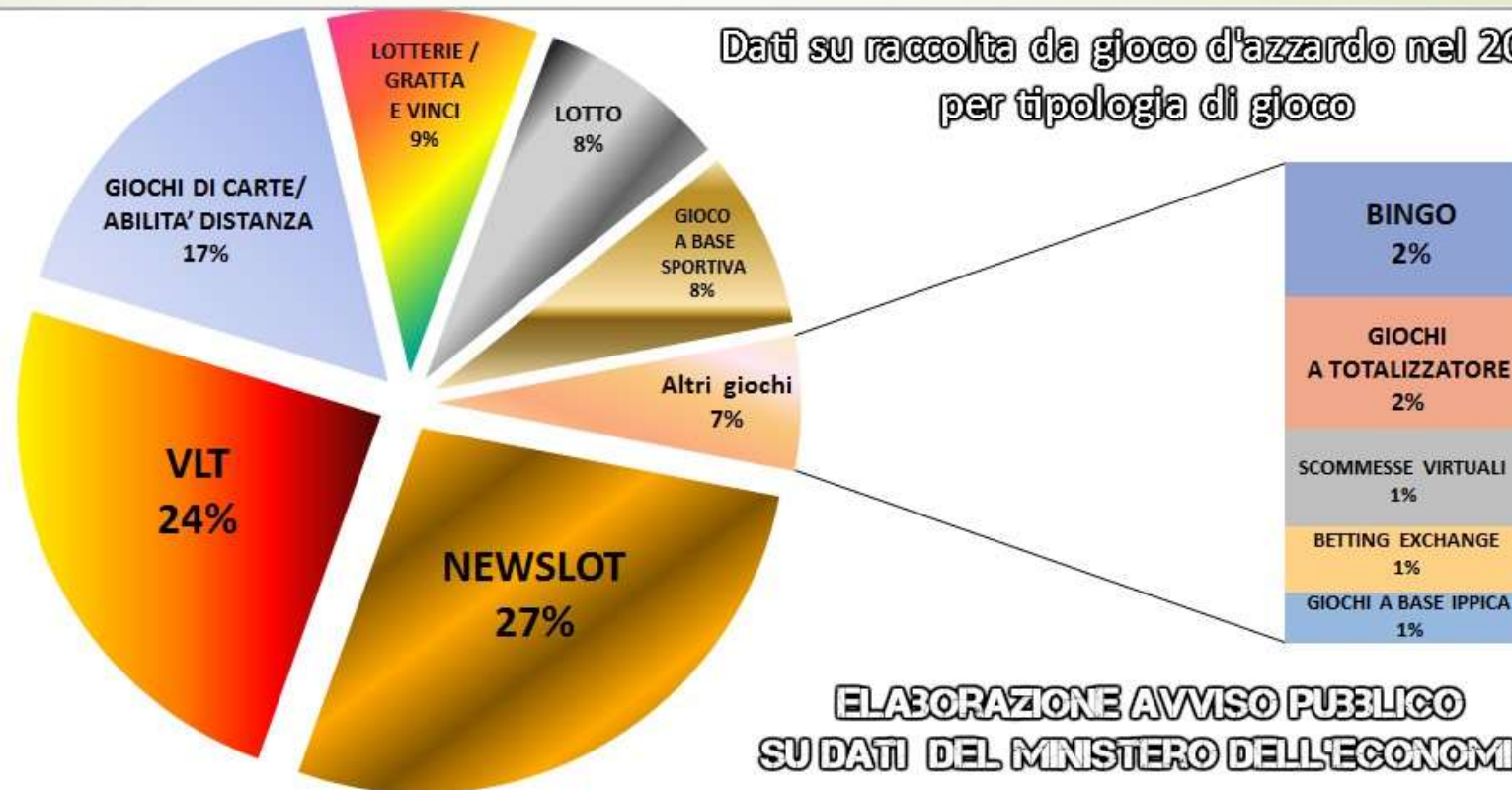
Le preferenze delle persone che giocano per tipologia di giochi nel 2016 (valori in % sul totale dei consumatori emersi dalla rilevazione CATI)



Fonte: Nostra elaborazione



Dati su raccolta da gioco d'azzardo nel 2016 per tipologia di gioco

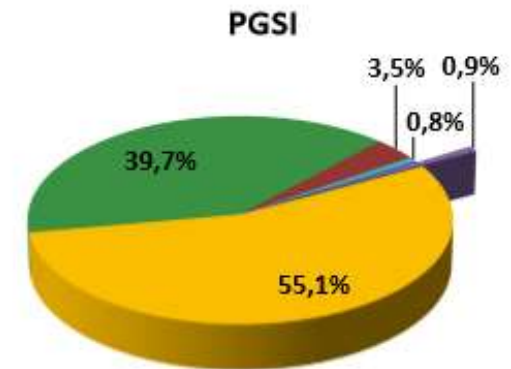
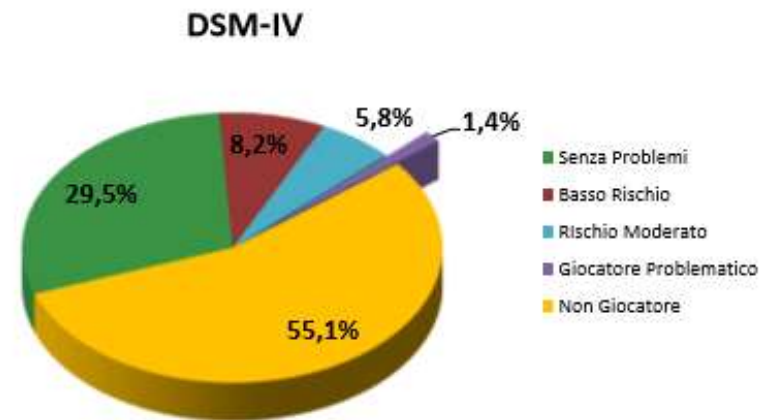


**ELABORAZIONE AVVISO PUBBLICO
SU DATI DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA**



Fondazione Bruno Visentini

Incidenza del gioco problematico sulla popolazione residente in Italia (valori in %)



Fonte: Nostra elaborazione



La ZONA

Quando sei nella zona stai bene.

Non pensi a niente, sei rilassato e sei eccitato. A volte vinci, a volte perdi, ma l'unica cosa che vuoi è non smettere mai di giocare.

Tutto ti è chiaro, a tratti.

Continui ad avere illuminazioni.

La sensazione è molto piacevole.

E' come essere fatto senza avere usato niente.

Ti senti bene e dissociato e invincibile.

Senti di avere capito tutto.

Non ci sono più dubbi e segreti.

Tutto è chiaro. E tutto è senza importanza.

Quando tutto finisce ritorni con i piedi per terra, senza soldi e non sai più niente.

C'è solo malessere e senso di colpa e vergogna allora.

Le idee vorticosi che ti affollavano il cervello sono fuggite via.

E' il vuoto della realtà che torna.

Non sei nemmeno arrabbiato, è l'ennesima volta che succede.

Non sei più deluso.

Ti prende la tristezza di scendere dalla giostra.

Non hai vinto. Hai fallito. Ancora.



Un intrattenimento malato che sopravvive generando malati?



Il numero dei giocatori di new slot e VLT varia nei vari studi dal 2.2 al 5.6% dei giocatori d'azzardo, ma essi da soli spendono il 51% di quanto viene raccolto con il gioco d'azzardo. Inoltre circa l'80% dei malati d'azzardo seguiti dai Ser.T. giocano proprio alle new slot e alle VLT.

Global Gambling Report – 13th edition

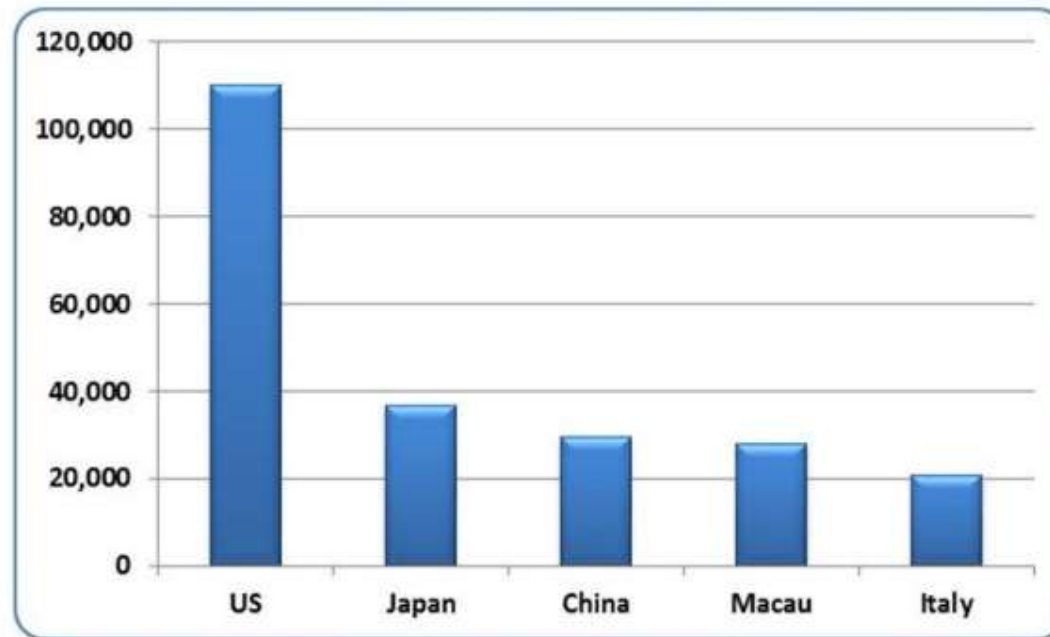
Summary of findings

1. Global gambling revenue: US\$ 418 billion in 2016, rising to US\$ 435 billion in 2017.
2. Asia is the largest gambling region (31.3% of the market).
3. The USA is the largest jurisdiction.
4. Casinos are the largest gambling sector (34.4%)
5. I-gaming accounts for almost 11% of the global gambling market.

Source: GBGC Global Gambling Report – 13th edition 2018

Global Gambling Revenues

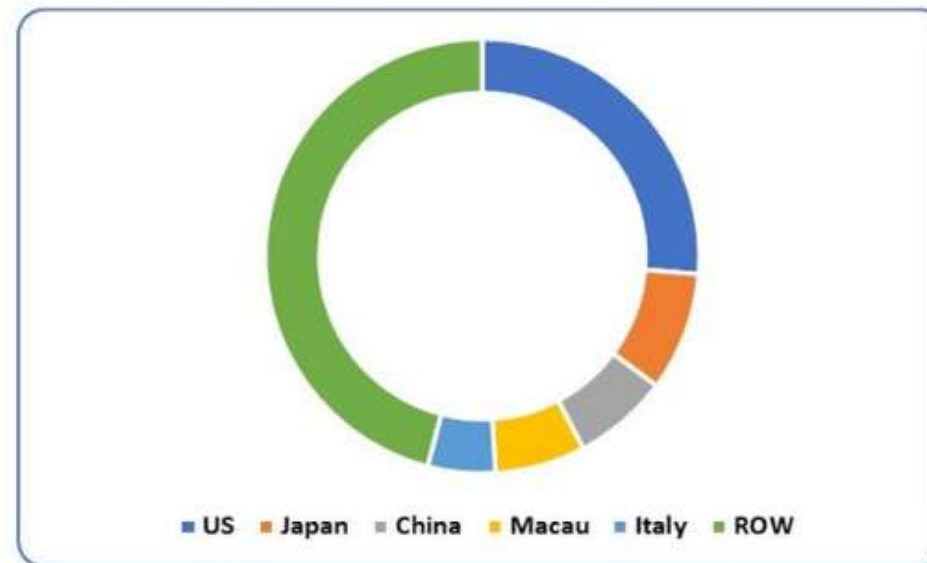
Top five gambling markets by GGY



Source: GBGC Global Gambling Report – 13th edition 2018

Global Gambling Revenues

Top global gambling markets by GGY (US\$m)



Source: GBGC Global Gambling Report – 13th edition 2018

Global gambling sector

Summary

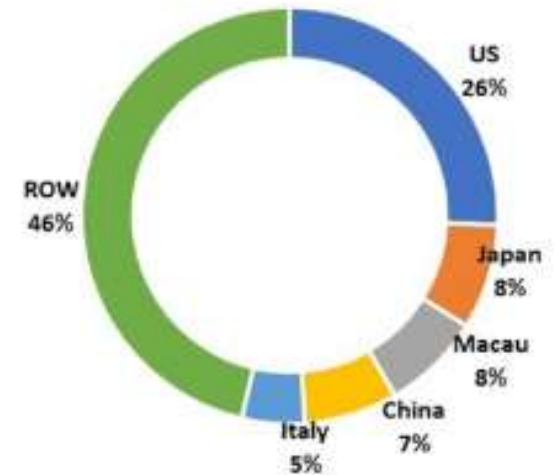
Global gambling revenues of US\$ 435 billion, up 4% YoY.

