



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

GAMBLING

Evidenze scientifiche

DEFINIZIONI DI BASE



Coordinamento Nazionale Dipendenze



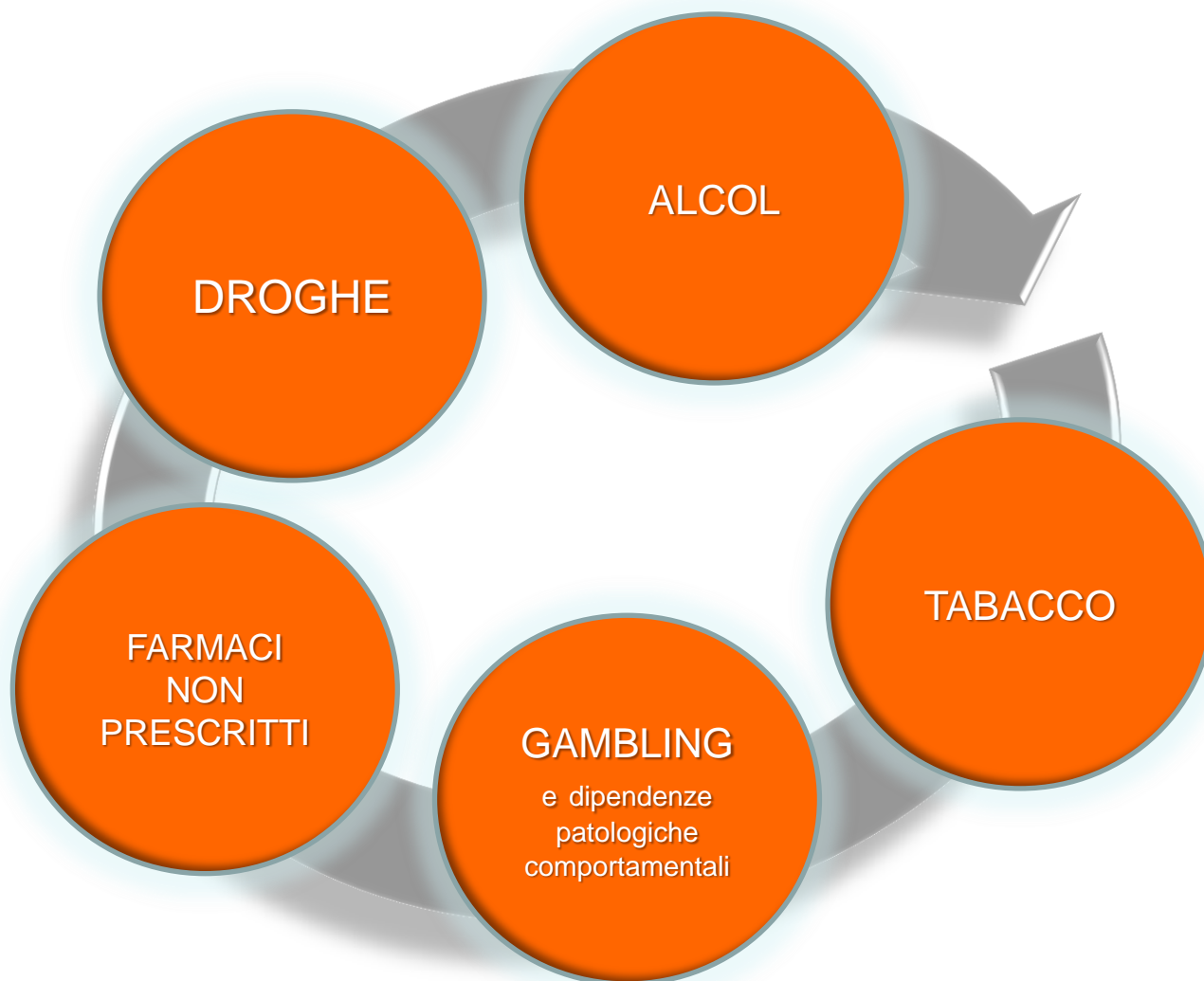
Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



Approccio globale ed integrato alle dipendenze

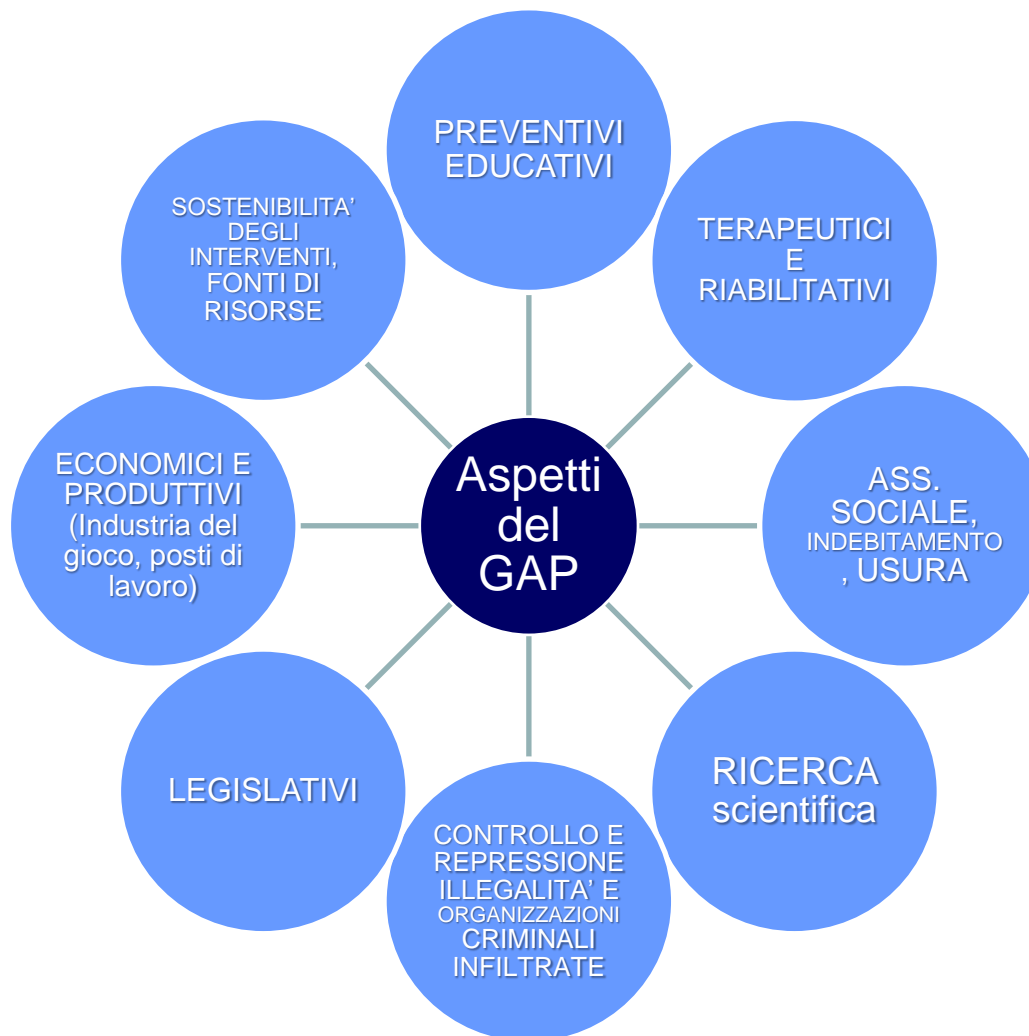
(Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010 – 2013)





GAP problema complesso con varie implicazioni: Necessità di coordinamento interdisciplinare e interistituzionale

**Commissione
Antiusura
Ministero
dell'Interno
Procura
Nazionale
Antimafia
Ministero della
Giustizia
AAMN-
Monopoli
Confindustria
Sindacati**



**DPA
Ministero della
Salute
Regioni e PA
Comuni
Ministero del
welfare
MIUR**

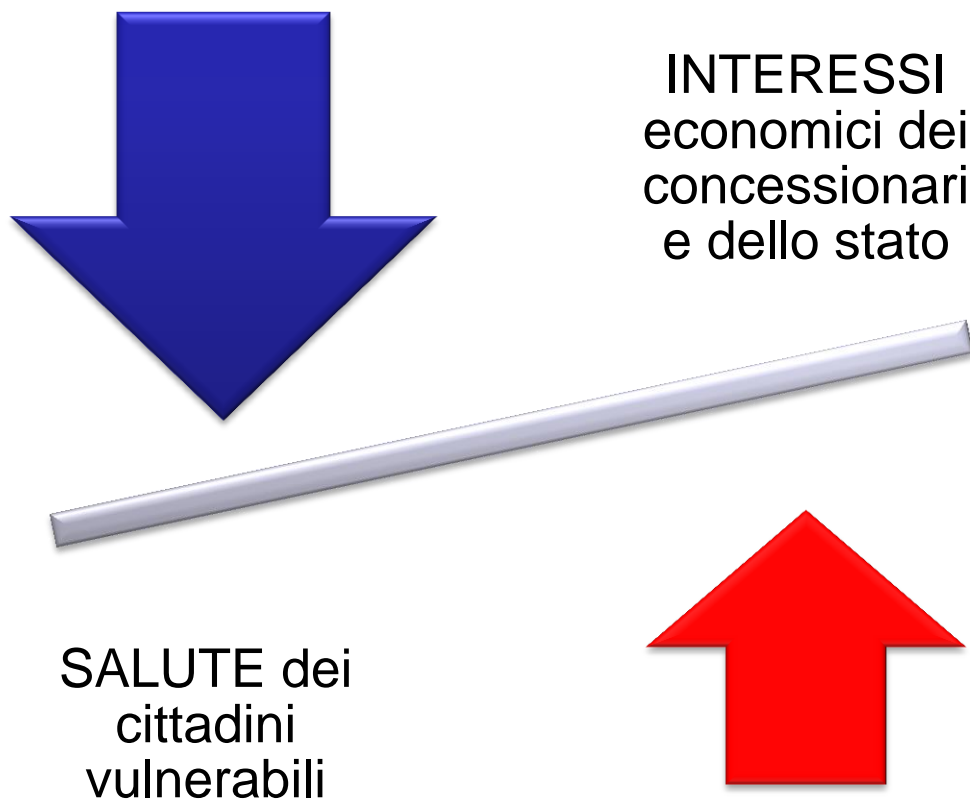


GAP: possibili politiche e strategie 2013 - 2015





Quale priorità?: bilanciamento degli interessi





Gambling problematico e Gambling patologico: evidenze scientifiche

DEFINIZIONI DI BASE

Criteri e definizione di Malattia

1. **ALTERAZIONE E SOFFERENZA:** E' una condizione di alterazione del normale funzionamento e condizioni fisiologiche dell'organismo, in grado di creare sofferenza psichica e/o fisica di una parte, di un organo o di un sistema del corpo umano
2. **CAUSALITA':** Risulta dall'azione di cause (conosciute o sconosciute, interne o esterne, singole o plurime) , come ad esempio un infezione, difetti genetici, alterazioni dei sistemi interni, stress ambientale.
3. **EVIDENZA FENOMENICA:** È una condizione caratterizzata da un gruppo di segni o sintomi identificabili.
4. **PROCESSO CON NECESSITA' DI INTERVENTO:** E' un processo patologico, cioè una deviazione da una norma biologica e/o psicologica che presenta un inizio ed una evoluzione e che necessita di diagnosi, cure o monitoraggio.

Malattia

- Le malattie possono essere descritte attraverso diversi punti e modalità di osservazione:
 - Molecolare, utilizzata dalla biologia molecolare;
 - Tissutale, ossia dei tessuti
 - Organica, ossia degli organi, es. il cervello
 - Evidenza comportamentale
- L'osservazione del singolo individuo è utilizzata dalla medicina clinica e dalla psicologia
- L'osservazione della popolazione è quella utilizzata dall'epidemiologia e dalla sociologia.

Definizioni

■ "Giocare d'azzardo":

Puntare o scommettere una data somma di denaro o un oggetto di valore sull'esito di un gioco che può implicare la dimostrazione di determinate abilità e/o basarsi sul caso.

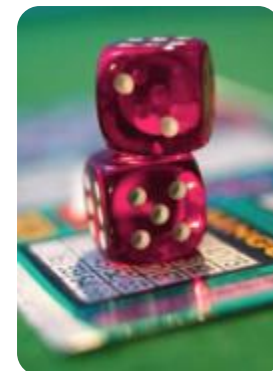


Qualsiasi puntata o scommessa, fatta per sé o per altri, con denaro o senza, a prescindere dall'entità della somma, il cui risultato sia imprevedibile ovvero dipenda dal caso o dall'abilità (Gamblers Anonymous, 2000)



Definizioni – 1 (DPA 2012)

Il Gioco d'azzardo PATOLOGICO (GAP):

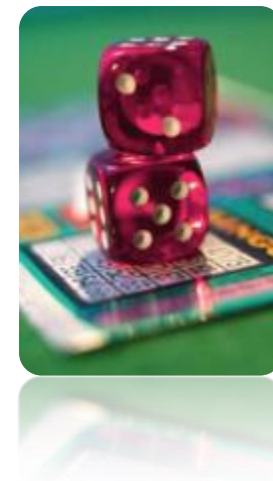


E' una Malattia neuro-psico-biologica del cervello, spesso cronica e recidivante, che si esplicita con comportamenti patologici compulsivi e specifica sintomatologia neurovegetativa, associata a gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali per l'individuo e la sua famiglia.



Definizioni – 2 (DPA 2012)

Il Gioco d'azzardo **PATOLOGICO (GAP)**:



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



Definizioni – 3 (DPA 2012)

Il Gioco d'azzardo PATOLOGICO (GAP):

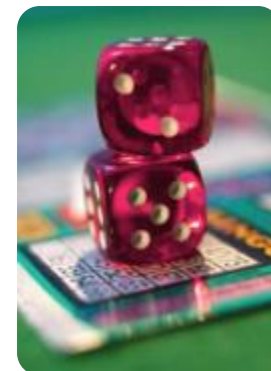


La condizione di vulnerabilità individuale è geneticamente determinata, e comporta alterazioni di tipo neurofunzionale che riguardano i sistemi neurobiologici:

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



Definizioni - 4 (DPA 2012)



Il Gioco d'azzardo **PATOLOGICO (GAP)**:

È una **dipendenza patologica** da stimoli esogeni in grado di produrre nel cervello di questi individui effetti neuroplastici, con distorsioni cognitive persistenti, craving e astinenza.

È **prevenibile, curabile e guaribile**, con necessità di diagnosi precoce e cure specialistiche



Definizioni



Organizzazione Mondiale della Sanità

Il gioco d'azzardo Patologico è una *“forma morbosa chiaramente identificata, che in assenza di misure idonee di informazione e prevenzione, può rappresentare, a causa della sua diffusione, un autentica malattia sociale.”*

Definizioni (DPA 2012)

- **Gambling (gioco d'azzardo) PROBLEMATICO o a rischio:**
 - **Comportamento volontario che mette a rischio** la salute psicofisica e sociale dell'individuo
 - Che può avere una possibile evoluzione prognostica negativa verso una forma di malattia (Gioco d'Azzardo Patologico)
 - In grado di produrre compromissione dello stato di benessere e di salute individuale
 - Prevenibile ed estinguibile
 - Con necessità di diagnosi e interventi precoci.



(Arizona Council on Compulsive Gambling, Inc. 1999). Il gioco d'azzardo problematico è definito come il coinvolgimento in comportamenti rischiosi di gioco che condizionano negativamente il benessere individuale, intendendo il prodursi di difficoltà di relazione, familiari, economiche, sociali, e interferenze con gli obiettivi professionali. Il gioco d'azzardo problematico non è citato nel DSM-IV, ma, qualora il comportamento non regredisca, viene considerato precursore del gioco d'azzardo compulsivo.



Criteri DSM-IV-TR per il Gioco d'Azzardo Patologico

Il comportamento di disadattamento persistente e ricorrente, relativo al gioco d'azzardo è indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Il soggetto presenta preoccupazioni relative al gioco (per esempio, è preoccupato di rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, o sta pensando a come ottenere il denaro per giocare)
2. Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori al fine di ottenere l'eccitazione desiderata
3. Fa ripetuti sforzi per controllare o limitare le attività di gioco o di smettere di giocare
4. È inquieto, o irritabile, quando cerca di limitare le attività di gioco, o di smettere di giocare
5. Gioca per sfuggire ai problemi, o per alleviare uno stato d'animo disforico (per esempio, sensazioni di impotenza, colpa, ansia, depressione)
6. Dopo aver perso denaro al gioco, spesso torna per rivincerlo («inseguendo» le proprie perdite)
7. Mente ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altre persone, per nascondere l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
8. Ha commesso reati, come falso, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo
9. Ha compromesso, o perso, una relazione importante, il lavoro, o delle opportunità di studio e carriera, a causa del gioco
10. Conta su altre persone perché gli procurino il denaro necessario a sanare una situazione finanziaria, che è diventata disperata a causa del gioco d'azzardo



Criteri DSM-IV-TR per il Gioco d'Azzardo Patologico

presenza di cinque (o più) elementi

Presenza di preoccupazioni relative al gioco

Gioca somme di denaro sempre maggiori

Presenza di sforzi per controllare o smettere il gioco

Inquieto o irritabile se tenta di smettere

Gioca per sfuggire ai problemi o alla disforia

Ricerca della rivincita delle perdite

Mente in relazione al gioco

Commette reati, come falso, frode, furto o appropriazione indebita

Compromissione relazione importante, lavoro o opportunità di studio e carriera

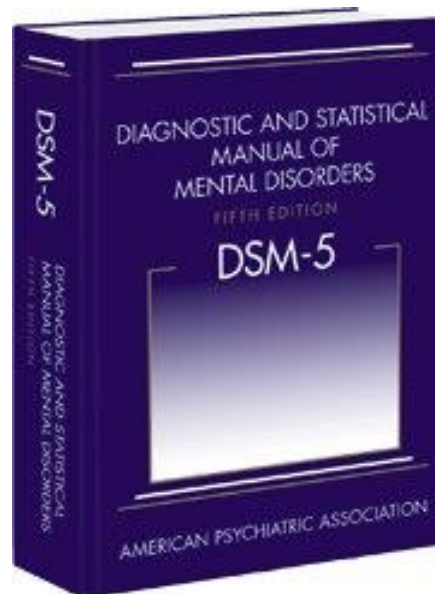
Conta su altre persone per il denaro per sanare i gravi debiti

Criteri DSM-IV-TR per il gioco d'azzardo patologico

- Non si considera il comportamento legato al gioco d'azzardo in presenza di un episodio maniacale
- Valutazione
 - 0-2 punti Nessun problema di gioco
 - 3-4 punti Gioco problematico
 - 5 punti e più Gioco patologico
- GAP: esistenza di diversi sottotipi in base alla diversa eziopatogenesi (genetica e sistemi neuropsichici e ambientali) e al sesso
- Necessità di trattamenti diversificati



Disturbo da Gioco d'Azzardo





Il nuovo DSM-5 inserisce il:
Disturbo da Gioco d'Azzardo
(Gambling Disorder)

nel capitolo dei:
Disturbi Correlati alle Sostanze e
Dipendenze (Substance Related and
Addictive Disorders)



Criteri diagnostici DSM-5

- A. persistente e ricorrente comportamento problematico di gioco d'azzardo che comporta difficoltà o disagio clinicamente significativi, come indicato da un soggetto che, nell'arco di un **periodo di 12 mesi**, presenta **quattro o più** tra i 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 d'azzardo



Criteri diagnostici DSM-5

(continua):

- 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



Criteri diagnostici DSM-5

(continua):

- 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. il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un **episodio maniacale**



Specificazioni DSM-5

Gravità

- **Lieve:** Riscontro di 4 o 5 criteri
- **Moderata:** Riscontro di 6 o 7 criteri
- **Grave:** Riscontro di 8 o 9 criteri



Specificazioni DSM-5

Decorso

- **Episodico**
 - Presenza dei criteri diagnostici in più occasioni, con attenuazione sintomatologica per periodi di almeno alcuni mesi tra i periodi di disturbo da gioco d'azzardo
- **Persistente**
 - Persistenza continua dei sintomi e criteri diagnostici soddisfatti per un periodo di diversi anni



Specificazioni DSM-5

Remissione

- **In remissione precoce**
 - Nessun riscontro di criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo per un periodo di almeno 3 mesi, e meno di 12 mesi, dopo che i criteri diagnostici erano stati pienamente soddisfatti
- **In remissione prolungata**
 - Dopo che i criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo erano stati pienamente soddisfatti, nessun criterio diagnostico viene più riscontrato per un periodo di 12 mesi o più.



Definizioni

**Gioco d'azzardo
Informale e
ricreativo**



**Gioco d'azzardo
problematico**



**Gioco d'azzardo
patologico**

Comportamento fisiologico

con necessità di
consapevolezza dei
potenziali rischi

Comportamento a rischio per la salute

(fisica, mentale e sociale)
con necessità di diagnosi
precoce e di intervento

Malattia neuro-psico-biologica

con conseguenze sanitarie e
sociali e necessità di diagnosi,
cura e riabilitazione

Caratteristiche

- Fruizione saltuaria
 - Motivazione prevalente:
 - *Socializzazione*
 - *Competizione*
 - Costi contenuti
-
- Aumento frequenza (periodica)
 - Aumento del «lavoro» per fruizione
 - Aumento tempo di gioco
 - Aumento denaro speso
-
- Fruizione quotidiana o intensiva
 - Con conseguenze negative sanitarie e sociali
 - Craving
 - Recidivante
 - Andamento cronico
 - Costi con debiti

Alcuni elementi che definiscono il “carattere impulsivo”:

(Buss & Plomin, 1975; Eysenck & Eysenck, 1977; Barratt & Patton, 1983; Carlton & Manowitz, 1987; Gray, Owen, Davis, & Tsaltas, 1983; White, Moffitt, Caspi, Bartusch, Needles, & Stouthamer-Lofber, 1994).

- 1. Eccessiva attenzione alla ricompensa potenziale e desiderio immediato di rinforzo**
- 2. Tendenza a rispondere impetuosamente senza badare a conseguenze negative**
- 3. Eccessiva sensibilità alla minaccia di punizione (non-ricompensa)**
- 4. Deficit del controllo inibitorio che induce a reagire nonostante il rischio di conseguenze negative**



Grazie per l'attenzione



Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Epidemiologia del gioco d'azzardo

Dati nazionali e internazionali

R. Mollica 2013



Coordinamento Nazionale Dipendenze



**La dimensione del fenomeno in Italia
è difficilmente stimabile in quanto,
ad oggi, non esistono studi
accreditati, esaustivi e validamente
rappresentativi del fenomeno.**



Studi condotti in Italia dal 2000 sul gioco d'azzardo

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVISTATI	GIOCATORI TOT	PATOLOGICI	ECCESSIVI/RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATICI	PERIODO INDAGATO
BOLZANO	2000	SOGS	HOUSEHOLD	ADULTI	500		2,20%		3,80%	VITA?
VALDINEVOLE (PT)	2002	?	TELEFONICA	18-65 ANNI	516	43%			1,9-2,5%	ULTIMO MESE
PAVIA	ott2003-feb2004	SOGS	TELEFONICA	18-74 ANNI	707		0,40%	0,70%	1,10%	ULTIMO ANNO
PISTOIA PRATO FIRENZE	2004-2005	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1568				2%	VITA?
CONAGGA CNCA MULTISITE	2008	?	ON THE FLY	10-80+ANNI	1625	80-82%	2,75%			VITA?
AREZZO	2008	LIE/BET	?	?	97	62%			5%	VITA?
MONZA	2008?	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1520	63%	0,50%	0,80%	1,30%	ULTIMO ANNO
ROMA	2002-2006	?	SCUOLE	13-21 ANNI	2798	84,90%	5,10%		9,70%	?
VENEZIA	2006	?	SCUOLE	15-20ANNI	327				1,8%?	?
CASERTA	2005-2006	DSMIV	SCUOLE	15-18ANNI	1002				6%	ULTIMO ANNO?
TOSCANA	2008	LIE/BET	SCUOLE	14-19ANNI	5231	50,80%			9,70%	VITA
EURISPES	2007	?	?	18-80		78%	?	?	?	?
NOMISMA	2008	?	SCUOLE	15-17 ANNI	6700	68%	?	?	?	ULTIMO ANNO
IP SAD	2007-2009	LIE/BET	POSTALE	15-65 ANNI	10940	38%			3,30%	VITA?
		CPGI-SF					0,80%	4,6%?	5,4%?	ULTIMO ANNO
ESPAD	2009	SOGS-RA	SCUOLE	15-19 ANNI	32461	47,10%	0,6%M-0,1%F		11,1%?	ULTIMO ANNO

Fonti: Bollettino sulle Dipendenze, XXXIV, n.1, 2011. Adattamento: Serpelloni, 2012 - L'Italia che gioca: uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco. Novembre 2010 (web), -Rapporto Nomisma 2009, Gioco e giovani. Rapporto Eurispes 2009. I giovani e il gioco d'azzardo 2010 (web)



Indagini sulla prevalenza del gioco d'azzardo negli adulti in Europa

Paese	Anno	N	Strumento	%
Belgio	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Danimarca	2006	8,153	SOGS-RA NODS	1.7 (nella vita) 0.7 (nella vita)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)
Finlandia	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Germania	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Gran Bretagna	2007	8,996	DSM-IV PGSI	0.6 (ultimo anno) 0.5 (ultimo anno)
Islanda	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Olanda	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Norvegia	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Svezia	2001	7,139	SOGS	2 (ultimo anno)
Svizzera	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)



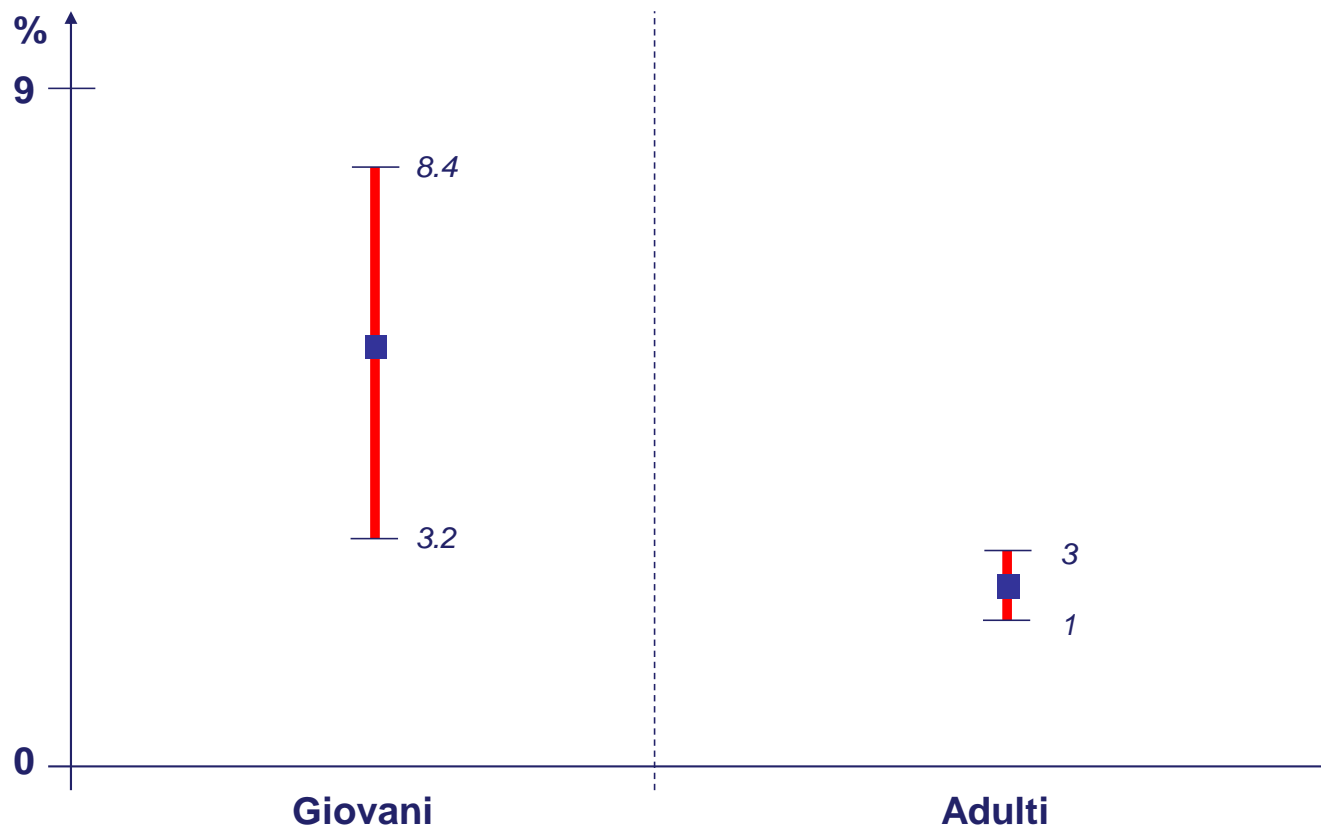
Stime di prevalenza dei diversi livelli di comportamento anomalo nei giocatori d'azzardo

GA.PRO = Gioco d'azzardo problematico; GA.PAT = Gioco d'azzardo patologico

Autore	Anno	Paese	Prevalenza	Livello
Kallic	1979	Usa	0,7%	GA.PAT
National Research Council	1999	Usa	0,9%	GA.PAT
Gerstein	1999	Usa	0,9%	GA.PAT
Volber	2001	Svezia	1,4%	GA.PRO
			0,6%	GA.PAT
Bondolfi	2000	Svizzera	2,2%	GA.PRO
			0,8%	GA.PAT
Sproston	2000	Gran Bretagna	0,7%	GA.PAT

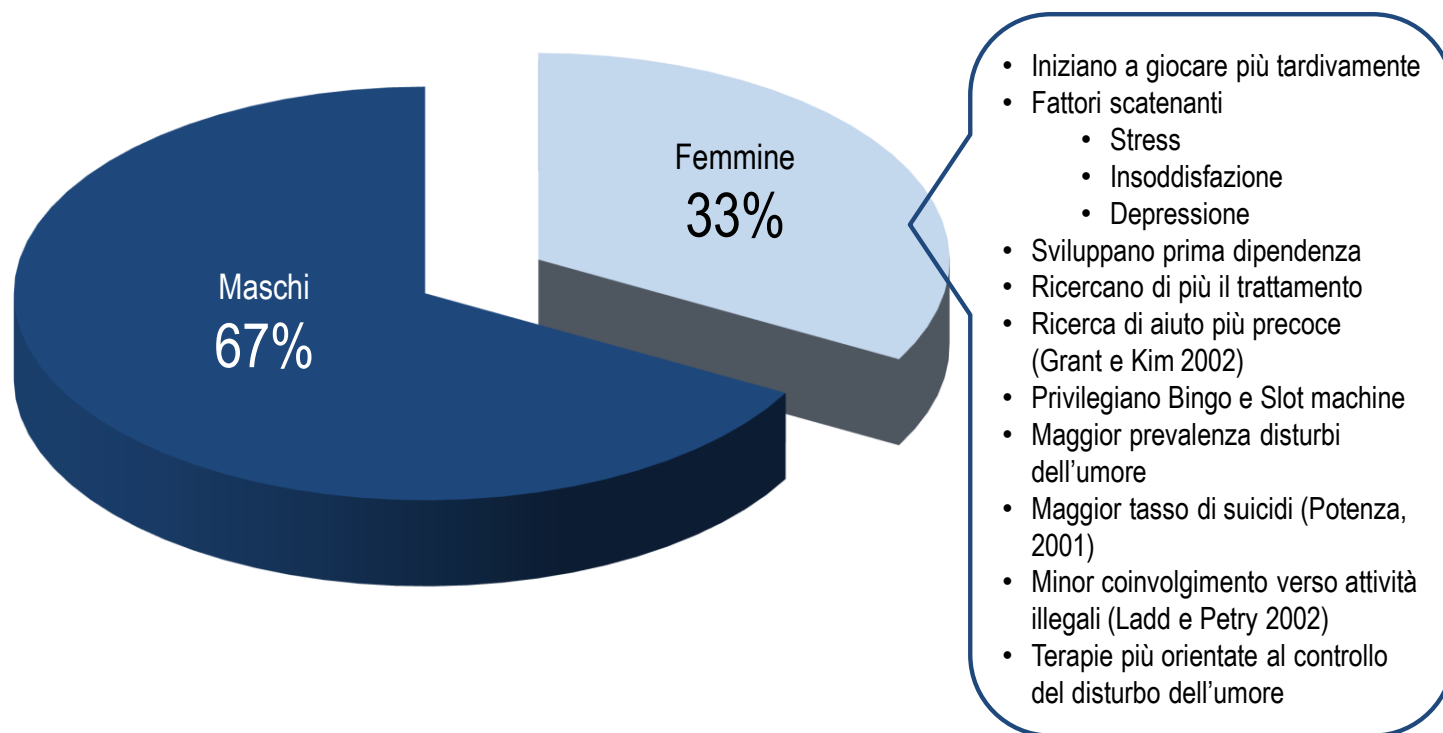


Prevalenza del gioco d'azzardo patologico nella popolazione



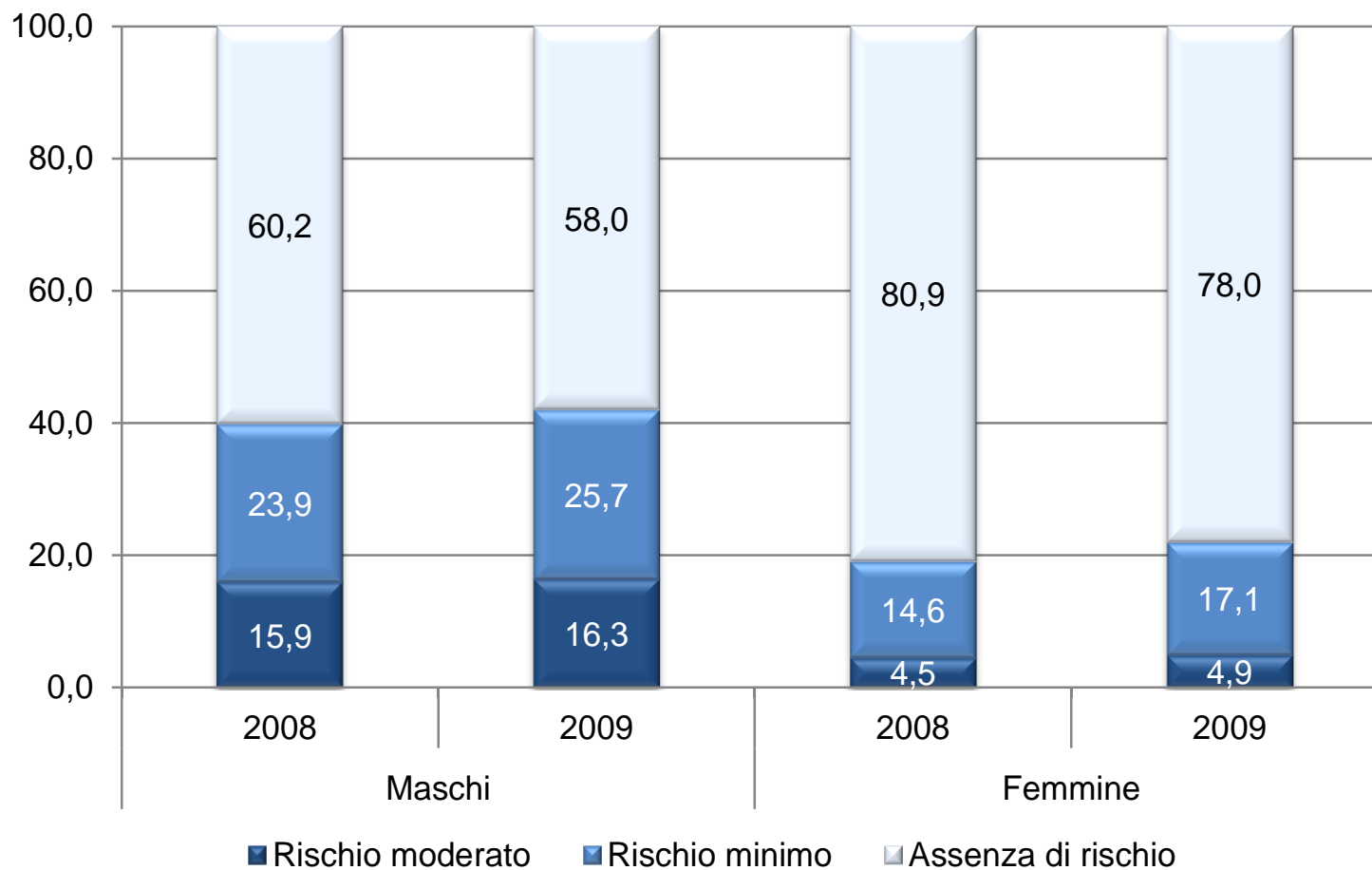


Gioco d'azzardo patologico: rapporto maschi/femmine e differenze di genere



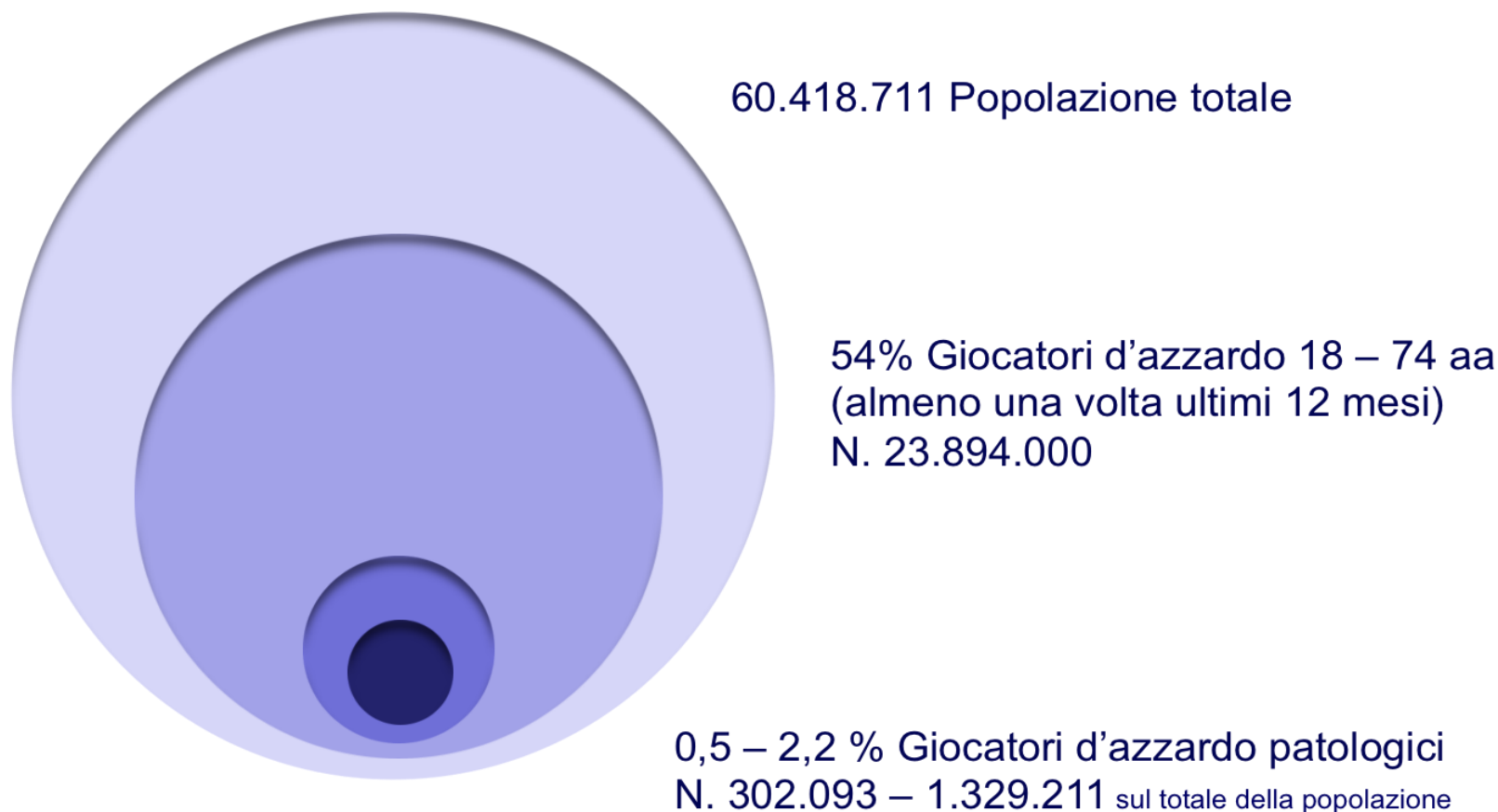


Indagine ESPAD 2008 e 2009, 15 – 19 anni (SOGS-RA)





Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo



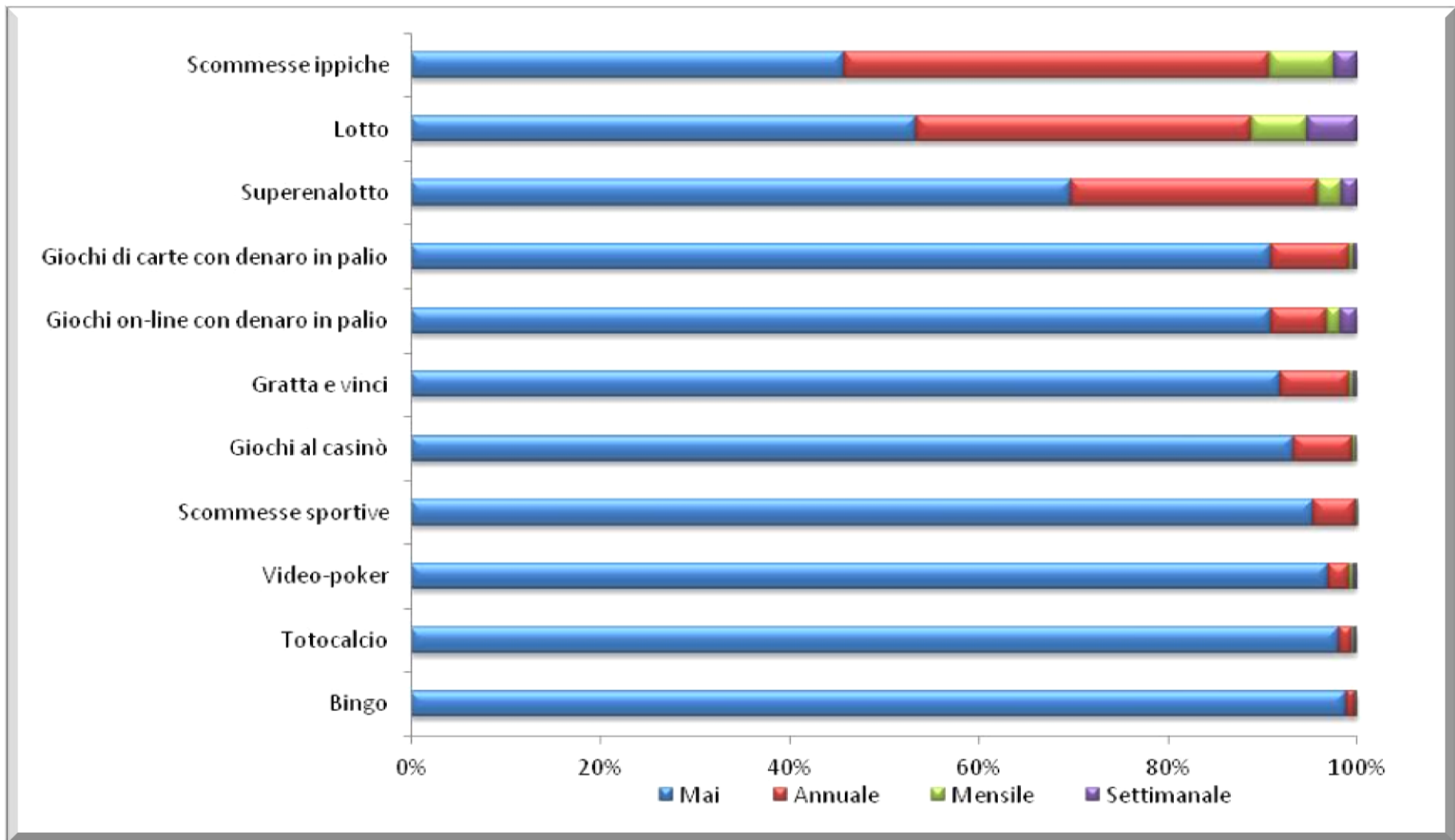


GPS-DPA 2012

**18.898 soggetti 18-64 anni
(45,5% maschi)**

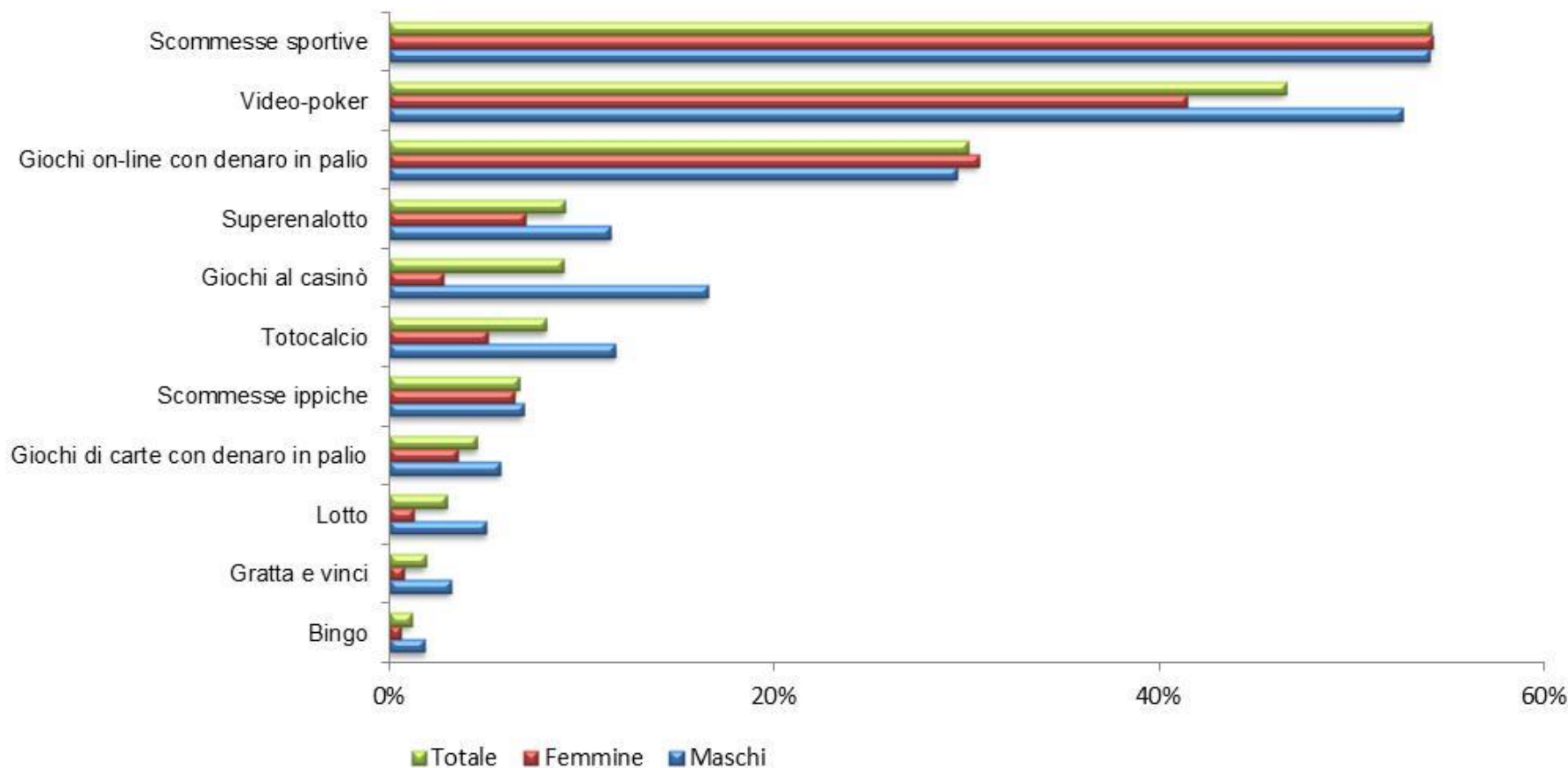


Frequenza della pratica di gioco per tipologia





Frequenza della pratica di gioco per tipologia e genere



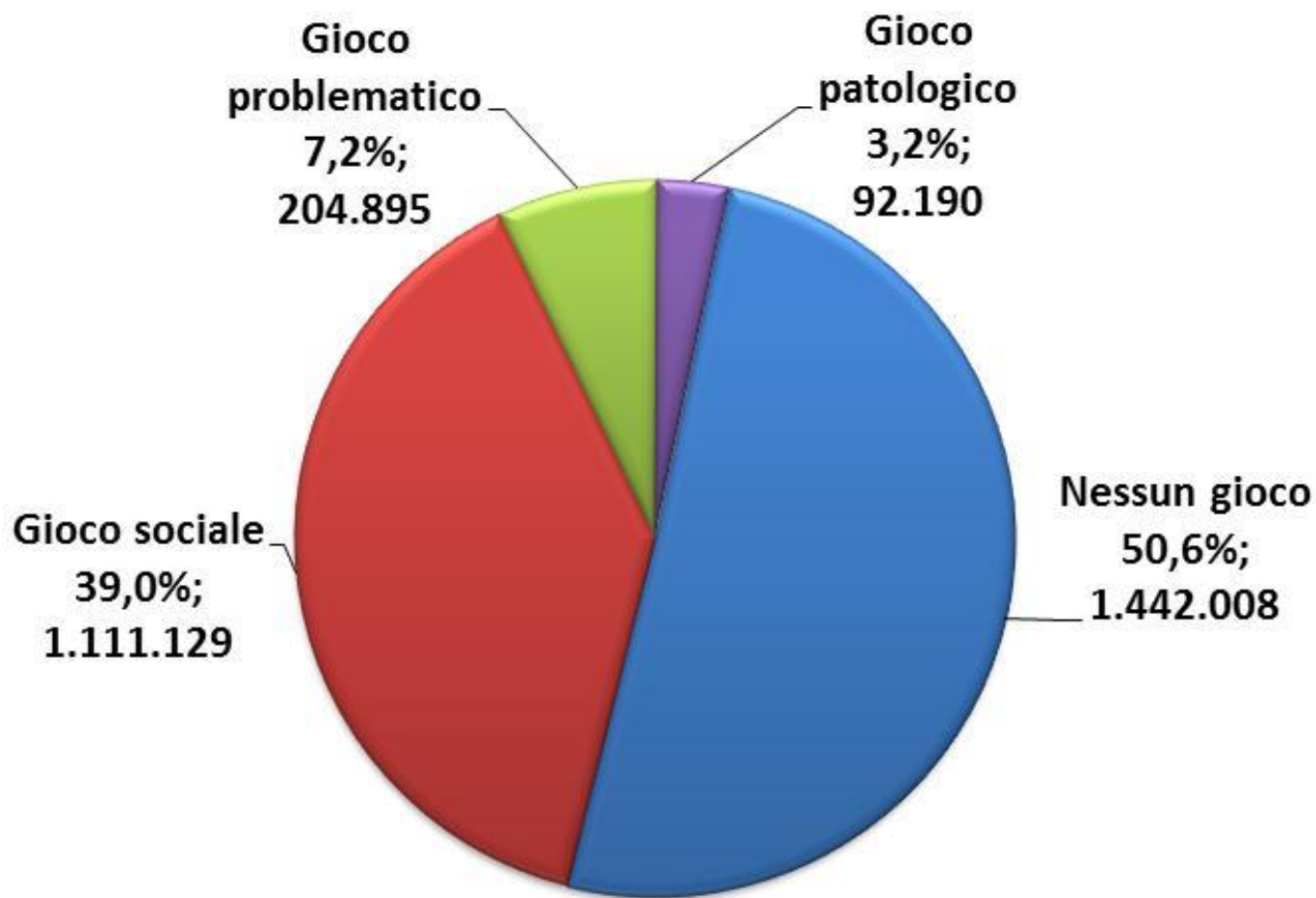


SPS-DPA 2013

**33.483 soggetti 15-19 anni
(50,2% maschi)**

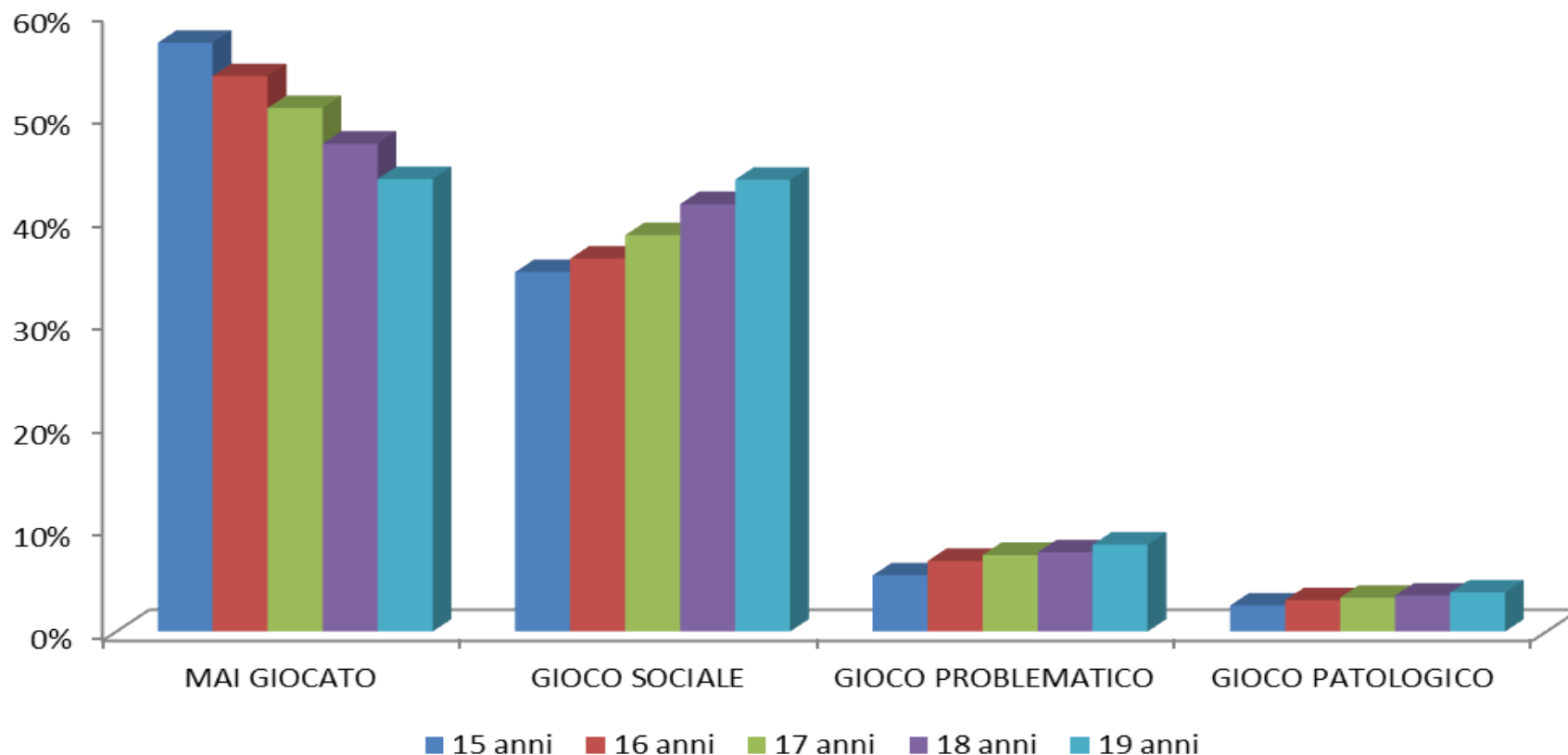


Questionario SOGS-RA nella popolazione studentesca 15 – 19 anni



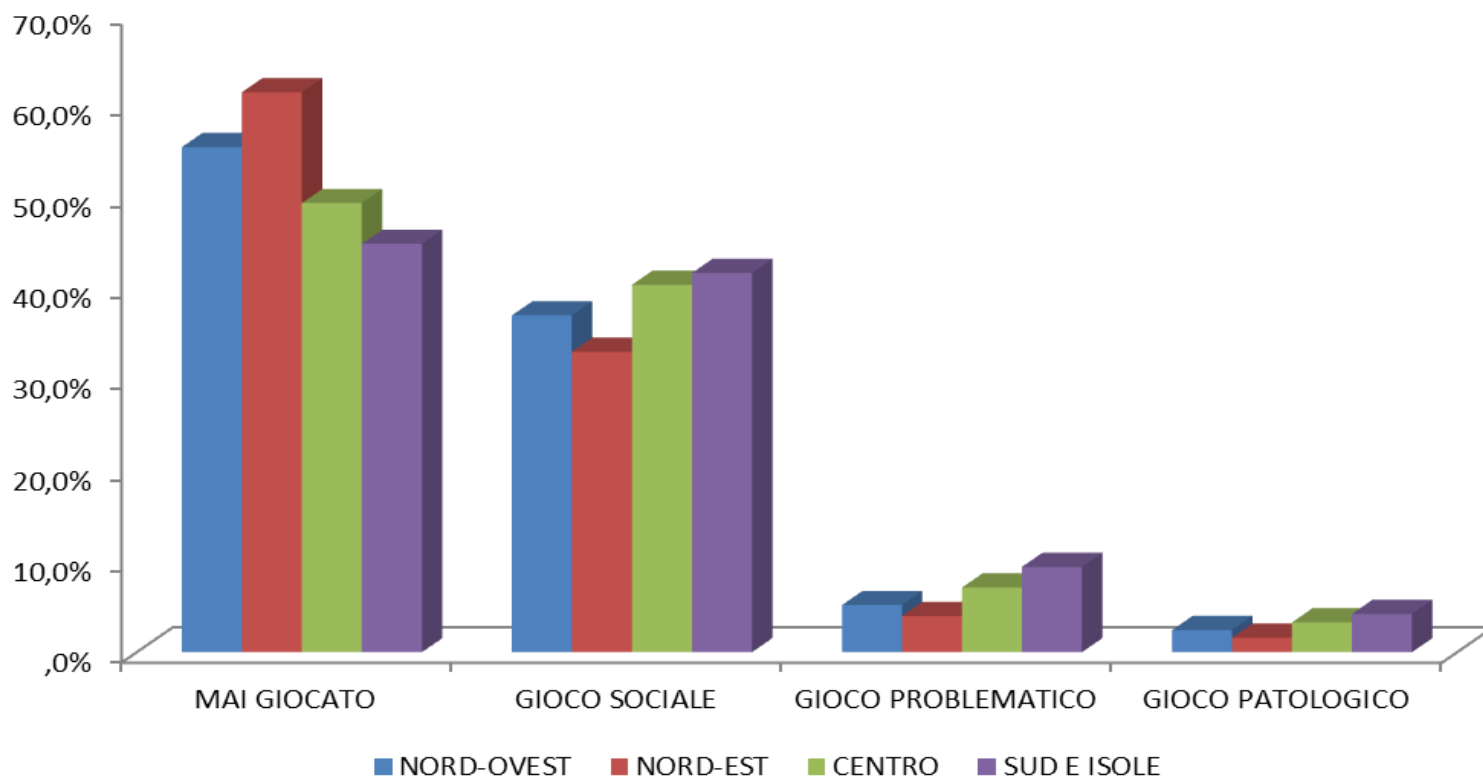


Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per età



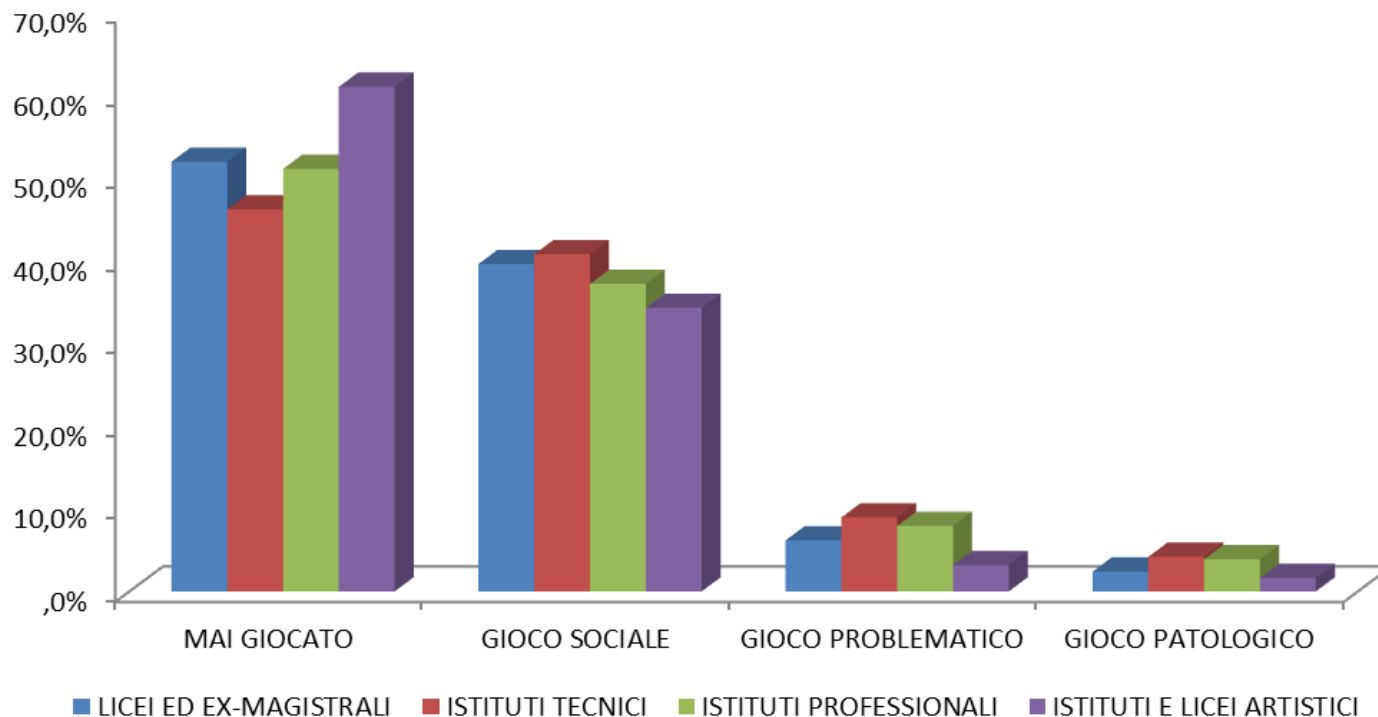


Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per area geografica



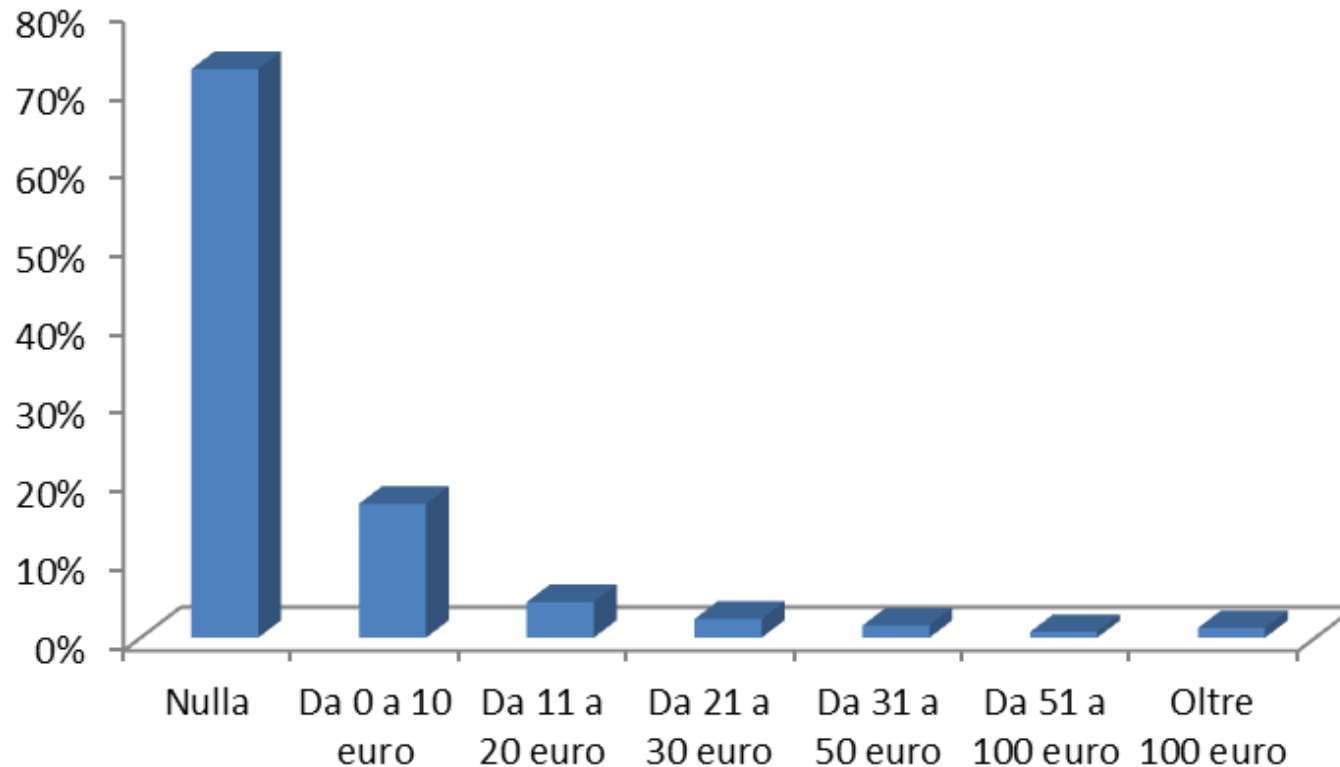


Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per tipo di istituto



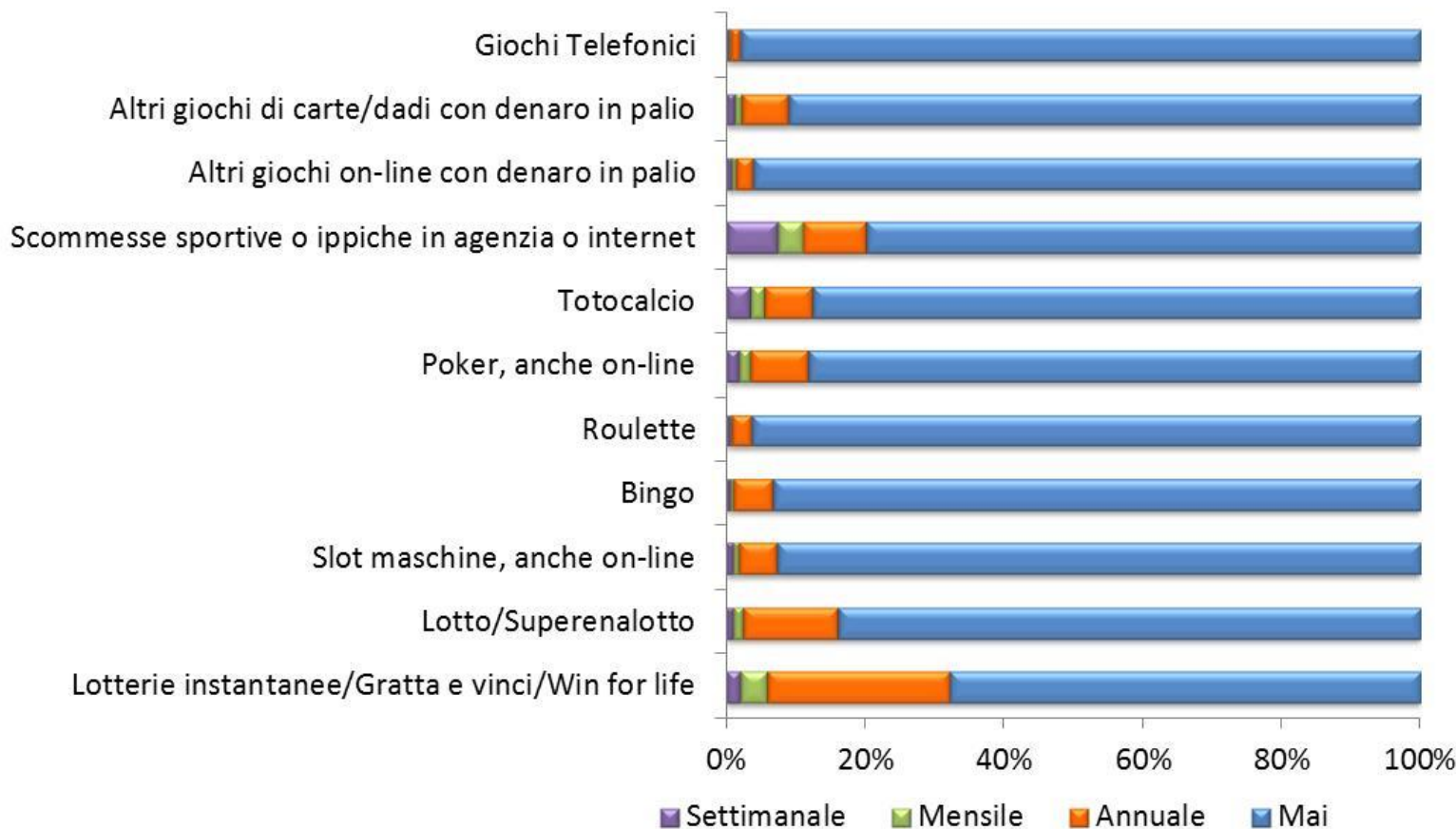


Spesa per gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni



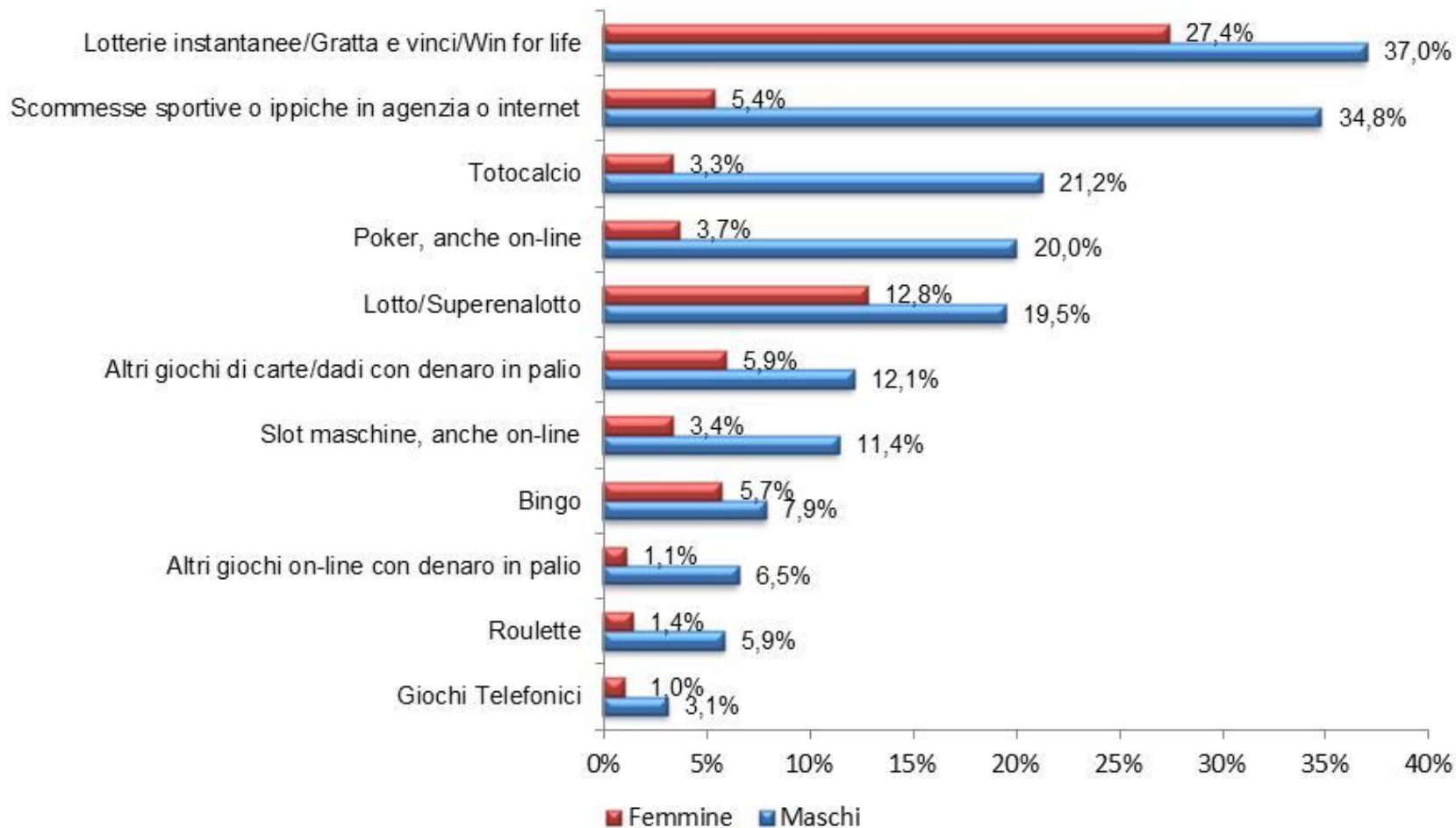


Frequenza di gioco per tipologia nella popolazione studentesca 15 – 19 anni



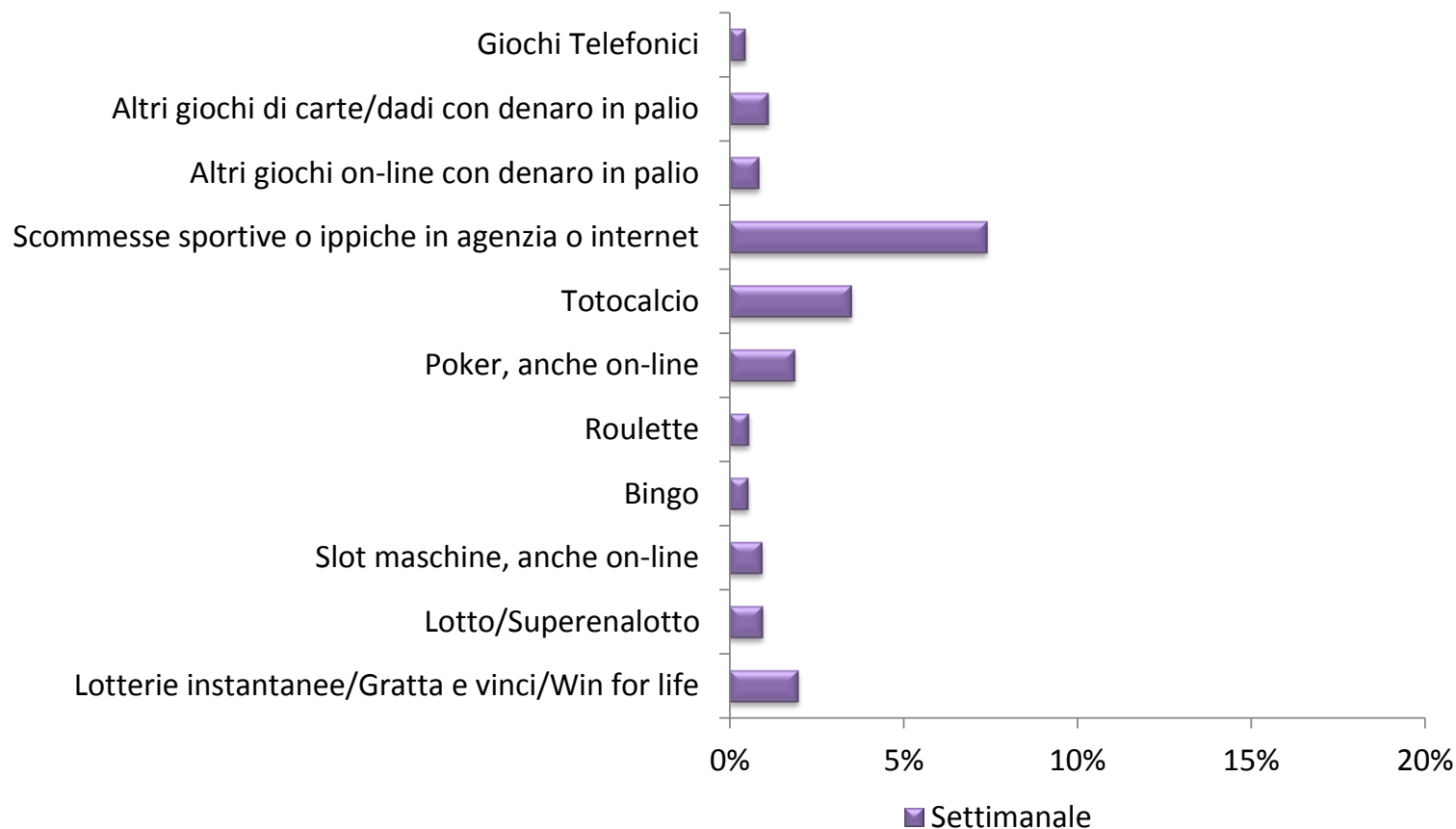


Tipologia di gioco praticato per genere





Tipologia di gioco con frequenza settimanale nella popolazione studentesca 15 – 19 anni

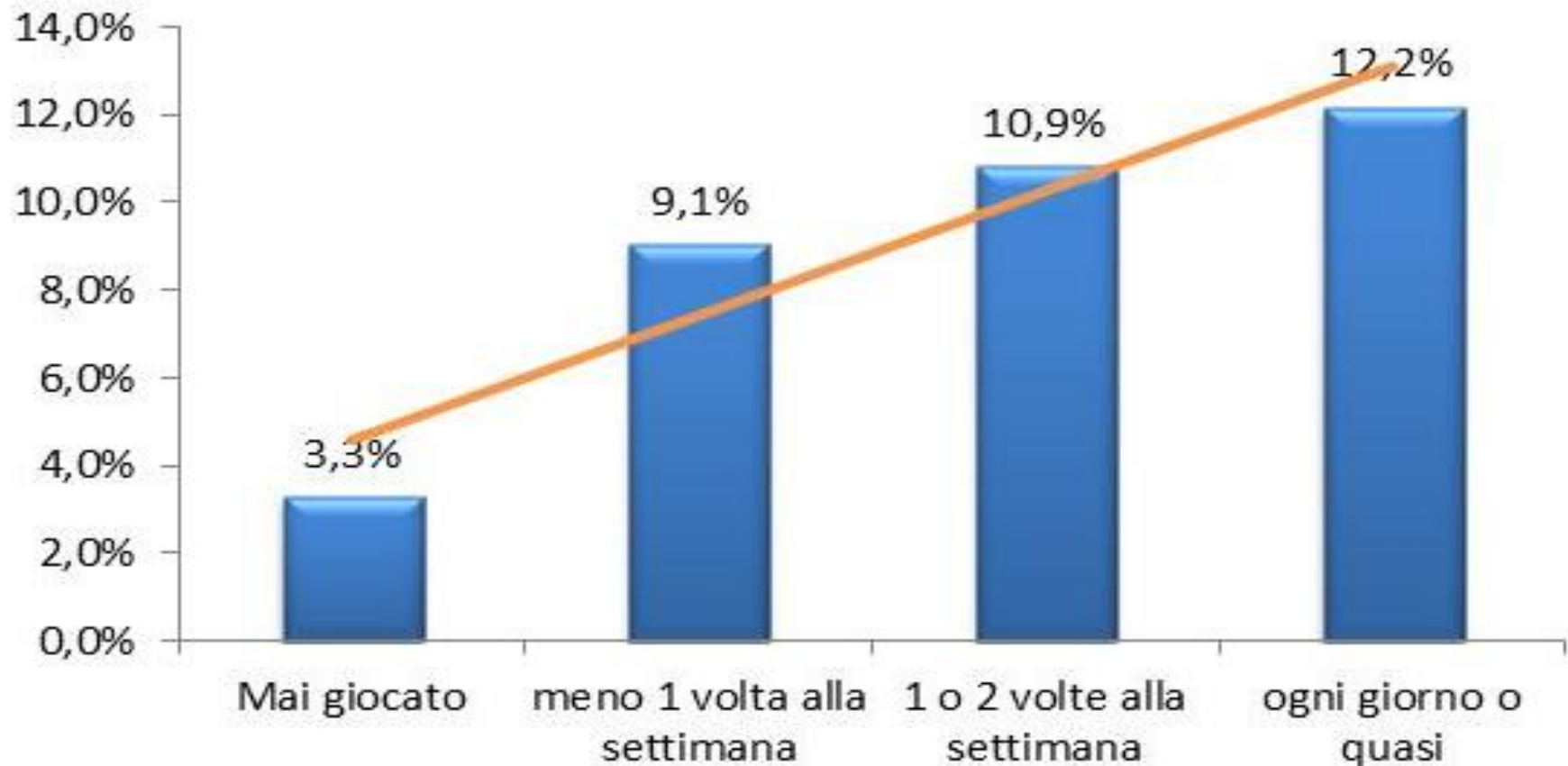




Associazione gioco d'azzardo e consumi di sostanze stupefacenti

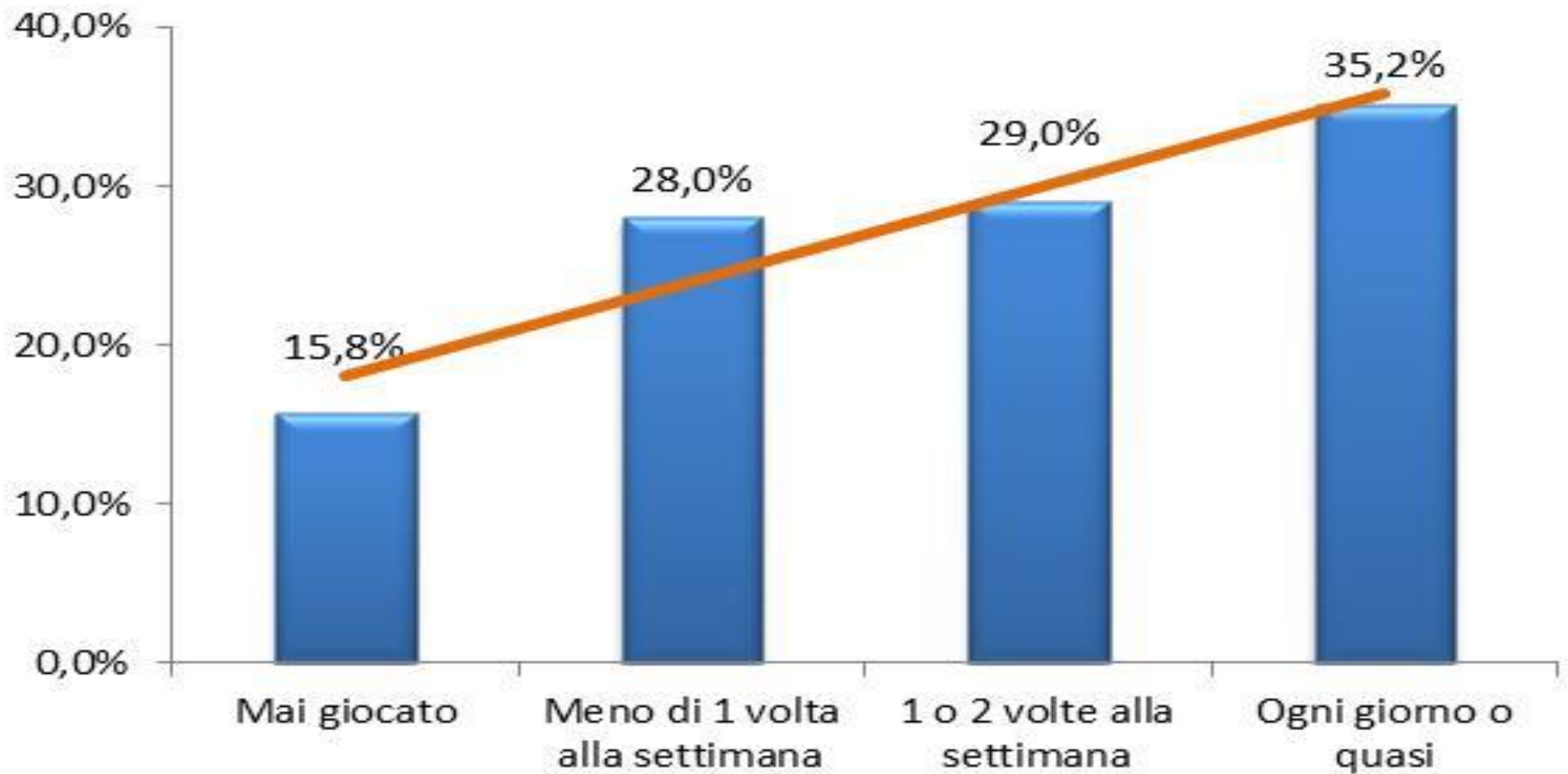


Popolazione Generale 18-64 anni (GPS-DPA 2012)



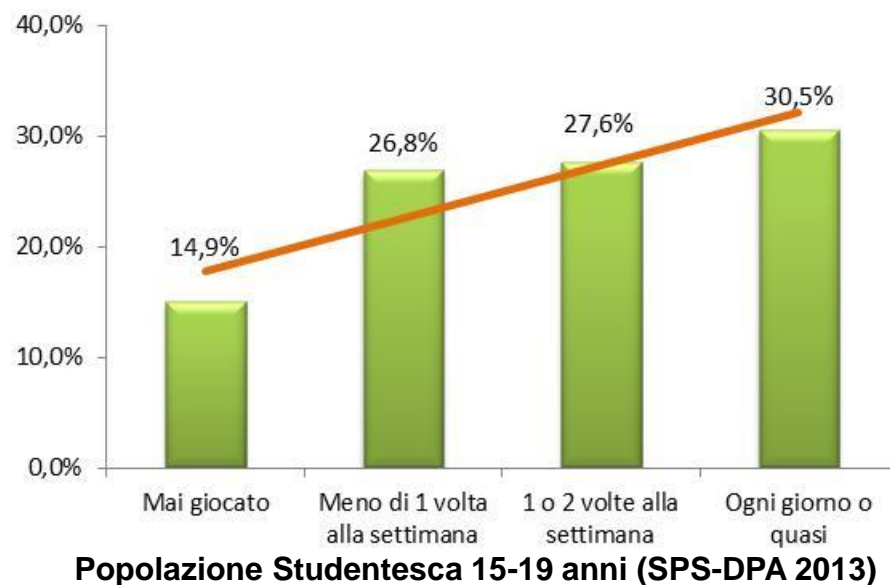
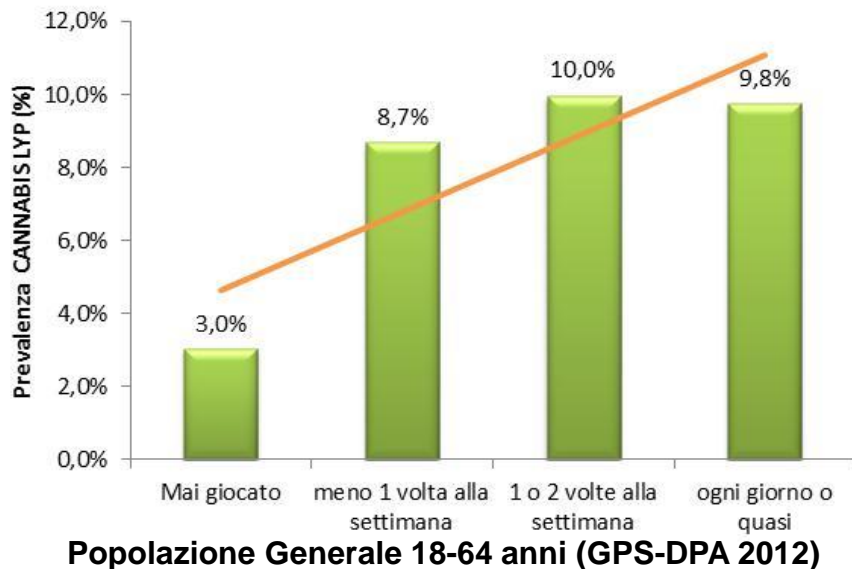


Popolazione Scolastica 15-19 anni (SPS-DPA 2012)