Top five markets account for 54% of global revenues.

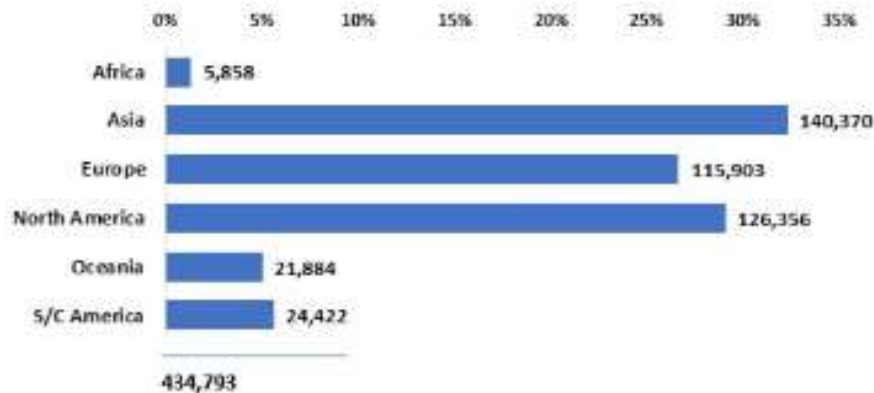
Asia is the leading gambling region by revenues (US\$).

Africa showed the greatest % growth in revenues.

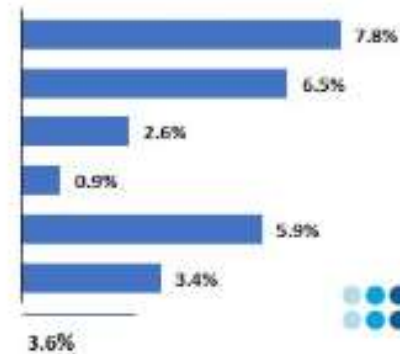
Source: *Global Gambling Report 14th edition (2019)*.

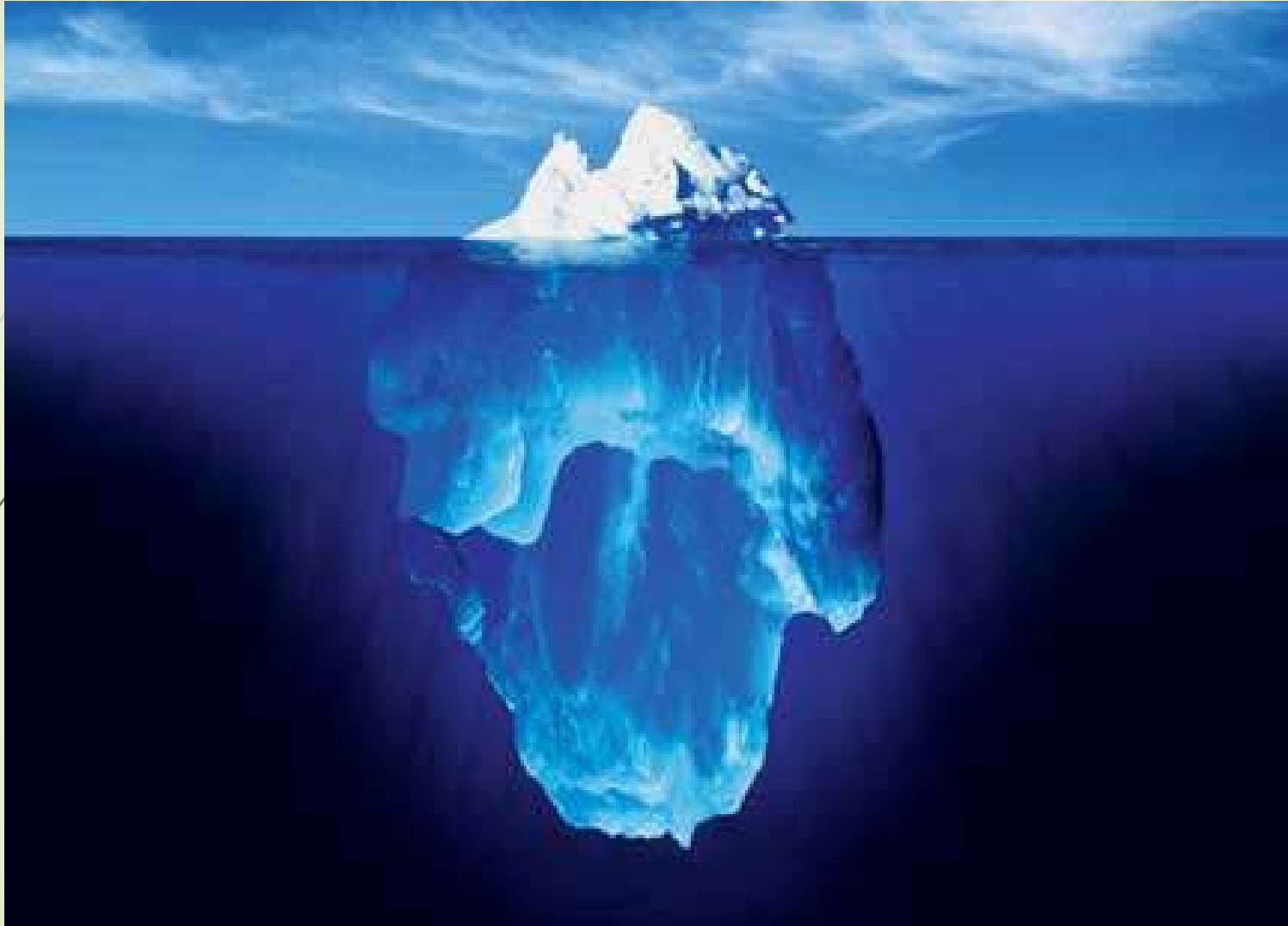


Gambling share by region 2017 (% , US\$m)



Vs 2016





SOLDI SPESI NEL GIOCO D'AZZARDO

IN EMILIA ROMAGNA NEL 2018

(Dati AAMS)

Regione	Provincia	COMUNE	Tipo Gioco	Giocato* Fisico (*per gli Apparecchi è l'Imponibile)	Vincita Fisico (per gli Apparecchi sono le Vincite da Contatore)	Erario Fisico	Speso Fisico
EMILIA ROMAGNA - Totale				6.280.681.379,64	4.845.781.620,61	765.144.219,86	1.408.343.064,38

**SOLDI SPESI NELLA PROVINCIA DI PIACENZA PER GIOCARE
D'AZZARDO NEL 2018** (Dati ufficiali AAMS)

Provincia	COMUNE	Tipo Gioco	Giocato* Fisico (*per gli Apparecchi è l'Imponibile)	Vincita Fisico (per gli Apparecchi sono le Vincite da Contatore)	Erario Fisico	Speso Fisico
PIACENZA - Totale			419.183.709,30	321.644.396,90	55.617.627,67	99.837.231,40

http://www1.agenziadogane.it/ed/2018datierario_130919.pdf

Soldi giocati d'azzardo nel comune di Piacenza nel 2018 (dati AAMS)

COMUNE	Tipo Gioco	Giocato* Fisico (*per gli Apparecchi è l'imponibile)	Vincita Fisico (per gli Apparecchi sono le Vincite da Contatore)	Erario Fisico	Speso Fisico
PIACENZA	AWP	69.847.418,93	51.009.887,31	13.331.370,07	21.614.586,74
	Big	215,00	0,00	43,00	215,00
	Bingo	6.429.000,00	4.373.581,49	771.480,00	2.055.418,51
	Comma 7	511.365,53	0,00	36.612,12	511.365,53
	Concorsi Pronostici Sportivi	21.079,00	8.011,00	7.133,13	13.068,00
	Eurojackpot	111.648,00	18.928,90	42.727,69	92.719,10
	Ippica Nazionale	257.186,00	161.091,27	15.431,16	96.094,73
	Lotterie Istantanee	17.437.726,97	12.607.057,28	2.465.948,26	4.830.669,69
PIACENZA	Lotterie Tradizionali	50.035,79	0,00	21.412,06	50.035,79
	Lotto	12.152.344,00	8.176.576,07	1.717.350,20	3.975.767,93
	Scommesse Ippiche In Agenzia	770.326,00	539.291,41	32.028,74	231.034,59
	Scommesse Sportive a Quota Fissa	6.017.047,05	4.798.210,39	219.390,60	1.218.836,66
	Scommesse Virtuali	4.176.252,80	3.515.035,43	124.797,02	661.217,37
	Superenalotto	2.418.227,50	1.121.951,85	678.477,14	1.296.275,65
	VLT	107.309.255,50	94.431.111,42	6.532.007,15	12.876.615,73
	Winforlife	132.478,00	51.506,58	30.827,25	80.971,42
PIACENZA - Totale		227.641.606,06	180.812.240,40	26.027.035,60	49.604.892,43

Pazienti seguiti per DGA dai SerDP dell'AUSL di Piacenza fino al 31 dicembre 2018, divisi per 41 dei 46 comuni di residenza

PIACENZA	194	VILLANOVA SULL'ARDA	4
FIORENZUOLA D'ARDA	33	BESENZONE	3
BORGONOVO VAL TIDONE	20	CARPANETO PIACENTINO	3
ROTOFRENO	18	GAZZOLA	3
CASTEL SAN GIOVANNI	17	TRAVO	3
PODENZANO	16	VERNASCA	3
PONTENURE	14	BETTOLA	2
GOSSOLENGO	12	BOBBIO	2
CADEO	11	CALENDASCO	2
CASTELVETRO PIACENTINO	11	FERRIERE	2
MONTICELLI D'ONGINA	10	GROPPARELLO	2
GRAGNANO TREBBIENSE	10	SARMATO	2
CAORSO	9	AGAZZANO	1
CORTEMAGGIORE	7	COLI	1
SAN GIORGIO PIACENTINO	7	FARINI	1
PONTE DELL'OLIO	7	PIOZZANO	1
ALSENO	6	SAN PIETRO IN CERRO	1
CASTELL'ARQUATO	6	VIGOLZONE	1
LUGAGNANO VALDARDA	6	ZIANO PIACENTINO	1
RIVERGARO	5		
ALTA VAL TIDONE	4	Pazienti della provincia di PC	468
(NIBBIANO, CAMINATA, PECORARA)		Pazienti dall'Emilia Romagna	27
PIANELLO VAL TIDONE	4	Pazienti da Lombardia e Veneto	29
		TOTALE PAZIENTI	524