Prevalenza % consumatori di CANNABIS (uso ultimi 12 mesi) per tipo di giocatore

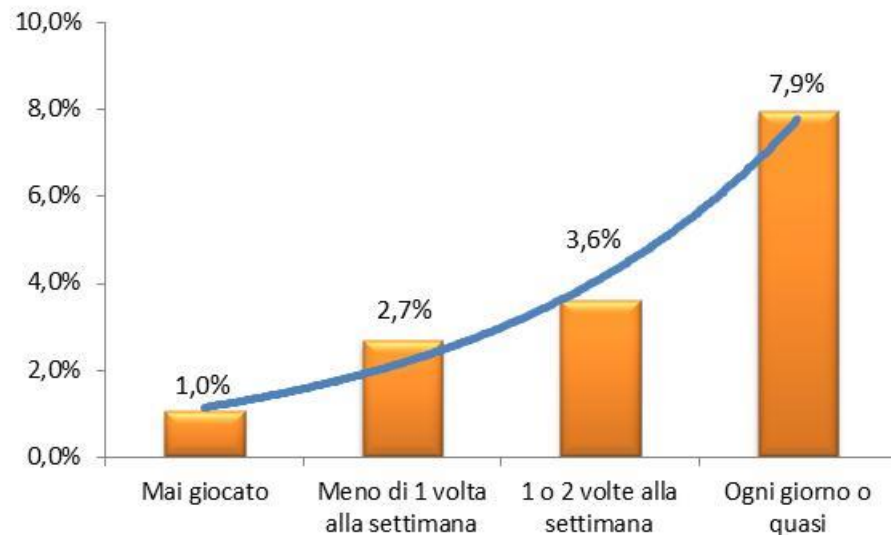




Prevalenza % consumatori di COCAINA (uso ultimi 12 mesi) per tipo di giocatore



Popolazione Generale 18-64 anni (GPS-DPA 2012)

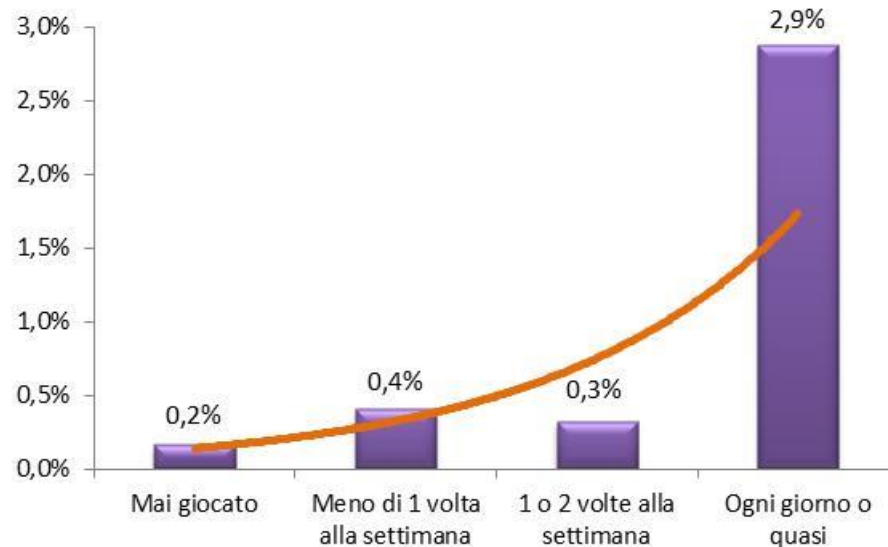


Popolazione Studentesca 15-19 anni (SPS-DPA 2013)

Prevalenza % consumatori di EROINA (uso ultimi 12 mesi) per tipo di giocatore

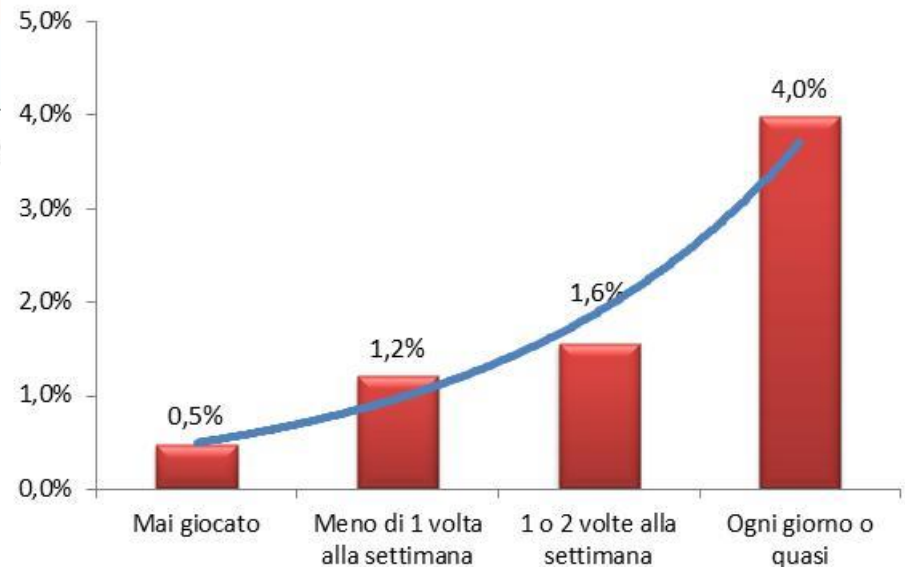
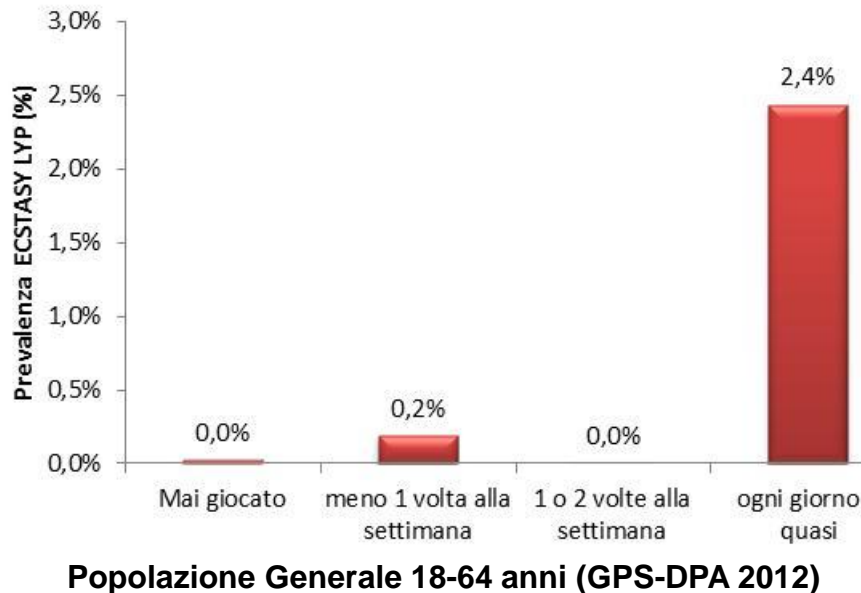


Popolazione Generale 18-64 anni (GPS-DPA 2012)



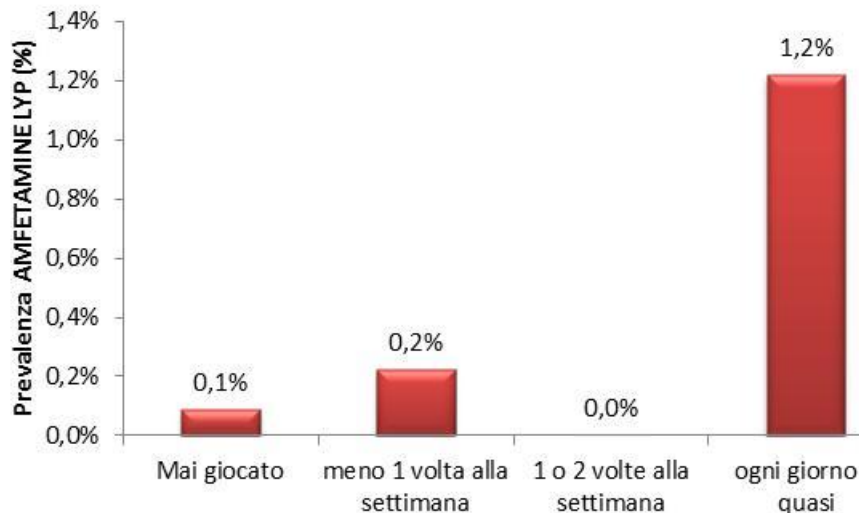
Popolazione Studentesca 15-19 anni (SPS-DPA 2013)

Prevalenza % consumatori di ECSTASY (uso ultimi 12 mesi) per tipo di giocatore

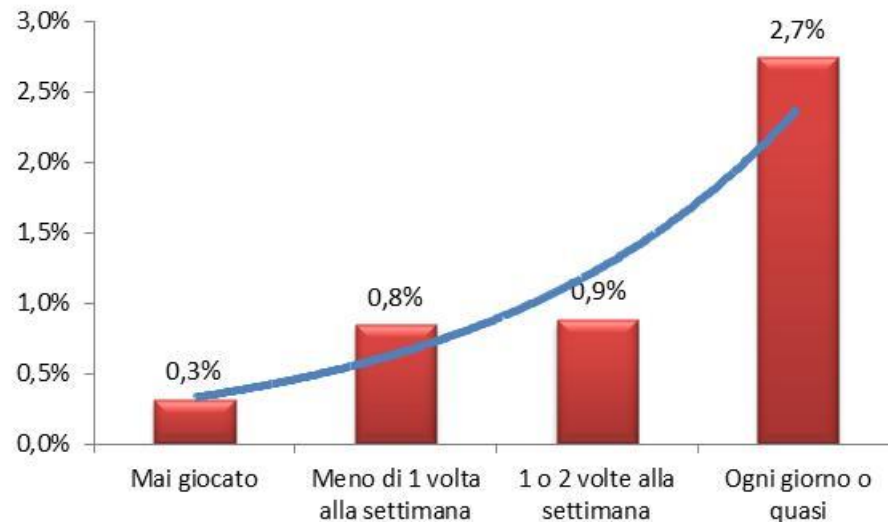




Prevalenza % consumatori di AMFETAMINE (uso ultimi 12 mesi) per tipo di giocatore



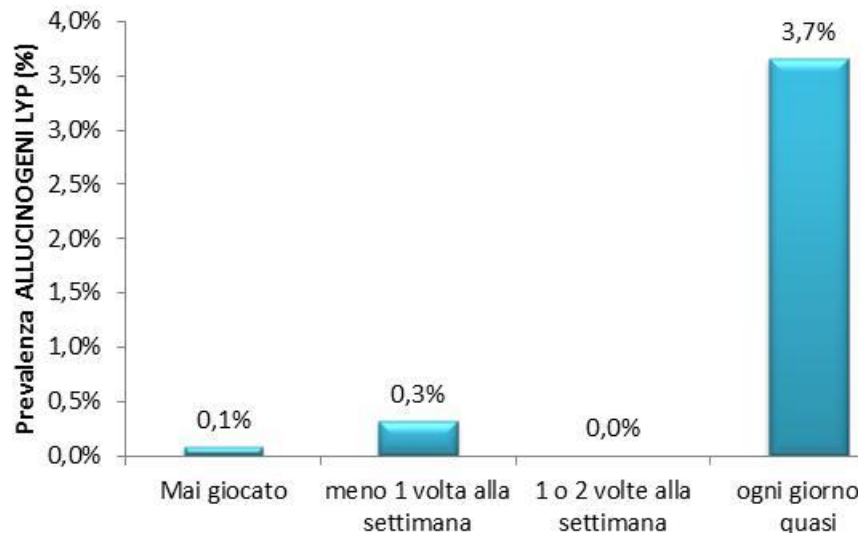
Popolazione Generale 18-64 anni (GPS-DPA 2012)



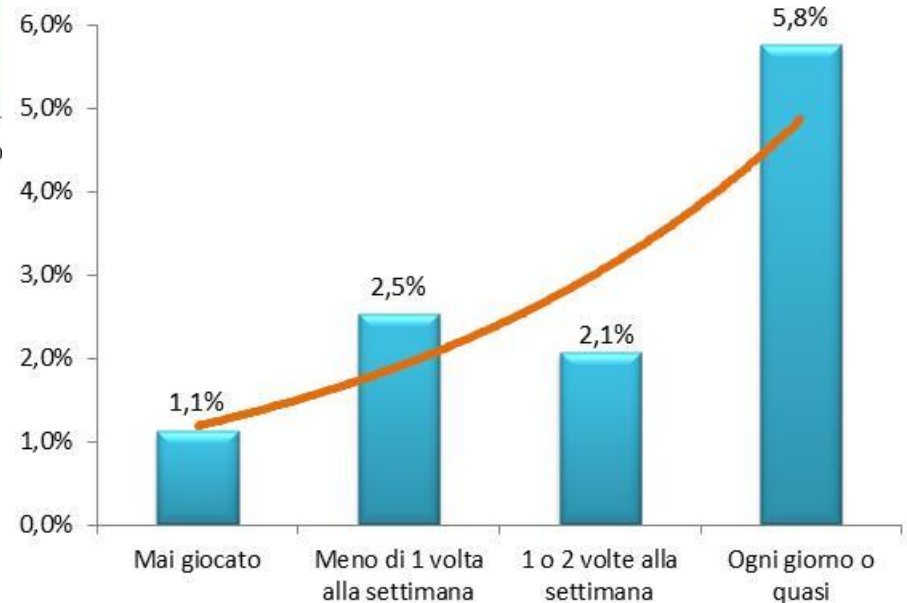
Popolazione Studentesca 15-19 anni (SPS-DPA 2013)



Prevalenza % consumatori di ALLUCINOGENI (uso ultimi 12 mesi) per tipo di giocatore



Popolazione Generale 18-64 anni (GPS-DPA 2012)



Popolazione Studentesca 15-19 anni (SPS-DPA 2013)



Popolazione in trattamento per gioco d'azzardo patologico



Soggetti in trattamento per gambling patologico – Anno 2012

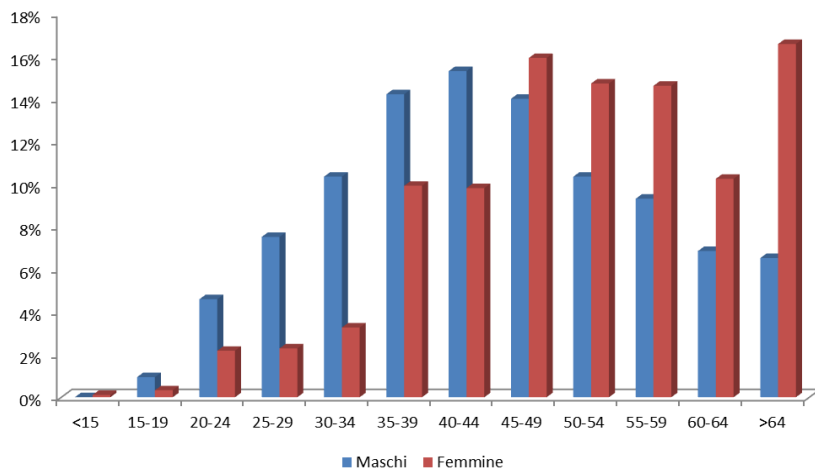
(14 Regioni rispondenti – dati parziali)

Genere	Nuovi	Già noti	Totale
Maschi	2.092	2.149	4.241
Femmine	439	478	917
Totale	2.531	2.627	5.138

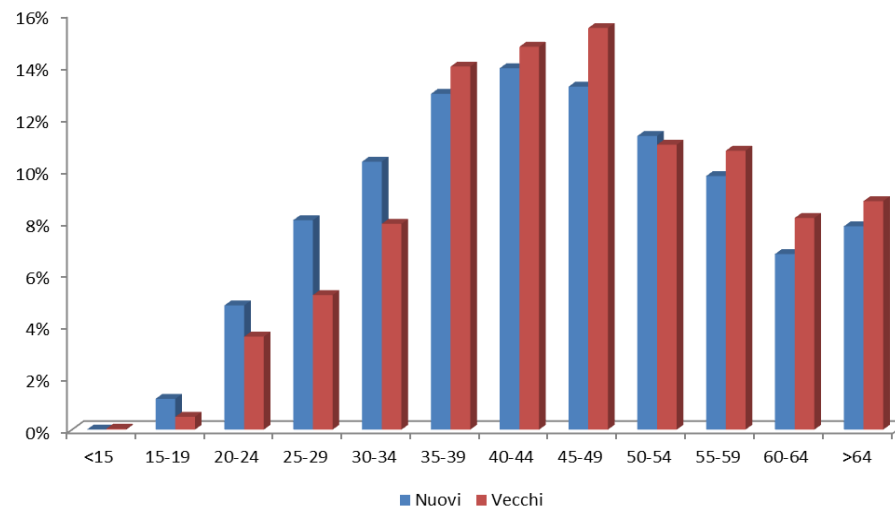


Distribuzione dell'utenza trattata nel 2012

Distribuzione genere e classi di età

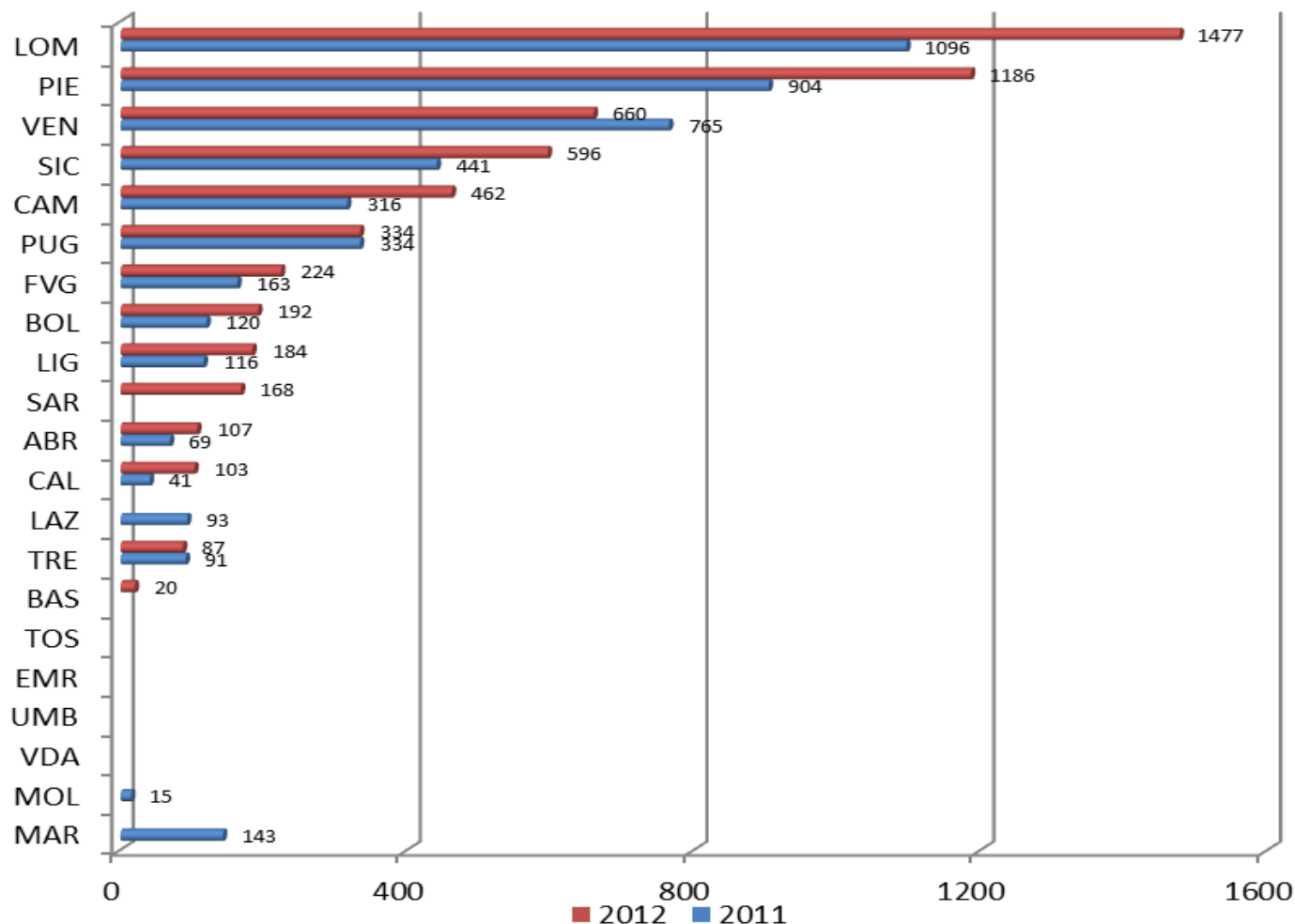


Distribuzione per tipo di contatto e classi di età





Soggetti trattati per regione (2011-2012)





PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Dati finanziari collegati al fenomeno

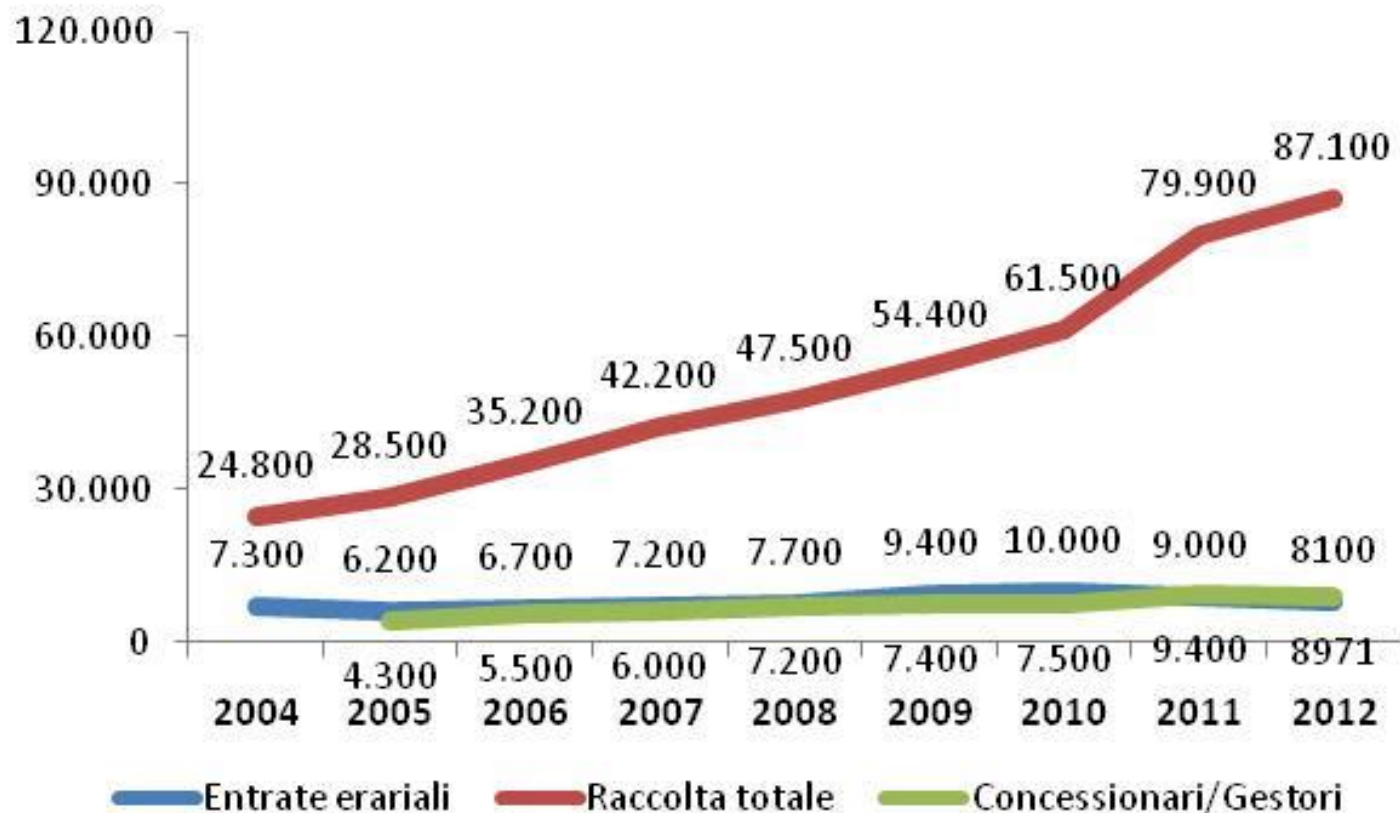
R. Mollica 2013



Coordinamento Nazionale Dipendenze

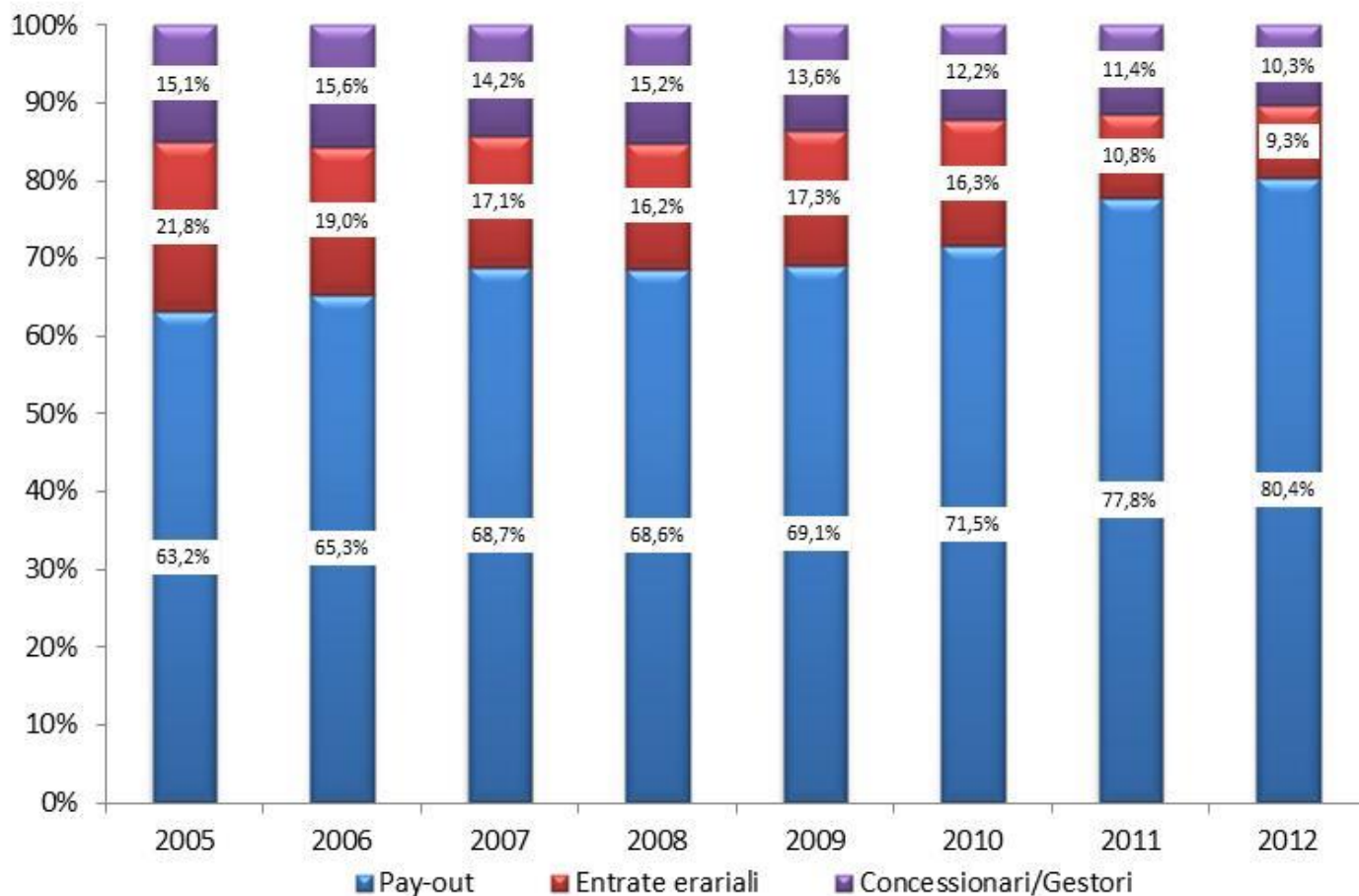


Andamento della raccolta totale, quota gestori e ricavato erariale in milioni di euro (2004-2012)



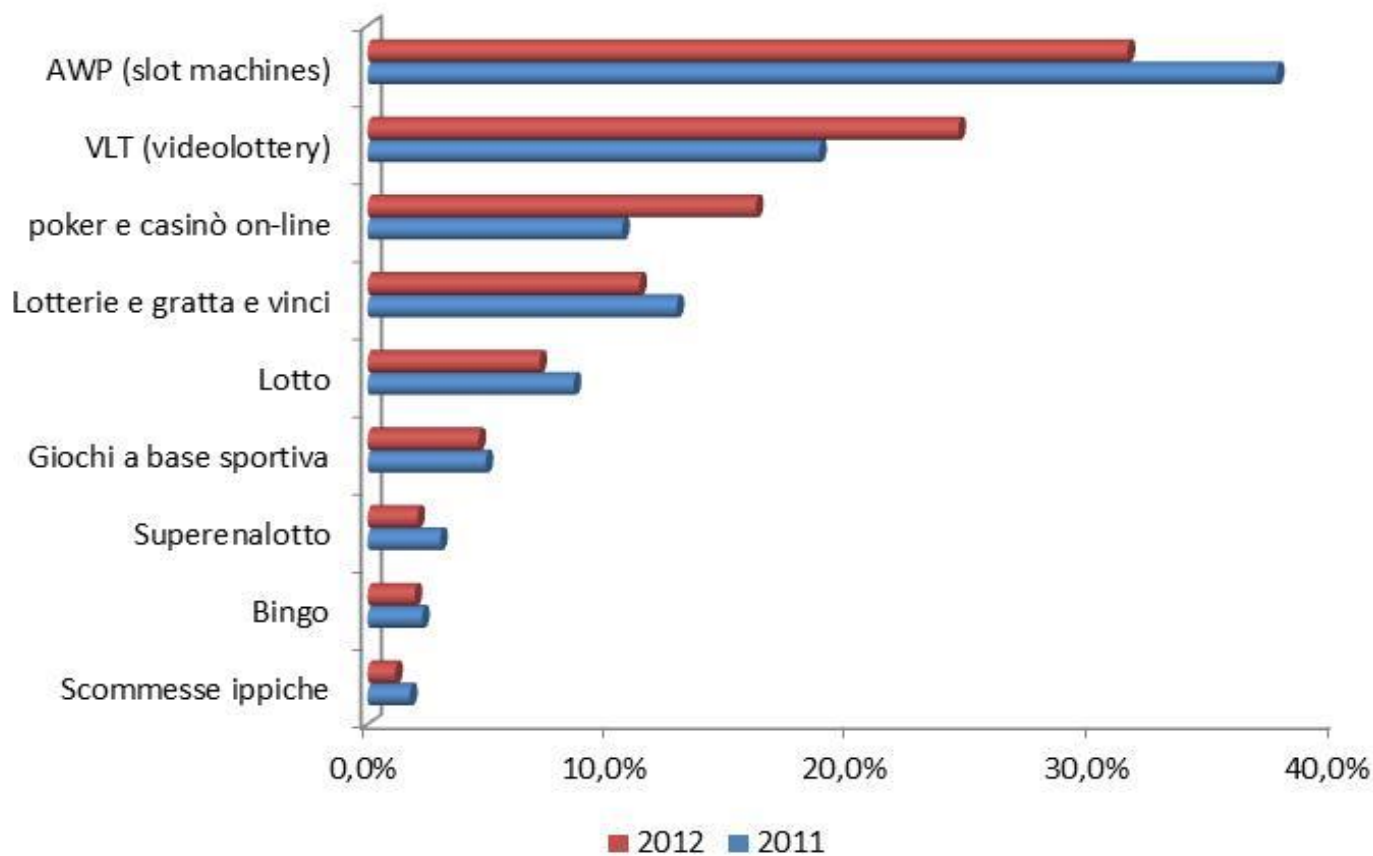


Distribuzione percentuale delle entrate totali (2005-2012)





Distribuzione percentuale della raccolta totale per tipologia (2011-2012)



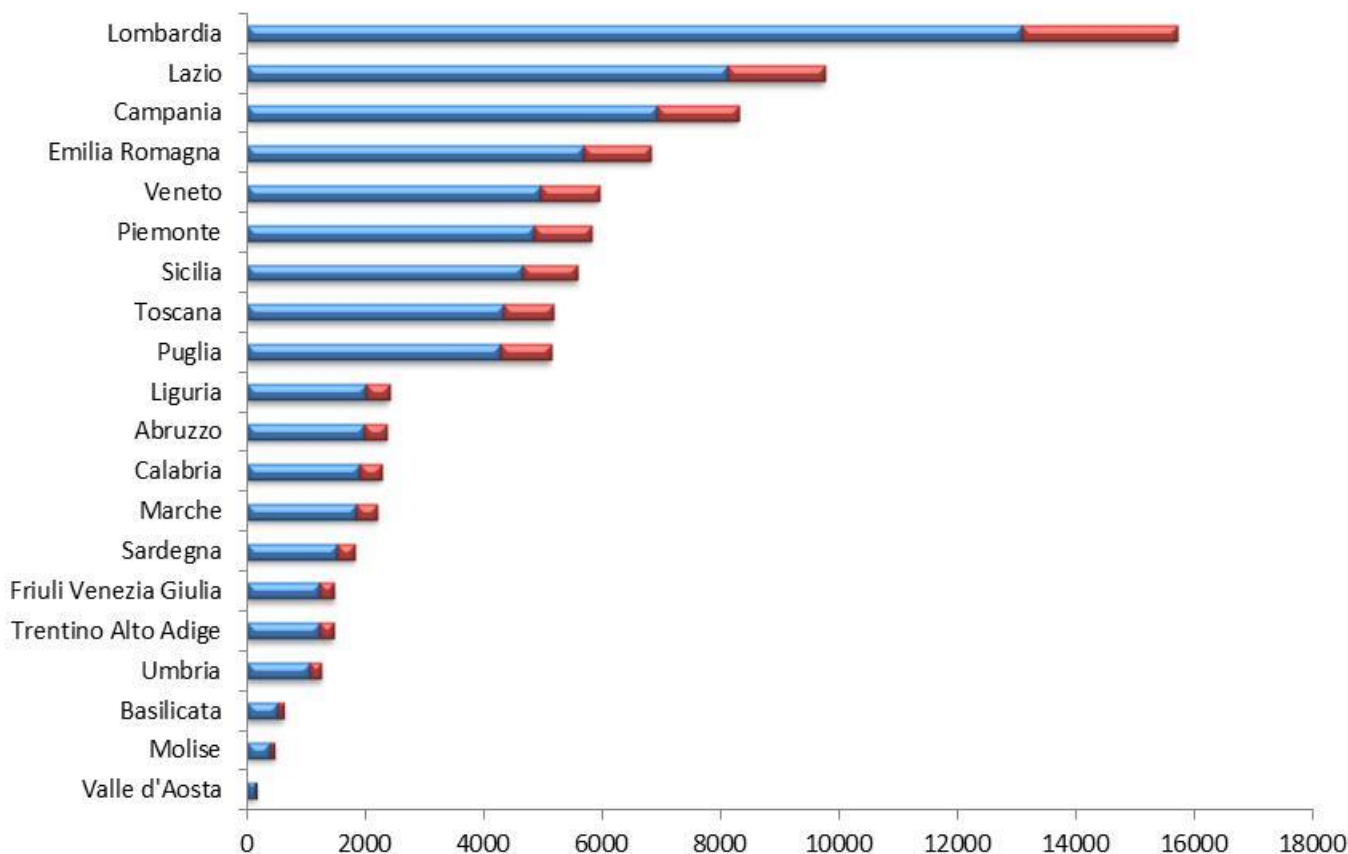


Distribuzione percentuale della raccolta totale per tipologia (2005-2012)

	Entrate erariali	Payout	Concessionari	Raccolta totale	Entrate erariali	Payout	Concessionari
AWP (slot machines)	3,2	20,7	3,5	27,4	11,7%	75,5%	12,8%
VLT (videolottery)	0,9	18,9	1,5	21,3	4,2%	88,7%	7,0%
Poker e casinò on-line	0,1	13,5	0,4	14,0	0,7%	96,4%	2,9%
Lotterie e gratta e vinci	1,6	7,0	1,2	9,8	16,3%	71,4%	12,2%
Lotto	1,1	4,1	1,0	6,2	17,7%	66,1%	16,1%
Giochi a base sportiva	0,2	3,3	0,5	4,0	5,0%	82,5%	12,5%
Superenalotto	0,8	0,7	0,3	1,8	44,4%	38,9%	16,7%
Bingo	0,2	1,2	0,3	1,7	11,8%	70,6%	17,6%
Scommesse ippiche	0,1	0,7	0,3	1,0	5,0%	70,0%	25,0%
Totale	8,2	70,1	9,0	87,2	9,3%	80,4%	10,3%

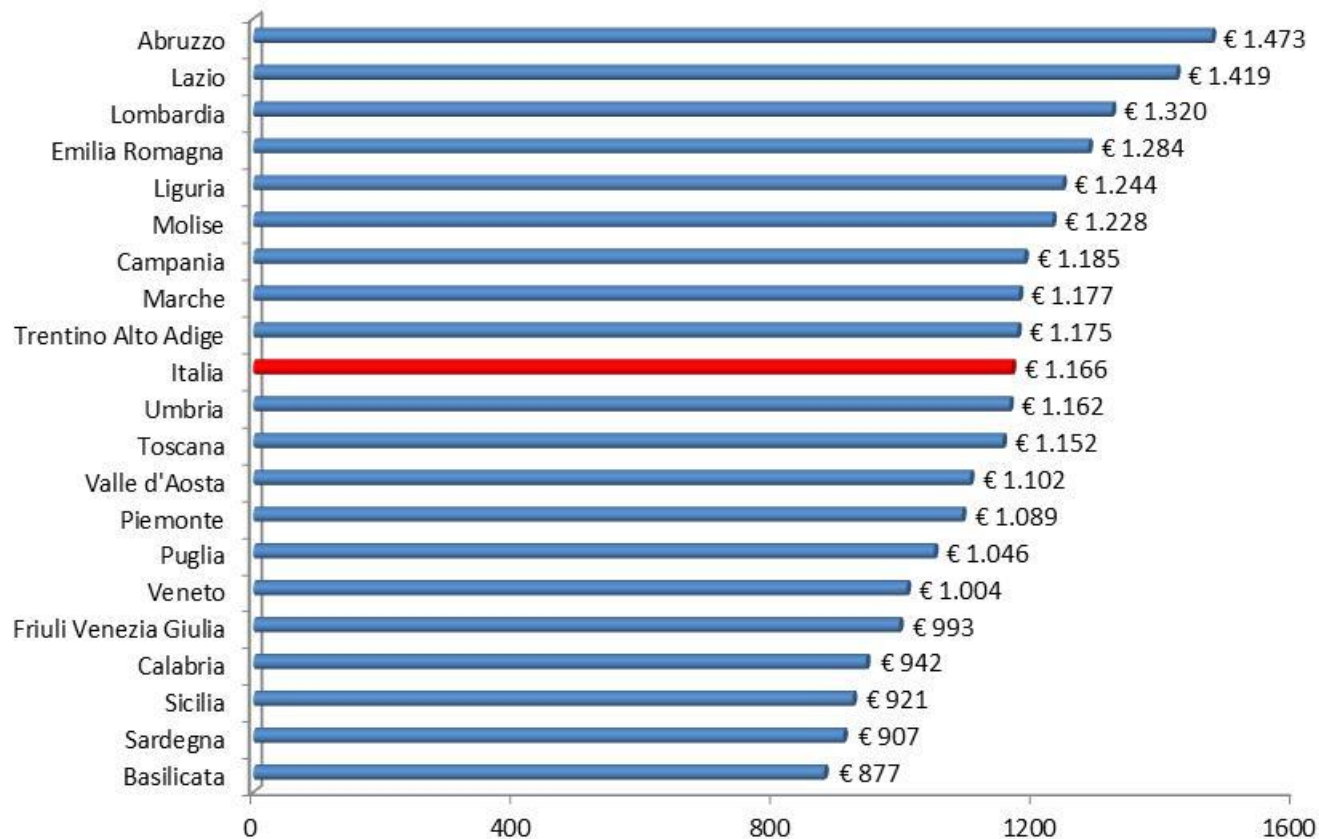


Spesa regionale a ottobre 2012 con stima a dicembre in milioni di euro



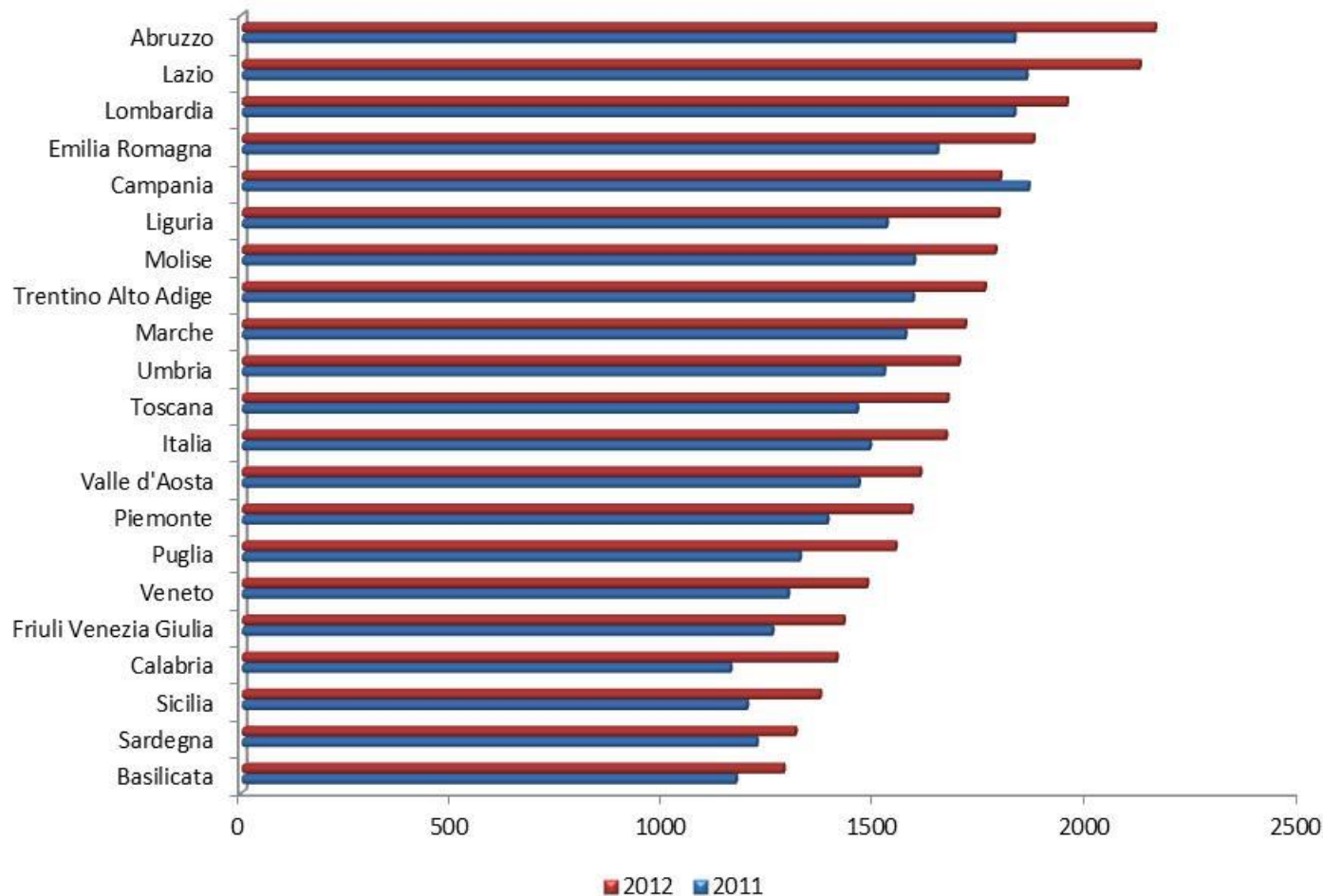


Spesa regionale pro capite a ottobre 2012 (popolazione generale)