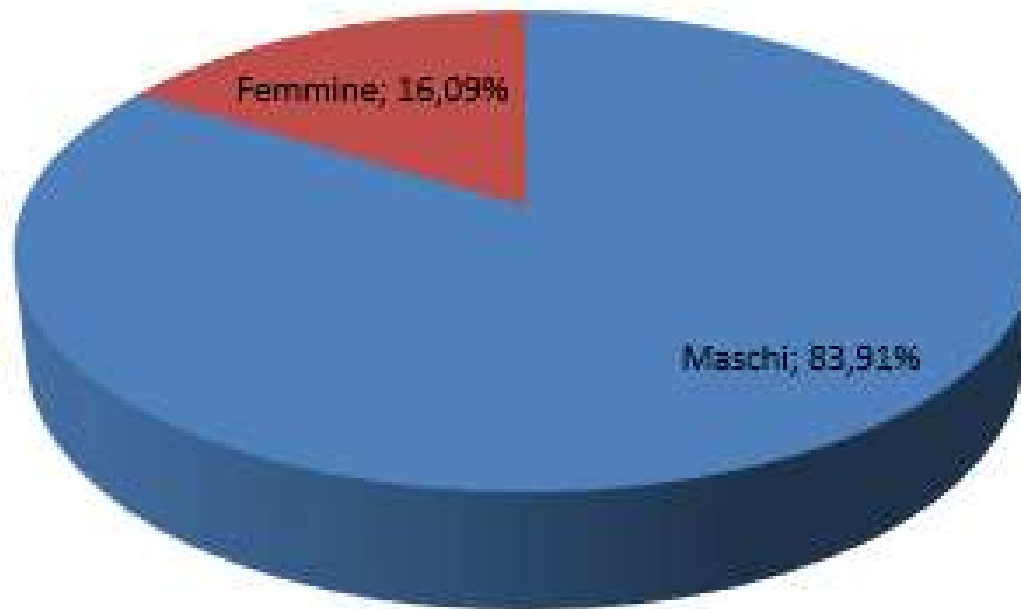


Dati DGA AUSL di Piacenza anno 2018

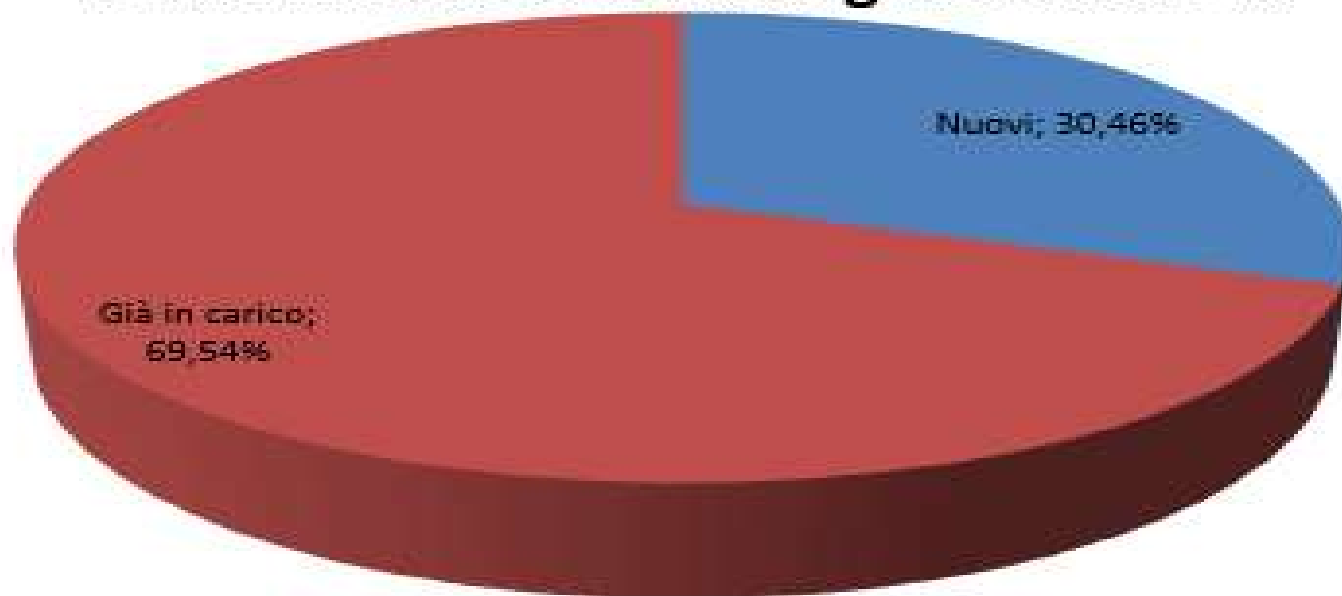
Anno 2018 dato provinciale							
ETA'	Nuovi utenti			Utenti già in carico			Totale generale
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
<=19	2	0	2	0	0	0	2
20-29	8	0	8	6	0	6	14
30-39	9	1	10	20	2	22	32
40-49	12	1	13	30	2	32	45
50-59	7	2	9	29	6	35	44
>=60	5	6	11	18	8	26	37
Totale	43	10	53	103	18	121	174

TIPOLOGIA GIOCO	n. casi	%
Giochi e/o Scommesse su Animali (Cavalli, cani, ecc.)	3	1,72%
Giochi di carte	4	2,30%
Roulette e/o Dadi	2	1,15%
New slot (comprese precedenti Slot Machine e/o Videopoker	101	58,05%
VLT (Video Lottery)	34	19,54%
Lotterie Istantanee e/o Gratta&Vinci	11	6,32%
Lotto e/o Superenalotto	1	0,57%
Bingo	2	1,15%
Lotterie	0	0,00%
Giochi e/o Scommesse a base sportiva (calcistiche o altro)	16	9,20%
Altri giochi d'azzardo su Internet	0	0,00%
Videogiochi su PC/Smartphone/Tablet/ecc.	0	0,00%
Altro	0	0,00%
Totale	174	100,00%

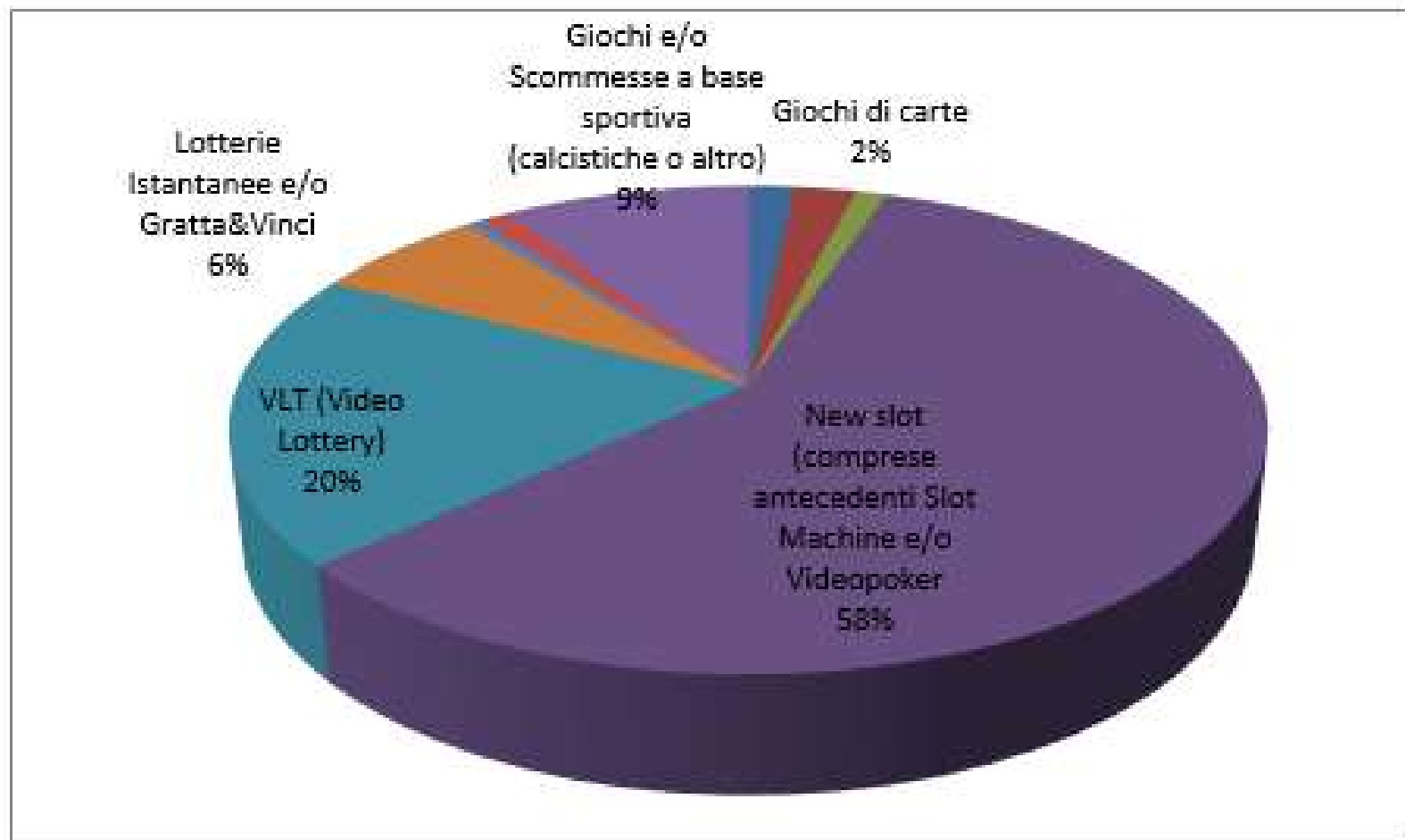
DGA 2018 Ausl Pc maschi-femmine %



DGA 2018 Ausl Pc nuovi-già in carico %



Tipologie di gioco d'azzardo di chi ha chiesto aiuto nel 2018



Obiettivi

31

L'obiettivo del PDTA, in coerenza con quanto affermato dalla Legge Regionale 5/2013 e dal successivo Piano integrato, è quindi quello di delineare un percorso specifico di accoglienza e presa in cura e trattamento degli utenti con DGA e dei loro familiari per:

- affrontare e rispondere in maniera adeguata ai bisogni di cura di questa tipologia di utenza;
- ridurre la variabilità di gestione e trattamento nelle diverse strutture aziendali;
- integrare i servizi ASL (SerDP, CSM, MMG, Neurologia), associazioni, enti pubblici e privati, che affrontano tale problematica a diversi livelli.

obiettivi specifici

- **Monitorare i pazienti che permangono in trattamento a 6 mesi e a 1 anno dalla presa in carico**
- **Monitorare la diminuzione delle spese per gioco d'azzardo (rispetto alla valutazione fatta congiuntamente con il familiare di riferimento tra le spese del semestre antecedente alla presa in cura e il semestre di cura).**



Gioco d'azzardo legale non vuole dire innocuo




Ho imparato tanto e per fortuna sono ancora ignorante.

“Mi occupo di dipendenze patologiche da diversi anni e nel corso del mio lavoro ho avuto modo di ascoltare e condividere storie sofferte, rivelazioni sconcertanti, idee deliranti... Ho imparato tanto e per fortuna sono ancora ignorante. **Ho imparato che chi manifesta una dipendenza patologica non vuole soffrire per forza ma vuole soffrire di meno**, e che la droga per il tossicodipendente come la cioccolata per la bulimica o il videopoker per il giocatore d'azzardo non sono desideri ma bisogni, che a volte travalicano la forza di volontà e la logica del pensiero. **Sviluppare nel corso degli anni una dipendenza patologica significa cercare di sopravvivere a una minaccia più grande**, che lo stesso *dipendente* avverte senza esserne del tutto consapevole.”

(Tonioni F. Quando internet diventa una droga. Ciò che i genitori devono sapere. Einaudi, Torino, 2011)





Alcune forme di dipendenza sono il tentativo di affrontare così il male di vivere, come scelta del male minore. Un modo per difendersi, anche se vergognosamente e goffamente.



Cognome

Nome

Data

ELMO – GA*Elenco Motivazioni – Gioco d'azzardo*

<i>Motivazione</i>	<i>Punteggio 1</i>	<i>Punteggio 2</i>	<i>Note</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
<i>Altro</i>	<i>Punteggio 1</i>	<i>Punteggio 2</i>	<i>Note</i>
1			
2			

ELMO-GA (Elenco delle motivazioni che ti fanno giocare d'azzardo)

- 1. Ci sono persone che giocano d'azzardo per vincere denaro, per avere più soldi: (83%).**

Vincere denaro vuole dire tante cose.

C'è chi vorrebbe vincere piccole cifre per concedersi piccole lussi: sono i giocatori di slot ad inizio carriera. Per fare qualche regalo agli altri.

C'è chi vorrebbe fare una grossa vincita che gli cambi la vita: sono i giocatori del gratta e vinci, del superenalotto, delle vlt. Per "fare il colpaccio".

C'è chi si accontenterebbe di vincere per continuare a giocare. Continui a infilare soldi per fare continuare il gioco.

Ma i soldi non bastano mai e c'è chi si scopre avido. Giochi perché non ti accontenti. Speri in un guadagno facile.

- 2. Ci sono persone che giocano d'azzardo per divertimento, perché gli piace giocare: (68%).** Perché poi ti senti appagato.

- 3. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché gli dà brivido, eccitazione, comunque sensazioni forti, adrenalina che sale: (48%).**



4. Ci sono persone che giocano d'azzardo per stare con amici o familiari o per incontrare nuove persone, giocano per socializzare: (12%).

Tipico di chi gioca a bingo.

5. Ci sono persone che giocano d'azzardo come passatempo, come anti-noia, per fare qualcosa intanto che aspettano, come diversivo: (64%).

6. Ci sono persone che giocano d'azzardo per il piacere di vincere, a prescindere dai soldi: vincere per vincere: (49%).

Per sentire che vali. Perché ti fa sentire onnipotente.

Per fare vedere che sei più furbo degli altri.

7. Ci sono persone che giocano d'azzardo per battere gli altri giocatori, per essere quello che emerge: (18%).



8. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché lo fanno gli amici, per non sentirsi fuori dal gruppo: (9%).

Tipico di chi fa scommesse sportive con gli amici.

9. Ci sono persone che giocano d'azzardo per il piacere del rischio e la sensazione d'incertezza che c'è nell'azzardo: (46%).

10. Ci sono persone che giocano d'azzardo per metter in pratica le proprie abilità, le strategie, i trucchi che hanno imparato guardando giocare e scambiandosi consigli con gli amici: (55%).

Per esempio vedendo un altro giocatore perdere tanti soldi ti viene di pensare: “adesso li vado a recuperare io”.

11. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché è interessante, affascinante: desta la loro curiosità: (30%).

Curiosità di vedere se paga. E' affascinante lo stile di vita che ti propone il gioco d'azzardo.

Curiosità per le nuove macchine.



12. Ci sono persone che giocano d'azzardo per non pensare a niente, per prendersi una pausa, per rilassarsi dallo stress, per stare da soli: (65%).

Per staccare la spina. Per non pensare ai problemi, alle preoccupazioni.

Per lasciare il mondo fuori. Per affrontare ansia e depressione.

Per dimenticare le cose che vanno male.

13. Ci sono persone che giocano d'azzardo come sfida: vogliono battere la macchina, vogliono sfidare il gioco. Vogliono "fregare" la macchina e sanno che non si devono fermare: (34%).

Sanno di andare a combattere contro i mulini a vento, contro l'impossibile, ma non si fermano. Usano la loro tenacia e non mollano.

14. Ci sono persone che giocano d'azzardo dopo aver bevuto alcolici o usato cocaina: (15%).

Hanno tendenza alle compulsioni.

15. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché si sentono fortunati o per metter alla prova la propria fortuna: (46%).



16. Ci sono persone che giocano d'azzardo per recuperare i soldi che hanno perso al gioco. Per rifarsi. Per risolvere: (88%).

Tra le persone che chiedono aiuto, la maggior parte vorrebbe vincere denaro per risolvere la situazione debitoria, per recuperare i soldi persi nel gioco d'azzardo. Per avere una speranza.

17. Ci sono persone che giocano d'azzardo per insoddisfazione. Vorrebbero guadagnare di più, sentono di meritarselo ed il gioco è una sorta di rivalse: (30%).

Per problemi sul lavoro. Perché invecchi e ti senti sempre secondo.

Perché non ti piace il lavoro che fai. Per essere all'altezza della morosa più ricca.

18. Ci sono persone che giocano d'azzardo per solitudine, perché si sentono soli: (30%).

Per attirare l'attenzione. Per lutti non elaborati.



19. Ci sono persone che giocano d'azzardo per sfogo: per sfogare la rabbia per qualcosa o contro qualcuno. Oppure giocano per colpa di qualcosa o di qualcuno:(55%).

Per scaricarsi. Perché la suocera vive con voi...

20. Ci sono persone che giocano d'azzardo per autolesionismo, per farsi del male, per buttare i soldi: (14%).

Buttano i soldi invece di tagliarsi. Invece di farsi del male in altro modo. Invece di suicidarsi.

21. Ci sono persone che giocano d'azzardo per abitudine: (52%).

Vai a giocare come in trance, come fosse un automatismo.

All'interno di una routine consolidata.

Come una sorta di rituale.

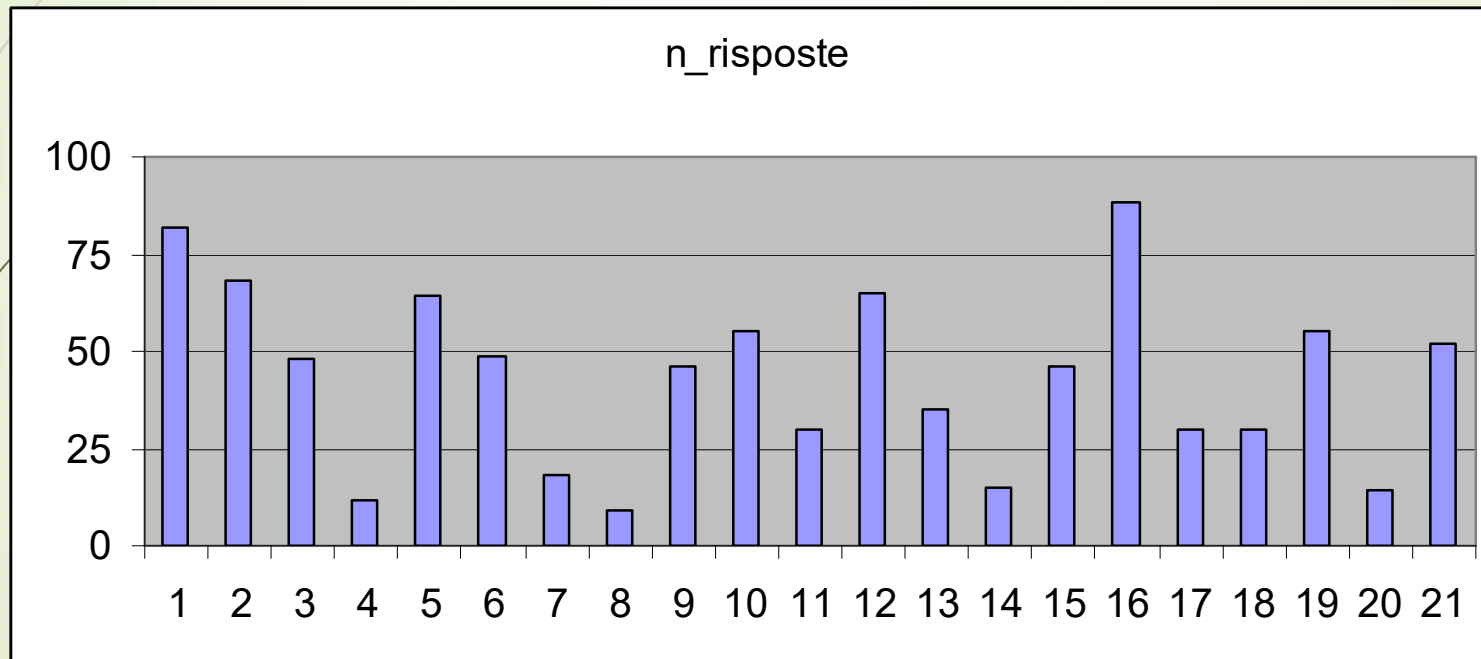


➤ **22. Cosa mi sono dimenticato?**

Ci sono persone che giocano d'azzardo perché non hanno ancora deciso di smettere.

Ci sono persone che giocano d'azzardo perché si ricordano di una grossa vincita.

Numero delle risposte in base all'item



10

**Raramente capita che una persona non dia almeno un "10".
Quando accade lo approfondisco ed emerge che:**

"Nulla nel gioco d'azzardo mi ha realmente attratto completamente, era un modo per non sentire la mancanza del lavoro e l'illusione di risolvere. Era come prendere un anestetico."

"Non darei 10 nessuno, a Dio do 9 e a me stesso 4."

"Non do 10 a nessuna motivazione poiché ho sperimentato che sto meglio non giocando, anche se adesso non riesco a smettere di giocare."

"Non do 10 a niente e nessuno: l'eccellenza è rara, ma io la riconosco."

"Non do 10 a nessuna motivazione, perché era sempre un'insieme di motivazioni. Sono tante concause. Una sola non ti muove."

ELMO-GA

L'intervista strutturata è stata proposta, da luglio 2012 a marzo 2013, a 100 pazienti (84 uomini e 16 donne), di età variabile tra 21 e 74 anni. L'età media dei pazienti era di 43.92 anni (SD=12.34). Tutti i pazienti avevano avuto la diagnosi di gioco d'azzardo patologico secondo i criteri del DSM IV TR.

Le tipologie di gioco praticate erano:

newslot 60%,

vlt 15%,

scommesse sportive 10%,

gratta e vinci 5%,

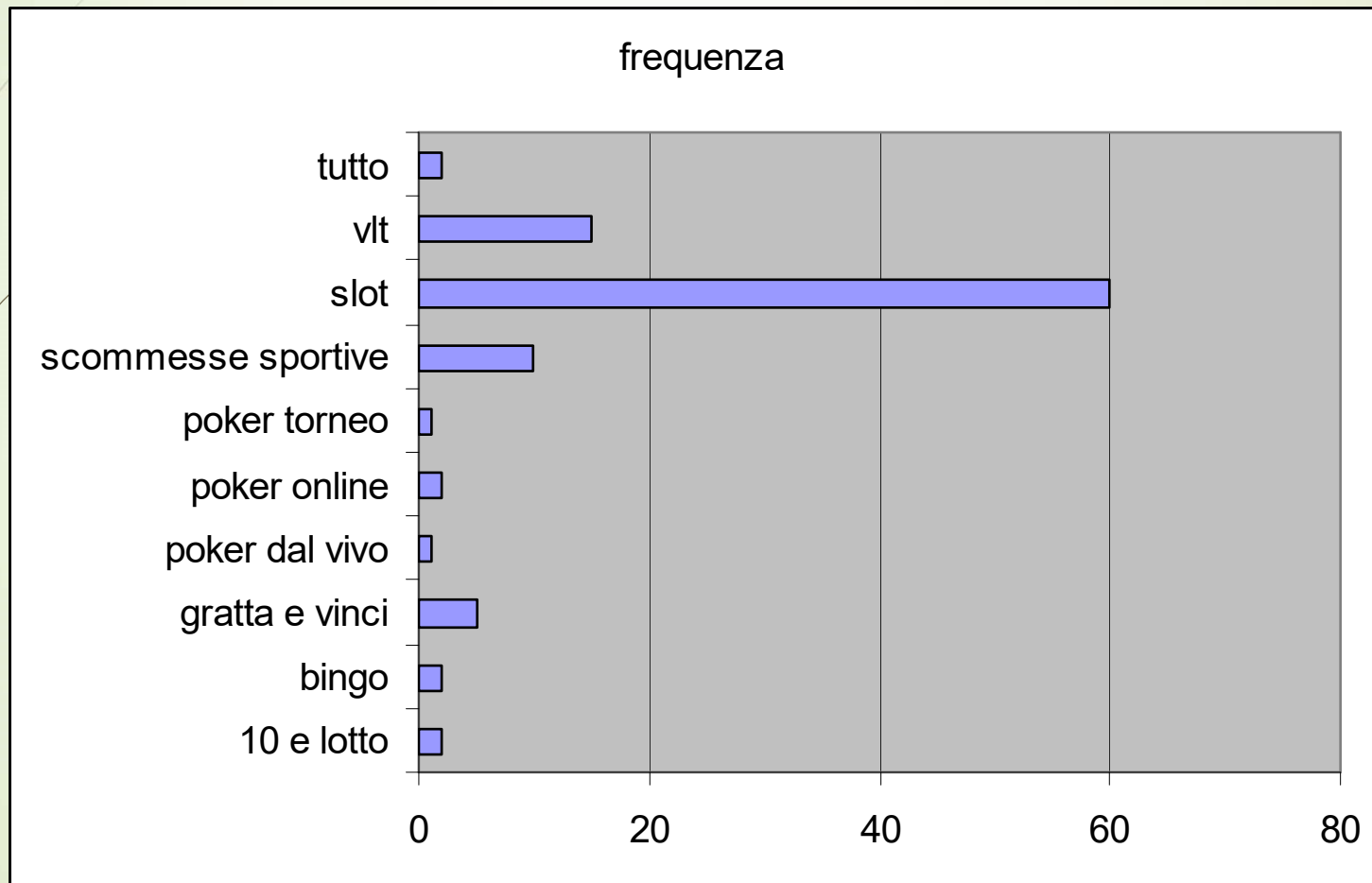
poker 4%,

10 e lotto 2%,

bingo 2%

roulette 2%.

Suddivisione dei giocatori in base alle tipologie di gioco



E' utile eseguire l'intervista strutturata già al secondo colloquio.

E' allungabile, flessibile, eclettica.