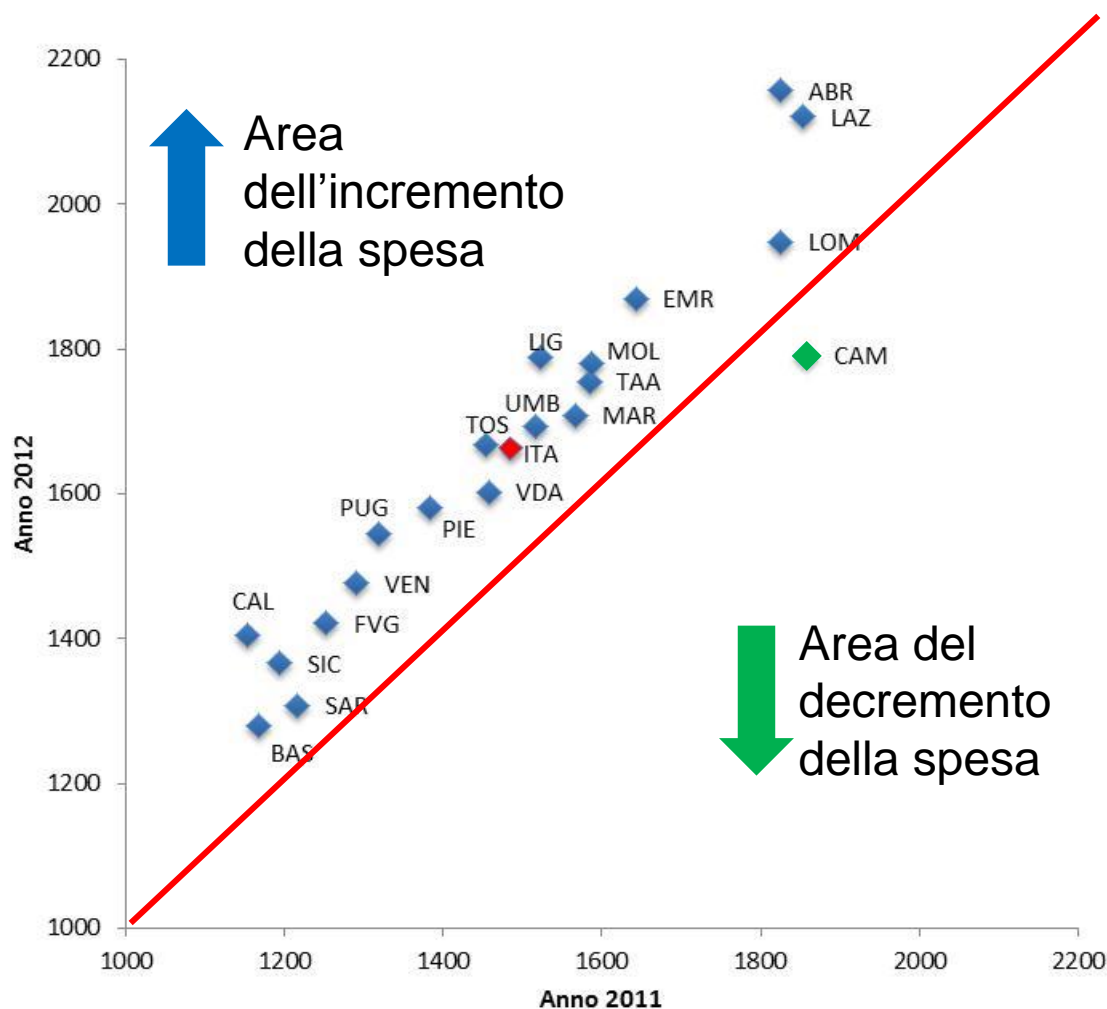


Variazione spesa regionale pro capite 2011-2012 (popolazione maggiorenne)





Variazione spesa regionale pro capite 2011-2012 (popolazione maggiorenne)





PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Vulnerabilità e Resilienza

**Gambling problematico e
Gambling patologico:
evidenze scientifiche**

G. Serpelloni 2013



Coordinamento Nazionale Dipendenze



Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



VULNERABILITA' INDIVIDUALE ALL'ADDICTION:

Definizione

Condizione dell'individuo in grado di far aumentare il rischio di utilizzare sostanze o sperimentare comportamenti addittivi (maggiore propensione alla ricerca e propensione al primo contatto) e, in caso di persistenza dello stimolo, a sviluppare percorsi evolutivi verso la dipendenza patologica (maggiore potenzialità evolutiva verso l'addiction)

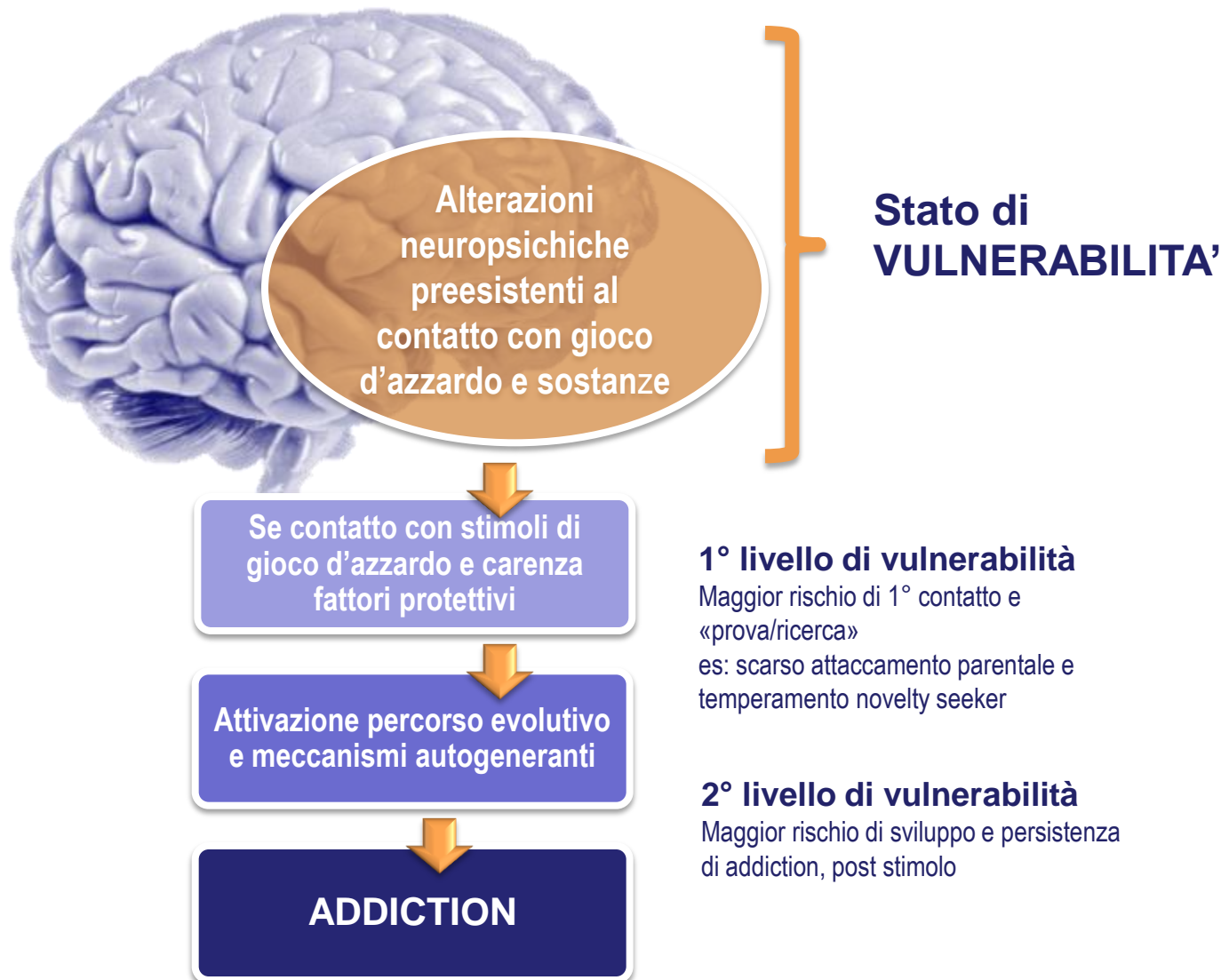
È sostenuta da diversi fattori individuali (es. genetica, sistemi neuro-psico-biologici particolari, percezione del rischio ecc.), fattori ambientali (es. forte presenza di stimoli e accessi facilitati) e fattori sociali (es. disapprovazione sociale dell'uso di sostanze o di gioco d'azzardo, esistenza di deterrenti)

La vulnerabilità non è “predestinazione” ma solo uno stato di rischio aumentato

Risente fortemente anche della presenza di fattori protettivi/di resilienza



Vulnerabilità all'Addiction





Effetti e componenti funzionali individuali derivanti dal gioco apprezzati e ricercati dal paziente con GAP



PIACERE

produzione di dopamina nella fase anticipatoria prolungata con o senza componente adrenergica

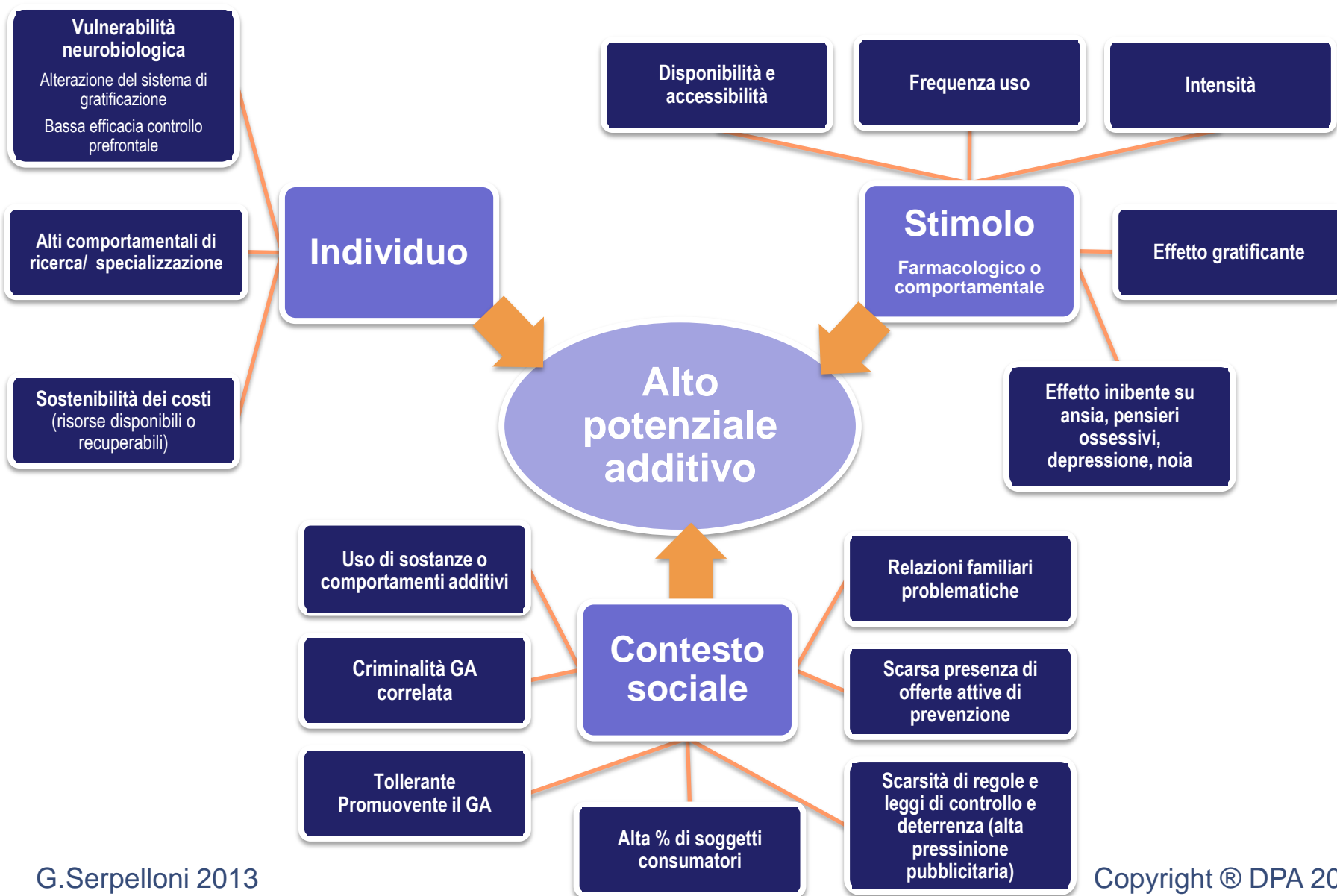
INIBIZIONE

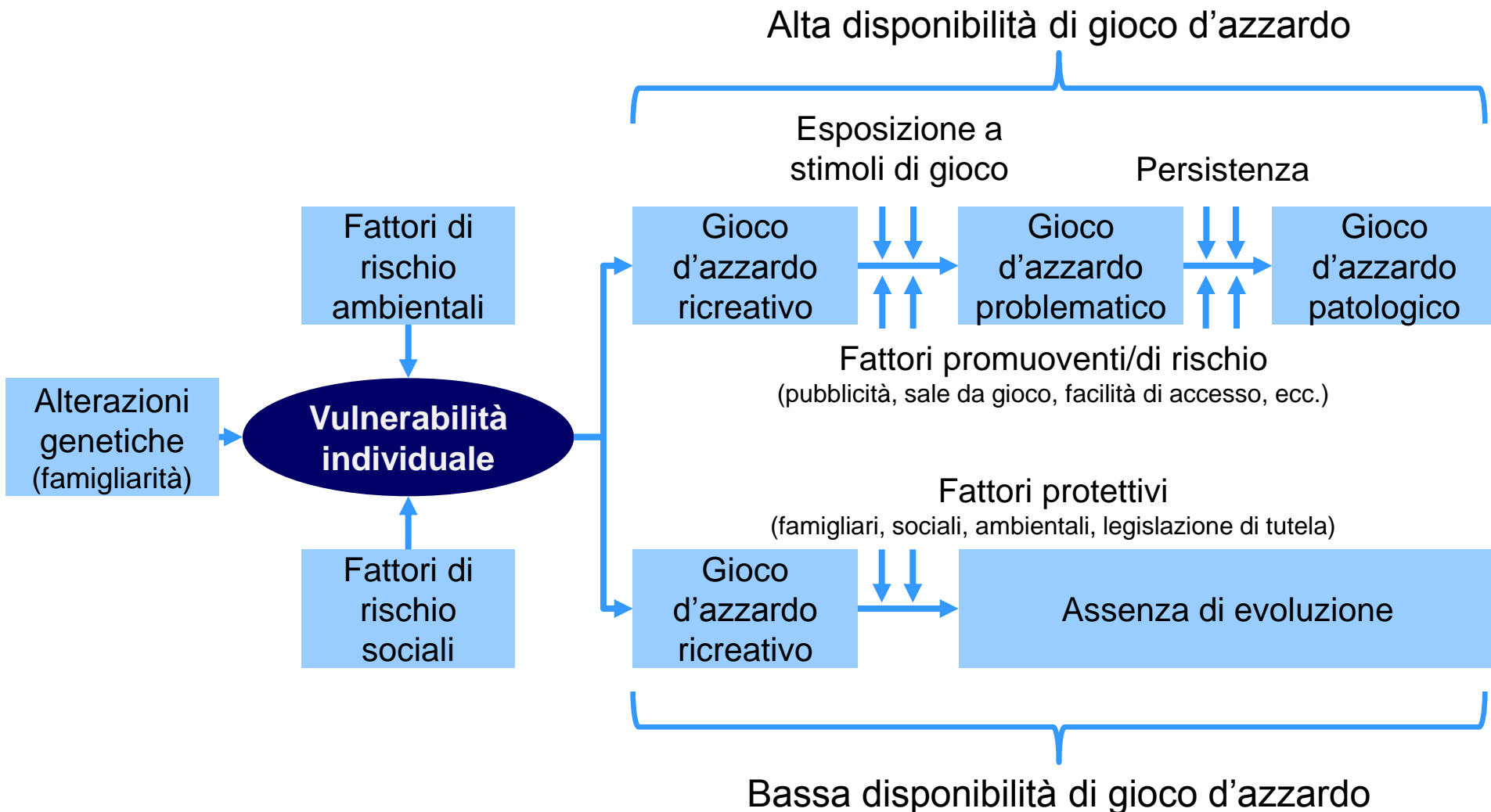
Azione «lenitiva/inibitoria» di pensieri ossessivi, preoccupazioni, ansia, noia...

Mantenimento di un ruolo/status sociale gioco correlato nel gruppo di riferimento



Combinazione dei fattori in grado di produrre un addiction



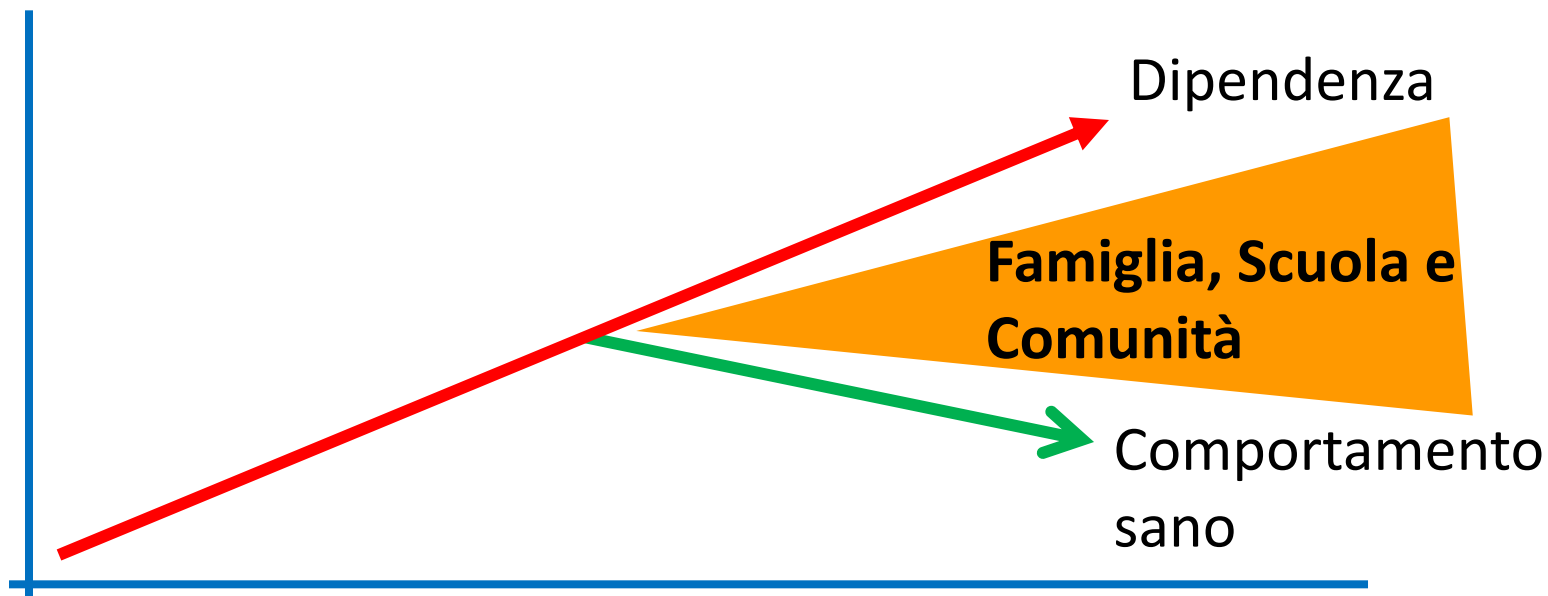




2

Vulnerabilità: il ruolo di famiglia e scuola

VULNERABILITA'...MA E' POSSIBILE CAMBIARE IL PERCORSO DEI BAMBINI A RISCHIO





E' possibile cambiare il percorso dei bambini a rischio!

GIOVANI VULNERABILI

Trauma

Abuso

Negligenza

Mancanza di affetto

Assenza di supervisione

Eventi avversi

**FAMIGLIA,
SCUOLA e
COMUNITA'
POSITIVE**

**FANNO LA
DIFFERENZA**

Protezione e supporto

Calore affettivo

Controllo e supervisione

Accettazione

Autonomia e gratificazione

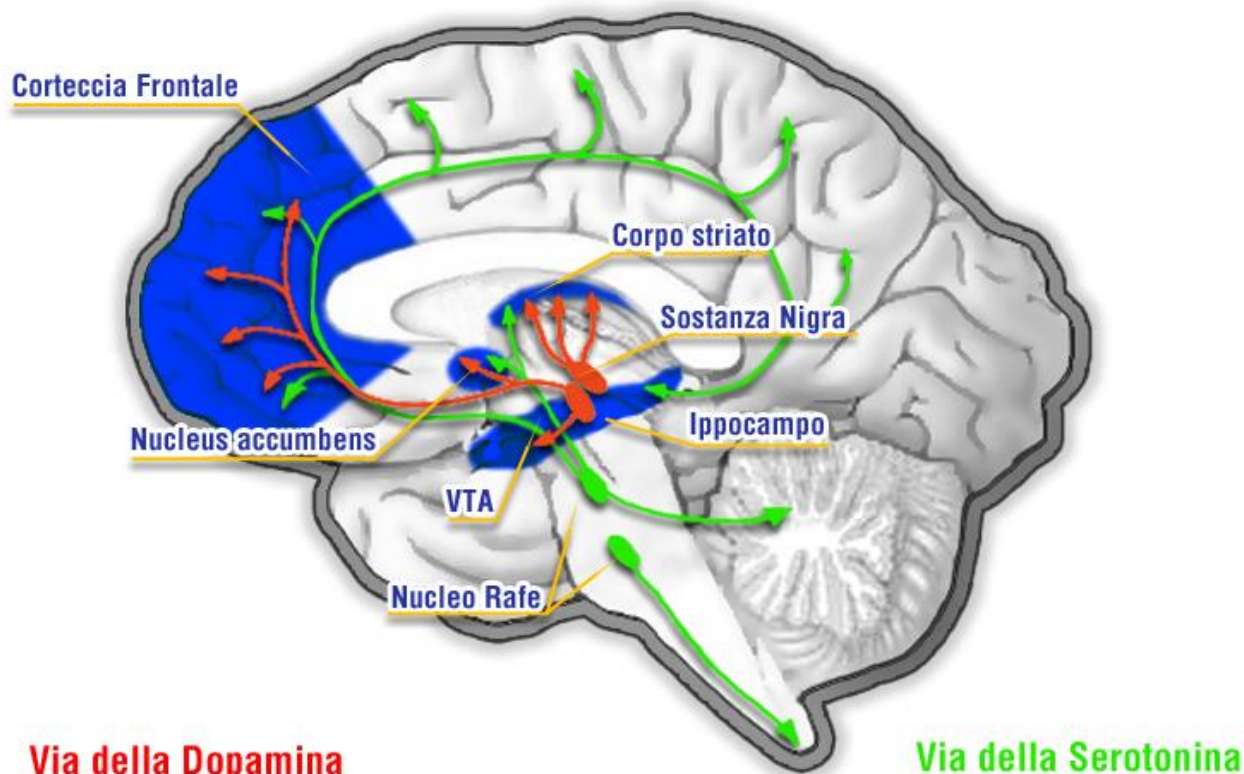
Regole chiare

RISCHIO

RESILIENZA



Diversi sistemi di controllo e di ricompensa? Non è un «destino della dipendenza»



Via della Dopamina

Funzioni:

- Ricompensa (motivazione)
- Piacere, euforia
- Funzione motoria (messa a punto)
- Compulsione
- Perseverazione

Funzioni:

- Umore
- Processi di memoria
- Sonno
- Cognizione
- Autocontrollo



Per prevenire l'uso di droghe...

1

Il NUCLEO di prevenzione è:



2

Rapporti interpersonali con i bambini



3

**Rilevanza dell'aspetto umano e
relazioni sociali nella prevenzione**



Sviluppo di programmi basati su evidenze per le famiglie

«Provare amore = Mostrare amore»

J.Mark Eddy, 2011

Per i genitori.....

- Essere presenti
- Coinvolgere
- Prestare attenzione
- Rispondere
- Non rinunciare
- Cercare il sostegno
- Essere un modello di ruolo
- Essere coerenti



[Encephale](#). 2011 Sep;37(4):322-31. Epub 2011 May 6.

[Pathological gambling: risk factors].

[Article in French]

[Bouju G](#), [Grall-Bronnec M](#), [Landreat-Guillou M](#), [Venisse JL](#).

Source

Centre de référence sur le jeu excessif, DREFAC, pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie, hôpital Saint-Jacques, pavillon Louis-Philippe, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex 1, France. gaelle.bouju@chu-nantes.fr

Abstract

CONTEXT AND OBJECTIVE:

In France, consumption of gambling games increased by 148% between 1960 and 2005. In 2004, gamblers lost approximately 0.9% of household income, compared to 0.4% in 1960. This represents approximately 134 Euros per year and per head. In spite of this important increase, the level remains lower than the European average (1%). However, gambling practices may continue to escalate in France in the next few years, particularly with the recent announce of the legalisation of online games and sports betting. With the spread of legalised gambling, pathological gambling rates may increase in France in the next years, in response to more widely available and more attractive gambling opportunities. In this context, there is a need for better understanding of the risk factors that are implicated in the development and maintenance of pathological gambling.

METHODS:

This paper briefly describes the major risk factors for pathological gambling by examining the recent published literature available during the first quarter of 2008. This documentary basis was collected by Inserm for the collective expert report procedure on Gambling (contexts and addictions). Seventy-two articles focusing on risk factors for pathological gambling were considered in this review. Only 47 of them were taken into account for analysis. The selection of these 47 publications was based on the guide on literature analysis established by the French National Agency for Accreditation and Assessment in Health (ANAES, 2000). Some publications from more recent literature have also been added, mostly about Internet gambling.

RESULTS:

We identify three major types of risk factors implicated in gambling problems: some of them are related to the subject (individual factors), others are related to the object of the addiction, here the gambling activity by itself (structural factors), and the last are related to environment (contextual or situational factors). Thus, the development and maintenance of pathological gambling seems to be conditioned by the interaction of a person and a gambling activity, in a particular context. This conceptual model is based on the well-known theory of Olivenstein on toxicomania, which was proposed in the seventies. The structural factors that appeared to be highly related to pathological gambling development and maintenance are payment modality, entertaining dimension, temporality, reward level, educational messages, gambling ambiance, gambling medium and part of hazard. Among contextual factors, availability and accessibility of gambling opportunities are well known. However, social and economic factors (e.g. culture, ethnicity, religion, education) are also important. Lastly, among individual factors, psychosocial factors are gender, age, familial and personal antecedents and psychiatric comorbidities. Neurobiological factors are not discussed here.

CONCLUSIONS:

This paper briefly summarises risk factors for development and maintenance of pathological gambling. It highlights that these factors are very similar to those that are implicated in substance use disorders, except for the gambling activity and context. Prevention regarding behavioural addictions should, in the future, take advantage of the findings on substance use disorder, since behavioural addictions are less known. Conversely, it seems obvious that findings on pathological gambling, and more widely behavioural addictions, could highlight all types of addiction. It appears that this fact is especially valid with regards to the evolution and stability of addictive status, which must be taken into account for treatment proposals.



[J Am Acad Child Adolesc Psychiatry](#). 2011 Feb;50(2):150-159.e3. Epub 2010 Dec 31.

Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents.

[Potenza MN](#), [Wareham JD](#), [Steinberg MA](#), [Rugle L](#), [Cavallo DA](#), [Krishnan-Sarin S](#), [Desai RA](#).

Source

Yale School of Medicine, 34 Park Street, New Haven, CT 06519, USA. marc.potenza@yale.edu

Abstract

OBJECTIVE:

The Internet represents a new and widely available forum for gambling. However, relatively few studies have examined Internet gambling in adolescents. This study sought to investigate the correlates of at-risk or problem gambling in adolescents acknowledging or denying gambling on the Internet.

METHOD:

Survey data from 2,006 Connecticut high school student gamblers were analyzed using χ^2 and logistic regression analyses.

RESULTS:

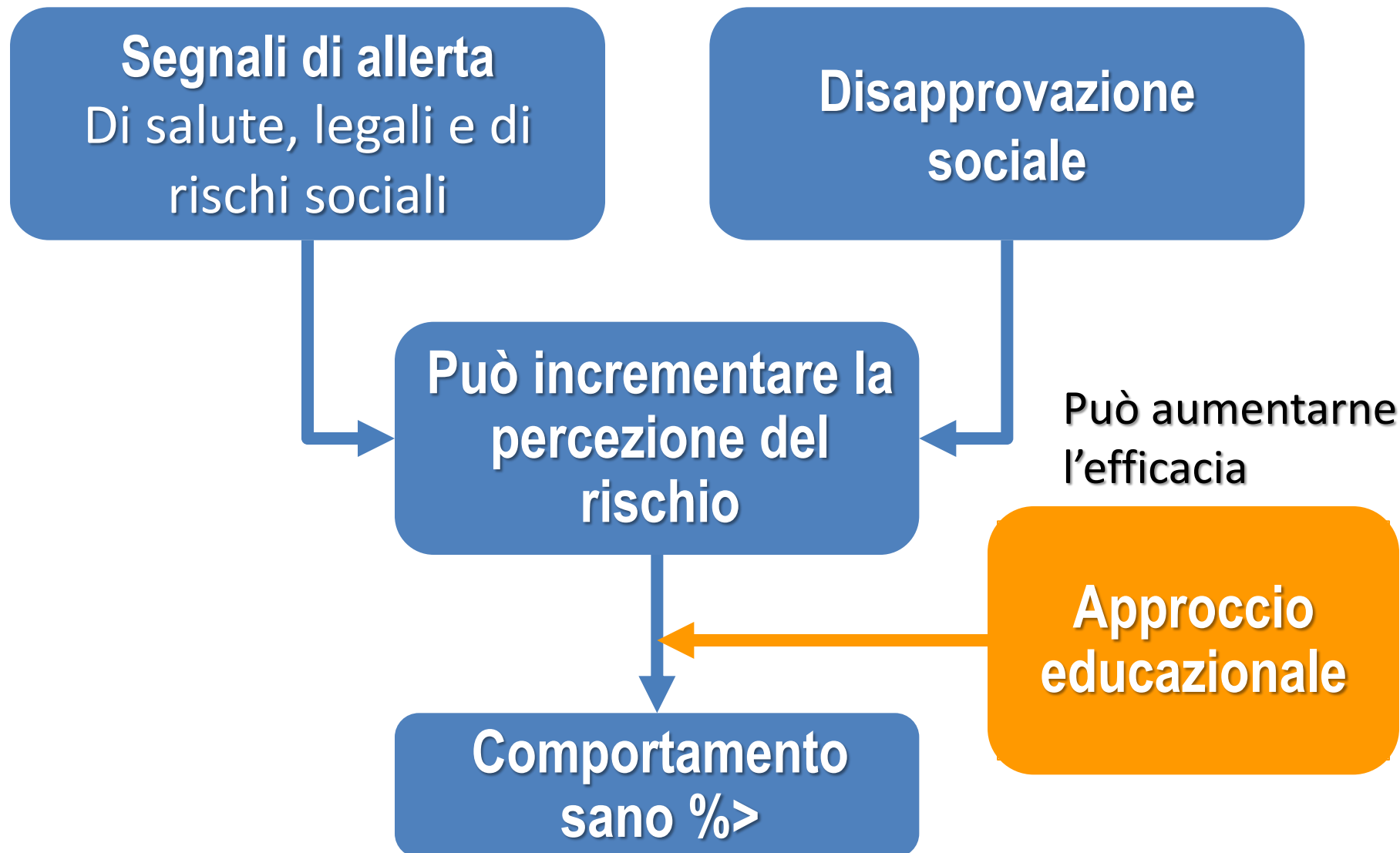
At-risk/problem gambling was found more frequently in adolescent Internet gamblers than in non-Internet gamblers. Compared with at-risk/problem gambling in the non-Internet gambling group, at-risk/problem gambling in the Internet gambling group was more strongly associated with poor academic performance and substance use (particularly current heavy alcohol use; odds ratio 2.99; $p = .03$) and less strongly associated with gambling with friends (odds ratio 0.32; $p = .0003$). At-risk/problem gambling in the Internet and non-Internet gambling groups, respectively, was associated at $p < .05$, each with multiple adverse measurements including dysphoria/depression (odds ratios 1.76 and 1.96), getting into serious fights (odds ratios 2.50 and 1.93), carrying weapons (odds ratios 2.11 and 1.90), and use of tobacco (odds ratios 2.05 and 1.88 for regular use), marijuana (odds ratios 2.02 and 1.39), and other drugs (odds ratios 3.24 and 1.67).

CONCLUSIONS:

Clinically, it is important to assess for teenagers' involvement in Internet gambling, particularly because adolescent at-risk/problem Internet gambling appears specifically associated with non-peer involvement, heavy alcohol use, and poor academic functioning.



Percezione del rischio e comportamenti sani





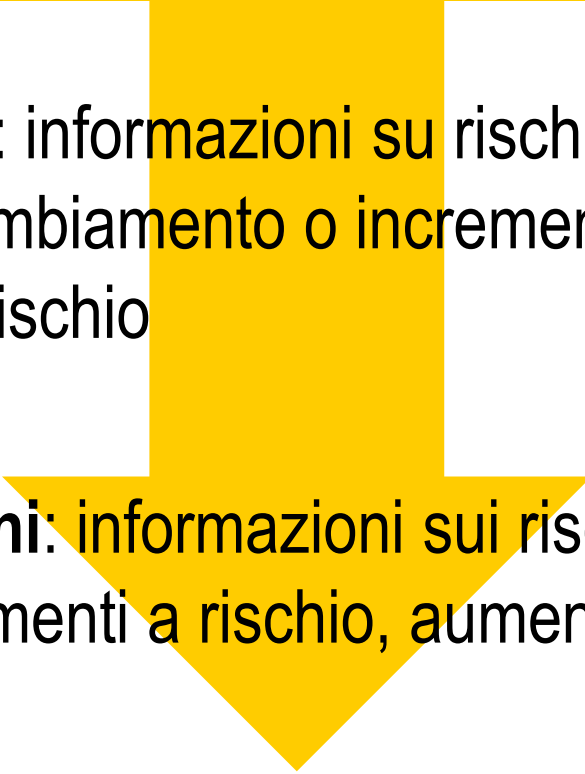
Ci sono diverse risposte a informazioni di avviso e disapprovazione sociale nelle persone

Alcuni adolescenti, infatti, sono più resistenti di altri al cambiamento di comportamento





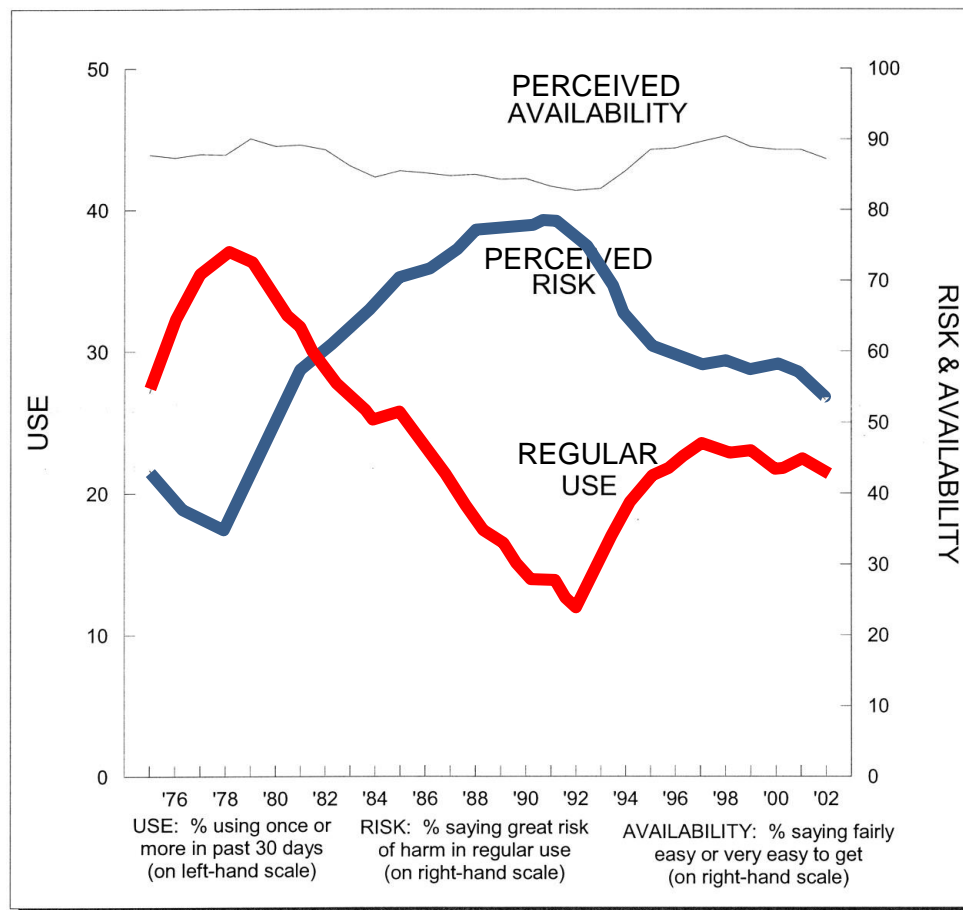
Reazioni differenti alla informazione preventiva

- 
- **Ricerca di novità:** informazioni su rischi e danni → possibile alcun cambiamento o incremento di comportamenti a rischio
 - **Prevenzione danni:** informazioni sui rischi e danni → ridurre i comportamenti a rischio, aumento resilienza

È necessario avere una forte differenziazione di interventi



Marijuana: tendenze nella disponibilità percepita, percezione del rischio di un uso regolare e la prevalenza di uso negli ultimi 30 giorni per 12 studenti



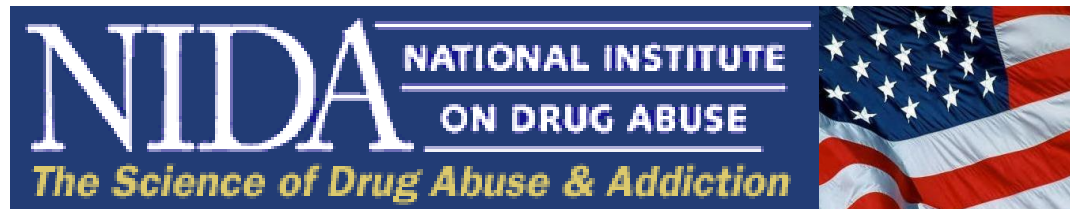
Source: Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2002. Vol I: Secondary School Students. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2003

Joffe A , Yancy W S Pediatrics 2004;113:e632-e638



Un altro importante fattore di prevenzione: Disapprovazione sociale e l'uso di marijuana

Ricerca supportata da:



NIAAA NATIONAL INSTITUTE ON
ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM
of the NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH



New York State
Psychiatric Institute



Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D.

The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007.

Addiction. 2011 May 6.

NCBI Resources How To

PubMed.gov
U.S. National Library of Medicine
National Institutes of Health

Search: PubMed Limits Advanced search Help

Search Clear

Display Settings: Abstract Send to:

Addiction. 2011 May 6. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03485.x. [Epub ahead of print]

The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007.

Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D.
Department of Epidemiology, Columbia University, New York, NY New York State Psychiatric Institute, New York, NY Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, MI Department of Anesthesiology, Columbia University, New York, NY Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, NY.

Abstract

Aims: Studies of the relationship between social norms and marijuana use have generally focused on individual attitudes, leaving the influence of larger societal-level attitudes unknown. The present study investigated societal-level disapproval of marijuana use defined by birth cohort or by time period. **Design:** Combined analysis of nationally-representative annual surveys of secondary school students in the U.S. conducted 1976-2007 as part of the Monitoring the Future study. **Setting:** In-school surveys completed by adolescents in the U.S. **Participants:** 986,003 adolescents in grades 8, 10, and 12 **Measurements:** Main predictors included the percentage of students who disapproved of marijuana in each birth cohort and time period. Multi-level models with individuals clustered in time periods of observation and birth cohorts were modeled, with past-year marijuana use as the outcome. **Findings:** Results indicated a significant and strong effect of birth cohort disapproval of marijuana use in predicting individual risk of marijuana use, after controlling for individual-level disapproval, perceived norms towards marijuana, and other characteristics. Compared to birth cohorts in which most (87-90.9%) adolescents disapproved of marijuana use, odds of marijuana use were 3.53 times higher in cohorts where less than half (42-46.9%) disapproved (99% C.I. 2.75, 4.53). **Conclusions:** Individuals in birth cohorts that are more disapproving of marijuana use are less likely to use, independent of their personal attitudes towards marijuana use. Social norms and attitudes regarding marijuana use cluster in birth cohorts, and this clustering has a direct effect on marijuana use even after controlling for individual attitudes and perceptions of norms.

© 2011 The Authors, Addiction © 2011 Society for the Study of Addiction.

PMID: 21545669 [PubMed - as supplied by publisher]

LinkOut - more resources



- L'analisi include **986.003** adolescenti
- Il progetto di raccogliere dati nazionali (USA) su adolescenti e abuso di droghe
- Somministrazione annuale di un questionario per gli studenti delle scuole superiori
- Circa **130** scuole coinvolte ogni anno
- Tempo di durata dello studio: **1976-2007 (31 anni)**



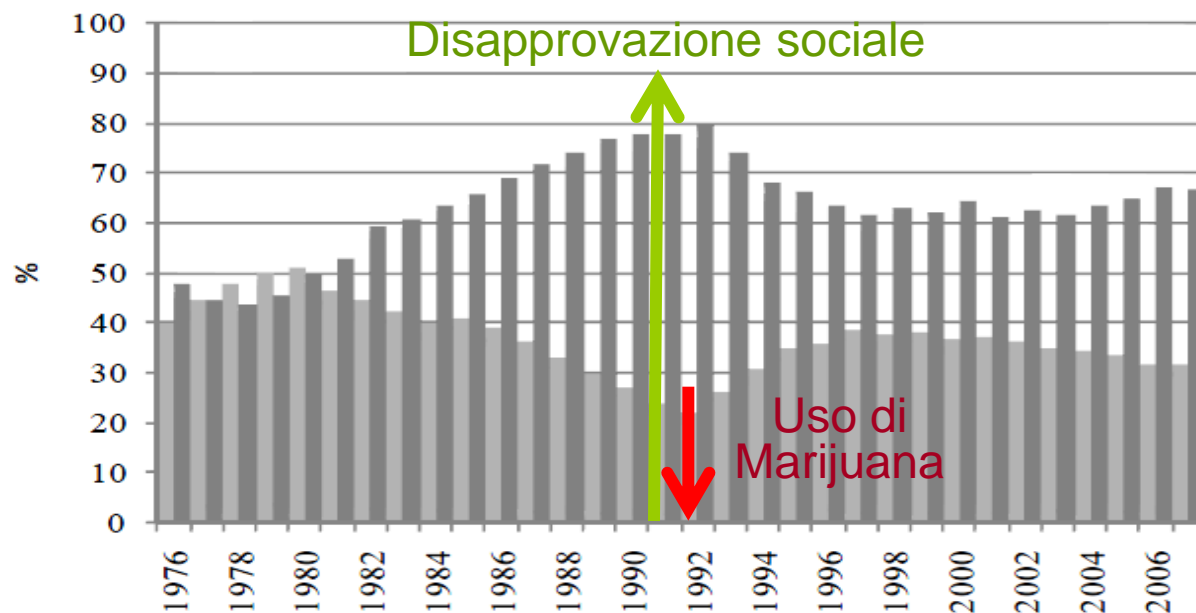
Quando il livello della disapprovazione è al 90%
L'utilizzo nell'ultimo anno è del 17%



Livello di disapprovazione al 47%
Utilizzo nell'ultimo anno del 49%



Risultati: tendenze nel corso del tempo



Time (only 12° grade students)



Percentuale di studenti riferiscono l'uso di marijuana negli ultimi 12 mesi



Percentuale della popolazione generale che disapprova o disapprova fortemente l'uso di marijuana occasionale

Maggiore è la disapprovazione sociale sul consumo di droga, minore è l'uso di marijuana tra gli adolescenti nel tempo



Quali sono i fattori che influenzano la disapprovazione sociale?





Disapprovazione sociale: conclusioni

- **I dati dimostrano che gli adolescenti sono fortemente influenzati da ciò che loro coetanei pensano.**
- **Pertanto, le norme sociali e del comportamento, all'interno dello stesso gruppo, hanno un effetto diretto sul consumo di marijuana.**



Fattori condizionanti il rischio: TIPOLOGIA



Fattori individuali

1



Fattori socio-ambientali

2



Fattori dipendenti
dalle caratteristiche
del gioco

3



Bilanciamento di Fattori



VULNERABILITA'



RESILIENZA



Principali fattori condizionanti

Espressione come fattore di rischio	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	Espressione come fattore di resilienza
FATTORI INDIVIDUALI		
Giovane (% maggiore) Anziano (% minore)	Età	Adulto
Maschile	Sesso	Femminile
Alterato	Sistema dopaminergico della gratificazione	Normale
Novelty seeker	Temperamento e carattere	Harm avoidance
Deficit di attenzione e iperattività (disturbi comportamentali)	Funzioni attentive e comportamenti	Attenzione e comportamenti normali
Alta attitudine, bassa consapevolezza e bassa percezione del rischio	Attitudine, consapevolezza percezione del rischio	Bassa attitudine, alta consapevolezza e alta percezione del rischio
Scarsa capacità con impulsività e alta e precoce aggressività espressa	Capacità di autocontrollo (efficacia della corteccia prefrontale e livello di aggressività comportamentale)	Buona capacità con basso livello di impulsività e aggressività espressa
Bassa o onnipotenza	Autostima	Alta
Bassa e utilizzo di strategie legate alle emozioni	Capacità e strategie di coping	Alta e strategie legate agli obiettivi



Principali fattori condizionanti

Espressione come fattore di rischio	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	Espressione come fattore di resilienza
FATTORI INDIVIDUALI		
Basse	Capacità di comportamento adattivo	Alte
Alta	Estroversione	Moderata
Presenza di credenze irrazionali sulla fortuna e le proprie capacità di condizionare elementi di gioco dovuti al caso e assenza di consapevolezza della bassa probabilità di vincita	Credenze e distorsioni cognitive sul GA	Assenza di credenze irrazionali e presenza di consapevolezza della bassa probabilità di vincita
Timidezza eccessiva, bassa assertività	Modalità relazionali e grado di assertività	Estroversione, alta assertività
Assente o ridotta	Social conformity	Presente
Presenti	Patologie psichiatriche	Assenti
Presente (occasionale o abitudinario) precoce	Uso di sostanze stupefacenti	Assente
Presente o precoce	Abuso di alcol	Assente
Presente o precoce	Tabagismo	Assente



Principali fattori condizionanti

Espressione come fattore di rischio	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	Espressione come fattore di resilienza
FATTORI INDIVIDUALI		
Presente	Uso di farmaci incentivanti il gioco d'azzardo	Assente
Assente, insuccessi e non acquisizione di competenze scolastiche, uscita precoce dai circuiti scolastici	Impegno e competenze scolastiche	Presente con successo, acquisizione di competenze e permanenza nei circuiti scolastici
Bassa	Capacità di gestire il proprio denaro	Alta



Principali fattori condizionanti

Espressione come fattore di rischio	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	Espressione come fattore di resilienza
FATTORI FAMIGLIARI		
Presente	Famigliarità per il gioco d'azzardo patologico	Assente
Deboli e negativi	Legami famigliari di attaccamento	Forti e positivi
Assente o discontinuo e incapace	Controllo educativo genitoriale, supervisione genitoriale dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari	Presente, costante e capace
Assenti, incoerenti o non fatte rispettare	Regole di condotta in famiglia	Presenti, coerenti e fatte rispettare
Presente	Uso di sostanze, abuso alcolico o farmaci non prescritti da parte dei genitori	Assente
Tollerante, di approvazione anche implicita del gioco d'azzardo	Atteggiamento dei genitori nei confronti del gioco d'azzardo	Non tollerante, di stigmatizzazione del comportamento del gioco d'azzardo



Principali fattori condizionanti

Espressione come fattore di rischio	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	Espressione come fattore di resilienza
GRUPPO DEI PARI		
Alta prevalenza di gioco d'azzardo, atteggiamento di accettazione e promozione del gioco d'azzardo	Gioco d'azzardo nel gruppo dei pari	Assenza o bassa prevalenza di gioco d'azzardo, atteggiamento di non accettazione e stigmatizzazione del gioco d'azzardo
Assenti e/o orientati a modelli negativi	Atteggiamento del gruppo verso obiettivi di competenza sociale positiva	Presenti o persistenti

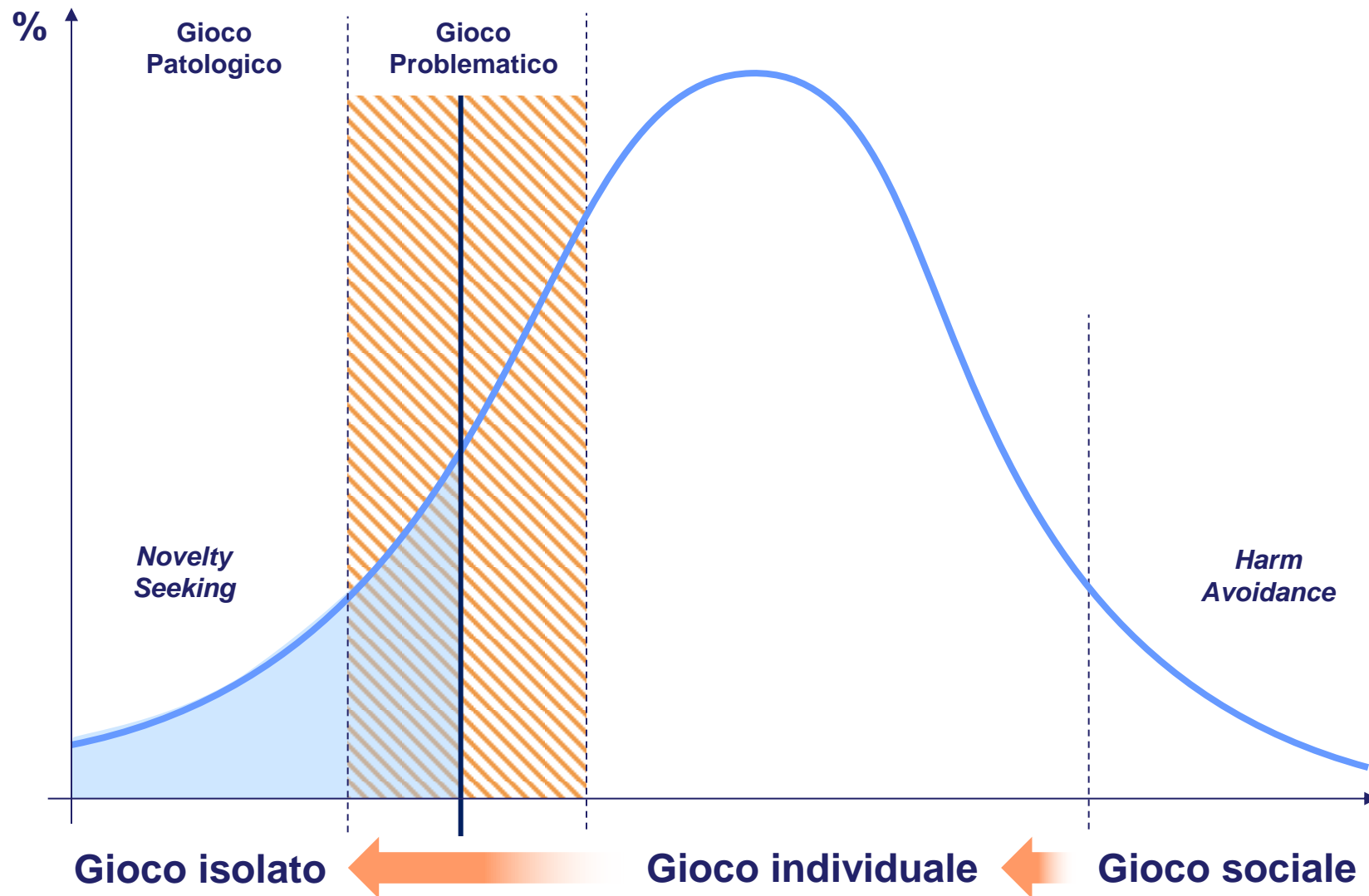


Principali fattori condizionanti

Espressione come fattore di rischio	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	Espressione come fattore di resilienza
FATTORI AMBIENTALI		
Alta	Disponibilità, accessibilità del gioco d'azzardo sul territorio	Bassa
Povertà diffusa, alto grado di disoccupazione, basso livello di scolarizzazione, appartenenza a minoranze etniche	Condizioni sociali	Povertà ridotta, basso grado di disoccupazione, alto livello di scolarizzazione, appartenenza a maggioranza etnica
Presenza di organizzazioni criminali (es. Mafia, ecc.) e microcriminalità diffusa	Condizioni di legalità sociale	Legalità istituzionale presente e percepita, bassa microcriminalità
Assente o mal funzionante e non nota	Rete dei servizi territoriali per famiglie e giovani	Presente, nota, accessibile e ben organizzata
Tolleranti e normalizzanti l'uso indiscriminato	Politiche e cultura sociale	Anti GA, esplicite, fortemente regolamentate, controllate e permanenti
Presente, incentivata e tollerata	Pubblicità sul gioco d'azzardo	Assente e non tollerata
Presenti, con messaggi promozionali, accessibili e non controllate	Agenzie "educative" virtuali non regolamentate (TV, Internet, mondo dello spettacolo, ecc.)	Assenti o accessibili sotto controllo e regolamentate
Assente o poco attivo	Controllo e repressione del gioco d'azzardo	Presente ed attivo



GAP: Segmenti di popolazione vulnerabile giovanile





Indicatori di vulnerabilità allo sviluppo di addiction

Non tutte le persone sono vulnerabili alla dipendenza

Jacobs DF: A general theory of addictions: rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors, in Compulsive Gambling: Theory, Research and Practice. Edited by Shaffer HJ, Stein S, Gambino B, et al. Lexington, MA, Lexington Book, 1989

1. Familiarità
2. Alterazione del sistema della gratificazione
3. Alterazione del controllo volontario (corteccia prefrontale), forte impulsività spesso accompagnata da aggressività
4. Disturbi comportamentali (Deficit di attenzione e iperattività)
5. Giovane età
6. Sesso maschile
7. Modelli educativi carenti (scarso attaccamento parentale e controllo educativo)
8. Presenza di patologie psichiatriche
9. Assunzione precoce di sostanze stupefacenti e alcol
10. Assunzione di farmaci incentivanti il gioco



G.A.P. e familiarità

Ibanez 2002, Gambino 1993

- 20% dei soggetti con G.A.P. ha familiarità
 - Giocatori problematici VS non problematici:
 - Probabilità da 3 a 8 volte superiore di avere almeno un genitore con G.A.P.
 - Possibilità di insorgenza di G.A.P.:
 - **3 volte** superiore se genitore con G.A.P.
 - **12 volte** superiore se anche nonni con G.A.P.
-
- Vulnerabilità genetica (alterazione dei comportamenti, impulsività)
 - Modelli educativi, comportamenti dei genitori (emulazione comportamentale)

Indicatori e fattori di resilienza

Alcune persone sono più resistenti al GAP

1. Assenza di familiarità
2. Presenza di sistemi neurobiologici della gratificazione e controllo degli impulsi ben funzionanti
3. Assenza di disturbi comportamentali
4. Età adulta
5. Sesso femminile
6. Modelli educativi ben strutturati
7. Alta consapevolezza e percezione del rischio di dipendenza
8. Scarsa presenza di pubblicità ambientale sul gioco d'azzardo
9. Assenza di credenze irrazionali sulla fortuna e le proprie capacità di condizionare elementi di gioco dovuti al caso
10. Buona capacità di gestire il denaro
11. Situazione familiare/affettiva stabile
12. No uso di sostanze o alcol





Farmaci che aumentano la tendenza al gioco

- Raccomandazione CE del 7 novembre 2006 di avvertenze per tutti gli agonisti della dopamina
- **AIFA. Importanti informazioni sulla sicurezza riguardanti i farmaci dopamino-agonisti (febbraio 2007)**
 - Nuove informazioni di sicurezza riguardanti la sindrome patologica del gioco d'azzardo, l'aumento della libido e l'ipersessualità come effetto di classe associato ai farmaci dopamino agonisti indicati per il trattamento della sindrome di Parkinson, sindrome delle gambe senza riposo e dei disturbi endocrini



Farmaci che aumentano la tendenza al gioco

- Farmaci che potenziano il G.A. PATOLOGICO
 - Acamprosate
 - Ariprazole
 - Pramipexole
 - Farmaci con attività Dopaminergica
 - bromocriptine, cabergoline, pergolide, piribedil, pramipexole, quinagolide and ropinirole;
 - È anche dimostrato come reazione avversa con un nuovo agente dopaminergico: rotigotine;

Meccanismi farmacologici specifici

- In letteratura esistono numerose segnalazioni di sindrome serotoninergica da: inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), inibitori delle MAO, clomipramina, clorgilina, litio, carbamazepina, benzodiazepine, bromocriptina, L-dopa/carbidopa, levotiroxina. Di solito, la sindrome si vede frequentemente quando si associano farmaci serotoninergici e inibitori delle MAOs.
 - **1) Ipotesi** : l'attivazione del recettore 5-HT_{1A} sia coinvolto nella fisiopatologia della sindrome serotoninergica.
 - **2) ipotesi** include la stimolazione o la modificazione dei recettori della serotonina nel nucleo dorsale e nel nucleo del rafe mediano nel cervello (il principale sito dei corpi cellulari dei neuroni per la serotonina), aumento di tutta la trasmissione di 5-HT ed attivazione combinata di cAMP (adenosina monofosfato ciclica) relativa ai recettori di 5-HT_{1A} e fosfatidil idrolisi legata ai recettori 5-HT₂ ⁽³⁾. (Parker 2001)



Prodotti naturali che possono aumentare la tendenza al gioco patologico

Sono riportati casi di mania psicotica durante il trattamento con erbe medicinali (Saatcioglu 2007)

- Eugenia caryophyllata
- Zingiber officinale
- Cinnamomum camphora
- Rosamrinum officinalis alpinia
- Semi di nigella
- Noce moscata
- Ellettaria cardamomum
- Noce di cocco
- Curcuma longa
- Mentha piperita
- Semi di mostarda nera
- Semi di anice
- Semi di aneto
- Ortica comune
- Semi di finocchio (Foeniculum vulgare)
- Polline
- Noci di pino
- Noce comune
- Sciroppo di gelso
- Succo di melograno e miele



Prodotti naturali che possono aumentare la tendenza al gioco

- Effetti psicotropi e funghi allucinogeni in Francia (VIGILANCES- Bulletin de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, (2003) ; le seguenti piante sono state oggetto da 1 a 3 segnalazioni
 - Ma Huang (Ephedra sinica) ,Guaranà (Paullinia cupana) ,Cola (Cola acuminata) ,Tè verde ,Ayahuasca (Banisteriopsis caapi) ,Calamo aromatico (Acorus Calamus) ,Noce moscata (Myristica fragans) ,Kava kava (Piper nigrum) ,Biancospino (Crataegus oxyacantha) ,Lattuga velenosa-silvestre (Lactuca virosa) ,Agave (Agave americana) ,Erba gatta (Nepeta cataria).
- Gli effetti farmacologici dell'iperico sono diversi e comprendono una down-regulation dei beta-recettori, un significativo aumento dei recettori 5-HT₂, una debole inibizione della monoamino-ossidasi A e B e una marcata inibizione della captazione di serotonina, noradrenalina, dopamina, acido gamma-aminobutirrico (GABA) e glutammato. Bhopal JS 2001,
- Pertanto si ipotizza un rischio di potenziamento nel PG

Esposizione sociale allo stimolo e sviluppo delle GAP

1. Esiste un legame tra **disponibilità ambientale** di G.A. e lo sviluppo di G.A.P. (Mitika 2001; Paternak e Fleming 1999; Sibbald 2001; Volberg 2000)
2. Apertura di Casinò
(Ladouceur et al. 1999)

Giocatori d'Azzardo e apertura di casinò

PRIMA	14%
DOPO	60%

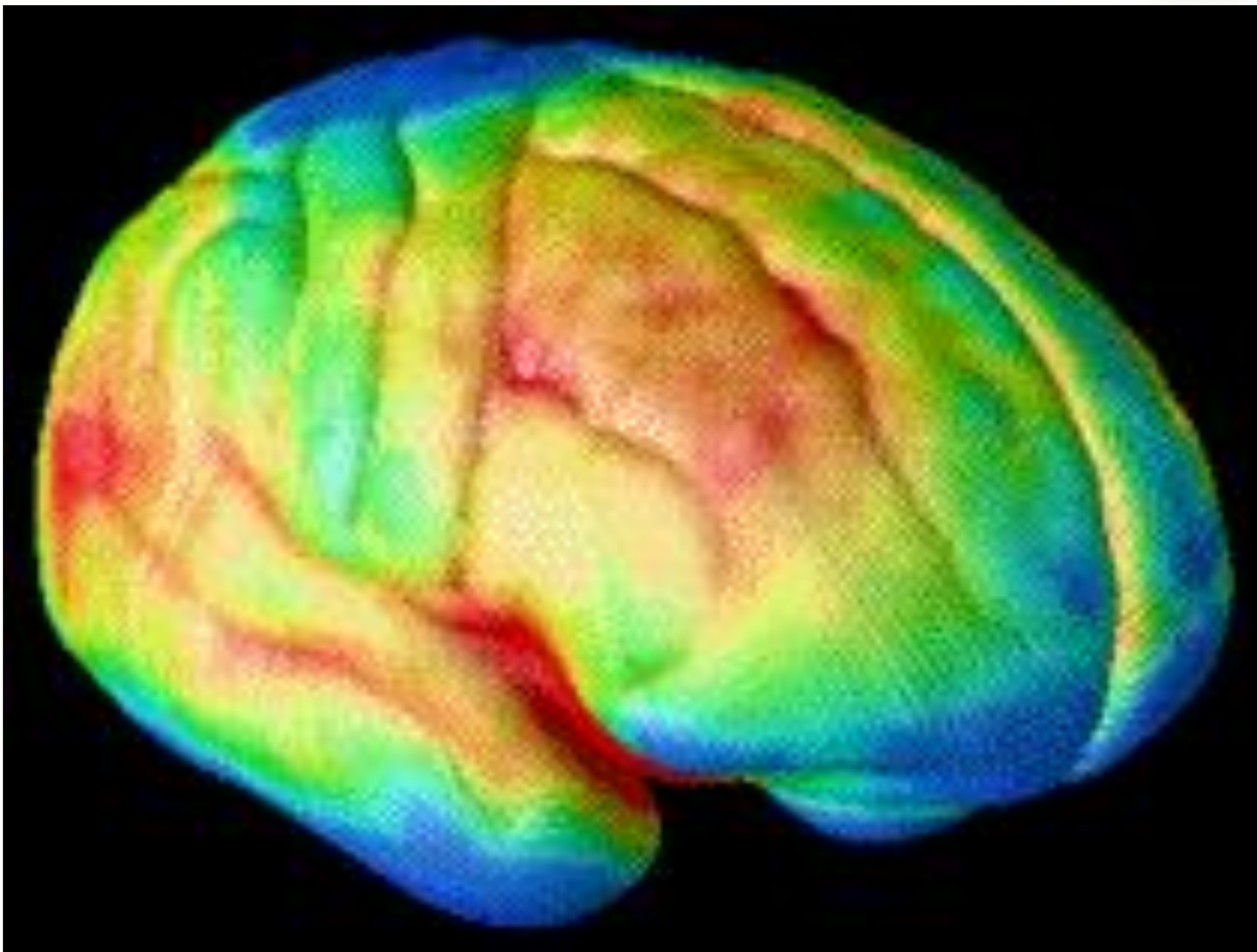
3. La presenza di «Tossine Ambientali» (contesti di G.A.) aumenta la probabilità di disturbi associati G.A.P.
(Volberg 2002)
4. Le Zone con compresenza di luoghi di G.A. presentano tassi significativamente maggiori di persone che richiedono assistenza
(Shaffer 2002)



G.A.P. Genetica molecolare

Correlazioni importanti con vari geni

Geni	Alterazioni neurobiologiche	Conseguenze
SLC64A Gene trasportatore 5-HT	Abbassamento attività serotoninergica	Comportamenti impulsivi e compulsivi
D2A1 – Allele Faq – A1 Gene recettore Dopamina D2	<ul style="list-style-type: none"> • Alterazione sistema dopaminergico • Maggior presenza = Maggior gravità del GAP (Noble 2000) 	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD4 Gene recettore dopamina	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD1 Gene recettore dopamina D1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD2	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DAT1 Gene trasportatore dopamina	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
TPM Gene triptofano	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
ADMA2C Gene recettore	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
NMDA1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
PS1 Gene PS1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi





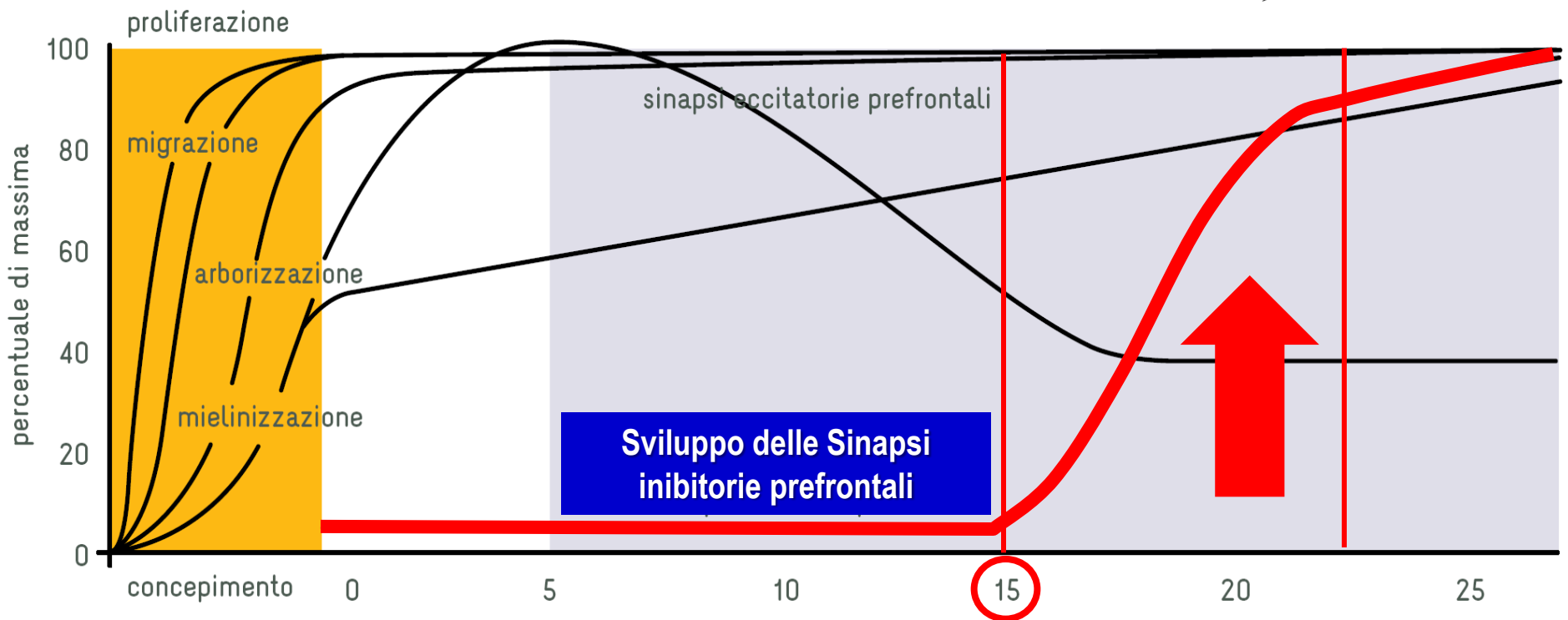
Cambiamento del volume della materia durante lo sviluppo normale del cervello.

Maturazione corticale



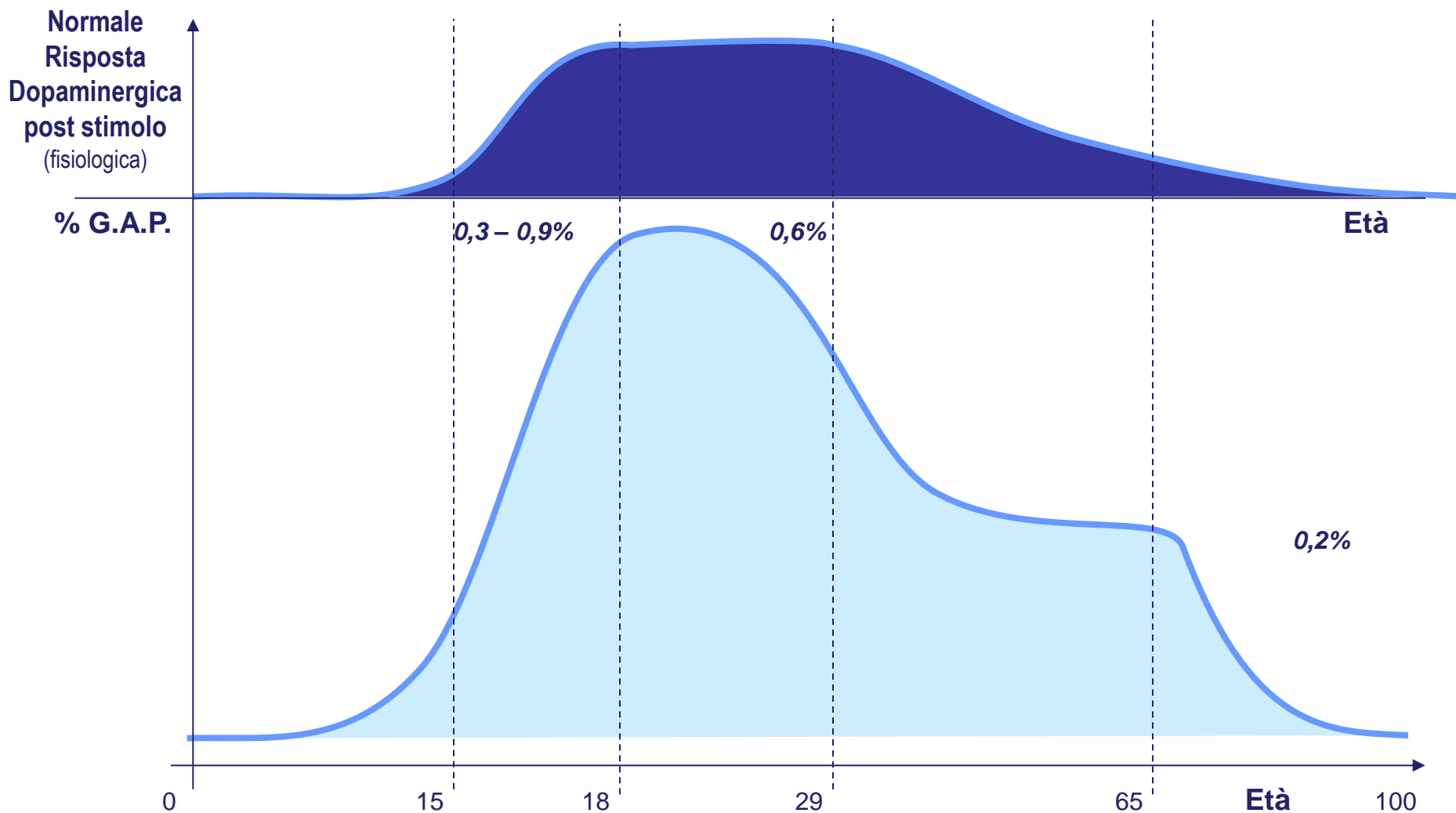
5 anni

20 anni





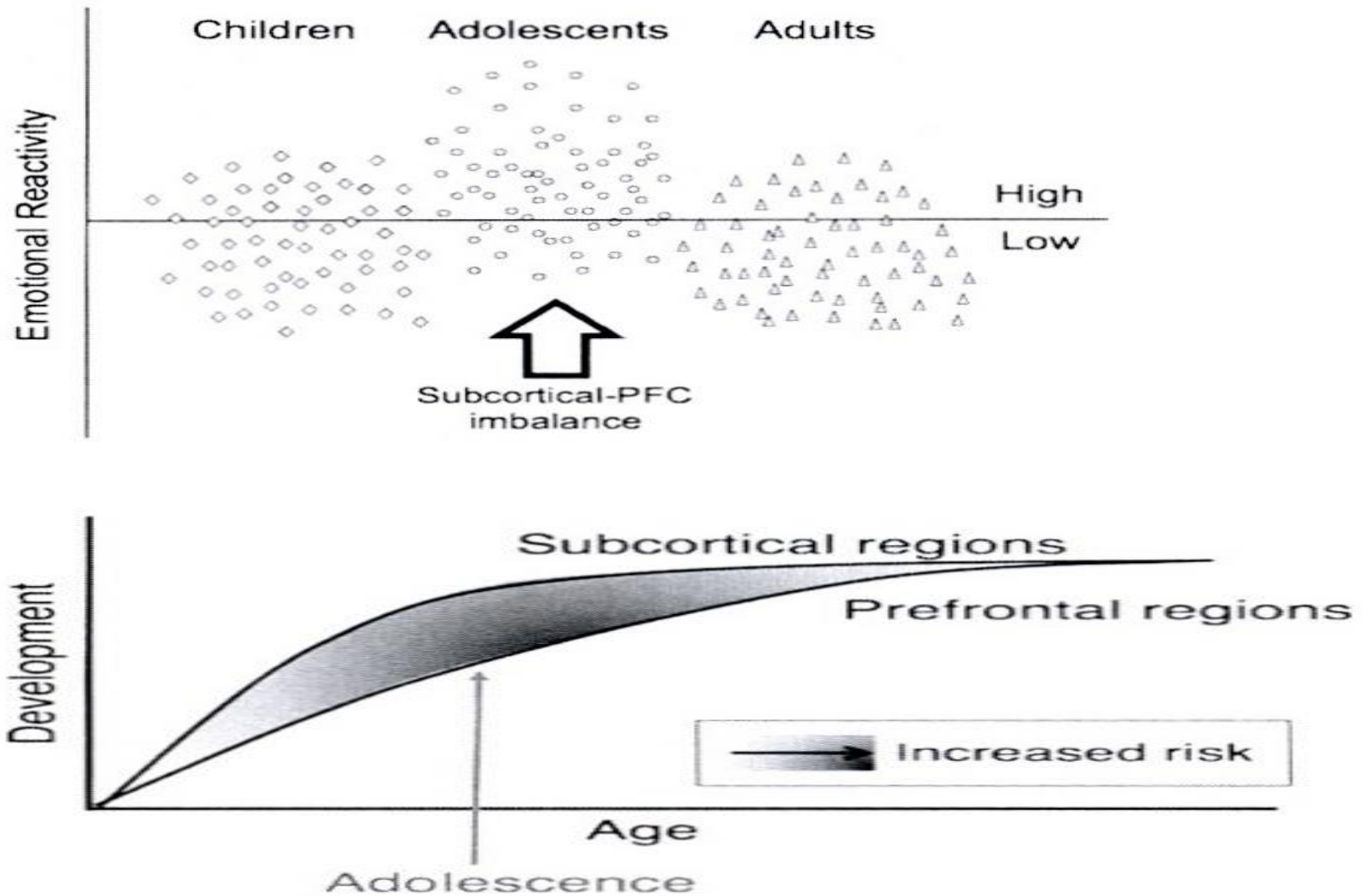
GAP: distribuzione per età e risposta dopaminergica allo stimolo





Cambiamenti del comportamento e cervello in adolescenza: TX Considerazioni

Somerville et al., 2010





Gambling problematico e Gambling patologico: evidenze scientifiche

VULNERABILITA' E PREVENZIONE



Tipo di prevenzione	Target principale	Specifiche	Macro indicatori di rischio	Condizioni incrementanti il rischio	Principali Obiettivi delle azioni di prevenzione
Selettiva	Soggetti che non hanno ancora giocato d'azzardo ma che presentano un rischio specifico di malattia superiore alla media, legato alla presenza di fattori individuali e/o ambientali	Soggetti che presentano disturbi comportamentali o dell'attenzione (fatt. di vulnerabilità individuale che comportano un rischio incrementale di sviluppo di percorsi evolutivi verso l'addiction se giocheranno d'azzardo	Insuccessi scolastici Aggressività Difficoltà relazionali Iperattività Deficit cognitivi Figli di genitori giocatori d'azzardo	Povertà, Ambiente sociale problematico, Alta offerta di sostanze, Famiglia problematica, Bassa presenza di interventi preventivi Eventi stressanti	Individuazione precoce dei disturbi e dei fattori di rischio e corretta gestione in famiglia e a scuola (Early detection and Early intervention → fatt. rischio)
Indicata	Soggetti che hanno giocato d'azzardo e giocano ancora in modo "sperimentale" e discontinuo ma in assenza di dipendenza	Soggetti che giocano occasionalmente e/o periodicamente sostanze (es. weekend gamblers) in una fase iniziale ma con un rischio evolutivo verso forme di dipendenza	Precoce gioco Comparsa di disturbi dell'umore Cambiamenti comportamentali ed abitudinari Calo del rendimento scolastico Alterazione del ritmo sonno veglia Alterazione della abitudini alimentari	Pregressi disturbi comportamentali o dell'attenzione Povertà, Ambiente sociale problematico, Alta offerta di gioco, Famiglia problematica, Gruppo sociale dei pari a rischio (gioco d'azzardo diffuso), Eventi stressanti Bassa presenza di interventi preventivi	Individuazione precoce dell'uso e corretta gestione in famiglia e a scuola (Early detection and Early intervention → gioco patologico) Diagnosi precoce della possibile dipendenza Riduzione del rischio evolutivo



Tipo di prevenzione	Target principale	Specifiche	Macro indicatori di rischio	Condizioni incrementanti il rischio	Principali Obiettivi delle azioni di prevenzione
Universale	Tutti i soggetti	si rivolge alla totalità della popolazione; è orientata principalmente verso aspetti preventivi generali attraverso raccomandazioni di base, tese a comunicare i rischi e i pericoli legati al gioco d'azzardo al possibile sviluppo della dipendenza.	Comunicazione ed informazione generale sulla pericolosità gioco e sulle bassissime probabilità di vincita dei rischi connessi Appoggia, favorisce e struttura interventi orientati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute, rivolti a tutta la popolazione.
Ambientale	Tutti i soggetti, le amministrazioni, gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione	Si tratta di creare una coerenza comunicativa e di comportamento preventivo anti gambling in tutti gli ambienti che il giovane frequenta e vive	Assenza di campagne e programmi preventivi ufficiali e strutturati	Incoerenza dei messaggi e delle azioni nei vari ambienti e nelle azioni delle varie amministrazioni ed organizzazioni di riferimento del giovane (stato, regione, comune, scuola, società, ecc.)	Rendere coerenti i messaggi, le azioni e le caratteristiche ambientali (a vari livelli) con le strategie anti gioco d'azzardo



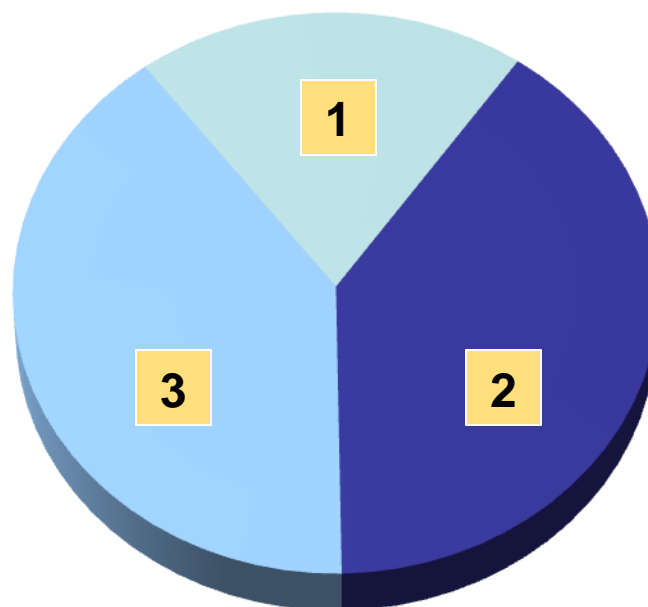
MODELLO PREVENTIVO INTEGRATO

Interventi diversi e simultanei

Prevenzione Universale

Informazioni di base su rischi e danni sul consumo di droga

Destinatari: popolazione generale



Selezionata/indicata prevenzione

Approccio educativo precoce

Destinatari: persone vulnerabili

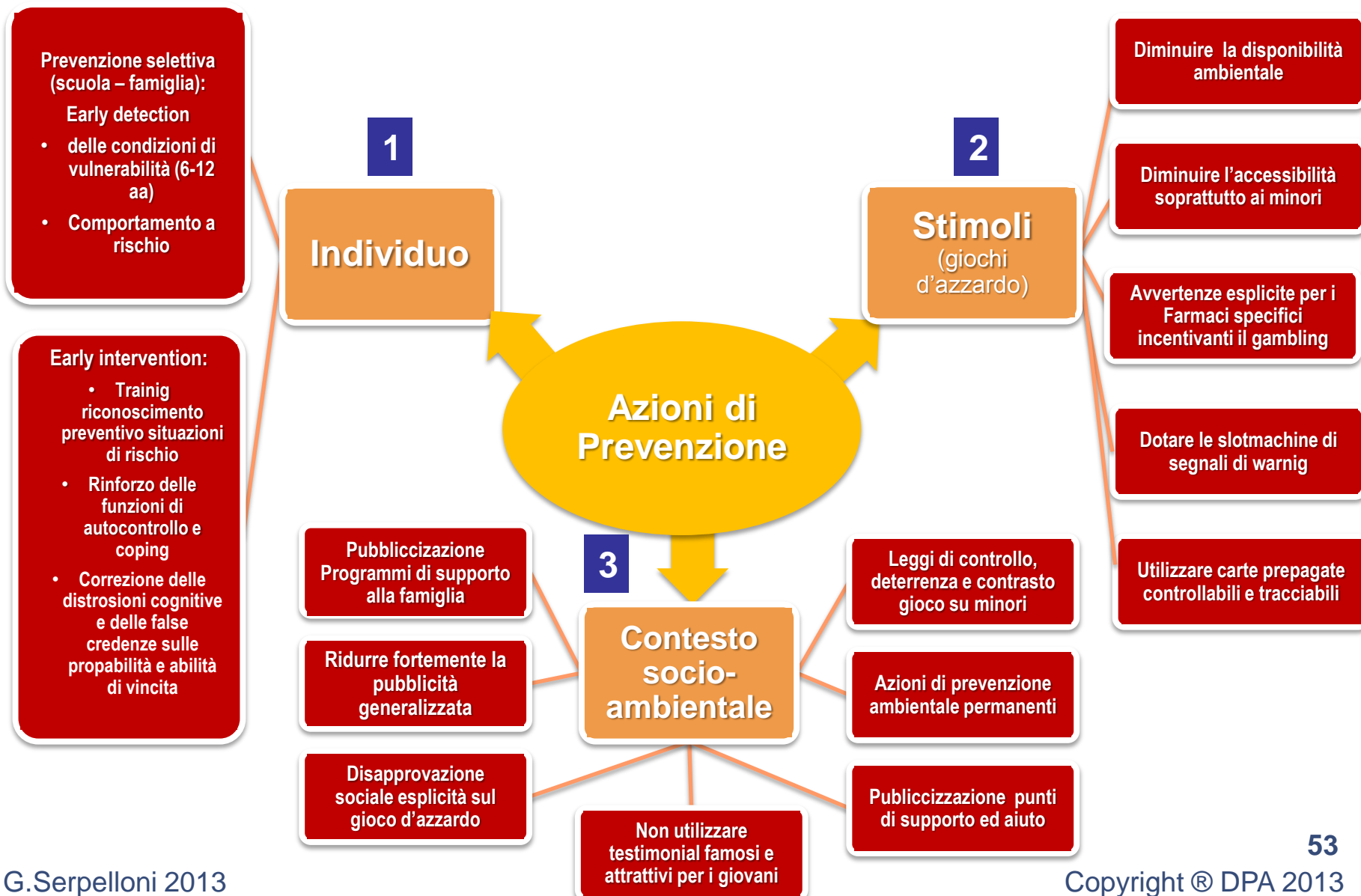
Prevenzione ambientale

Intervento a base comunitaria

Obiettivo: comunità

Operativo e rilevanza di bilancio

Azioni preventive sui fattori di rischio





Grazie per l'attenzione



Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

GAMBLING

**Evidenze dalle
NEUROSCIENZE**

G. Serpelloni 2013



Coordinamento Nazionale Dipendenze



Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



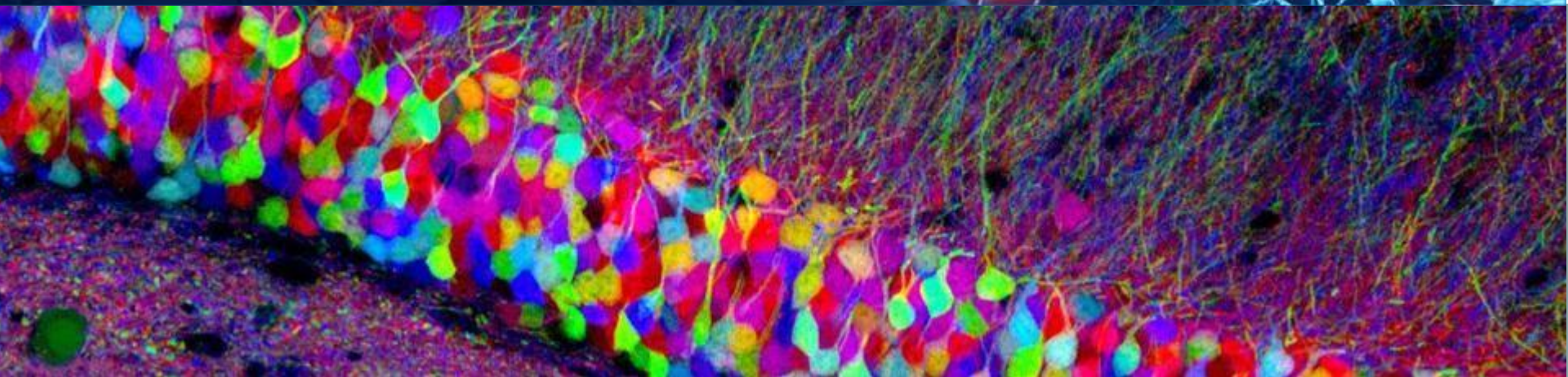
NEUROSCIENZE e DIPENDENZE



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga



Regione del Veneto - Azienda ULSS 20
Dipartimento delle Dipendenze



3° Congresso internazionale

ADDICTION: new evidences from Neuroimaging and Brain Stimulation



NEUROSCIENZE e DIPENDENZE

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Politiche Antidroga

Regione del Veneto - Azienda ULSS 20
Dipartimento delle Dipendenze

Home | News | Links | Contatti |

Link

Le neuroscienze

Neuroscienze e dipendenze

Tecniche di indagine

Ricerca scientifica

Giovanni Serpelloni
Capo Dipartimento Politiche Antidroga,
Presidenza del Consiglio dei Ministri

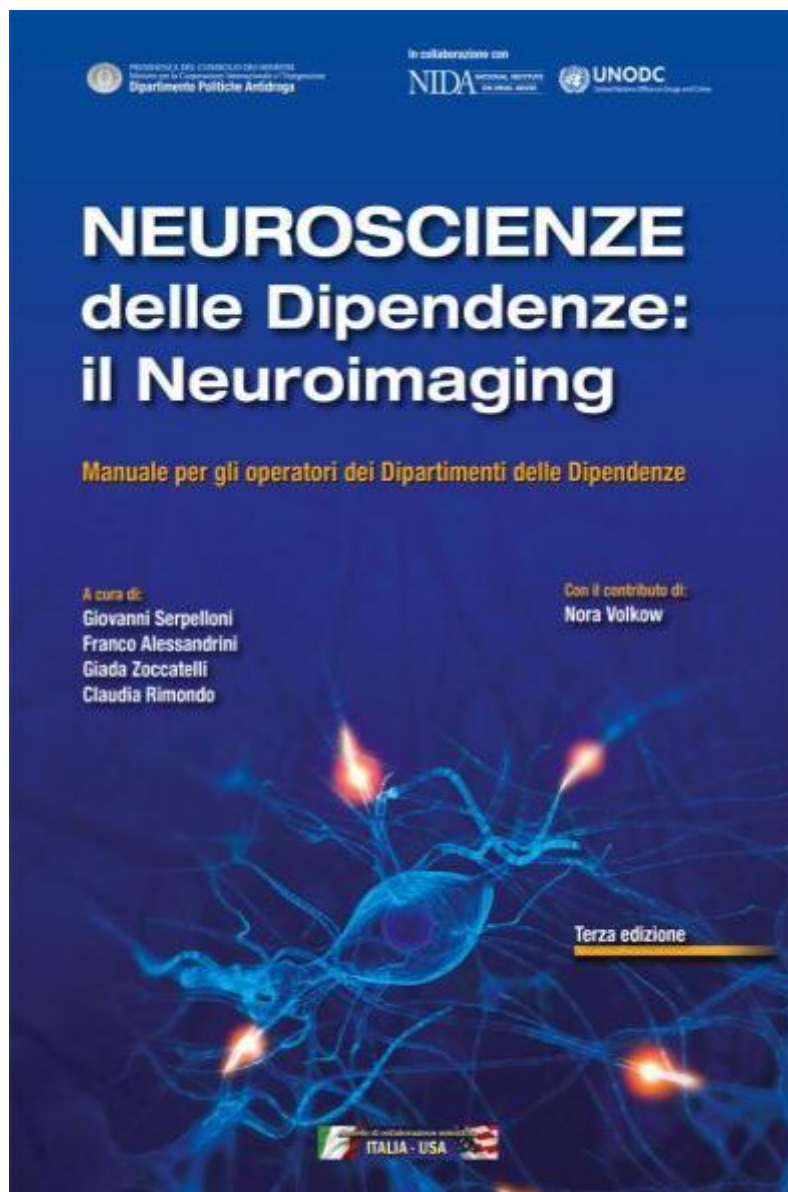
Nora Volkow
Direttore National Institute
on Drug Abuse

Nell'ambito dell'accordo internazionale di collaborazione scientifica tra il Dipartimento Politiche Antidroga, della Presidenza del Consiglio dei Ministri e il National Institute on Drug Abuse (NIDA) degli Stati Uniti siglato a Roma nel luglio del 2011, è stato definito un obiettivo che riguarda la promozione e la realizzazione di studi e ricerche applicate nel settore delle neuroscienze delle dipendenze, ed in particolare del neuroimaging.