Serve per conversare, senza dimenticare dei pezzi.

Serve per sottolineare che sappiamo benissimo che ci sono motivazioni più che razionali che ti hanno portato a giocare d'azzardo.

Quelle motivazioni vanno soddisfatte o affrontate in altro modo.


Nel tempo l'intervista può essere ripetuta per "quantificare" il cammino fatto.

Per esempio bisogna elaborare il lutto dei soldi persi per sempre.


Guadagnare di più lavorando e facendo più lavori.

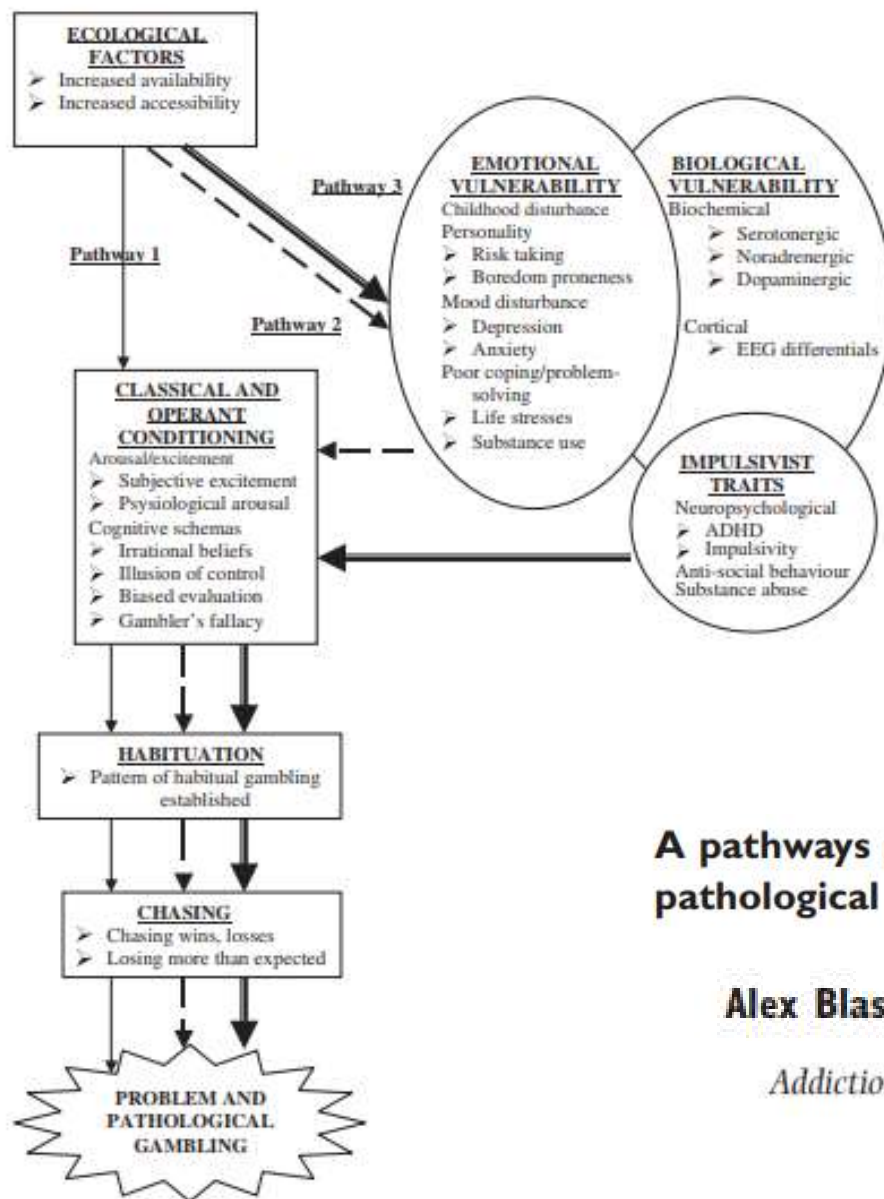
Avere tranquillità dalla consapevolezza e condivisione del debito, con relativa lunghissima rateizzazione della restituzione...

Ripetere l'intervista è poi un modo per chiudere il percorso, se i punteggi delle motivazioni a giocare d'azzardo si azzerano, perché soddisfatte da altri comportamenti.



Avere a disposizione un'intervista strutturata permette di individuare le motivazioni del gioco d'azzardo e di pianificare con il paziente i nodi focali del trattamento del gioco eccessivo; si può utilizzare nel tempo come verifica dei risultati e può essere un utile strumento da aggiungere a quelli già disponibili nel personale “know how”.

- 
- ▶ Le motivazioni che spingono a giocare d'azzardo nel tempo cambiano. Se all'inizio si gioca per provare a vedere se è vero che si vince, poi si gioca per riprovare a vincere e poi per recuperare i soldi persi.
 - ▶ La maggior parte delle persone che prova a giocare d'azzardo poi smette, perché si annoia, perché ha paura di perdere soldi, perché ha altro a cui pensare...In generale le motivazioni per cui giocano i giocatori d'azzardo malati sono ben diverse da quelle di chi non viene preso dal gancio dell'abitudine, prima e della dipendenza, poi.



A pathways model of problem and pathological gambling

Alex Blaszczynski¹ & Lia Nower²

Addiction, 97, 487–499 2002

Efficacia della trappola del gioco d'azzardo



$$E = mc^2$$



Oltre la terapia del “buon senso” e del “freno a mano tirato”

Quando un paziente arriva al Servizio ha già provato a smettere da solo e non ci è riuscito. Ha provato a recuperare i soldi persi e non ci è riuscito e la situazione che sta vivendo è diventata intollerabile.

La terapia del buon senso prevede di:

- Proteggersi: cambi strada per evitare le sale slot, consegna bancomat e carta di credito, cambi orari locali e compagnia, non bevi alcolici, non fai altri giochi d'azzardo, chiedi a qualcuno di aiutarti a controllare il denaro...
- Avere motivazioni al cambiamento: sta per nascere un figlio, non vuoi perdere il partner, non vuoi perdere il lavoro...
- Riempire il vuoto lasciato dal gioco d'azzardo: giocando a biliardo, tornando a pescare, tornando a vecchi hobby di un tempo...

Impegnandosi in questi modi sicuramente si ottiene una riduzione del danno economico, ma ci si muove con il freno a mano tirato, si sente la fatica di andare avanti a furia di impegno e forza di volontà.

Le persone che chiedono aiuto vorrebbero qualcosa di più di quanto hanno già capito e provato da sole.



Ecco allora la terapia $E = mc^2$

Una parte della soluzione è rimuovere m , il motivo che porta a giocare d'azzardo.

Scoprire il motivo che lo rende un vantaggio a prescindere dalle vincite sperate.

La **terapia specifica** del DGA parte dal riuscire trovare la vera motivazione personale che tiene nella necessità di stare *nella zona*.

A volte lo stesso giocatore non la conosce razionalmente.

Il freno a mano però rimane tirato e fa sentire tutta la fatica di non tornare a giocare d'azzardo se si lavora solo sulla terapia del buon senso o anche solo sull'estinzione dei condizionamenti acquisiti.

Fra parentesi il condizionamento classico è più facile da estinguere di quello operante, ma la vera magia che paralizza gli ingranaggi è togliere la motivazione personale, il personale bisogno di rinforzo negativo: **trovare sollievo**.



**Some Days It's Hard
To Find Motivation**

**Some Days Motivation
Finds You!!**





Alessia e Nora e Patroclo ed Europa

- **Alessia** è albanese e ha sempre il mal di testa, così il Medico di Medicina Generale la manda a fare una visita specialistica Neurologica. La neurologa la ascolta...
- **Nora** vive con la suocera...
- **Patroclo** finisce presto di lavorare...
- **Europa** è rimasta vedova e deve gestire i soldi della madre che è in una casa di riposo...

Il nostro lavoro è

decondizionare il paziente

e intanto

aiutarlo a **difendere il patrimonio**

e intanto

aiutarlo a **ricostruire le relazioni**

e intanto


disinnescare le motivazioni a continuare a giocare.



Conclusioni

- ▶ Quando le difficoltà della vita sono diventate fattori scatenanti (triggers) negativi interni o sollecitazioni fastidiose alcune persone cercano di trovare conforto/sollievo nel gioco d'azzardo. Questa può sembrare una cattiva soluzione, ma al momento è l'unica soluzione accettabile per il giocatore patologico.
- ▶ La motivazione personale che porta al gioco d'azzardo è il «core» che possiamo indagare per considerare l'utilità di interventi personalizzati, un cosiddetto intervento terapeutico strategico abbinato alla soluzione alternativa della necessità di coping.





**“La risposta è dentro di te
e però è sbagliata.”**

(Quélo)



GRAZIE!

Il PDTA sul DGA Ausl di Parma



*Un percorso possibile fra l'ideale e
la specificità territoriale*

16-10-2019

Simonetta Gariboldi

Medico Psichiatra

SerDP Fidenza



Di cosa parliamo oggi



Cosa è venuto prima del nostro PDTA

Principi ispiratori e specificità territoriale dei Ser.DP territoriali

Le buone prassi e le reali possibilità dei servizi

Una lettura veloce per punti fondamentali



Stato dell'arte: vincoli e risorse



Nella nostra provincia esistono 4 SerDP: Parma-Colorno,
Fidenza, Fornovo-Borgotaro, Langhirano

Esistono psichiatri interni in ogni servizio

Problemi di sedi aperte a giorni alterni

Non c'è possibilità di avere équipes dedicate, solo a Parma

GA a Parma da 2 anni gemmato da Modena



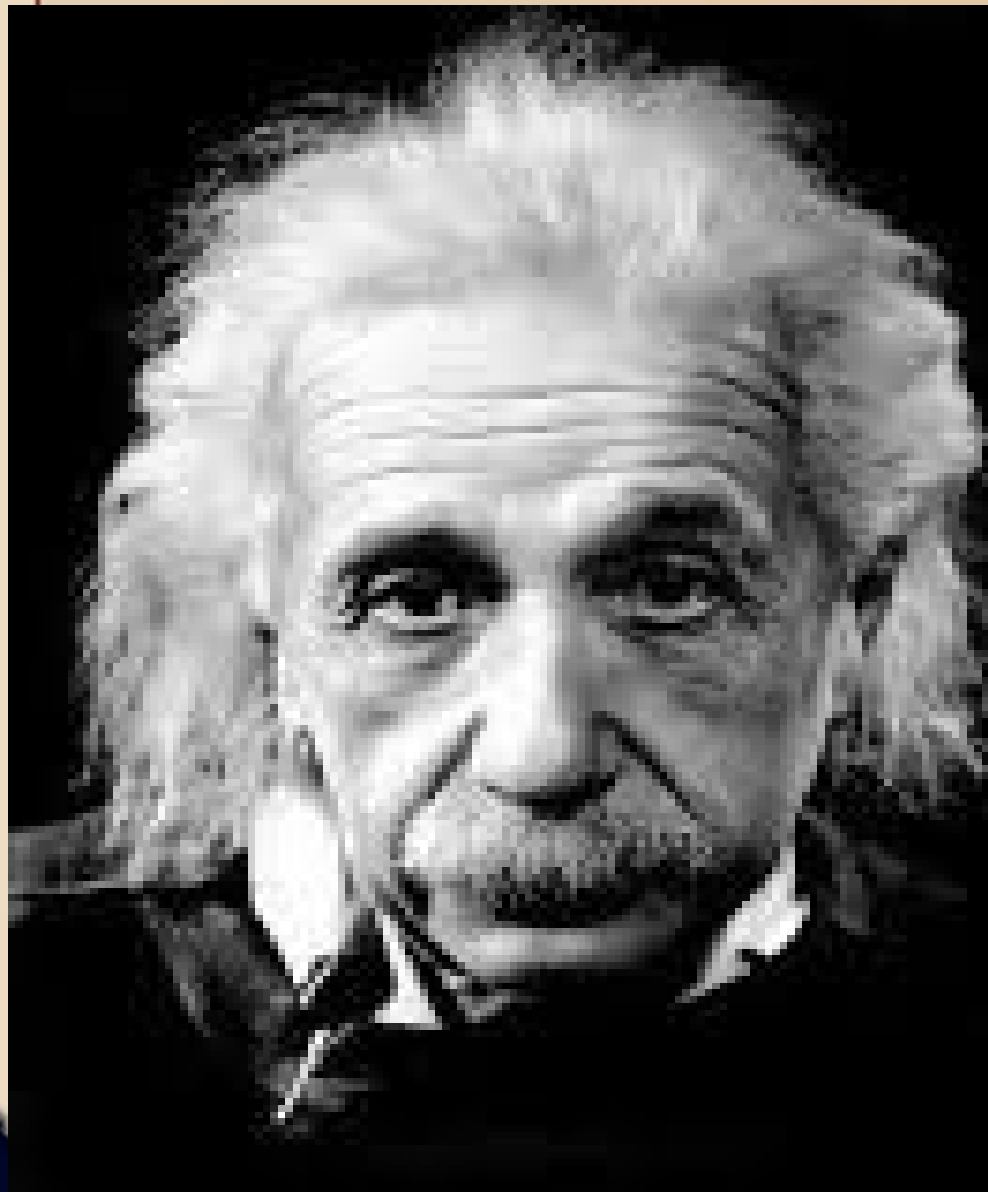
A rectangular stone plaque is mounted on a rough, textured stone wall. The plaque is light-colored and features the text 'VICOLO DELLA FORTUNA' in a bold, serif font, arranged in three lines. The wall is composed of irregular, light-colored stones with visible mortar joints. The lighting is bright, casting shadows on the wall and the plaque.

VICOLO
DELLA
FORTUNA

Cosa è venuto prima del PDTA



- Era presente fino all'anno scorso una Unità Operativa Complessa (UOC) per ALCOL, TABAGISMO e DGA ora scissa in diversi Incarichi ad Alta Specializzazione (IAS)
- Da almeno 6 anni esiste un gruppo sovradistrettuale di operatori che si occupa di DGA multidisciplinare
- Da 2 anni sono state approvate linee di indirizzo aziendali prodotte dal lavoro congiunto dei gruppi come consensus
- Da 1 mese approvato PDTA dopo lavoro da parte di un gruppo ristretto e del Governo Clinico



NON PENSO MAI AL FUTURO

ARRIVA COSI' PRESTO

Dopo introduzione del DGA nei Lea



Necessità di garantire

- Riproducibilità
- Uniformità della prestazione erogata
- Definizione di modalità e tempi
- Formazione degli operatori nei ruoli specifici
- Algoritmi di lavoro
- Costante adattamento alle nuove esigenze
- Interfaccia con il territorio

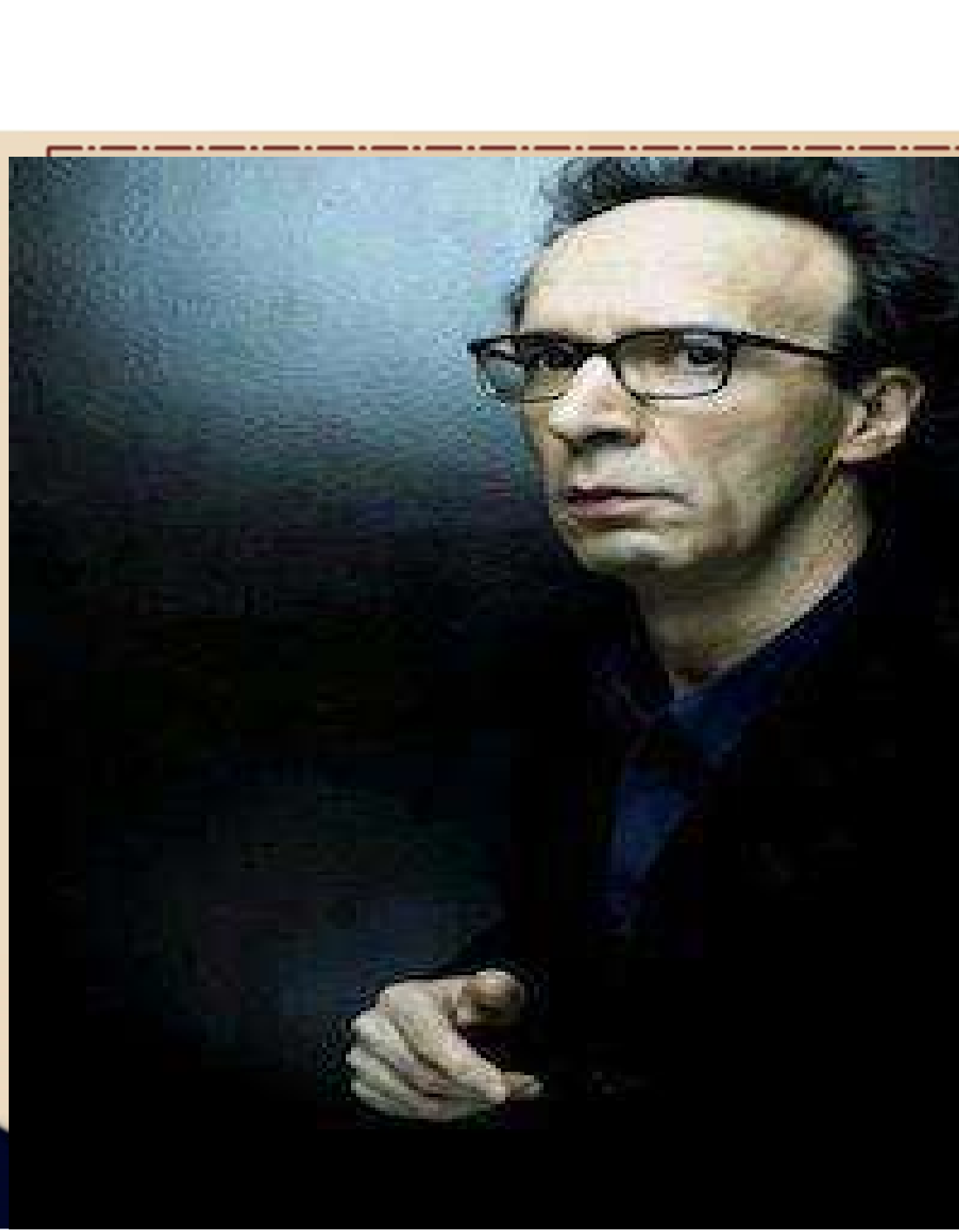
LE COSE CHE
TI FREGANO
NON SONO
GLI EVENTI
MA LE
ASPETTATIVE.

Alex Bellini



Tra i criteri che possono incidere sulla scelta è possibile indicare:

- impatto sulla salute del cittadino (prevalenza, incidenza e mortalità della patologia);
- impatto sulla salute della comunità;
- impatto sulla rete familiare;
- presenza di linee-guida specifiche;
- variabilità e disomogeneità delle prestazioni;
- precisa definizione della patologia in esame;
- semplicità clinica/assistenziale;
- impatto economico.



*Iniziare un nuovo
cammino ci spaventa,
ma dopo ogni passo ci
rendiamo conto di
quanto fosse
pericoloso rimanere
fermi.*

R. Benigni

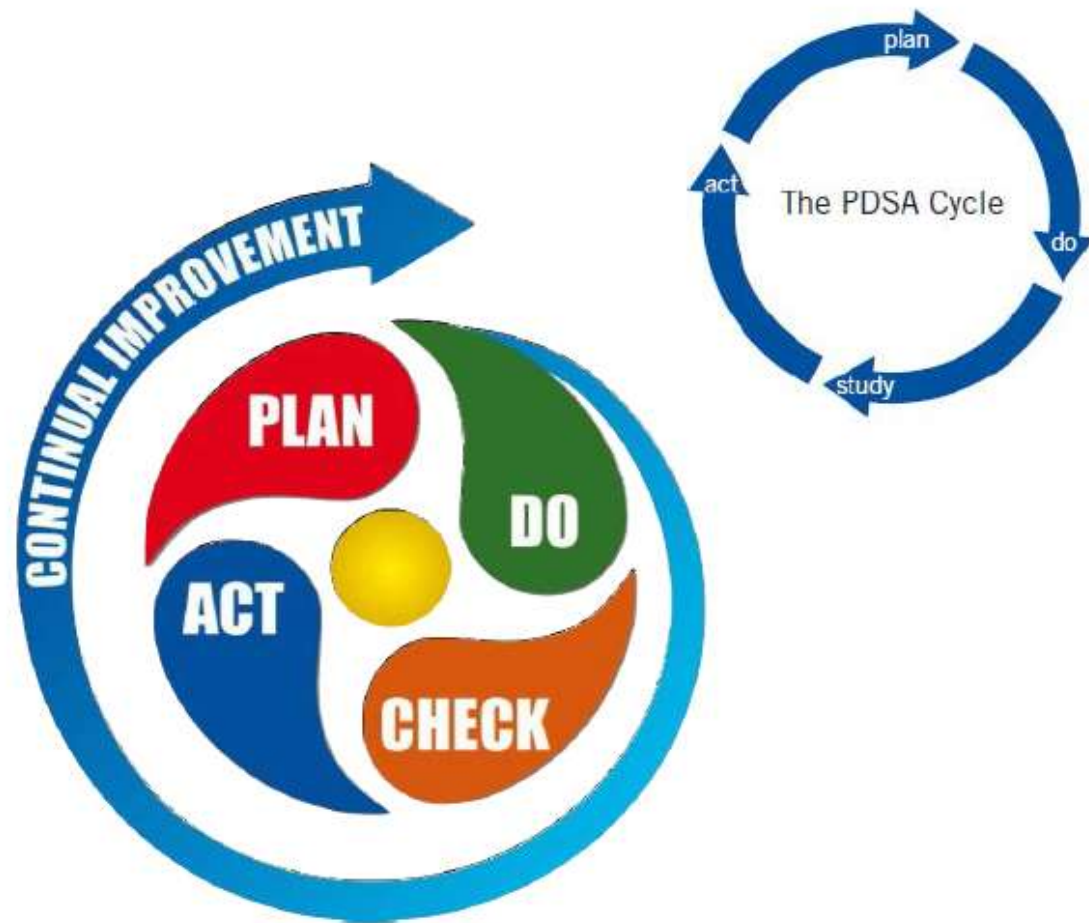
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p> <p>DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE INTEGRATO SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>	<p align="center">PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO</p> <p align="center">PDTA_DGA.DAISMDP.000</p>	<p>Rev. N.00 03/09/2019</p>
---	---	---------------------------------

<p>REDAZIONE</p>	<p>ANNA MARIA BARATTA GILDA DONATO SIMONETTA GARIBOLDI LUCIA GIUSTINA ANTONELLA MARCOTRIGGIANI <i>Programma Dipendenze Patologiche</i></p>	<p><i>Anna Maria Baratta Gilda Donato Simonetta Gariboldi Lucia Giustina Antonella Marcotriggiani</i></p>
<p>VERIFICA APPROPRIATEZZA QUALITÀ</p>	<p>MARCO LOMBARDI <i>Direzione Sanitaria -UOC Governo Clinico</i></p>	<p><i>Marco Lombardi</i></p>
<p>APPROVAZIONE</p>	<p>MARIA ANTONIONI <i>Direttore Programma DP</i></p>	<p><i>M. Antonioni</i></p>
<p>AUTORIZZAZIONE ED EMISSIONE</p>	<p>PIETRO PELLEGRINI <i>Direttore DAI DSM-DP</i></p>	<p><i>P. Pellegrini</i></p>

Gruppo di lavoro ristretto per esperienza, motivazione personale e resa lavorativa

Costruzione di un PDTA: un processo di miglioramento continuo

- P: chi, cosa, come, quando
- D: sperimentare (documentare aspetti positivi e negativi, esiti imprevisti)
- C (S): valutare gli esiti
- A: introdurre i cambiamenti per il ciclo successivo



Revisione



Adattamento e modificabilità

Cambiamenti della realtà es. nuovi giochi, nuovo approccio

Verifica Audit

Aggiornamento

Miglioramento continuo

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
00*	--	Prima stesura	03/09/2019

***Il presente documento sostituisce ed integra il precedente documento “Linee di indirizzo per percorso diagnostico terapeutico assistenziale per le persone affette da Gioco d’Azzardo Patologico” LI.00DAISMDP.DP del 20/02/2018**

ELENCO ALLEGATI

All. 1	SOGS – South Oaks Gambling Screen
All. 2	Consenso informato al trattamento dei dati e Consenso informato ai trattamenti
All. 3	Criteri diagnostici DGA – DSM5
All. 4	Convenzione regionale GA
All. 5	Questionario di gradimento
All. 6	PDTA DGA Versione per l'utenza

SOMMARIO

1. *Generalità*
2. *Riferimenti normativi e documentali*
3. *Definizioni e Abbreviazioni*
4. *Oggetto, scopi e obiettivi*
5. *Campo di applicazione*
6. *Premessa*
7. *Criteri di inclusione dei pazienti nel percorso*
8. *Matrice delle responsabilità*
9. *Descrizione del Percorso e Flow chart*
10. *Interfacce*
11. *Indicatori e parametri di controllo*
12. *Garanzie per i pazienti*
13. *Diffusione*

I PDTA rappresentano la **contestualizzazione di Linee Guida**, relative ad una patologia o problematica clinica, **nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria.**

I PDTA sono quindi **modelli locali** che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, **consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata** in funzione del miglioramento.