A tale scopo, il Dipartimento Politiche Antidroga, in collaborazione con il NIDA, l'United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ed il Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 di Verona, ha organizzato un convegno internazionale che ha l'obiettivo di offrire ai professionisti che operano nell'ambito delle dipendenze, sia dei servizi pubblici che del privato sociale, e ai ricercatori che lavorano nell'ambito universitario, informazioni scientifiche sul ruolo del neuroimaging delle dipendenze nella pratica diagnostica e clinica e quali possibili prospettive tali evidenze possano comportare per il trattamento delle dipendenze.

© 2012 Dipartimento Politiche Antidroga,
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Si ringrazia
EIHP
EUROPEAN INSTITUTE
in HEALTH PROMOTION





Gambling problematico e Gambling patologico: evidenze scientifiche

NEURO-FISIOPATOLOGIA



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

Current Opinion in

Neurobiology

Un approccio neurocognitivo alla comprensione della neurobiologia della dipendenza

Xavier Noël¹, Damien Brevers¹ and Antoine Bechara²

Recenti nozioni sulla dipendenza da sostanze (ad esempio la cocaina) e da non sostanze (ad esempio il gioco d'azzardo) mostrano come questi comportamenti siano il prodotto di uno squilibrio tra tre sistemi neurali, separati ma interagenti: uno impulsivo, largamente dipendente dall'amigdala-striato, il sistema neurale che favorisce i comportamenti automatici, abituali e quelli principali; uno riflessivo, dipendente principalmente dalla corteccia prefrontale, sistema neurale per il processo decisionale, per la previsione delle future conseguenze di un comportamento e il controllo inibitorio; e l'insula che integra gli stati di interocezione nelle sensazioni coscienti e nel processo decisionale che sono coinvolti nel rischio dell'incerto e nella ricompensa. Questo tipo di gestione dei processi decisionali (cioè le conseguenze della priorità a breve termine di una opzione decisionale) porta a più elevato rischio di dipendenza e di ricaduta.

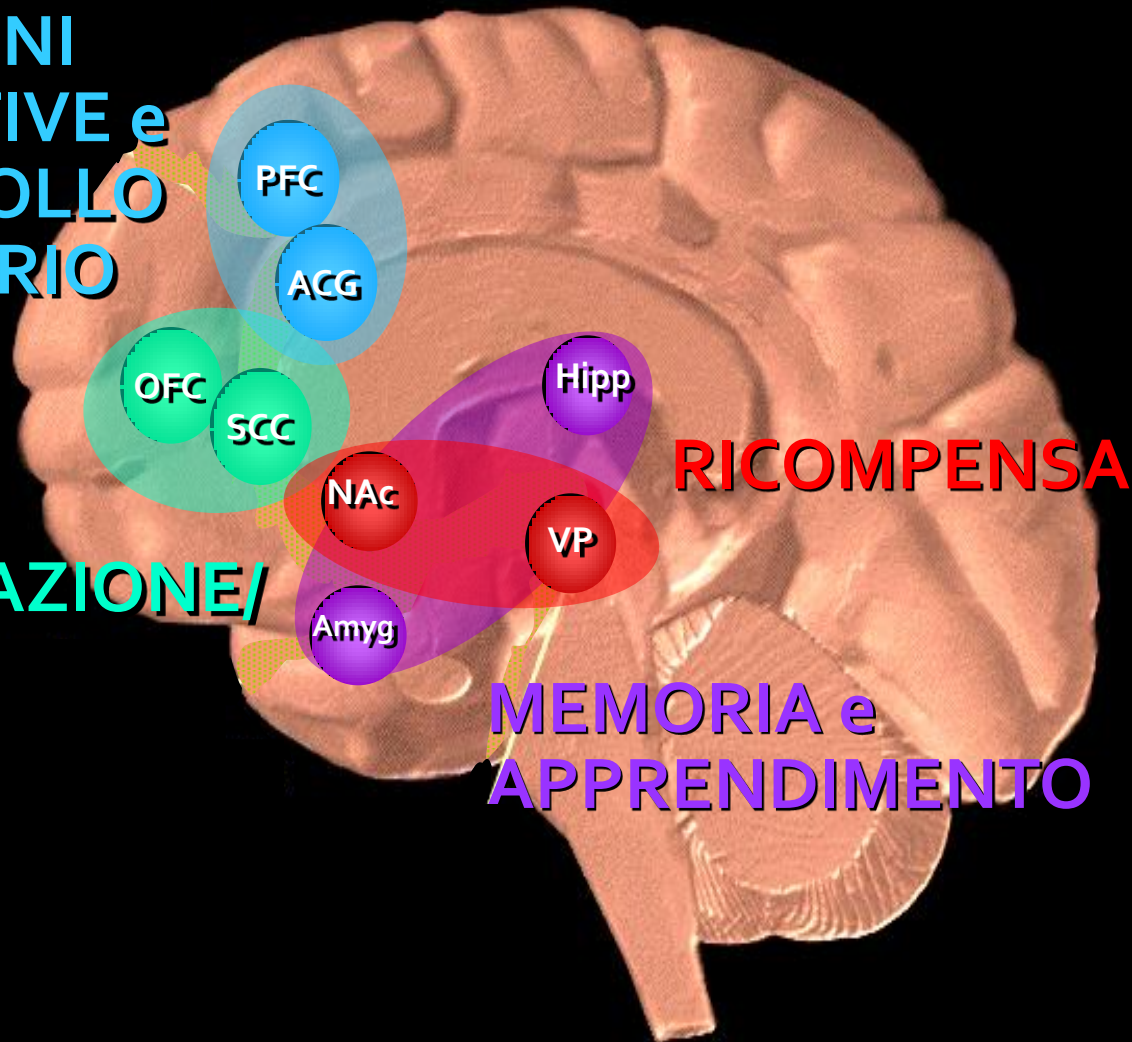
Circuiti coinvolti nell'abuso di droghe e nelle dipendenze

FUNZIONI
ESECUTIVE e
CONTROLLO
INIBITORIO

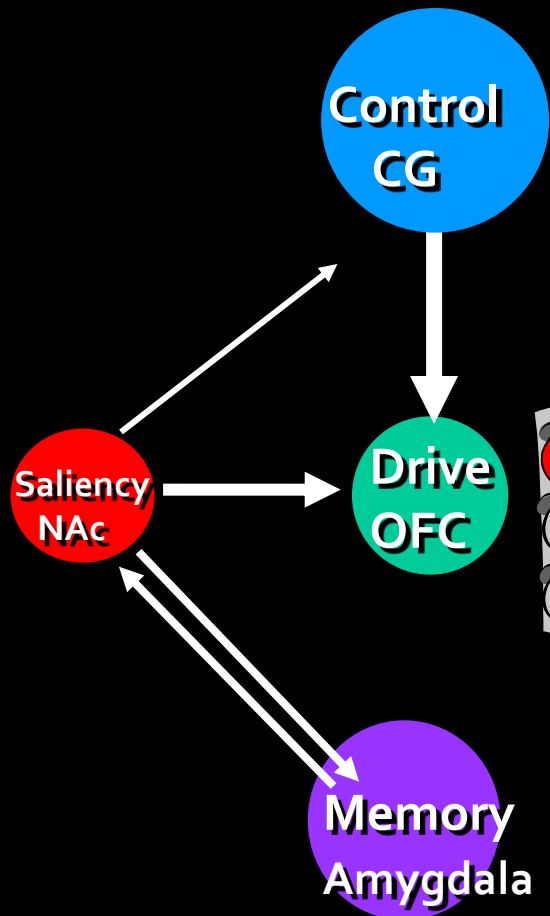
MOTIVAZIONE/
DRIVE

RICOMPENSA

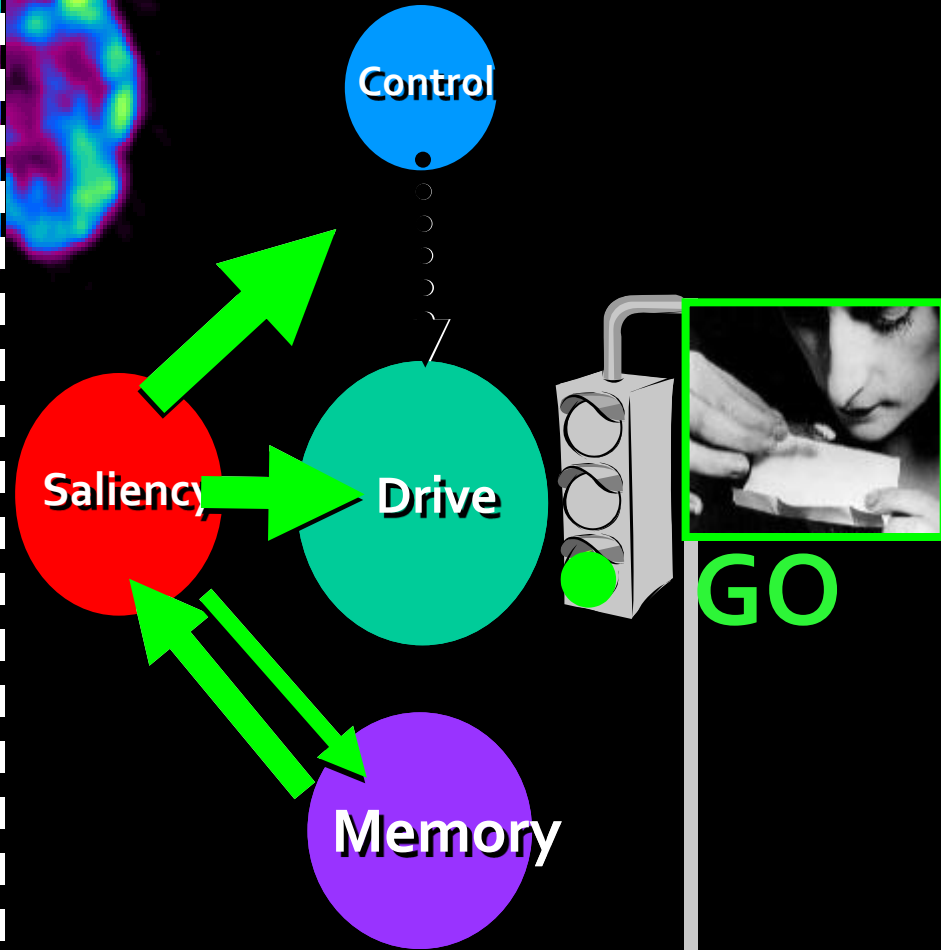
MEMORIA e
APPRENDIMENTO

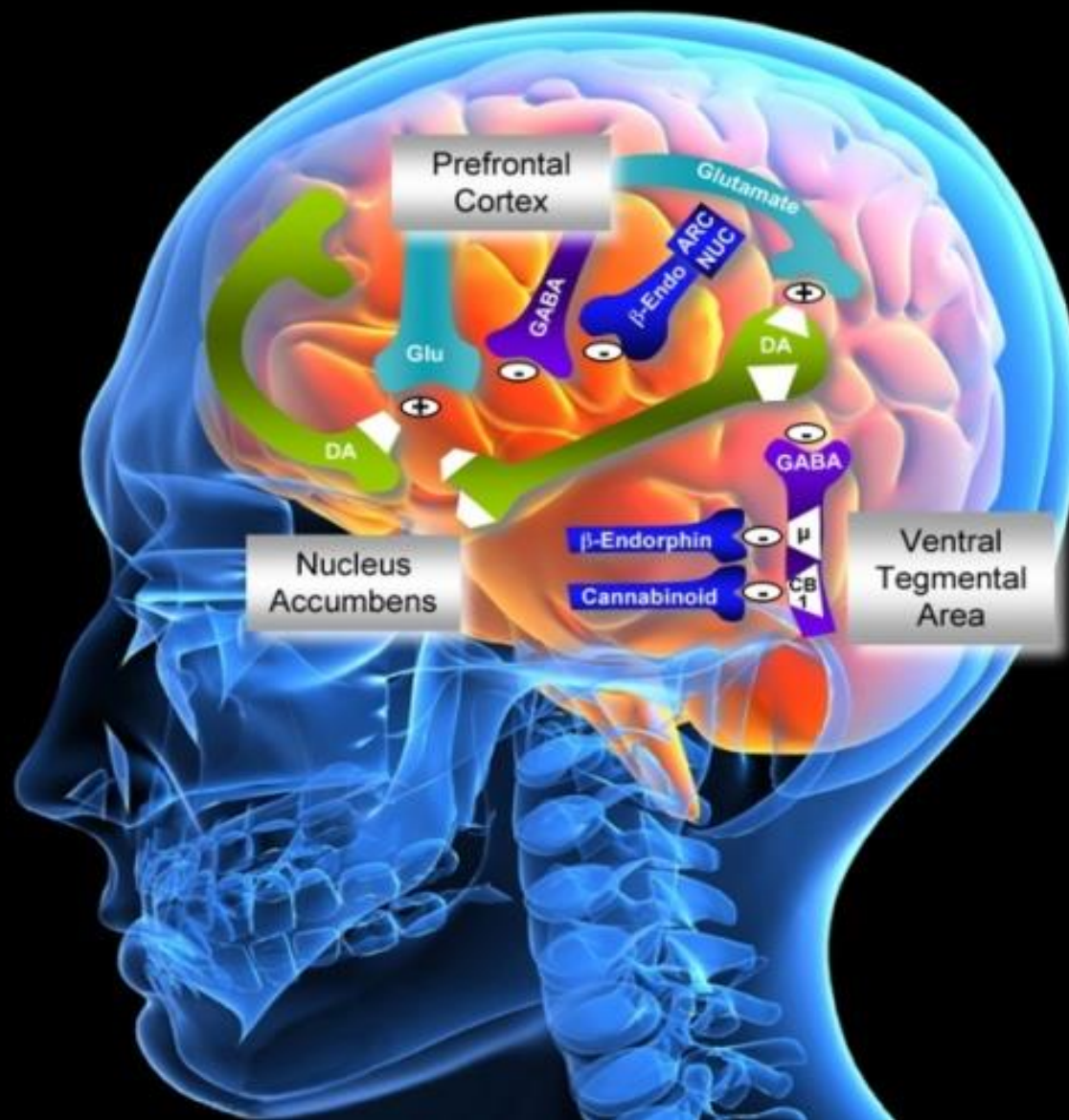


Cervello non dipendente



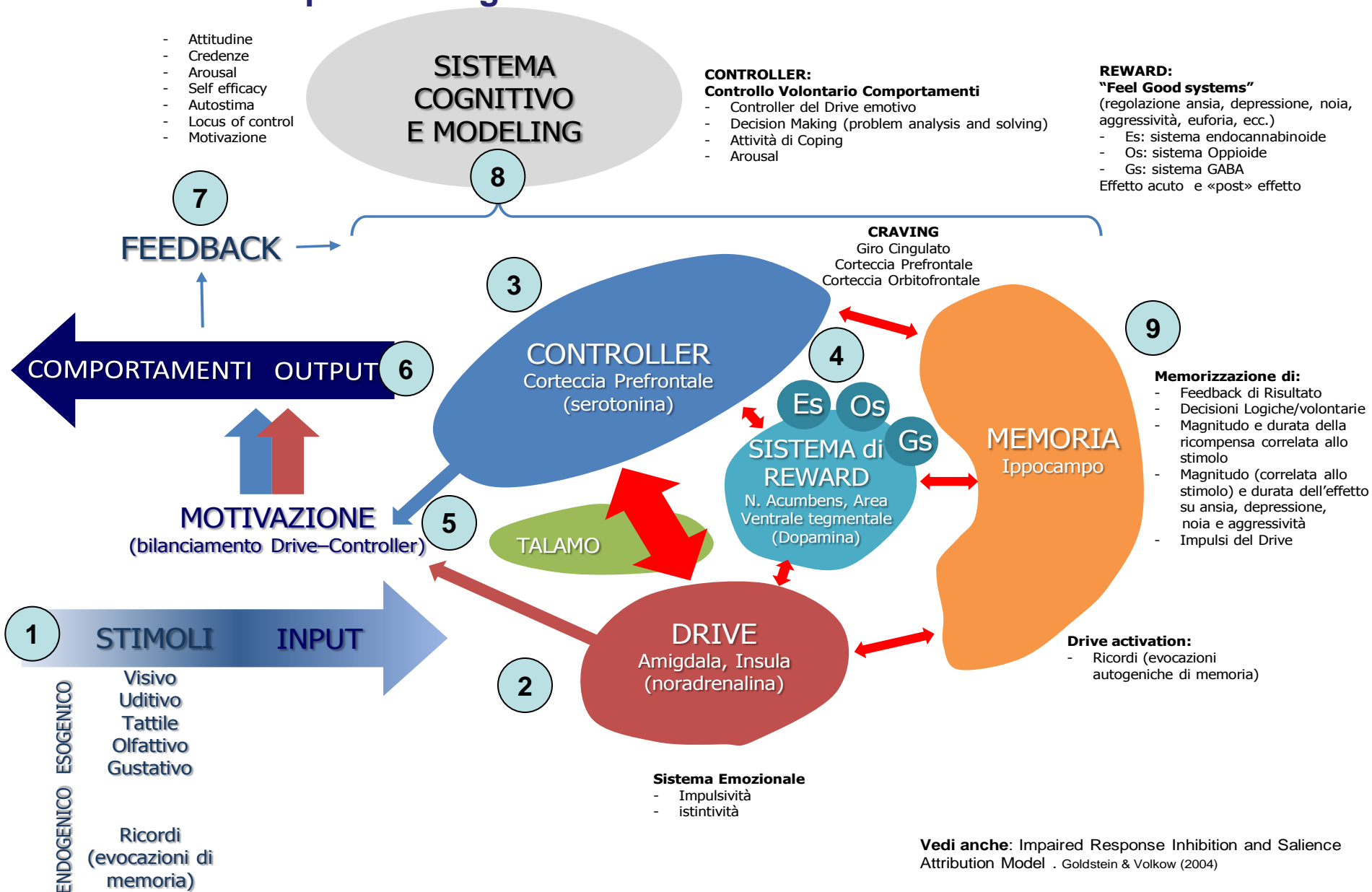
Cervello dipendente

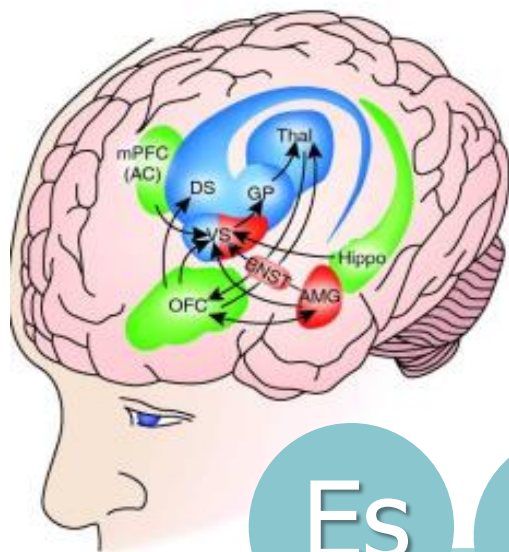






Sistema Neuro-psicobiologico: bilanciamento attività del drive e del controller





Es

Os

Gs

SISTEMA DI RICOMPENSA

N. Acumbens, Ventrale
area tegmentale
(Dopamina)

REWARD :

«**Feel Good**» systems

Risposta allo stress e la regolazione di:

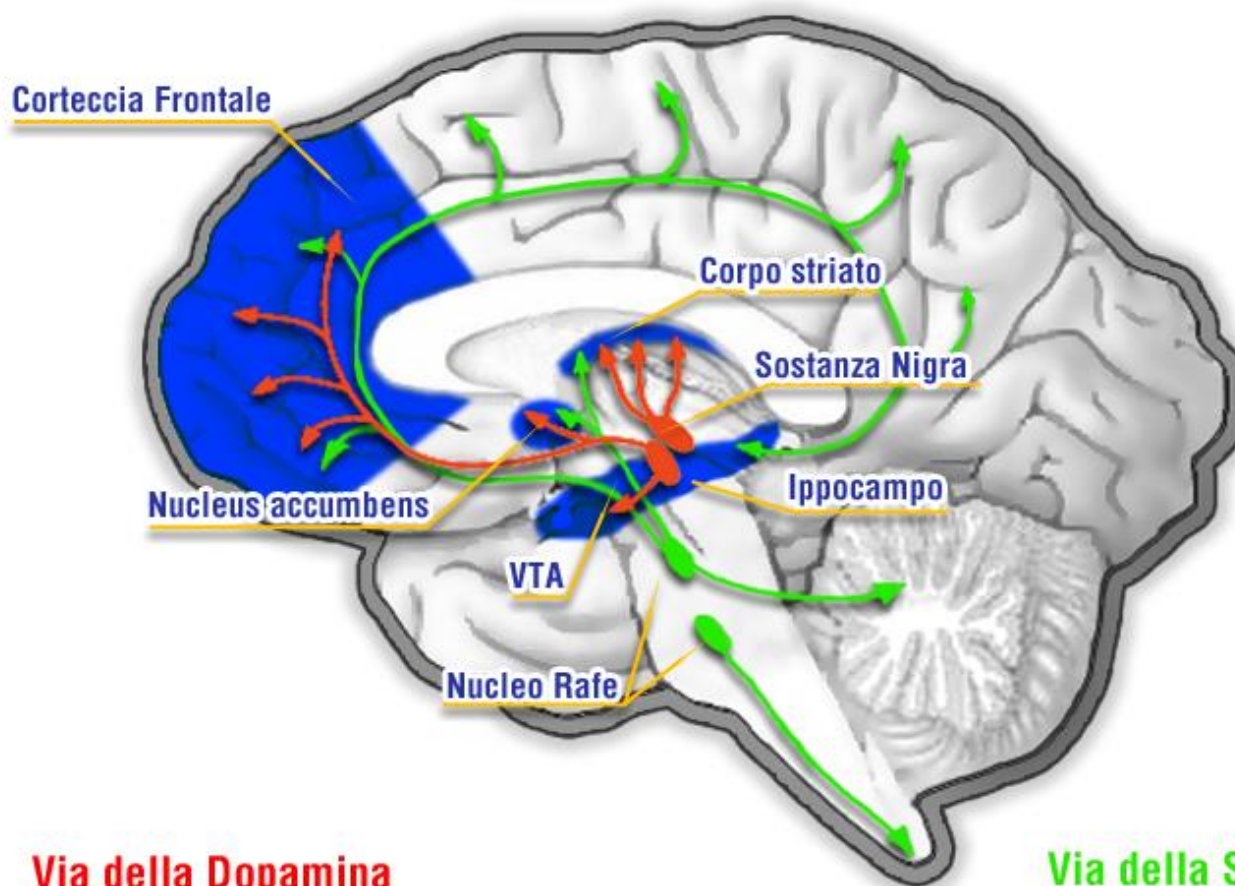
- Ansia
- depressione
- Boredom
- Aggressività
- Euforia

Es: sistema endocannabinoide

Os: Sistema di oppioidi

GS: sistema GABA

Effetto ricompensa acuta ed effetto
"post" (ricordo a medio periodo)



Via della Dopamina

Funzioni:

- Ricompensa (motivazione)
- Piacere, euforia
- Funzione motoria (messa a punto)
- Compulsione
- Perseverazione

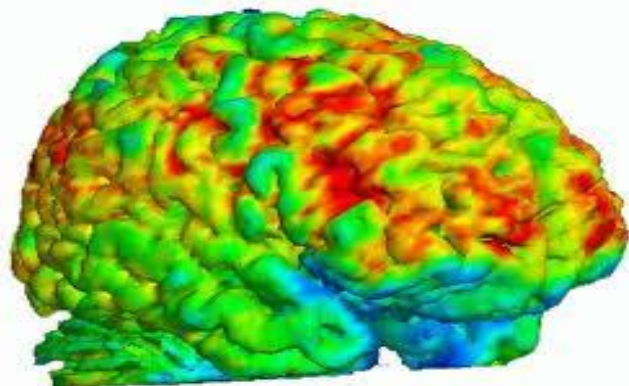
Via della Serotonina

Funzioni:

- Umore
- Processi di memoria
- Sonno
- Cognizione
- Autocontrollo



Basi neurobiologiche del G.A.P.



PRINCIPALI SISTEMI
NEUROBIOLOGICI
coinvolti

Amigdala
estesa

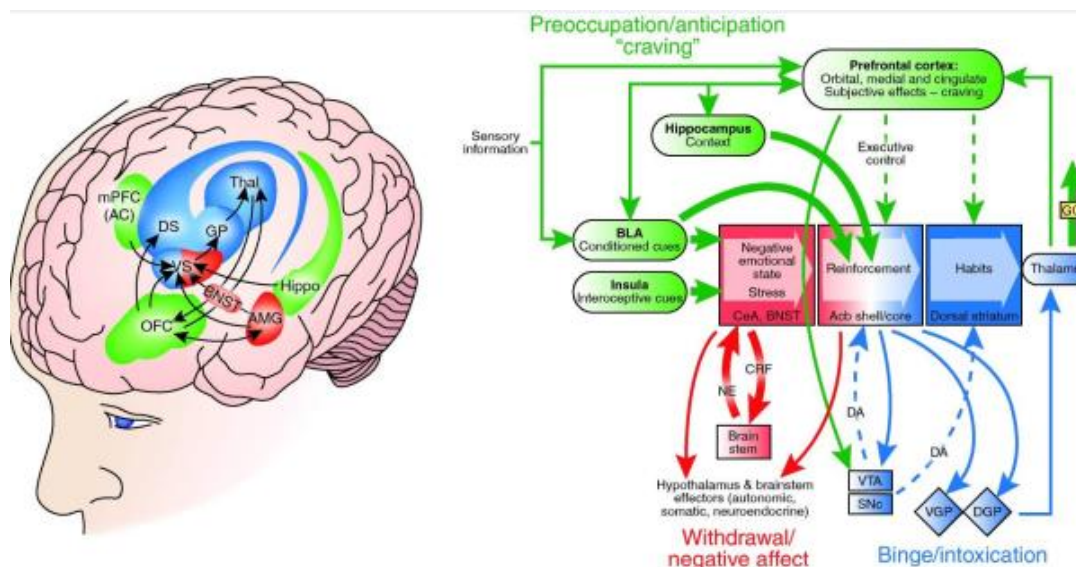
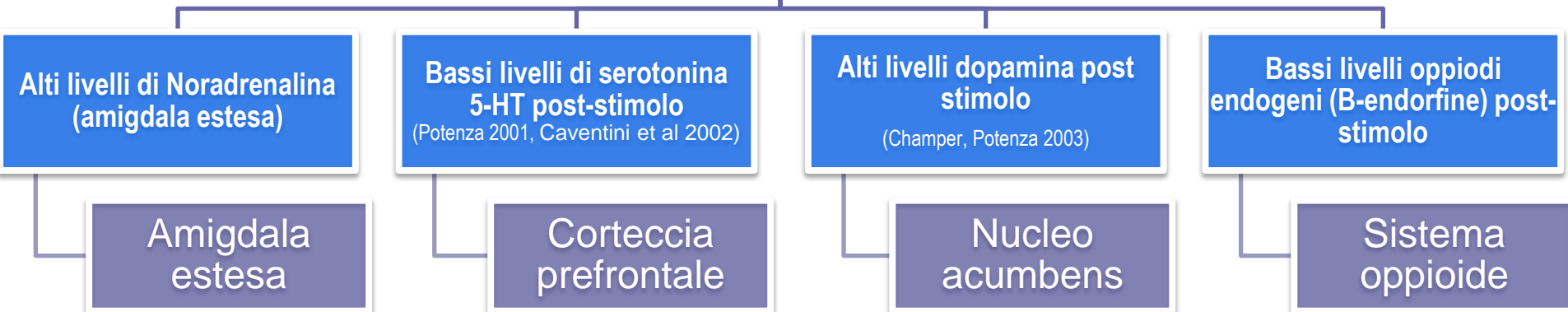
Corteccia
prefrontale

Nucleo
acumbens

Sistema
oppioide

Basi neurobiologiche del G.A.P.-1

Coinvolgimento dei sistemi di produzione, alterazione e rilascio





Coinvolgimento dei sistemi di produzione alterazione e rilascio

Alti livelli di Noradrenalina

Intensificazione di:

Sollecitazione

Eccitazione

Ricerca di sensazioni forti (novelty seeking)

Amigdala estesa

Bassi livelli di serotonina 5-HT post-stimolo (Potenza 2001)

Disturbi del controllo degli impulsi (alti livelli di impulsi)
(Joustsa 2012)

Corteccia prefrontale

Alti livelli dopamina post stimolo (Champer, Potenza 2003)

Maggior effetto gratificante derivante dal gioco rispetto ad altri stimoli

Alterazione dei recettori D2
(Winstannley et al 2011)

Riduzione densità recettori D1 in striato inferiore
(Takahashi et al 2010)

Nucleo acumbens

Bassi livelli oppioidi endogeni (B-endorfine) post-stimolo

Carenza, regolazione sollecitazione sistema dopaminergico delle b-Endorfine

Ricompensa, Piacere, Sofferenza

Basso stimolo del sistema μ -oppioidi

Sistema oppioide

Influenza sulla personalità e sui comportamenti G.A.P.

(Roy et al. 1989, Pallanti et al. 2006)



G.A.P. Genetica molecolare

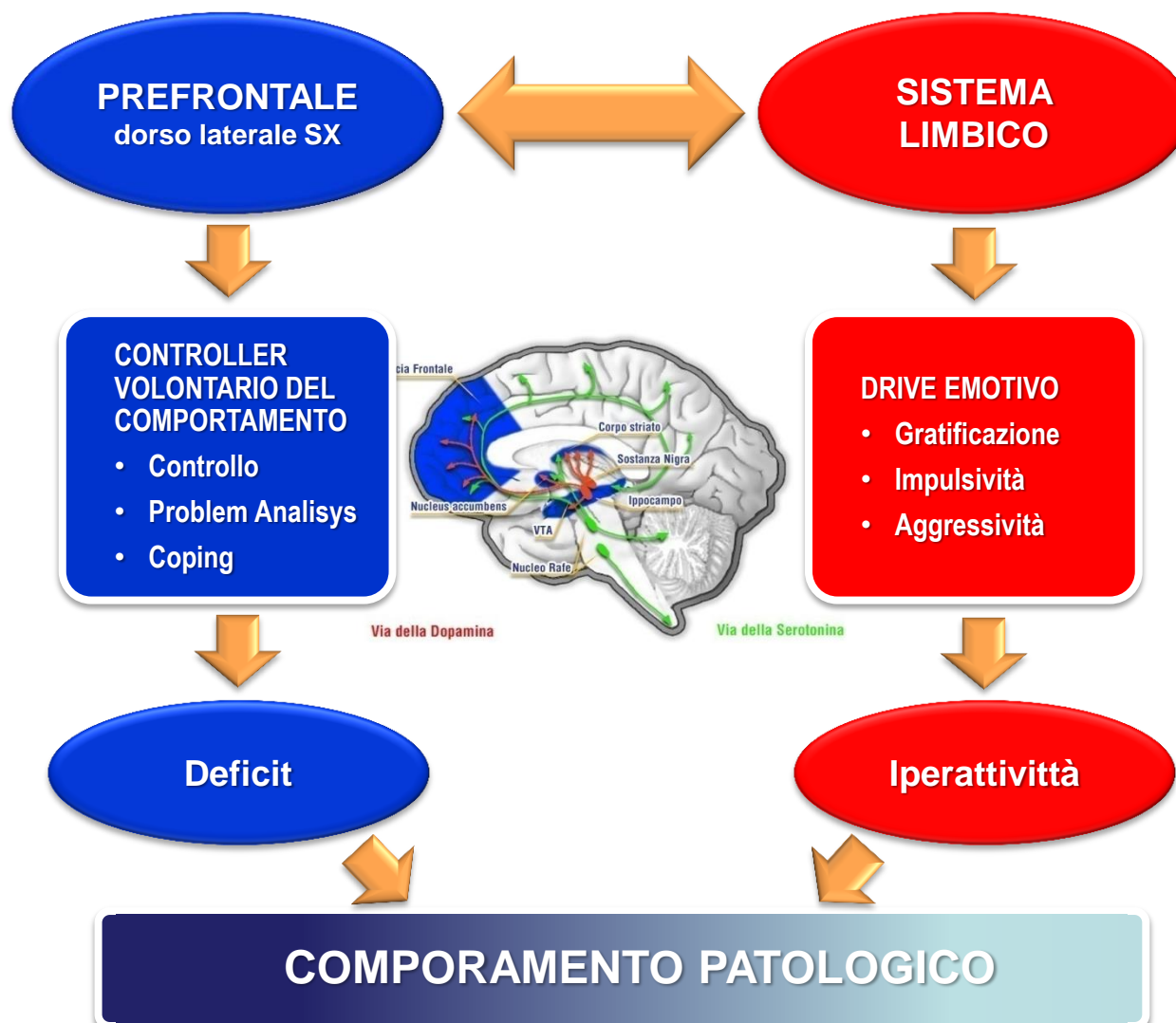
Correlazioni importanti con vari geni

Geni	Alterazioni neurobiologiche	Conseguenze
SLC64A Gene trasportatore 5-HT	Abbassamento attività serotoninergica	Comportamenti impulsivi e compulsivi
D2A1 – Allele Faq – A1 Gene recettore Dopamina D2	<ul style="list-style-type: none"> Alterazione sistema dopaminergico Maggior presenza = Maggior gravità del GAP (Noble 2000) 	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD4 Gene recettore dopamina	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD1 Gene recettore dopamina D1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DRD2	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
DAT1 Gene trasportatore dopamina	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
TPM Gene triptofano	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
ADMA2C Gene recettore	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
NMDA1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi
PS1 Gene PS1	Alterazioni sistema dopaminergico (Ibanez 2003)	Comportamenti impulsivi e compulsivi



Alterazioni strutturali e funzionali

Alterazioni neurobiologiche + alterazioni cognitive





Article

L'assunzione di rischi e il sistema di ricompensa adolescenziale: un potenziale legame comune per l'abuso di sostanze

Sophia Schneider

Jan Peters, Ph.D.

Uli Bromberg

Stefanie Brassen, Ph.D.

Stephan F. Miedl, Ph.D.

Tobias Banaschewski, M.D.

Gareth J. Barker, Ph.D.

Patricia Conrod, Ph.D.

Herta Flor, M.D.

Hugh Garavan, Ph.D.

Andreas Heinz, M.D.

Bernd Ittermann, Ph.D.

Mark Lathrop, Ph.D.

Eva Loth, Ph.D.

Karl Mann, M.D., Ph.D.

Jean-Luc Martinot, M.D., Ph.D.

Frauke Nees, Ph.D.

Tomas Paus, M.D., Ph.D.

Marcella Rietschel, M.D.

Trevor W. Robbins, Ph.D.

Michael N. Smolka, M.D.

Rainer Spanagel, Ph.D.

Andreas Ströhle, M.D.

Maren Struve, Ph.D.

Gunter Schumann, M.D.

Christian Büchel, M.D.

The IMAGEN Consortium

OBIETTIVO: L'aumento di un comportamento con predisposizione all'assunzione di rischi è stato associato alla dipendenza, un disturbo legato anche ad anomalie nel trattamento ricompensa. In particolare, una risposta attenuata delle aree correlate alla ricompensa (ad esempio, lo striato ventrale) in assenza di uso di sostanze riferimenti di ricompensa è stata riportata in dipendenza. Una domanda senza risposta è se l'assunzione di rischi preferenza è associato con l'elaborazione di ricompensa striatale in assenza di abuso di sostanze.

METODO: Funzionale e strutturale. La risonanza magnetica è stata eseguita su 266 adolescenti sani, su 31 di loro è stato segnalato l'uso di sostanze potenzialmente problematiche. Sono stati misurati l'attivazione durante la ricompensa attesa (con il compito di ritardo incentivo monetario) e la densità di materia grigia. L'assunzione di rischi di polarizzazione è stata valutata dal Cambridge Gamble Task.

RISULTATI: Con l'aumento di rischi di polarizzazione, lo striato ventrale ha mostrato una ridotta attivazione bilaterale durante la ricompensa anticipata. La morfometria voxel-based ha mostrato che è stato anche associata una maggiore polarizzazione di assunzione di rischio, parzialmente mediata dalla minore densità di materia grigia nella stessa struttura. Una diminuzione è stata osservata anche con l'esclusione di soggetti che non utilizzavano alcuna sostanza. Il gruppo di soggetti con uso abituale di sostanze potenzialmente problematiche mostrato una predisposizione maggiore all'assunzione di rischi e minore attivazione dello striato rispetto agli altri soggetti del campione principale.

CONCLUSIONI: L'assunzione di rischi e le proprietà funzionali e strutturali del sistema di ricompensa negli adolescenti sono fortemente legati ad una possibile insorgenza di abuso di sostanze, enfatizzando il loro potenziale ruolo nella predisposizione per l'abuso di droga.

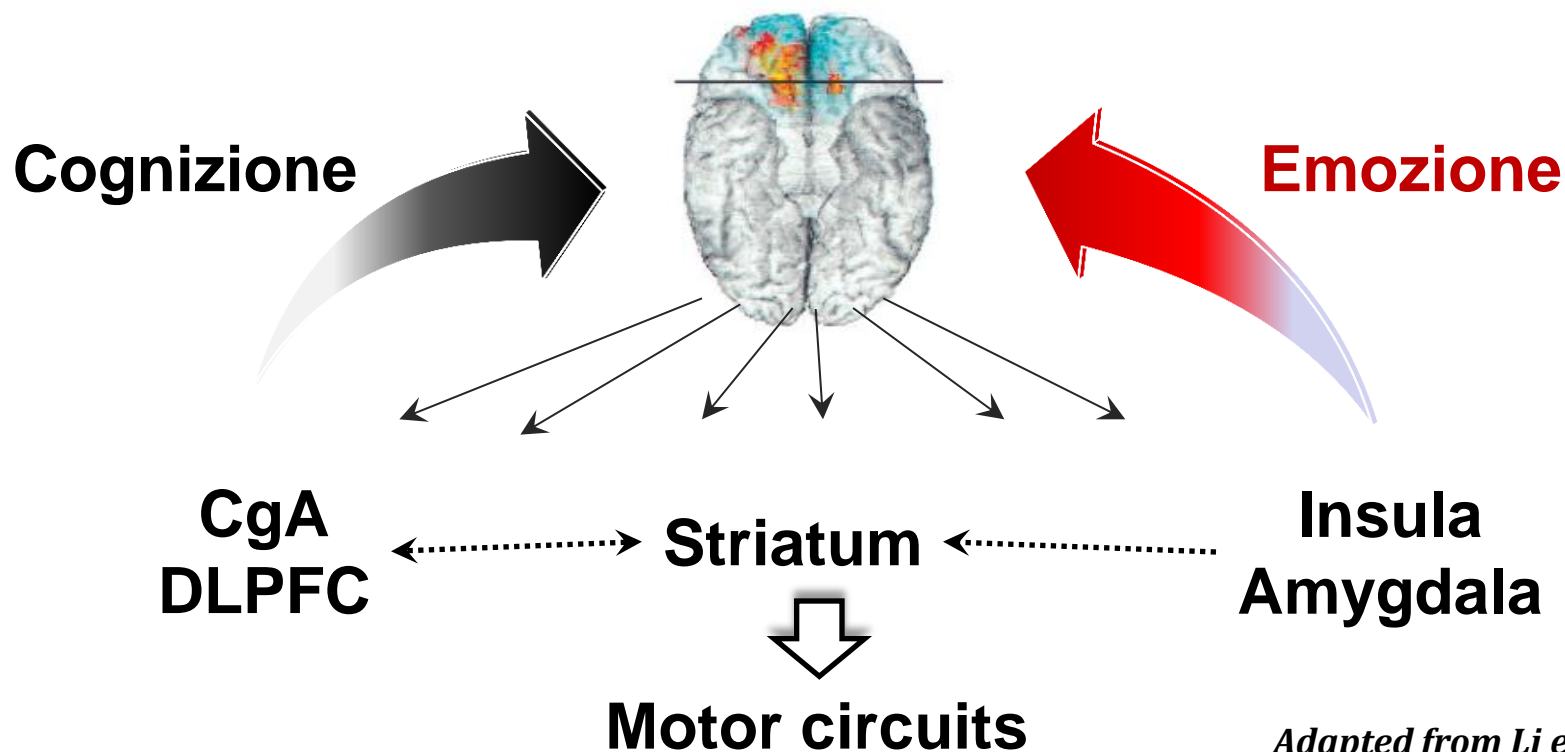
(Am J Psychiatry 2012; 169:39-46)



Decision-making & neural network

Integrazione

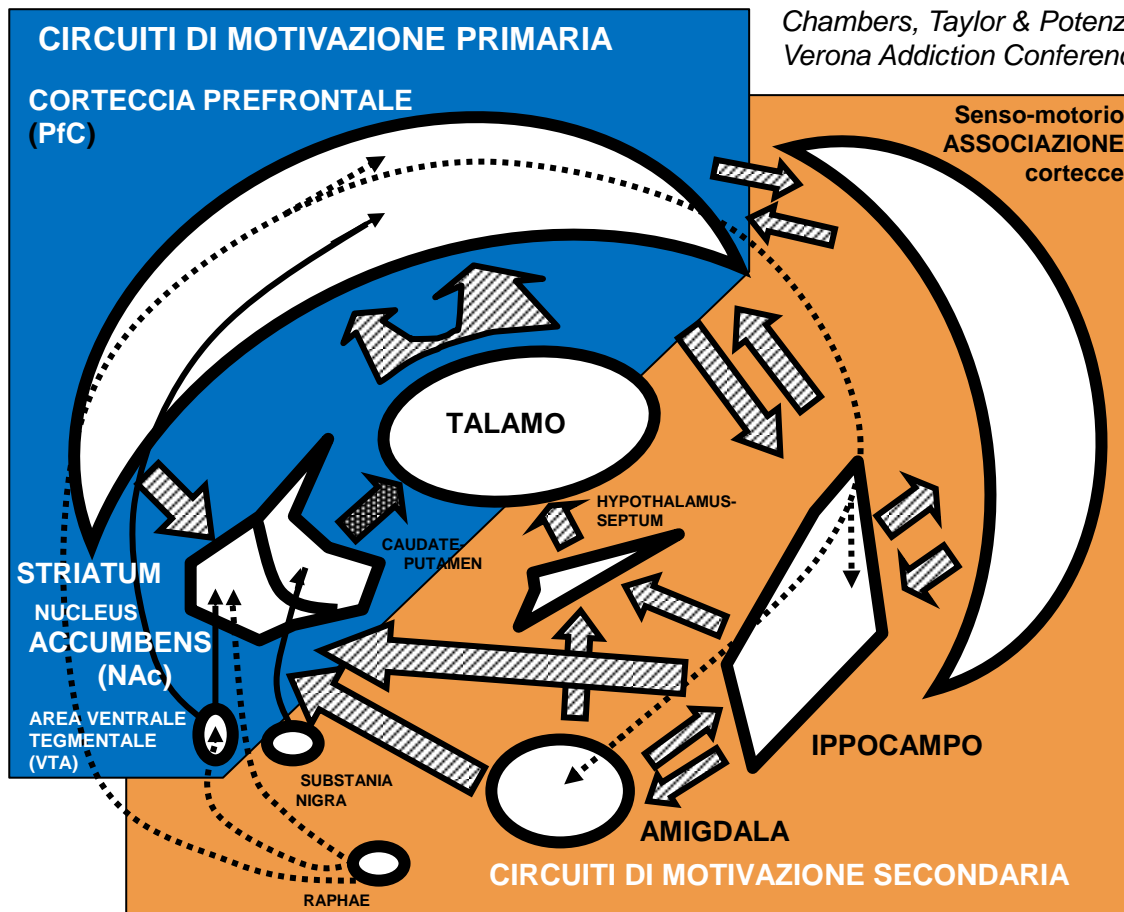
OFC/VmPFC



Adapted from Li et al, 2010



Sistema motivazionale



Chambers, Taylor & Potenza, *Am J Psychiatry*, 2003
Verona Addiction Conference, June 8, 2010