I PDTA sono **strumenti** che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, **il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.**

Linee guida o leggi?



1. GENERALITA'

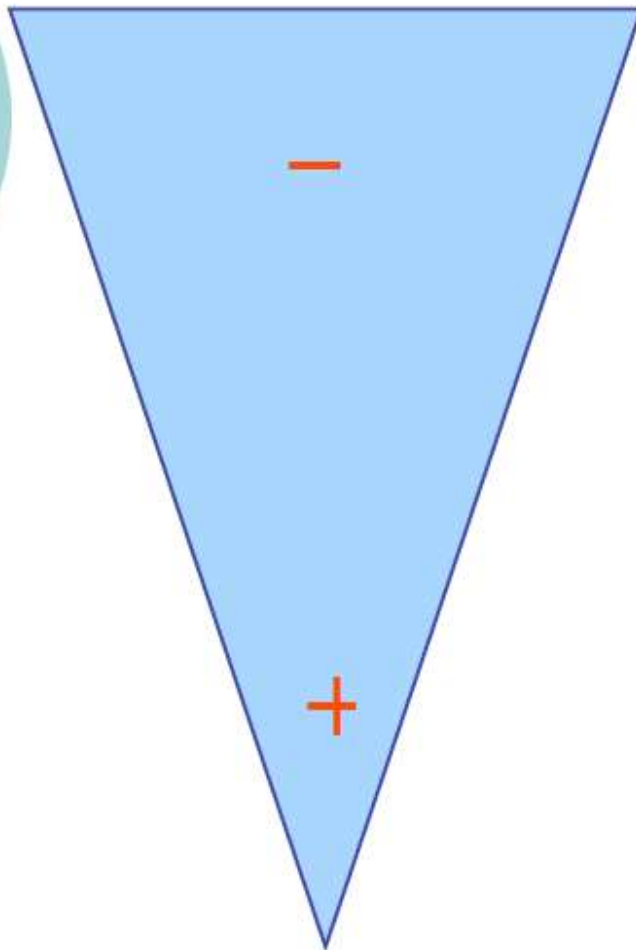
Il presente documento relativo al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) descrive le procedure, i professionisti, i setting organizzativo-assistenziali e le tempistiche garantite ai pazienti coinvolti nel percorso.

Il PDTA rappresenta la contestualizzazione della LEGGE REGIONALE 04 luglio 2013, n. 5# NORME PER IL CONTRASTO, LA PREVENZIONE, LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DELLA DIPENDENZA DALGIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO, NONCHÉ DELLE PROBLEMATICHE E DELLE PATOLOGIE CORRELATE, nella specifica realtà organizzativa dell'AUSL di Parma, allo scopo di garantire il miglior percorso possibile nel territorio di riferimento.

I percorsi di cura

LA LETTERATURA DI RIFERIMENTO

La gerarchia delle fonti



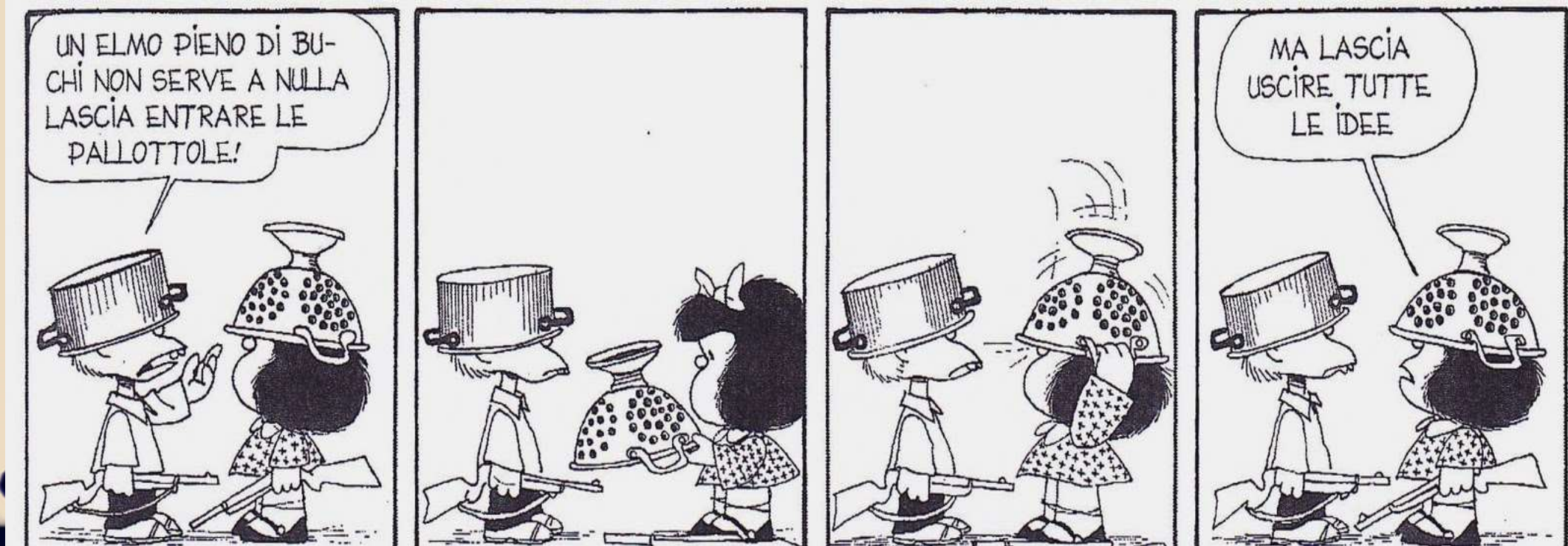
- Dispense
- Atti di convegni
- Monografie
- Libri di testo
- Articoli (descrizioni di esperienze, commenti, editoriali)
- Revisioni della letteratura
- Articoli di ricerca
 - Studi descrittivi
 - Studi caso controllo
 - Studi clinici controllati e randomizzati
- Revisioni sistematiche di letteratura
- Metanalisi
- Linee guida

2. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

AUTORE	DATA	DOCUMENTO
Parlamento italiano	Legge 6/2004	Istituzione dell'Amministratore di Sostegno
Repubblica Italiana	D.L. 158/2012	Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute
Regione Emilia Romagna	DGR 698/2008 – Programma Regionale dipendenze patologiche	Progetto REX - Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze
	L.R./RER 5/2013	Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate.
	DGR 154/2014	Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco patologico 2014-2016.
	DGR 771/2015	Costruire Salute. Piano della prevenzione 2015 – 2018 della Regione Emilia Romagna
	L.R./RER 3/2017	Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco

DAI-SMDP AUSL Parma	26/3/2018	Istruzione Operativa "Gestione degli inserimenti e dimissioni dalle Comunità terapeutiche"
WHA	1993	Classificazione statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi sanitari correlati (ICD - 10) ICD X rev adottata nel 1990 dall'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA)
Capitanucci, Carlevaro. Ed. Hans Dubois – Bellinzona-	2004	Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico.
APA – Raffaello Cortina Ed.-	2013	Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM5
Miller, Rollnick Erikson Ed.	2014	Il colloquio motivazionale
Lupi, Martinotti, Acciavatti, et al. BioMed Research International http://dx.doi.org/10.1155/2014/537306	2014,	Pharmacological treatments in Gambling Disorder: a qualitative review, Biomed Res Int
Pacifici, Giuliani, La Sala ISS - ISTISAN	2018	Disturbo da Gioco d'Azzardo: risultati di un progetto sperimentale

contenuti



Occorre:

- definire gli obiettivi “minimi” ed “essenziali” da realizzarsi e gli outcome attesi
- focalizzare ogni singola attività sul paziente, definendo la successione temporo-spaziale delle azioni necessarie e realizzabili

Le azioni ritenute non necessarie o ridondanti, saranno eliminate in accordo con l'obiettivo di ottenere il miglior risultato (efficacia), di utilizzare la miglior pratica clinica (appropriatezza) e di ottimizzare risorse e tempi (efficienza).

4. OGGETTO, SCOPI E OBIETTIVI

Il DGA (come specificato in All. 3) è una dipendenza patologica senza sostanze e, per la sua specificità, richiede un percorso di accoglienza, presa in cura e intervento dedicato. Il presente progetto per il DGA si pone l'obiettivo di delineare un modello operativo di presa in carico del giocatore d'azzardo patologico e dei familiari valido per i SerDP della provincia di Parma, in coerenza con quanto indicato dalla Legge Regionale 5/2013 e dal successivo Piano integrato.

Tale modello ha valore di indicazione procedurale alla quale ogni singolo SerDP si adatterà secondo la propria organizzazione.

Il presente documento è frutto del lavoro di un gruppo provinciale multi-professionale, cui hanno partecipato operatori dei diversi SerDP dell'AUSL di Parma.

5. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le linee di indirizzo del presente documento si applicano a tutti i SerDP dei distretti dell'AUSL di Parma.



Personalizzazione del
percorso

Dga come diagnosi

Anche famiglia presa
in carico

Specificità territoriale

NESSUN PROBLEMA E' TANTO GROSSO-
SO O COMPLICATO CHE NON GLI SI
POSSA SCAPPAR VIA !



Modello biopsicosociale per le dipendenze e fattori di additività



6. PREMESSA

Il fenomeno dell'incremento del Gioco d'Azzardo e l'instaurarsi di una dipendenza patologica possono assumere aspetti di problematicità non solo sul piano psicologico individuale, ma anche su quello relazionale, familiare, sociale, finanziario, penale e culturale.

La vulnerabilità individuale, gli aspetti della personalità, quelli relazionali, familiari e le condizioni psichiche particolari possono favorire l'instaurarsi di un comportamento problematico rispetto al gioco d'azzardo, fino ad arrivare ad una vera e propria dipendenza, con ripercussioni sul piano della salute mentale e delle relazioni, in ambito lavorativo, economico e sociale in senso lato.

Le variabili che concorrono ad intensificare lo stato di fragilità del giocatore e che possono facilitare l'aggravarsi della condizione psicopatologica degli individui sono diverse:

- aumento dell'offerta di giochi d'azzardo che implicino l'utilizzo di denaro;
- facile accessibilità all'attività di gioco;

- promozione, attraverso la pubblicità, del gioco d'azzardo come un'opportunità alla portata di tutti, per un cambiamento di vita e un rapido miglioramento delle proprie condizioni sociali ed economiche;
- caratteristiche additive dei nuovi giochi d'azzardo.

Con la legge 189/2012, il SerDP è stato indicato come il servizio che ha le competenze specifiche per occuparsi di questa tipologia di assistiti.

La legge regionale n. 5 del luglio 2013 ed il Piano Integrato n. 154 dell'11 marzo 2014 definiscono ulteriormente, per le Aziende USL regionali, gli interventi da attuare nei casi di dipendenza da Gioco d'Azzardo patologico.

Criterio solo diagnostico



7. CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI NEL PERCORSO

Sono inclusi nel PDTA gli utenti cui viene confermata la diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) secondo i criteri dell'ICD 10 (F63.0 – Gioco d'azzardo patologico) e del DSM 5 [Disturbi correlati ad uso di sostanze – Disturbi da Addiction – 313.31 (F63.0) – (vedi All. 3)] assistiti dalla AUSL di Parma, i loro caregivers e/o i loro familiari ove ne facciano richiesta.

Possibilità di trattamento flessibile



8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

In ogni SerDP provinciale è presente un'equipe dedicata multiprofessionale, costituita almeno da: uno Psicologo, un Educatore, un Assistente Sociale, un Medico Psichiatra.