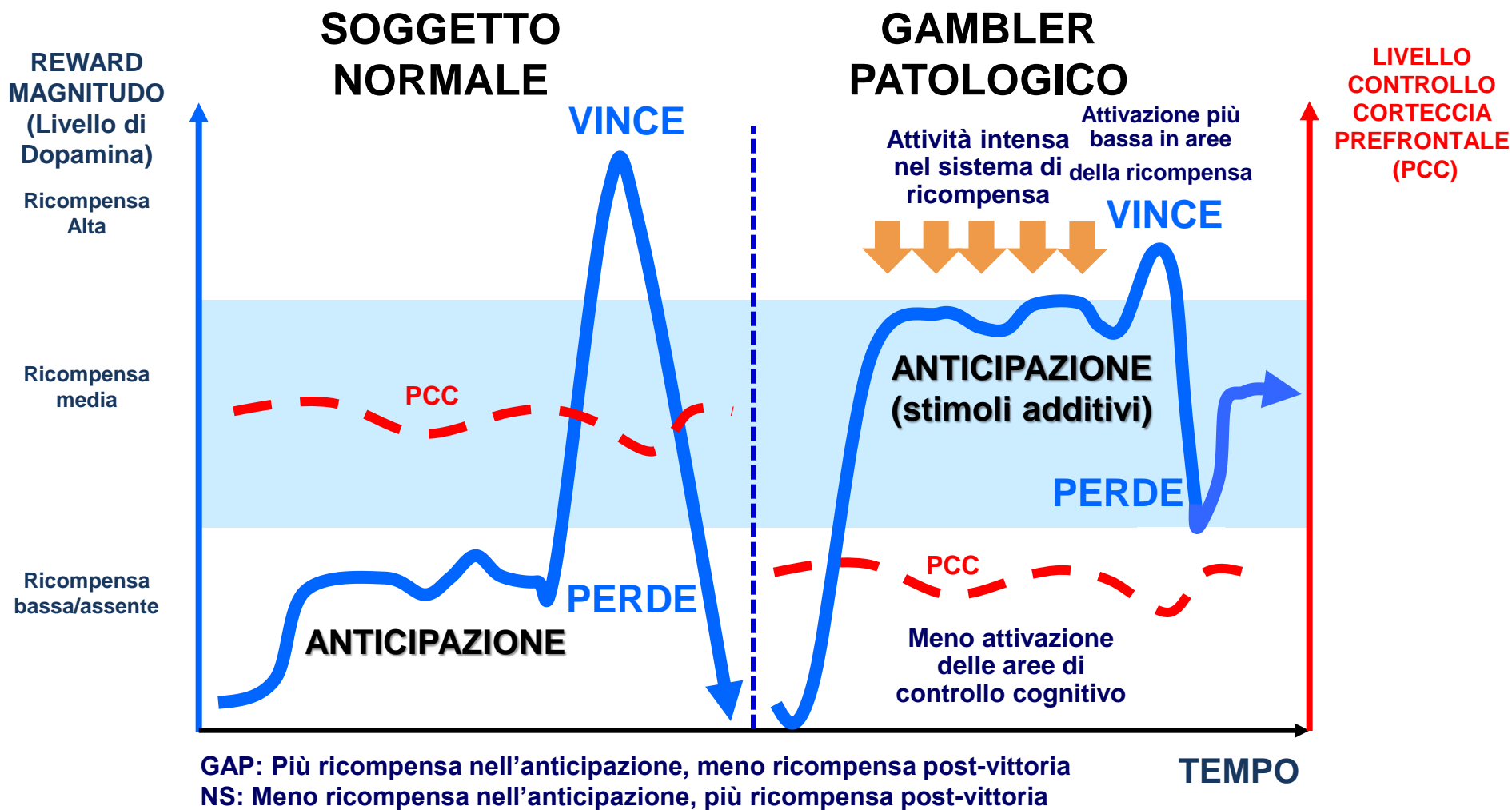
PERCORSO CORTICO-STRIATO-TALAMO-CORTICALE



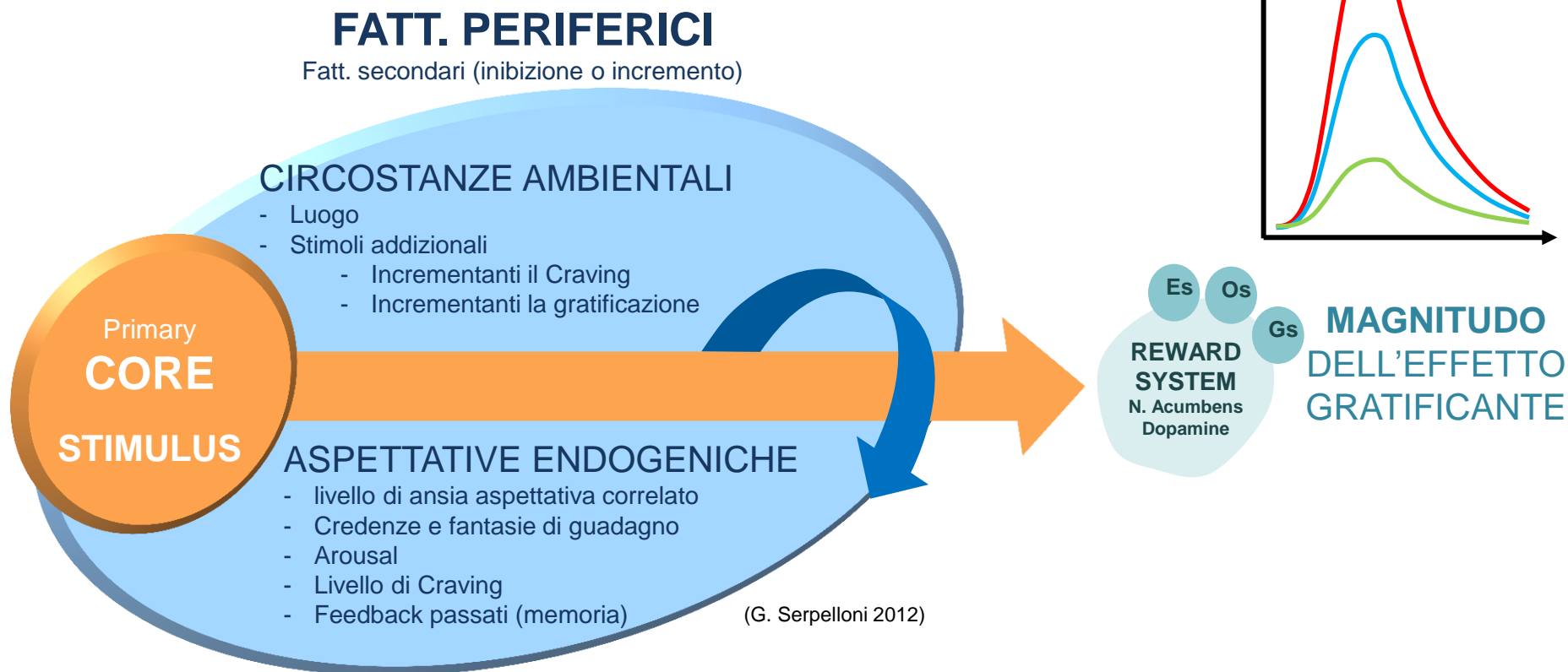


Tempo di gioco e differente risposta di gratificazione

(Clark, Lawrence, Astley-Jones, Gray, 2009 – modificato G. Serpelloni 2012)



Componenti dello stimolo e magnitudo della ricompensa



UGUALE STIMOLO MA DIFFERENTI FATT. PERIFERICI = DIFFERENTE MAGNITUDO

GAP: Minor soddisfazione da ricompensa/vincita

(Perty e Casarella 1999)

G.A.P.

Dipendenza da sostanze

- Più rapida risoluzione della soddisfazione da ricompensa (rispetto alla popolazione non vulnerabile)
- Minor durata della soddisfazione derivata dalle ricompense

Effetto gratificante post vincita

GAP

Picco e
Risoluzione
normale

Risoluzione
GAP tempo

Ricerca di nuovi e ripetuti stimoli gratificanti nell'immediato



Gli stimoli addittivi sono nell'anticipazione

Luke Clark^{1,*}, Andrew J. Lawrence¹, Frances Astley-Jones¹, and Nicola Gray¹

¹*Behavioural and Clinical Neuroscience Institute, Department of Experimental Psychology, University of Cambridge, CB2 3EB Cambridge, UK.*

1

Durante
l'aspettativa
della vittoria

Attività più
intensa nel
sistema di
ricompensa

2

Dopo la
vittoria

Attivazione più
bassa nelle aree
della ricompensa

3

Durante il
gioco

Minor attivazione
delle aree di
controllo
cognitivo

**questo squilibrio
nei giocatori con
problemi di gioco
d'azzardo
può far continuare il
comportamento di
gioco**

Gambling patologico: maggiore ricompensa = maggiore gravità clinica

ALTA RICOMPENSA

Nucleo striato

BASSA RICOMPENSA

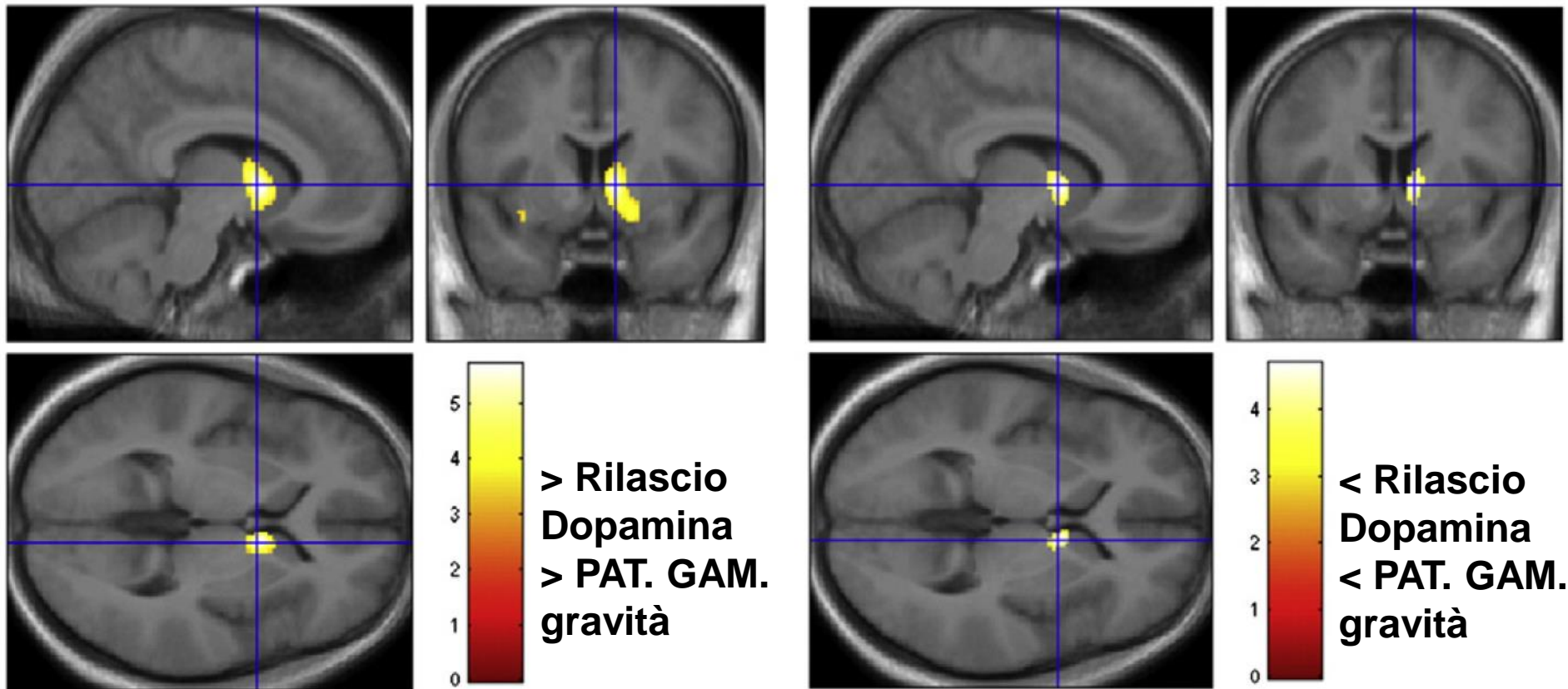
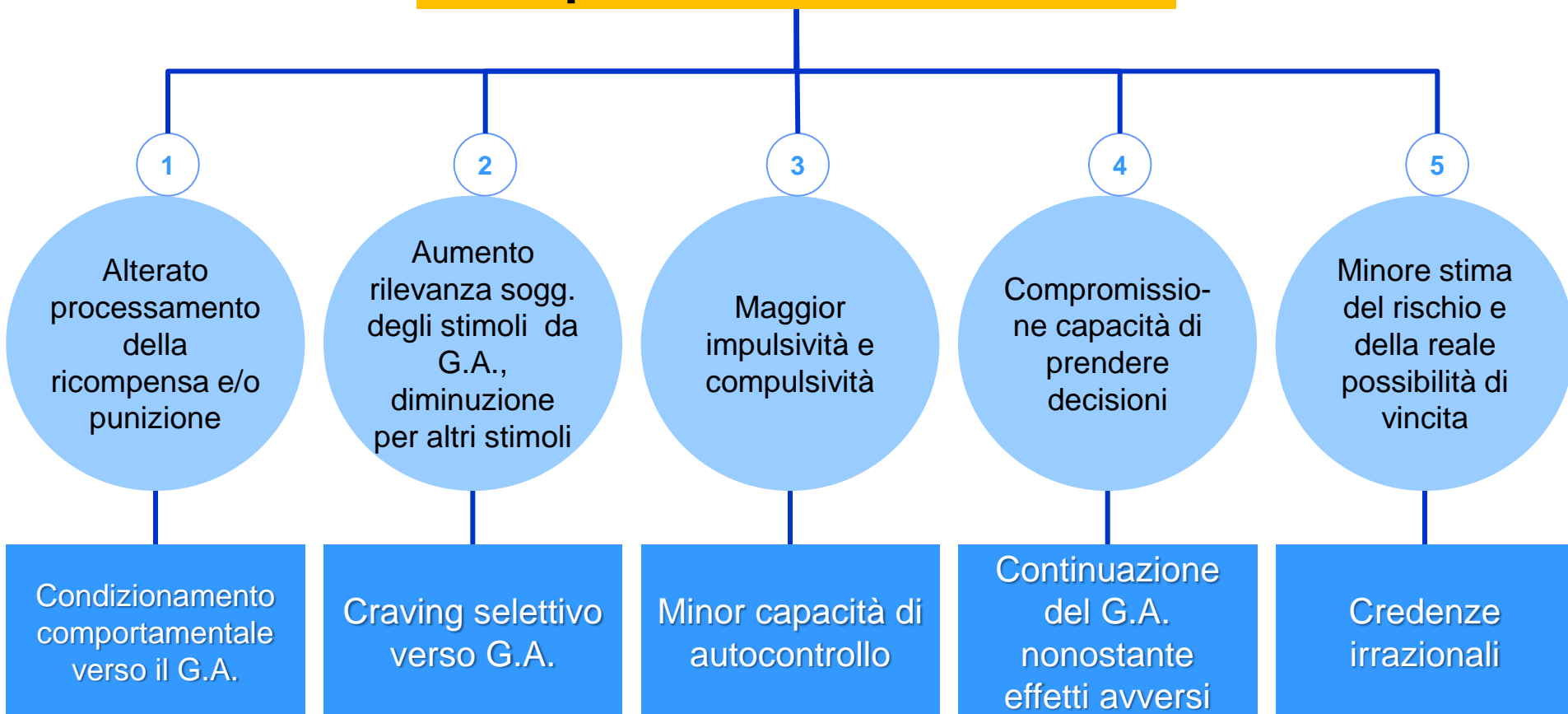


Fig. 2. Dopamine release during gambling. The results of SPM repeated measures ANOVA analysis overlaid on the average T1 weighted MRI image of the studied sample. a, b. Areas of decreased [^{11}C]raclopride BP_{ND} with height threshold $T_{1,41} = 3.30$. Red-yellow scale bars indicate the corresponding T values. a. Condition effect, high-reward versus control scan, statistical peak voxel at $(-10\ 4\ 2)$, $T_{\text{max}} = 5.71$, cluster of 322 voxels = $2576\ \text{mm}^3$, FWE-corrected $P = 0.002$. b. Condition effect (low-reward versus control scan), statistical peak voxel at $(-10\ 4\ 2)$, $T_{\text{max}} = 4.68$, cluster of 95 voxels = $760\ \text{mm}^3$, FWE-corrected $P = 0.043$.

Van Holst RJ, 2010; Conversano, 2012

Principali alterazioni dei processi cognitivo-comportamentali nel G.A.P.



Recettori D1 e D2 e decisioni alterate dei soggetti durante le attività di gioco



- Alla PET I soggetti con GAP presentano densità inferiore dei recettori striatali D1 e D2 e mostrano:

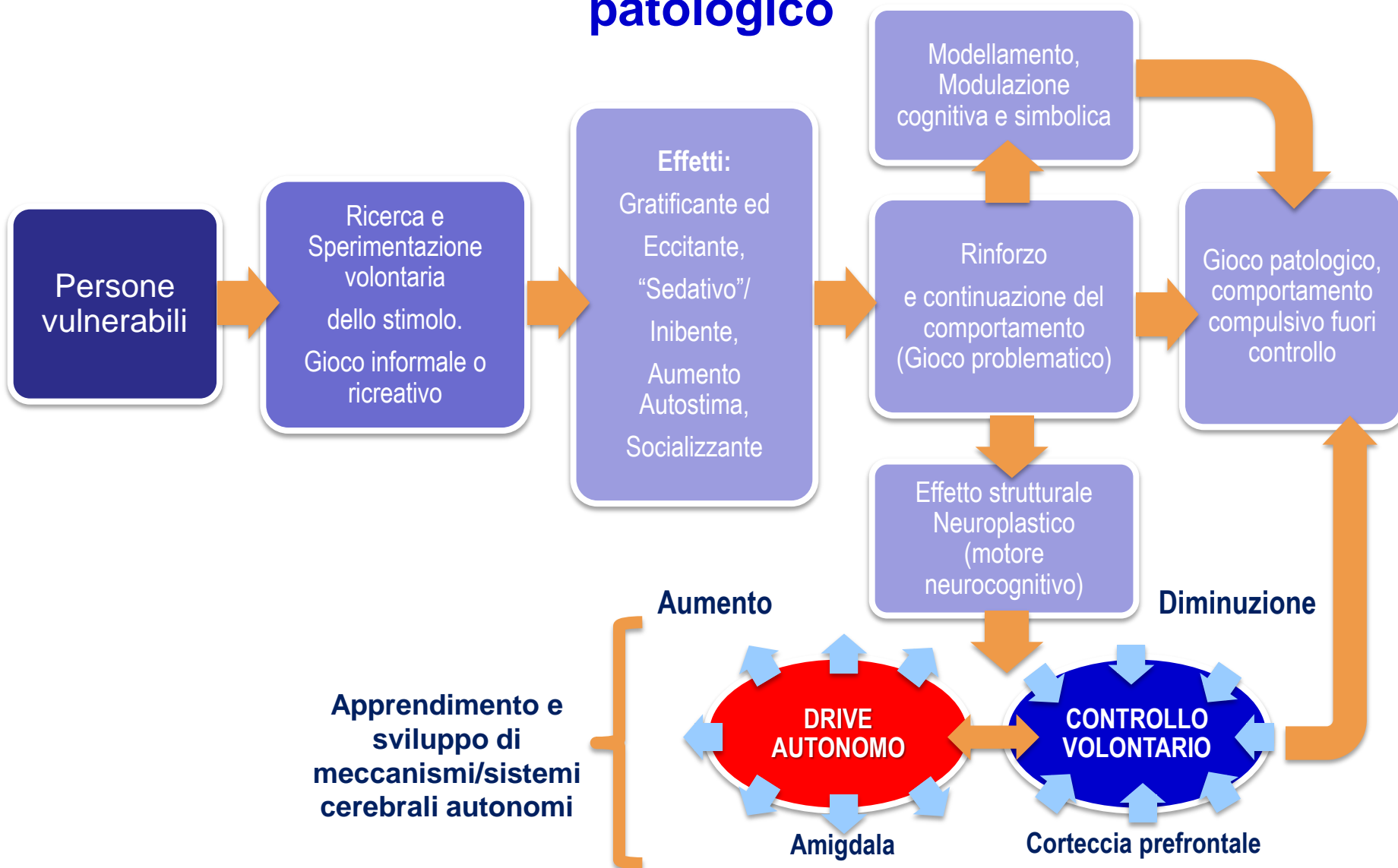


- alterazioni delle funzioni cognitive di valutazione (sovrastima delle basse probabilità di vincita e sottostima delle alte probabilità di perdita)
- difficoltà di dare peso alle decisioni durante le attività di gioco.

$$P(a) = \frac{\sum_{i=0}^{a-1} \left(\frac{1-p}{p} \right)^i}{\sum_{i=0}^{a+b-1} \left(\frac{1-p}{p} \right)^i}$$

([Takahashi H](#); [J Neurosci](#). 2010, [Winstanley CA](#), [Neuropsychopharmacology](#). 2011)

Generazione e mantenimento del comportamento di gioco patologico



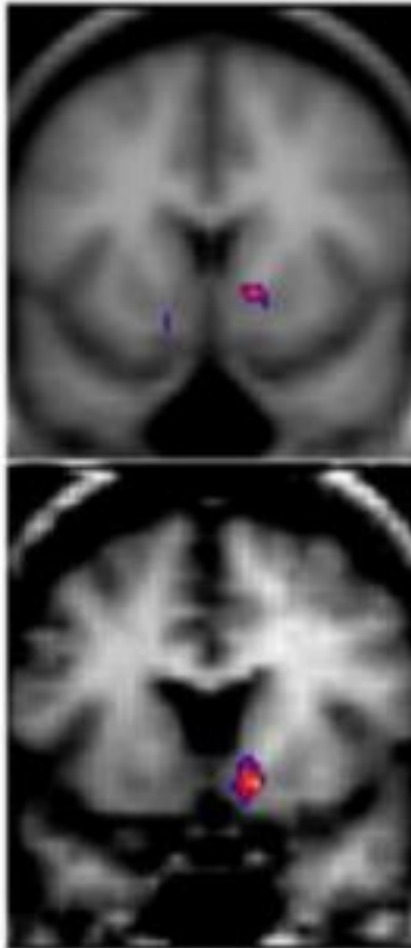


Gambling e neuroimaging

Questo è il tuo cervello con il Gambling

GAMBLING

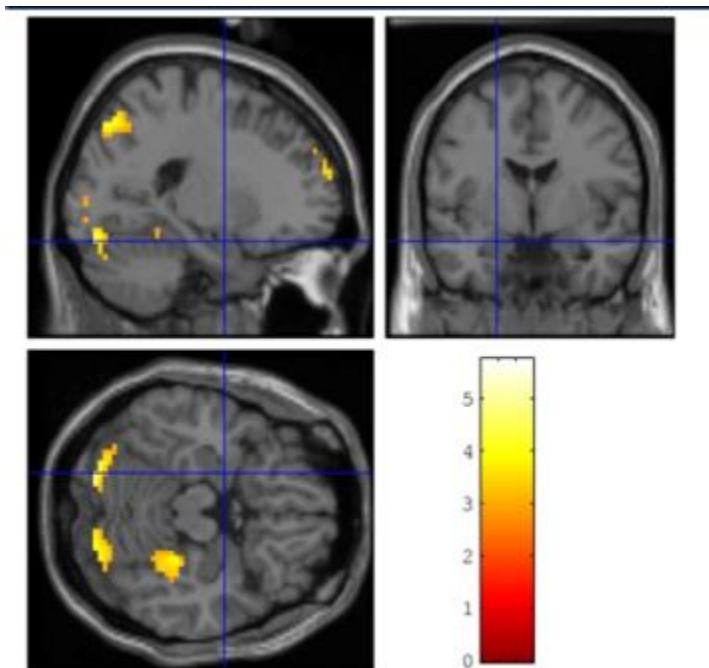
**fMRI di un
soggetto che
prevede un
piccolo apporto
di cocaina**



**fMRI di un
soggetto che
prevede una
vincita in denaro
in un gioco
simulato**

COCAINA

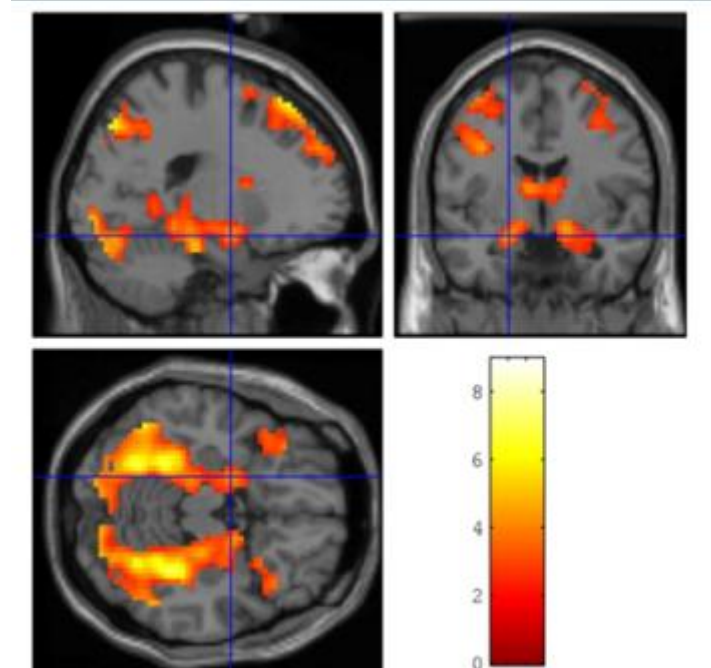
Reazione allo stimolo nei gamblers



Gruppo di Controllo

Via ventrale, dorsale rotta,
Limbico: striato, ippocampo, amigdala

**Più desiderio: maggiore attivazione
nelle aree limbiche**

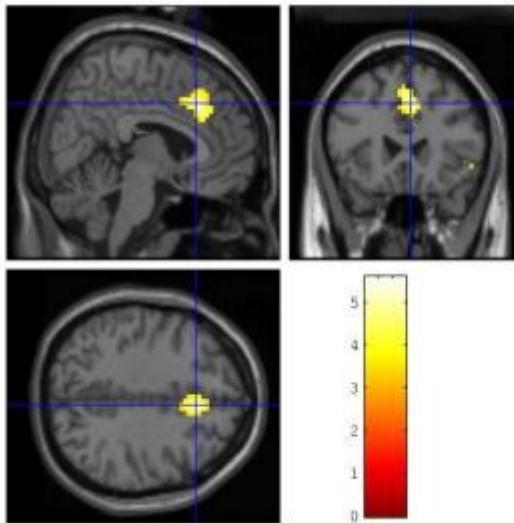


Gamblers Problematici

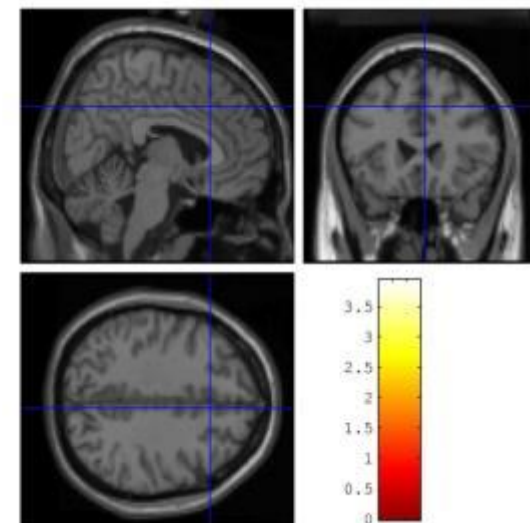
Goudriaan, De Ruiter, Veltman, Oosterlaan,
van den Brink, 2009 (Addiction Biology)

**"Molto importante
per la pubblicità del
gioco d'azzardo "**

Errore di monitoraggio Arresto del segnale di attività Meno attivazione in risposta agli errori



Controlli



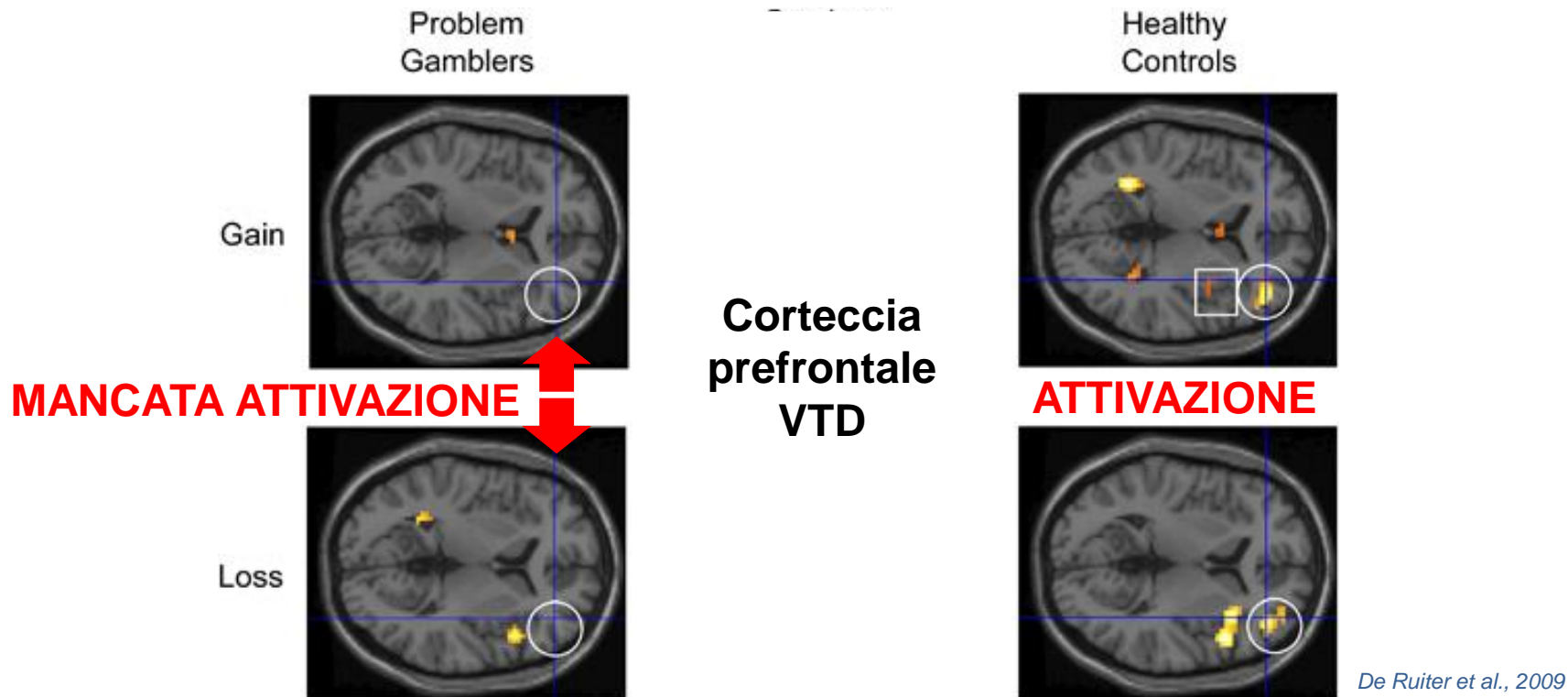
Problem Gamblers

Significativamente inferiore l'attivazione dACC negli errori dei giocatori d'azzardo rispetto a soggetti con un normale controllo (figure)

Finding consistent with Potenza et al (2003) using Stroop Task comparing PG with NC

De Ruiter, Oosterlaan, Veltman, van den Brink, Goudriaan, 2012, *Drug Alc Dep*

Guadagno monetario vs Perdita monetaria

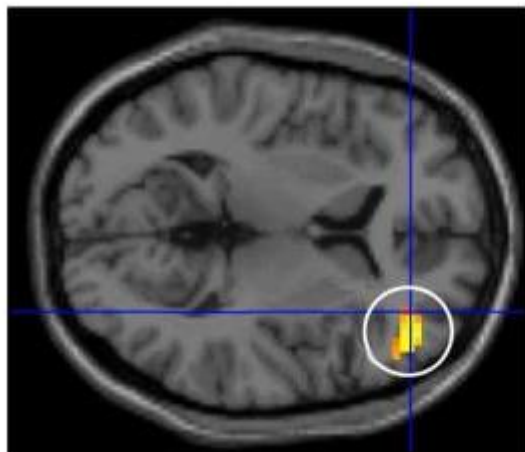


Mancata attivazione della corteccia prefrontale ventrolaterale destra (VLPFC) sia in condizione di guadagno monetario che di perdita.

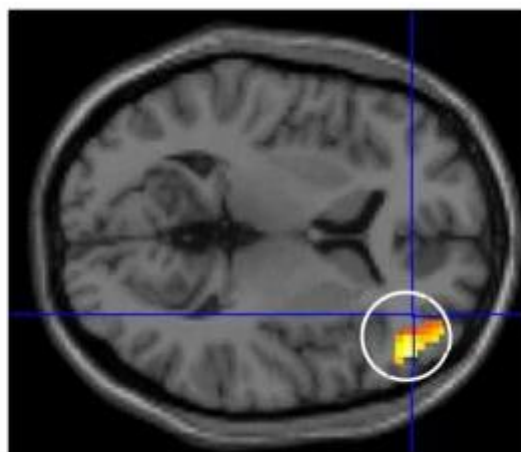
Mancata attivazione della VLPFC destra durante la condizione di perdita monetaria nei soggetti fumatori. L'area nel quadrato indica invece l'iperattivazione dell'insula anteriore destra nei fumatori durante il guadagno monetario rispetto al gruppo di controllo

Ricompensa

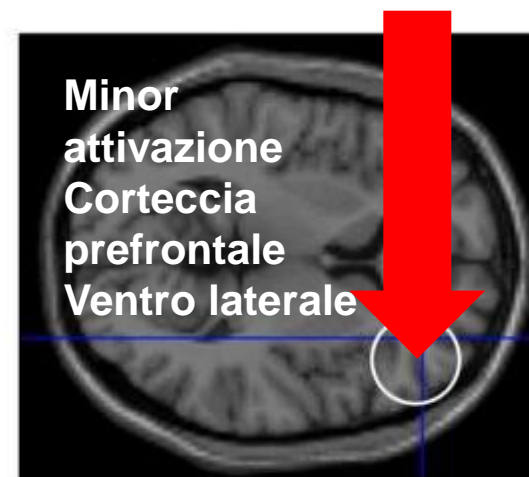
Probabile inversione dell'attività di apprendimento



Normale



Fumatori



Problem Gamblers

Ricompensa associata con l'attivazione del VLPFC destro, Corteccia Occipitale/Parietale destra, Operculum Frontale destro, Nucleo Caudato Bilaterale e Regioni del Subtalamico

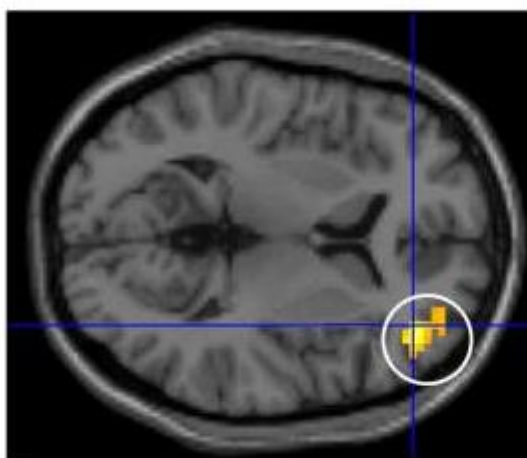
Significativa minor attivazione del VLPFC nei gamblers comparata con i fumatori e soggetti normali (figure)

Findings similar to studies by Reuter (2005) and Tanabe (2007) who found reduced activation in PG in the VMPFC, a structure incompletely covered in our study. Similar finding in OCD (Remijnse, 2006)!

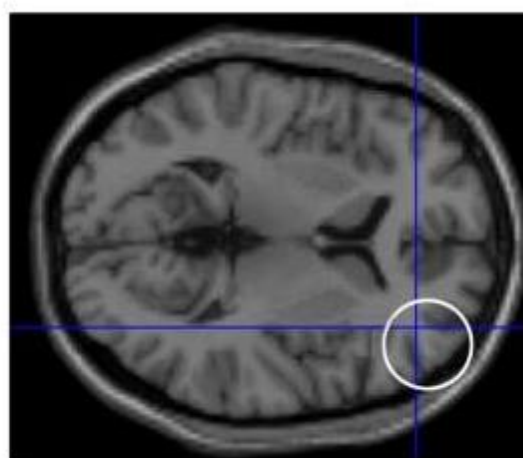
Punizione

Probabile inversione dell'attività di apprendimento

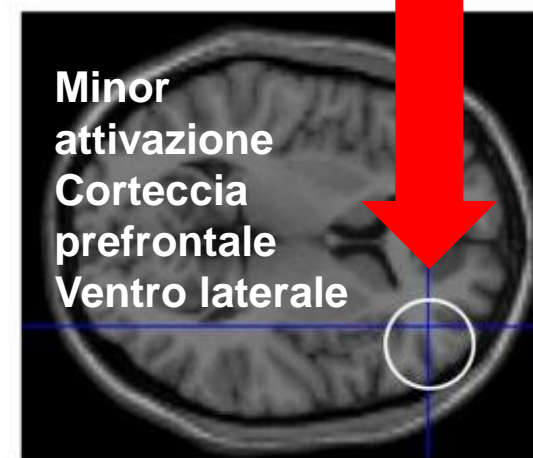
Perdita



Normale



Fumatori



Problem Gamblers

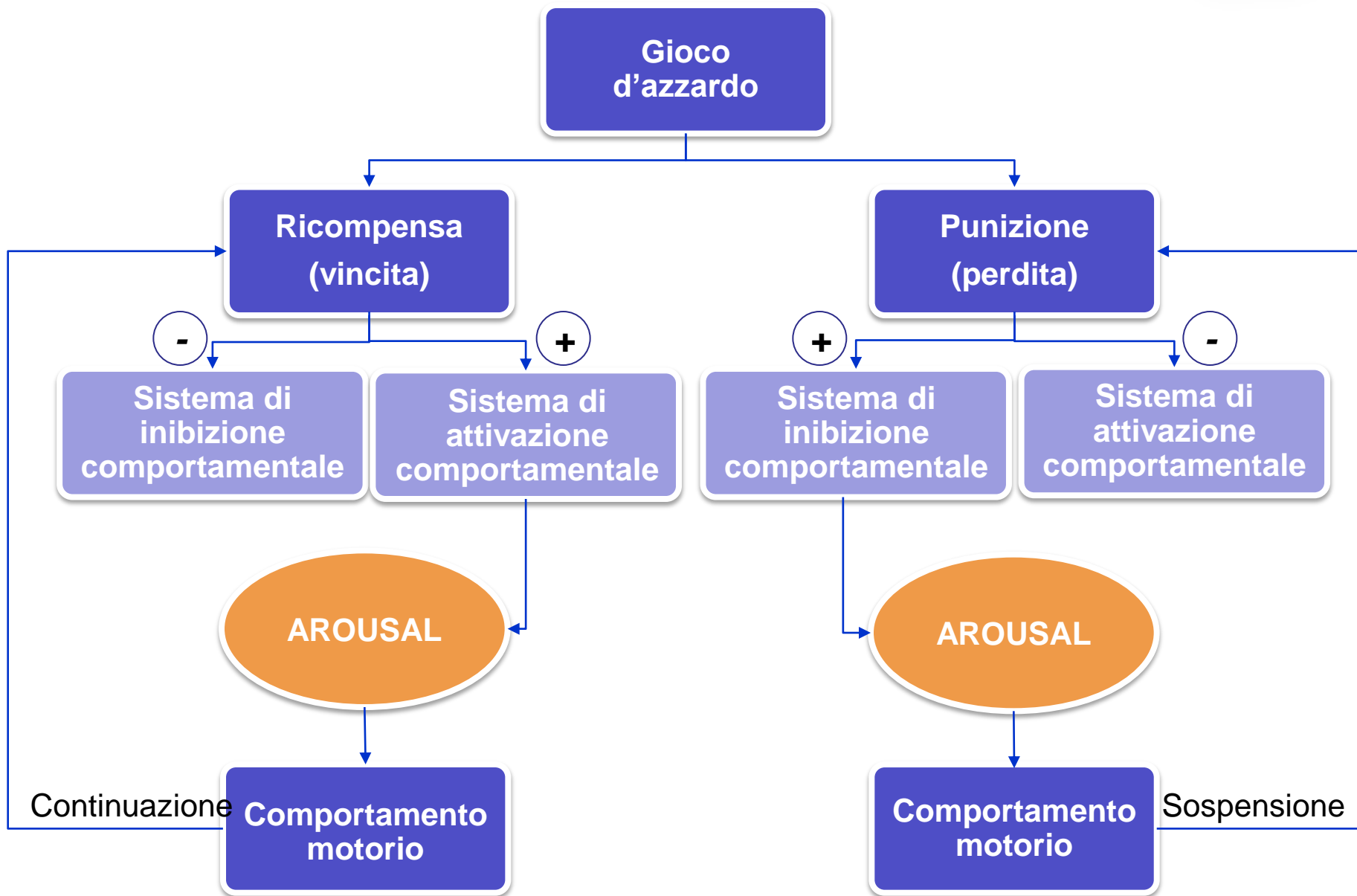
Perdita associata all'attivazione dell'Operculum frontale destro, Insula e Regione subtalamica

Significativa minor attivazione del VLPFC nei gamblers comparata con i fumatori e soggetti normali (figure)

Arousal - definizione

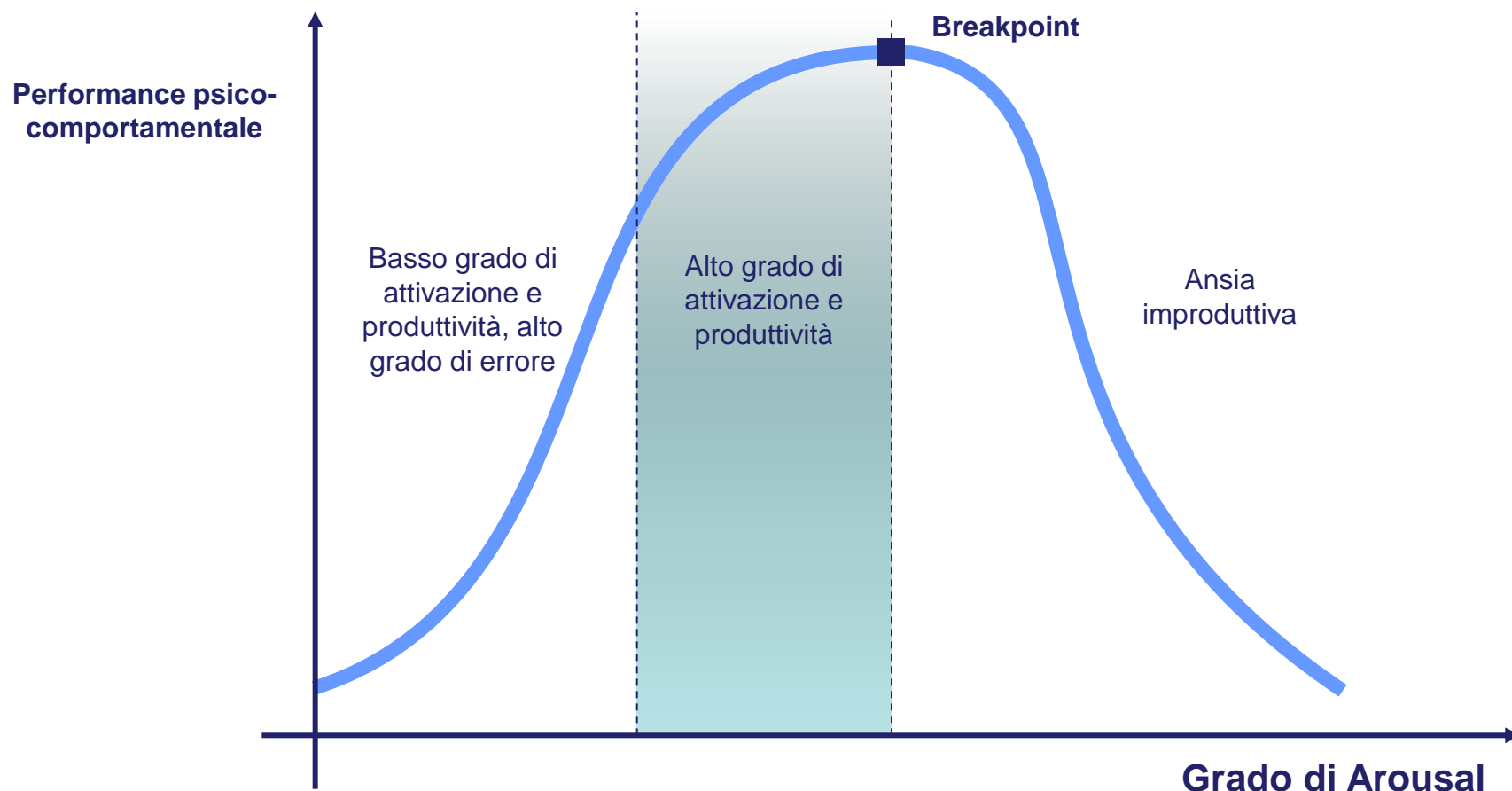
Un aspetto molto importante nel passaggio tra il gioco ricreazionale, gioco problematico, gioco patologico è rivestito dall'arousal, cioè dall'intenzione volontaria del comportamento che può determinare pattern di gioco diversificati, e quindi più o meno a rischio, tra i soggetti vulnerabili e i soggetti normali.