ATTIVITA'	FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE			NOTE
	Medico Psichiatra	Psicologo	Educatore/ Ass. sociale	
Colloquio di accoglienza	R	R	R	
Valutazione condizioni di salute	R			
Compilazione, registrazione e informatizzazione della cartella clinica	C	C	R	Sister
Colloqui clinico-diagnostici, assessment standardizzato e restituzione	R	R	C	DSM 5, ICD 10 SOGS
Proposta di trattamento	R	R	R	
Sostegno ai familiari	C	C	R	
Interventi psicoterapeutici	C	R		
Indicazioni per la gestione economica controllata			R	
Interventi psicoeducativi individuali/di gruppo	R	R	R	
Trattamento della comorbidità psichiatrica	R			
Verifica periodica	R	R	R	
Dimissione e follow-up	R	R	R	

R= Responsabile

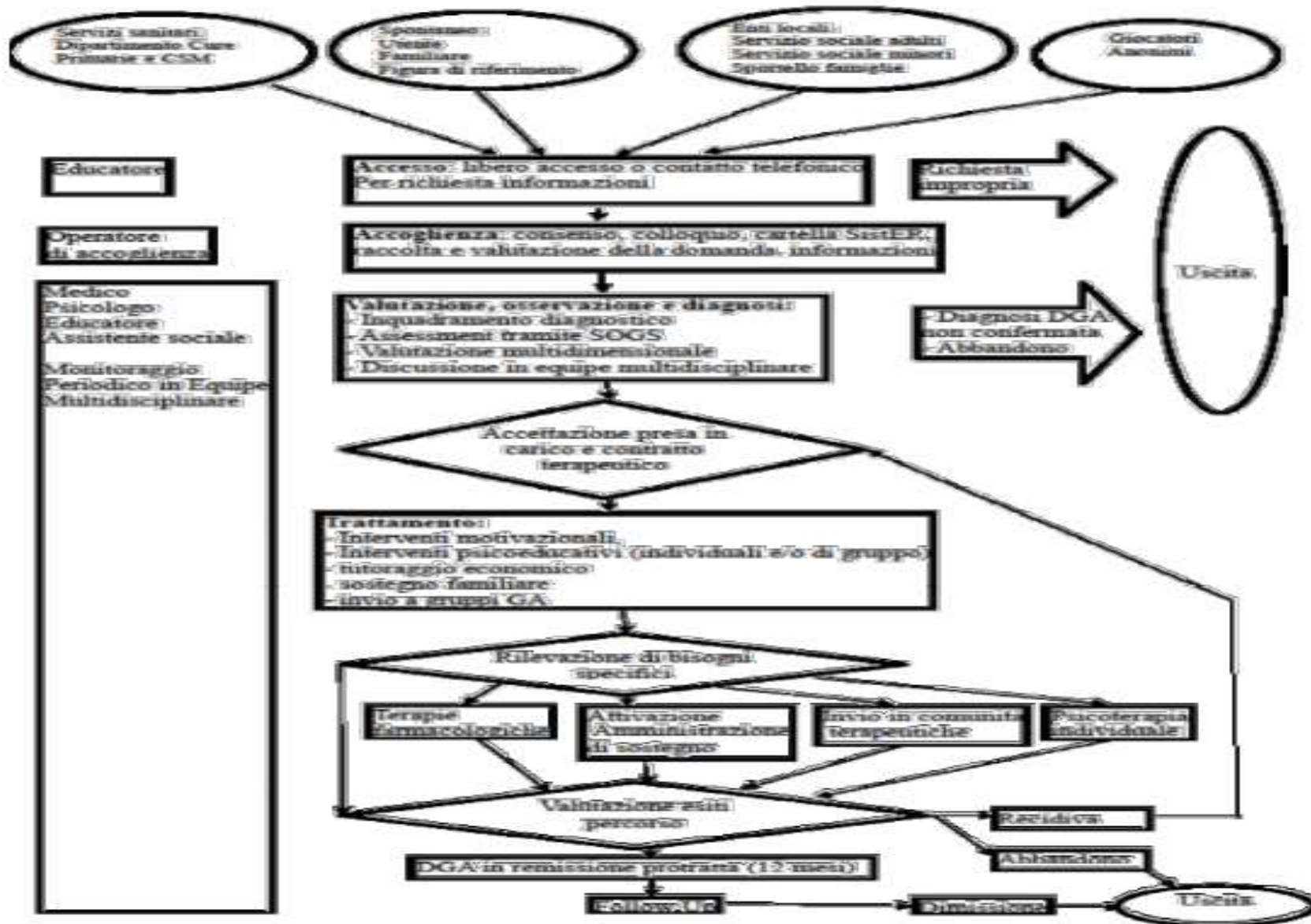
C= Collabora

Spesso
coinvolgimento
di tutti gli
operatori

Più possibilità di
intervento
multidisciplinar
e

SCHEMA PER LA SOLUZIONE DI OGNI PROBLEMA





Fase 1 – Accesso-accoglienza

Descrizione del processo

L'accesso al Servizio è diretto, senza necessità di prenotazione tramite CUP, né di richiesta medica, nel rispetto della privacy e, ove richiesto, dell'anonimato. Il soggetto interessato, un familiare o un operatore sociosanitario può richiedere un appuntamento sia telefonicamente sia recandosi personalmente presso i SerDP negli orari di servizio.

Il SerDP garantisce una pronta accoglienza delle richieste dei singoli utenti e delle loro famiglie, negli orari d'apertura dei singoli servizi.

All'utente e/o al familiare che contatta il servizio viene offerto un colloquio di accoglienza con un operatore dell'equipe dedicata.

Durante il primo incontro di accoglienza l'operatore:

- sostiene un colloquio conoscitivo;
- acquisisce il consenso al trattamento dei dati personali (vedi All. 2);
- raccoglie e valuta la domanda espressa dall'utente e/o da altro significativo;
- compila la cartella informatizzata SistER (1° contatto);
- fornisce informazioni sull'organizzazione e sulle procedure del servizio.

Al termine del primo colloquio, nell'ipotesi diagnostica di DGA, viene programmato il passaggio alla fase successiva.



Accesso diretto

Fase di raccolta della
domanda

Consenso e privacy

Output se non soddisfa
i criteri

Fase 2 – Valutazione, osservazione e diagnosi

Descrizione del processo

Obiettivo specifico di questa fase è la raccolta dei dati rilevanti per l'inquadramento diagnostico del caso, per il riconoscimento di eventuali comorbidità, per una valutazione delle risorse individuali, familiari e sociali che consenta di formulare l'ipotesi terapeutica e di trattamento più idonea.

La valutazione diagnostica fornisce la base per lo sviluppo di un'alleanza con il paziente per la comprensione del problema del gioco d'azzardo e delle caratteristiche della persona stessa; consente di ottenere un tracciato per la pianificazione del trattamento e rappresenta un punto di riferimento per il monitoraggio del trattamento e follow-up.

Si utilizza un approccio multidimensionale e multidisciplinare, basato su una valutazione integrata che coinvolge le diverse professionalità dell'equipe, per favorire la conoscenza e la comprensione dell'ampio ventaglio di problematiche spesso presentate dall'utente e dal suo contesto di riferimento.

Le figure coinvolte nella fase di valutazione diagnostica sono tutte quelle facenti parte dell'equipe multiprofessionale dedicata.

In particolare gli approfondimenti realizzati in questa fase comprendono:

- l'anamnesi generale, mirata alle problematiche specifiche del DGA e dell'eventuale associazione con abuso di sostanze legali e illegali e non priva di aspetti di carattere clinico;
- la rilevazione di eventuali altre condotte di addiction simultanee o pregresse al DGA;
- l'analisi dei fattori di vulnerabilità e di resilienza;
- la ricostruzione della storia del comportamento, delle esperienze e delle condotte di gioco d'azzardo;
- la diagnosi psicopatologica di Disturbo da Gioco d'Azzardo;
- 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 (SOGS – All.1);
- 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 comorbidità.

In particolare, per la valutazione delle condotte di gioco d'azzardo e la valutazione della gravità del problema specifico viene garantita la somministrazione del questionario SOGS (*South Oaks Gambling Screen*, Lesieur, Blum 1987 – trad. Guerreschi, Gander 2000) (Vedi All. 1).



SOGS anche indicatore

trattamento



Motivazionale

Psicoeducazionale
individuale e di
gruppo (chiuso e
numero definito di
incontri)

Tutoraggio
economico

Ads

Psicoterapia
individuale e di
sostegno
familiare

Invio ai gruppi
AMA

Terapie
farmacologiche
sulle dimensioni
cliniche

CT



Chiusura del trattamento



Chiusura trattamento

La durata del percorso terapeutico può variare a causa della complessità clinica presentata e della possibilità di ricadute.

La conclusione del programma va concordata nei tempi e nelle modalità con il giocatore/familiari e si realizza quando si verificano le seguenti condizioni:

- astinenza dal gioco d'azzardo da più di 12 mesi;
- abbandono trattamento da parte dell'utente (si considera come abbandono il caso in cui il paziente non si presenti agli appuntamenti concordati per un periodo di 60 giorni consecutivi).

La chiusura del trattamento viene registrata su cartella informatizzata (SistER).

Al termine del trattamento possono essere previsti incontri di verifica e follow-up per un monitoraggio programmato con i pazienti e le famiglie.



10.INTERFACCE

INTERFACCIA	FUNZIONE	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
Dipartimento Cure Primarie	Intercettazione e invio	-Programma Regionale Leggieri -Accordo di interfaccia Spazio Giovani del 13/06/2013
Enti Locali	Intercettazione e invio, partecipazione e supporto ai trattamenti	
Giocatori Anonimi	Intercettazione e invio, partecipazione e supporto ai trattamenti	Convenzione Regionale
CSM	Intercettazione e invio, partecipazione e supporto ai trattamenti	

indicatori



Dopo aver identificato i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi ed aver focalizzato ogni singola attività sul paziente, deve essere definita la successione temporo-spaziale delle azioni necessarie e realizzabili, le azioni ritenute non necessarie o ridondanti, saranno eliminate in accordo con l'obiettivo di ottenere il miglior risultato (efficacia), di utilizzare la miglior pratica clinica (appropriatezza) e di ottimizzare risorse e tempi (efficienza). Il gruppo di lavoro ridefinisce dunque il processo di diagnosi e di cura per la patologia, selezionando il migliore PDTA/PIC attuabile nello specifico contesto aziendale e/o del SSR in relazione alle indicazioni EBM/EBN ed alle risorse disponibili.

Gli **indicatori** sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni.

Permettono un *confronto*:

- nel tempo (in momenti diversi)
- nello spazio (tra realtà diverse)
- il rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere.

Il loro utilizzo prevede la *definizione* di:

- **l'indicatore vero e proprio**, che descrive il fenomeno che si intende misurare (di solito comprensivo di numeratore e denominatore);
- **il valore "osservato"**, che riporta il valore numerico riferito alla misurazione
- **il valore "atteso"**, che riporta il valore numerico riferito allo standard;
- **il tempo di riferimento**, in cui viene indicato il periodo a cui si riferiscono la valutazione e i rispettivi indicatori.

11. INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO

Si individuano come passaggi significativi per monitorare il programma terapeutico da cui trarre indicatori:

PRODOTTO	OBIETTIVO SPECIFICO (Fattore di qualità)	INDICATORE	SISTEMA DI MISURAZIONE
Preso in carico paziente DGA	Efficacia/Efficienza	N. di pazienti in carico per DGA ai quali è stato somministrato il SOGS (almeno il 95% dei pazienti in carico per DGA nel semestre di riferimento)	Conteggio schede SistER
Somministrazione questionario di gradimento	Efficacia/Efficienza	Somministrazione questionario di gradimento ad almeno il 95% dei nuovi pazienti in carico per DGA	Conteggio questionari compilati

Non smetteremo di esplorare.
E alla fine di tutto il nostro andare
ritorneremo al punto di partenza
per conoscerlo per la prima volta.

[T.S. Eliot]

AFORISMI.meglio.it



Uscire dall'autoreferenzialità



13. DIFFUSIONE

Si prevede la pubblicizzazione e diffusione del presente PDTA e relative revisioni:

- attraverso la pubblicazione del documento sulla pagina del sito web aziendale dedicata (www.auslpr.it);
- presentazione del documento all'interno del Comitato di Dipartimento Aziendale;
- condivisione del documento all'interno delle singole équipes;
- convegno di presentazione rivolto a operatori e cittadinanza entro il 2020;
- pubblicazione di versione per l'utenza.

grazie