L'arousal autogeno può essere definito anche come il grado di intenzione volontaria del comportamento di un soggetto (autogenerato dall'individuo stesso) ed ha un importante significato soprattutto nella fase del gioco d'azzardo ricreativo e del gioco problematico. Infatti, è proprio la scelta volontaria della persona vulnerabile che lo porterà ad avvicinarsi al gioco d'azzardo, a sperimentarne gli effetti e a subirne, quindi, le conseguenze.





Arousal Autogeno (grado di intenzione volontaria nel comportamento)

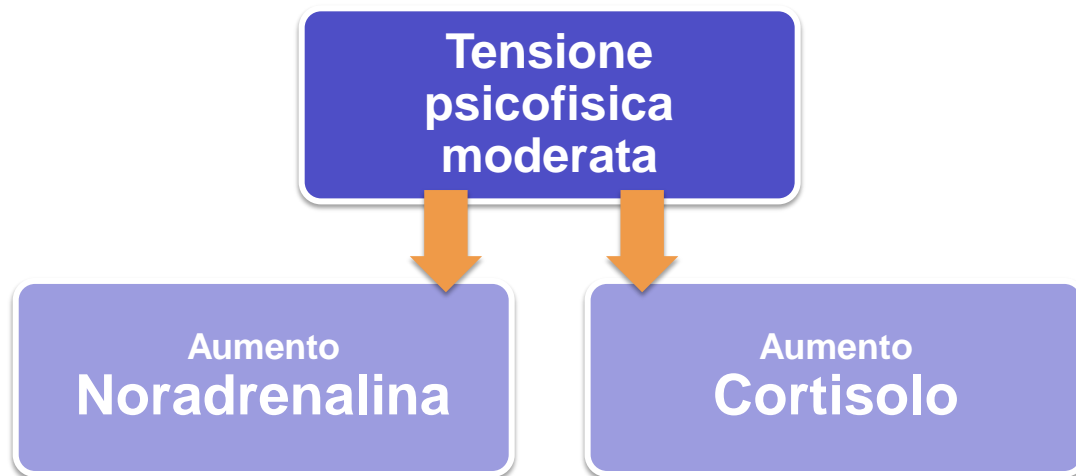


Arousal: Attivazione **autogenerata** psico-comportamentale per eseguire prestazioni e compiti che coinvolge le strutture cerebrali dell'attenzione e del controllo volontario (corteccia prefrontale, sistema adrenergico e serotoninergico) del comportamento



Sharpe L, Tarrier N, Schotte D, et al: The role of autonomic gambling arousal in problem gambling. *Addiction* 90: 1529-1540, 1995)

Meyer G, Hauffa BP, Schedlowsky M, et al: Casino gambling increase heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biol Psychiatry* 48: 948-953, 2000



- Aumento Frequenza cardiaca
- Aumento Pressione arteriosa
- Aumento Arousal autogeno (*attivazione psico-comportamentale per eseguire prestazioni e compiti*)
 - Alterazioni sistema immunitario



Grazie per l'attenzione



Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Tecniche di Outreach

per i giocatori d'azzardo

G. Serpelloni



Coordinamento Nazionale Dipendenze



PREMESSA



Outreach

Il tema dell'outreach è stato valutato come l'area più importante della ricerca nel prossimo futuro, in tema di gioco d'azzardo (Nower L. National priorities for problem gambling research: Future direction. Washington, DC: National Council on Problem Gambling, 2009).

Questo perché solo il **10%** degli adulti con problemi di GAP sono in trattamento e la percentuale cala ulteriormente per quanto riguarda la popolazione giovanile (Derevensky e al. 1991)



La popolazione giovanile

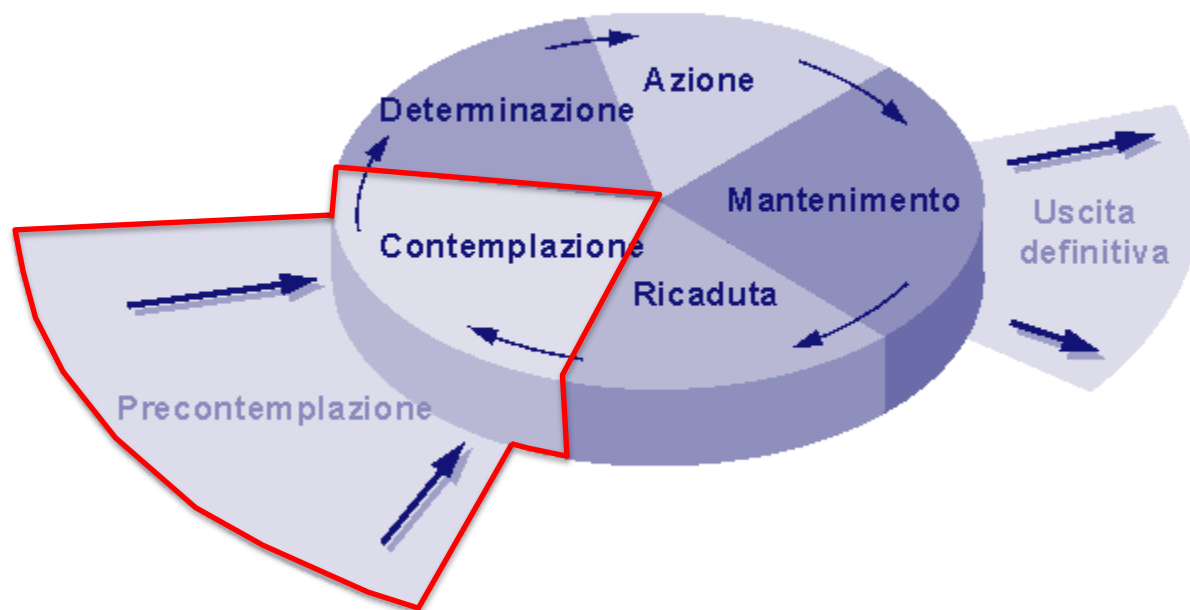
- Le modalità di accesso ai servizi sono poco funzionali alle problematiche giovanili di gioco d'azzardo.
- Una modalità che si è riscontrata efficace nei programmi di outreach è quella di raggiungere i giovani attraverso siti e programmi online
- Terapia con internet e interventi autoguidati sono stati lanciati in modo specifico per adolescenti e giovani adulti nel tentativo di ridurre comportamenti ad alto rischio (alcol, tabacco, stupefacenti).
- È stato riscontrato un successo di programmi ONLINE mirati ad aumentare la **consapevolezza** dei giovani con comportamenti potenzialmente problematici di gioco d'azzardo e nell'assistere gli adolescenti e i giovani adulti a mantenere il controllo e riduzione i problemi legati al GAP. (Derevensky e al. 1991)



Possibilità di contatto efficace e stadi del Cambiamento Comportamentale

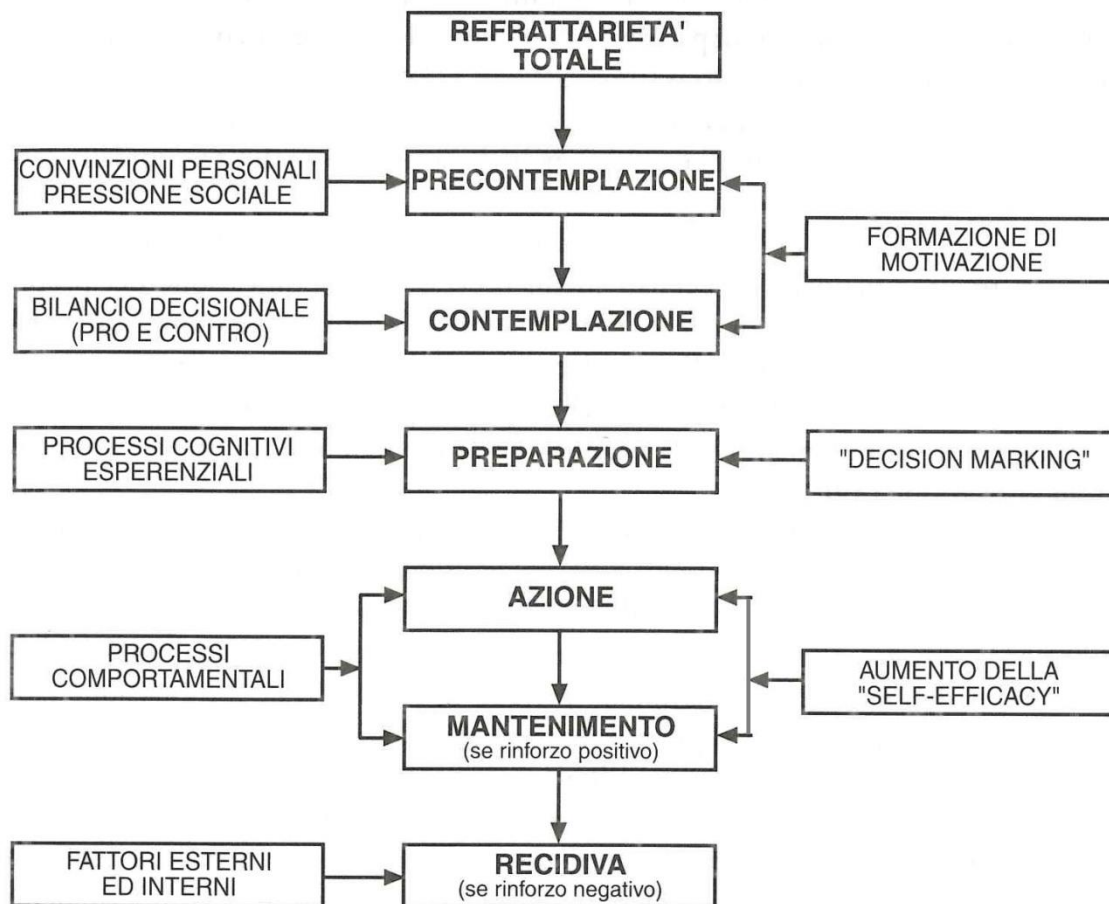
(Di Clemente e Prochaska)

Refrattarietà **CONSAPEVOLEZZA** → Disponibilità





Considerazioni teoriche e pratiche connesse con il passaggio attraverso gli stadi di cambiamento comportamentale





Outreach: definizione

Tutte le azioni finalizzate all'individuazione ed aggancio precoce della persona con comportamento a rischio (Gioco d'Azzardo problematico) e/o con dipendenza (Gioco d'Azzardo patologico) per poterli inserire precocemente in percorsi preventivi e/o terapeutico riabilitativi nelle strutture di cura

Outreach: location

Sono punti di Outreach tutte le location dove le persone a rischio o con GAP hanno un'alta frequentazione sia per l'esercizio del gioco d'azzardo sia per i problemi correlati (esempio: altre dipendenze da sostanze, disturbi clinici, debiti, problemi legali, ecc.)

Location

Sale giochi e intrattenimento	Consultori familiari
Bar	Centri Antiusura
Siti web specifici	Parrocchie
Tabaccherie	Circoli ricreativi per anziani
Servizi per le Tossicodipendenze	Uffici Comunali Sociali
Servizi psichiatria	Farmacie
Help Line	Radio e TV (programmi "ascoltatori in linea")



Outreach: mezzi informativi

I mezzi utilizzabili possono essere multipli e devono poter colpire emotivamente l'interessato senza creare stigmatizzazione o colpevolizzazione ma puntare soprattutto sul comunicare la possibilità di ricevere:

- Aiuti concreti con libero accesso
- Prestazioni gratuite
- In totale riservatezza (meglio se in anonimato)
- Supporto psicologico e legale

Mezzi possibili	
Poster permanenti	Operatori di prevenzione e unità mobili
Depliant piccoli e non identificativi	Help line telefoniche specifiche per GAP
Annunci su riviste di scommesse/gioco	Help line telefoniche specifiche per usura
Sistemi di autovalutazione del proprio grado di problematicità	Applicazioni per smartphone
Banner per siti web	Gruppi su social network

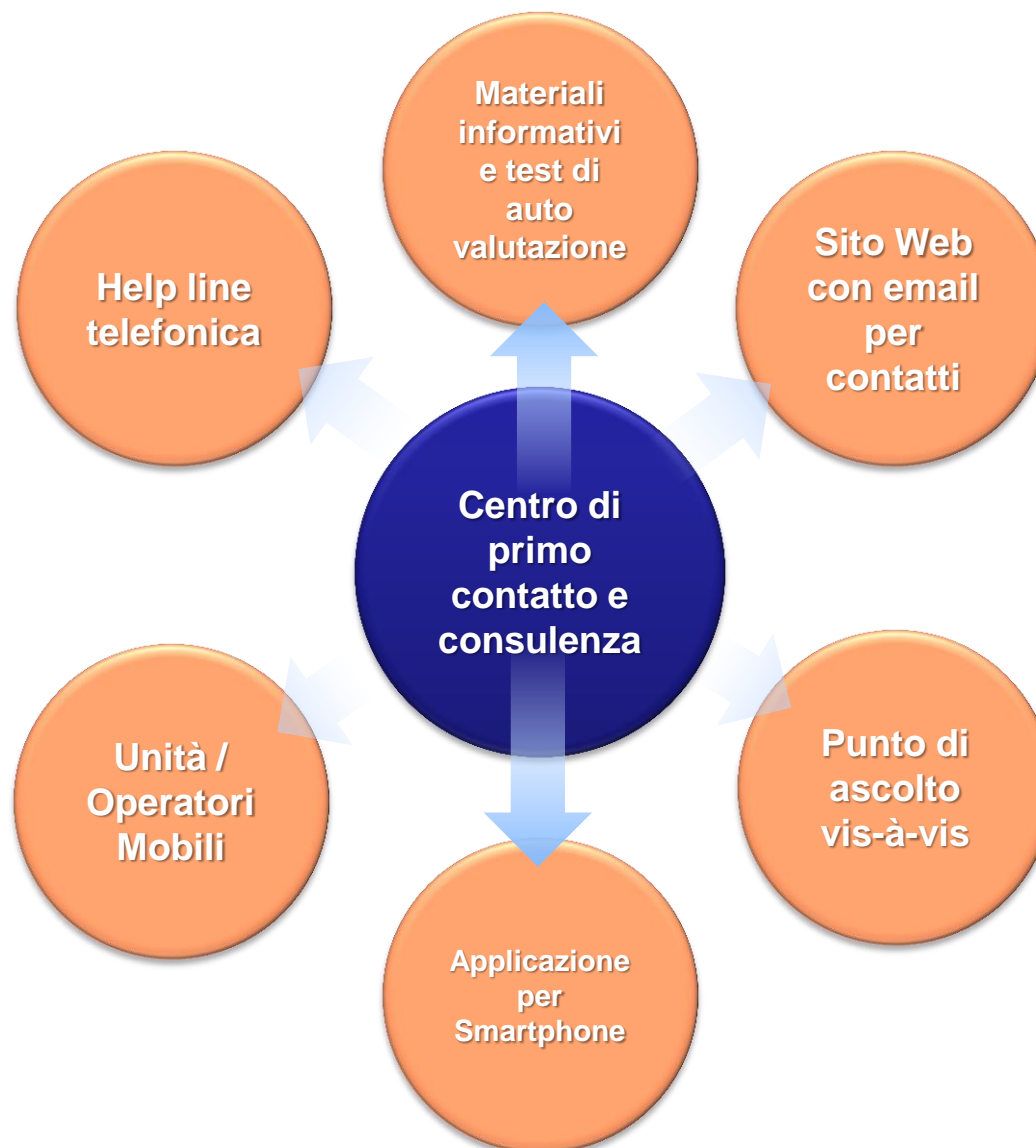


Schema per la valutazione sintetica delle principali caratteristiche dell'operatore di prevenzione

	BASSA						ALTA					
Intelligenza pratica specifica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Professionalità												
Leadership												
Capacità di relazionarsi												
Riservatezza												
Stima di sè												
Flessibilità/adattabilità												
Atteggiamento non pregiudiziale												
Comprensione dei propri limiti e bisogni												
Specificità culturali												



Outreach: setup di base





La formazione ai professionisti

Problem Gambling Institute of Ontario

Centre for Addiction and Mental Health

- Interessa: consulenti finanziari, amministratori fallimentari, medici di famiglia, assistenti sociali, avvocati, operatori penitenziari, operatori di salute mentale, psicologi.
- Anche attraverso manuali specifici quali:
 - http://www.problemgambling.ca/EN/Documents/2990PG_Pro_ENG.pdf
- Prontuari per l'individuazione della problematica:
 - http://www.problemgambling.ca/EN/Documents/PGCA_Physicians_Mailer.pdf
- In particolare per operatori finanziari:
 - http://www.problemgambling.ca/EN/Documents/2989PG_FinCounsENG.pdf
- Attivo anche un lavoro che interessa le associazioni professionali come le associazioni degli avvocati. Azioni quali: articoli da inserire nelle newsletter, o spazi di intervento nelle conferenze.



Gambling.dronet.org

Martedì 04 Giugno 2013

cerca...

Seleziona lingua

Powered by Google Traduttore

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

GAMBLING

**Gioco d'azzardo problematico e patologico:
inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità,
evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione**

Link utili:

NIDA NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE

Problem Gambling Institute of Ontario

GRA

NCPC

UNIVERSITY OF MARYLAND SCHOOL OF MEDICINE Center on problem gambling

HOME IL MANUALE IL PROGETTO GAP MATERIALI INFORMATIVI RISORSE D'AUTO CONTATTI

TEST DI VALUTAZIONE SULLA DIPENDENZA

Il Gambling

Dati epidemiologici e finanziari

Fattori di vulnerabilità e di resilienza

Il percorso evolutivo

Caratteristiche cliniche

Diagnosi e valutazione

Neuro-fisiopatologia ed eziopatogenesi

Alterazione dei processi cognitivo-emozionali

Presentazione

Il gioco d'azzardo, anche in Italia, ha assunto dimensioni rilevanti, seppure non ancora ben definite, e una forte spinta commerciale facilmente percepibile dalle innumerevoli pubblicità che sempre più sono presenti sui media. Il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolare gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza comportamentale (Gioco d'Azzardo Patologico - GAP).

Questa condizione è ormai riconosciuta come un disturbo compulsivo complesso e forma comportamentale patologica che può comportare gravi disagi per la persona, dall'incontrollabilità del proprio comportamento di gioco, e contemporaneamente la possibilità di generare gravi problemi sociali e finanziari oltre che entrare in contatto con organi criminali del gioco illegale, anche e soprattutto con quelle dell'usura. Dal punto di vista dei soggetti affetti da GAP presentano un elevato rischio di compromissione finanziaria, che ha evidenti ripercussioni in ambito familiare e lavorativo, fino ad arrivare ad indebitamenti e alla richiesta di prestiti usurari. Questo è uno degli aspetti che collegano il gioco d'azzardo patologico alla criminalità organizzata che investe energie e capitali nel gioco d'azzardo.

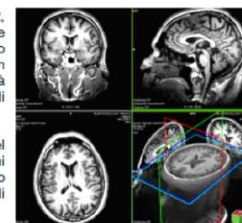
Gambling e società

Va sottolineato inoltre che molto spesso il GAP è associato all'uso di sostanze stupefacenti, all'abuso

serie di problemi sociali, familiari, economici, psicofisici, ecc. che mettono a rischio la qualità di vita di un individuo e della società in cui è inserito.

Studi di neuroimaging

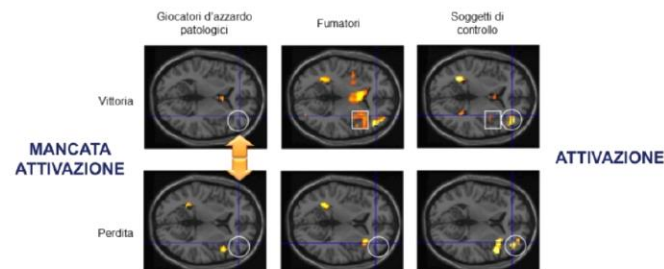
Già in passato sono stati eseguiti vari studi di brain imaging (Potenza 2003, Best 2002, New 2002) che, utilizzando le tecniche di neuroimaging, hanno scientificamente documentato che i pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico, sottoposti a stimolo visivo evocativo del gioco d'azzardo, avevano un risveglio dell'impulso al gioco con attivazione di alcune aree cerebrali con coesistenza di una diminuzione dell'attività della corteccia prefrontale ventro-mediale e conseguente deficit del controllo degli impulsi e dei processi decisionali.



Date le somiglianze tra gambling patologico e dipendenza da droghe, la ricerca nel neuroimaging sul gioco d'azzardo patologico ha fatto assunti e utilizzato paradigmi simili a quelli usati nella ricerca sui disturbi da uso di sostanze. In particolare, sono state investigate la risposta alla ricompensa (guadagno) e alla perdita, la reattività agli stimoli, l'impulsività e la capacità di prendere decisioni (decision-making).

In uno studio molto recente (Balodis 2012), è stata documentata nei giocatori d'azzardo vs controlli una riduzione dell'attività neurale nel nucleo striale ventrale, nella corteccia prefrontale e nell'insula. E' stata inoltre osservata un'attività ridotta del neurocircuito cortico-striale durante le fasi di elaborazione della ricompensa monetaria ottenuta con il gioco d'azzardo. Questo comporta, nel giocatore con dipendenza da gioco d'azzardo, delle alterazioni della capacità di valutazione e previsione della perdita che aggravano il quadro del gioco d'azzardo patologico. E' stata osservata anche una riduzione dell'attività striatale durante il periodo di anticipazione nell'aspettativa del guadagno, con una contemporanea tendenza al comportamento impulsivo. A questo proposito, De Ruiter (2009) ha documentato che nei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico vi è una mancata attivazione della corteccia prefrontale ventro-laterale destra, sia in condizioni di guadagno monetario, sia di perdita. Questo comporta un deficit del controllo comportamentale.

Fig. 33 - Mancata attivazione della corteccia prefrontale ventrolaterale destra (VLPFC) sia in condizione di guadagno monetario che di perdita. De Ruiter et al., 2009.





Materiali di prevenzione (work in progress) in collaborazione con



**Problem Gambling
Institute of Ontario**

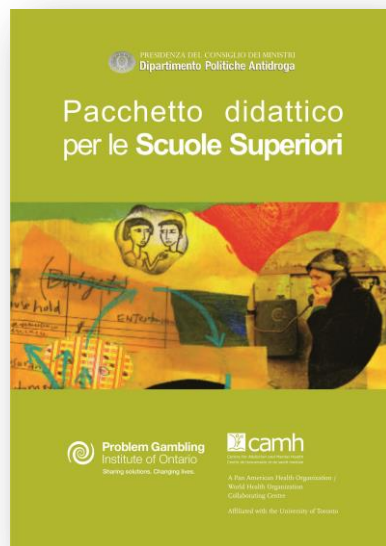


camh

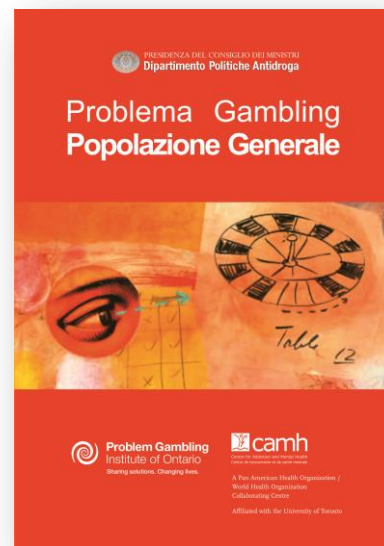
Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale



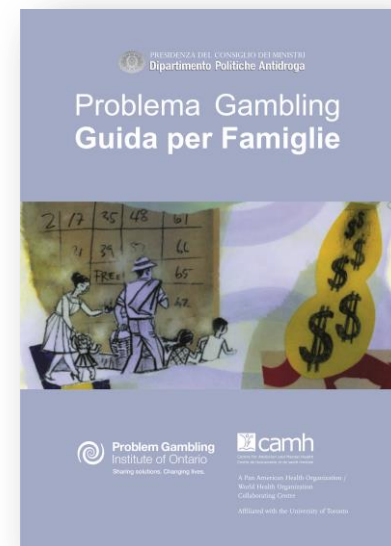
**Percorso di
auto-aiuto**



**Pacchetto
didattico per le
scuole superiori**



**Opuscolo
informativo per
popolazione
generale**

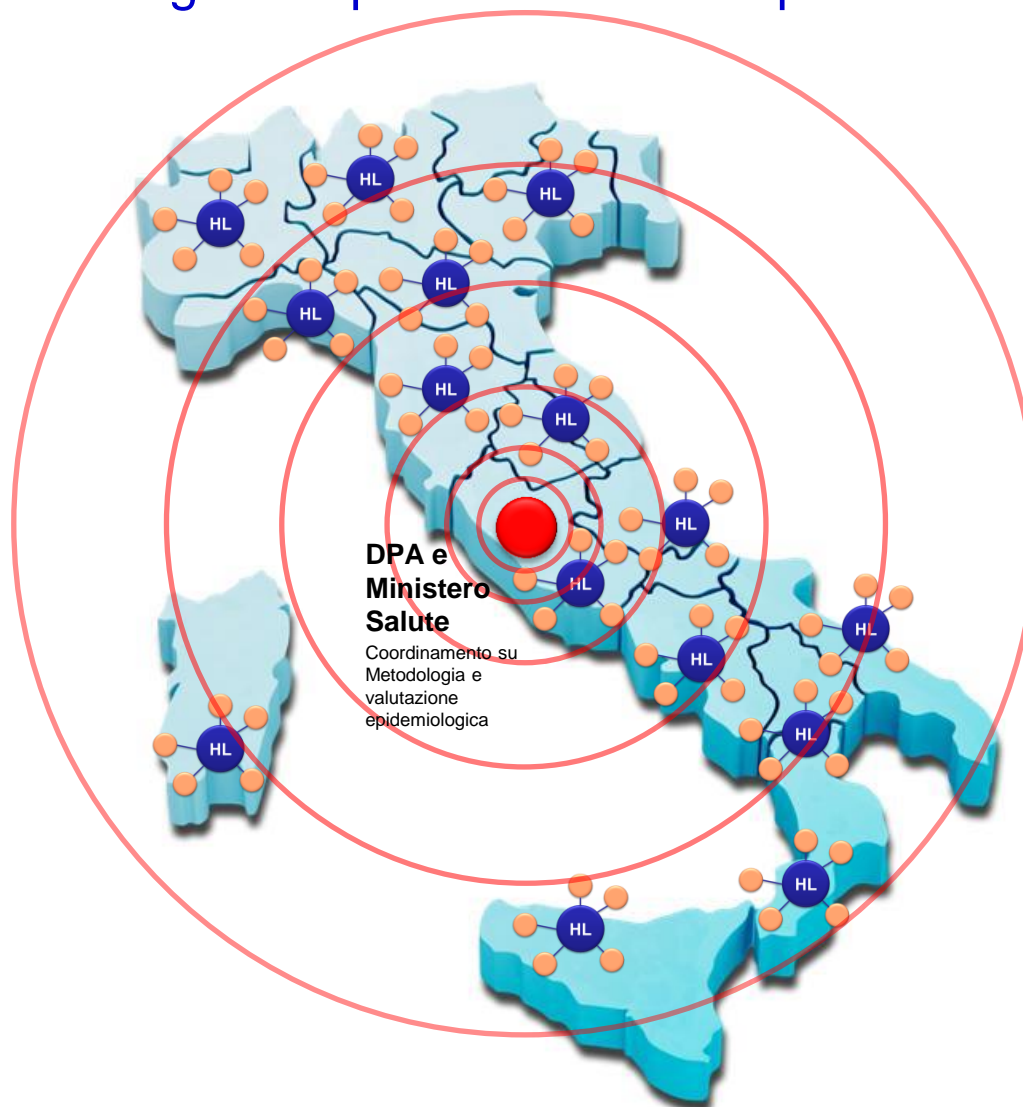


**Opuscolo
informativo per
famiglie**



Network Nazionale Help Line GAP (Work in progress)

Regioni-Dipartimenti delle Dipendenze





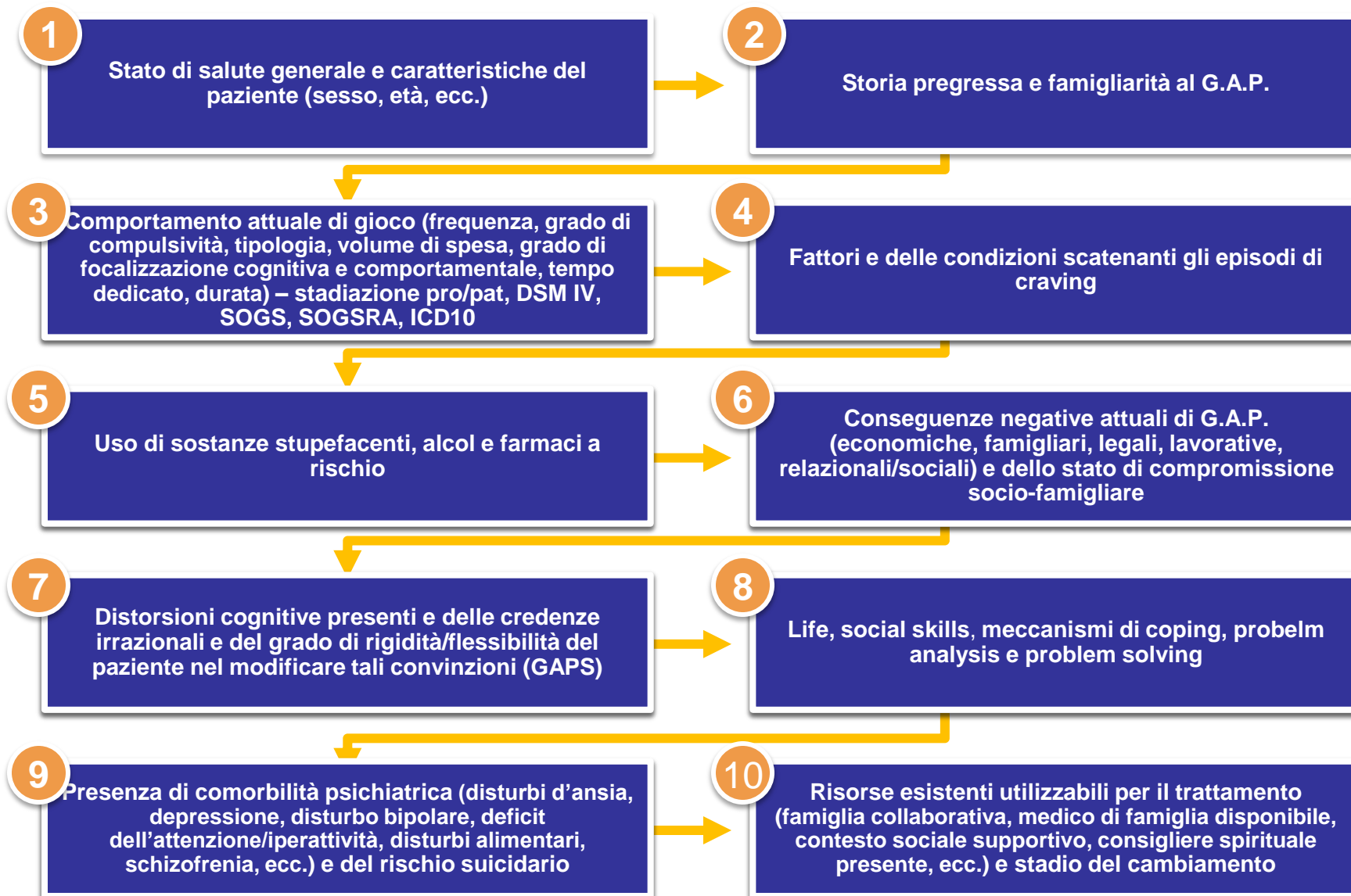
Il processo diagnostico: aree di valutazione

Daniela Capitanucci, Psicologa Psicoterapeuta
Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze
ALEA-Associazione per lo Studio del Gioco d'Azzardo e dei
Comportamenti a Rischio

Roma, luglio 2013



Processo diagnostico: 10 aree di valutazione





Il processo di valutazione – area della salute e delle caratteristiche individuali

Valutazione dello stato di salute e delle caratteristiche del paziente, prendendo in considerazione il sesso, l'età e tutto ciò che può comportare un diverso rischio di espressione per il gioco d'azzardo patologico.



Il processo di valutazione – area degli antecedenti al GAP

Analisi dei fattori di vulnerabilità e di resilienza e la ricostruzione della storia pregressa di gioco d'azzardo (inizio ed evoluzione) del paziente relativamente all'età di inizio e alle modalità con cui si è svolto ed è progredito il percorso da gioco ricreativo, a gioco problematico, a gioco patologico.

Presenza di eventuale familiarità verso questa patologia e/o patologie psichiatriche o uso di sostanze.

Valutazione se ci sono stati pregressi periodi di astinenza, la loro durata e la motivazione reale, valutandone anche la correlazione con la situazione finanziaria del giocatore



Il processo di valutazione – area del comportamento di gioco d'azzardo

Valutazione del comportamento attuale di gioco al fine di determinare esattamente l'indice di gravità, partendo dall'oggettivazione della frequenza di gioco, dal grado di compulsività, dalla tipologia dei giochi utilizzati, dal volume di spesa mensile dedicato al gioco, dal grado di focalizzazione cognitiva comportamentale che il gioco d'azzardo crea inibendo altre fonti di gratificazione e socializzazione.

Valutazione del tempo dedicato giornalmente al gioco e dalla durata di questa situazione patologica per valutarne il grado di cronicizzazione.

Valutazione sulla stadiazione del paziente, utilizzando strumenti standard, quali possono essere i criteri del DSM V, il questionario SOGS, compreso il SOGSRA specifico per gli adolescenti, e i criteri ICD10



Il processo di valutazione – area delle distorsioni cognitive

Valutazione della presenza e tipologia di distorsioni cognitive e credenze irrazionali presenti per poter avere elementi per la successiva terapia cognitivo-comportamentale.

E' importante rilevare anche il grado di rigidità/flessibilità del paziente nel modificare tali convinzioni e quindi la reale possibilità di agire con un modellamento cognitivo su questi aspetti.

A tal fine, è possibile utilizzare delle check list o dei questionari standard, quali il GABS.



Il processo di valutazione – area della comorbilità con sostanze psicoattive

Valutazione di un eventuale uso contemporaneo di sostanze stupefacenti, alcol e farmaci che sono in grado di incentivare comportamenti di gioco d'azzardo.



Il processo di valutazione – area della compromissione socioeconomica e relazionale

Valutazione per quantificare e mettere a fuoco le conseguenze negative attuali per il gioco d'azzardo patologico sia da un punto di vista economico, ma anche dal punto di vista delle relazioni familiari, lavorative, sociali in generale, nonché le eventuali conseguenze legali che potrebbero essersi attivate.

In quest'area di valutazione è importante rilevare lo stato di compromissione socio-familiare anche per considerare la possibilità di valutare queste risorse nella fase di cura e riabilitazione.



Il processo di valutazione – area del craving

La settima area di valutazione dovrà essere centrata sui fattori e le condizioni scatenanti gli episodi di craving.

Questa valutazione risulta importante soprattutto per rendere consapevole il paziente di tali fattori e di come sia possibile, una volta conosciuti, messi a fuoco e compresi nel loro potenziale patogenetico, come possono essere previsti, evitati e gestiti



Il processo di valutazione – area della comorbidità psichiatrica

Valutazione della comorbidità psichiatrica
in particolare, valutare l'eventuale presenza di disturbi d'ansia, depressione, disturbo bipolare, deficit dell'attenzione/iperattività, disturbi alimentari, schizofrenia, ecc.

Importante è anche rilevare ideazioni o segni di rischio suicidario che in questi pazienti non è trascurabile.



Il processo di valutazione – area delle risorse individuali

Indagare l'area delle life e delle social skills che spesso, in questi pazienti, risultano compromesse.

E' utile comprendere e quantificare il grado di compromissione nonché i meccanismi di coping, di problem analysis e di problem solving che il soggetto utilizza, proprio allo scopo di avere elementi che facciano comprendere meglio quale sia la strategia più adatta da utilizzare per il paziente



Il processo di valutazione – area del supporto sociale e dello stadio motivazionale

Valutazione delle risorse e dei supporti esistenti utilizzabili per la cura e la riabilitazione, con una stima del grado di competenze, disponibilità e capacità reali e, per quanto riguarda la famiglia, il medico di medicina generale, un eventuale consigliere spirituale e altre figure di supporto presenti nel contesto sociale.

In questa fase, è importante focalizzare anche l'eventuale stadio del cambiamento in cui il paziente si trova e quale sia la possibile prognosi in relazione a tutti i fattori che sono stati precedentemente valutati.



Riferimenti Utili

Serpelloni G. (2013). “Gioco d’azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione”. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze .



Strumenti per l'inquadramento diagnostico e la valutazione

Daniela Capitanucci, Psicologa Psicoterapeuta
Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze
ALEA-Associazione per lo Studio del Gioco d'Azzardo e dei
Comportamenti a Rischio

Roma, luglio 2013



Scaletta

alcuni strumenti diagnostici utilizzabili nella clinica del GAP.

SOGS per ragioni storiche

nuova edizione del DSM V

questionario basato sul DSM IV proposto da Ladouceur: verranno forniti elementi pratici per l'attribuzione di positività a ciascun criterio nel corso di una valutazione diagnostica.

(continua)



Scaletta (segue)

altri strumenti forniti da Ladouceur, sia per formulare un'anamnesi completa, sia per sondare la motivazione al cambiamento, sia per contrattare e verificare nel tempo l'ingaggio in terapia.

l'ipotesi di abbinare ai trattamenti i soggetti classificandoli con le tipologie di Blaszczynski.

l'opportunità di estendere la valutazione dei soggetti tenendo conto degli 8 fattori eziopatogenetici di Caretti.



Scaletta (segue)

Cenni su strumenti rapidi di identificazione di un GAP anche per figure professionali generaliste (ad es. il Lie bet questionnaire)

Cenni su altri strumenti utili ad identificare altri tratti salienti in alcune tipologie di giocatori (es. BIS per quel che riguarda l'impulsività; GRCS – Gambling Related Cognition Scale o GABS per quel che riguarda le distorsioni cognitive)

Buona parte di questi strumenti sono rinvenibili al link:

http://www.andinrete.it/portale/documenti/pdf/manuale_strumenti_diagnostici_gap.pdf

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



SOGS – Lesieur & Blume, 1987 (South Oaks Gambling Screen)

Griglia di attribuzione dei punteggi al SOGS:

0-2 = Nessun problema

3-4 = Giocatore problematico e a rischio

5 o più = Giocatore d'azzardo patologico

Il SOGS è scaricabile al link: <http://gambling.dronet.org/assessment.html>



SOGS – Lesieur & Blume, 1987 (South Oaks Gambling Screen)

Computo:

L'articolo originale di pubblicazione del SOGS (Lesieur e Blume, *The South Oaks gambling Screen (SOGS): A new Instrument for the identification of Pathological Gambling*, sept.1987, Am j Psychiatry 144:9) evidenzia solo che in presenza di **5 o più punti** siamo in presenza di un **probabile giocatore patologico**.



SOGS – Lesieur & Blume, 1987 (South Oaks Gambling Screen)

Vari cut-off

H. Lesieur.

“Non vi è una convenzione in merito alle scale di punteggi sub-critiche. Inizialmente quando con Sheila Blume iniziammo ad occuparci del test SOGS identificammo con punteggi tra 1 e 4 i soggetti che mostravano “qualche problema”. In seguito, l’evidenza mostrò che il cut-off doveva essere innalzato per tali soggetti, a punteggi compresi tra 2 e 4.

Negli USA la maggior parte dei ricercatori utilizza i punteggi compresi tra 3 e 4 come cut-off per parlare di “giocatore problematico”.

Suggerisco che il livello di soglia (cut-off) dovrebbe essere stabilito di volta in volta in quanto sensibile alla cultura di riferimento dove verrà somministrato il questionario.

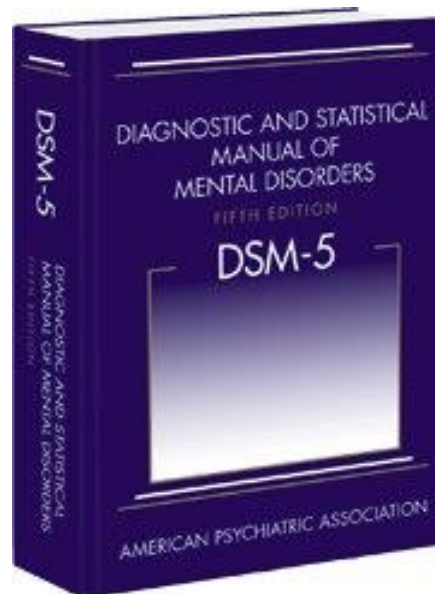
In Australia ad esempio è in uso assistere a classificazioni dove soggetti che hanno tra 5 e 9 punti vengano identificati come “giocatori problematici” e soggetti che ottengono 10 o più punti siano considerati “gravi giocatori problematici”. In Turchia la versione locale del SOGS prevede che il giocatore patologico collezioni 7 o più punti, mentre non vi è menzione al gioco problematico.

I ricercatori spagnoli utilizzano la soglia di 5 o più punti per identificare i probabili giocatori patologici, ma non operano distinzioni con i giocatori problematici.

Il mio consiglio finale è di utilizzare la soglia di 3-4 punti per indicare alcuni problemi, fermo restando che ciò va indagato nello specifico con soggetti di nazionalità italiana.”



Disturbo da Gioco d'Azzardo





Il nuovo DSM-5 inserisce il:
Disturbo da Gioco d'Azzardo
(Gambling Disorder)

nel capitolo dei:
Disturbi Correlati alle Sostanze e
Dipendenze (Substance Related and
Addictive Disorders)



Criteri diagnostici DSM-5

- A. persistente e ricorrente comportamento problematico di gioco d'azzardo che comporta difficoltà o disagio clinicamente significativi, come indicato da un soggetto che, nell'arco di un **periodo di 12 mesi**, presenta **quattro o più** tra i 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 d'azzardo



Criteri diagnostici DSM-5

(continua):

- 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



Criteri diagnostici DSM-5

(continua):

- 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.** il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un **episodio maniacale**



Specificazioni DSM-5

Gravità

Lieve: Riscontro di 4 o 5 criteri

Moderata: Riscontro di 6 o 7 criteri

Grave: Riscontro di 8 o 9 criteri



Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV

Ladouceur

Dovete leggere tali e quali ciascuno dei criteri scritti di seguito. Dopo una prima lettura, se il soggetto non ha capito bene, lo potete riformulare per far sì che sia capito bene. Per ciascuno dei dieci criteri del DSM IV, dovete indicare chiaramente se il soggetto soddisfa il criterio: SÌ o NO. In caso di dubbio, utilizzate domande supplementari. Certi comportamenti di gioco, quali l'aumento della posta (D2), ed il desiderio di rifarsi (D6), sono tipici della problematica. Se il soggetto risponde di no a tali criteri, sarà quindi importante fare una verifica incrociata della risposta.



Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV

1. Le capita di pensare frequentemente al gioco (per esempio, ricordando passate esperienze di gioco, o pianificando esperienze future, o preoccupandosi sul modo in cui procurarsi il denaro per giocare)?

SI _____ NO _____

2. Ha bisogno di giocare somme sempre crescenti di denaro, per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato?

SI _____ NO _____

*Se il soggetto non capisce, riformulate la domanda: “Tende ad aumentare la posta?” Oppure:
“Si attiene sempre a poste minime?”*



Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV

3. Ha già fatto degli sforzi ripetuti ma infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare?

SI _____ NO _____

1.1. Quali modi, astuzie o strategie ha utilizzato a tale scopo?

4. Si è sentito agitato o irritabile quando ha messo in atto il tentativo di ridurre o sospendere il gioco?

SI _____ NO _____



Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV

Anche se il soggetto ha risposto NO alla 4-a domanda, è necessario porre la seguente domanda.

1.1. Quando Lei sta giocando e Le è impossibile di continuare a giocare per qualsiasi ragione (chiusura del locale, altri impegni, fine del denaro, ecc.), avverte allora agitazione, irritabilità o impazienza?

SI _____ NO _____

4.2. Se SI, qual è l'intensità di questa agitazione o irritabilità?

0 = *Nulla*

1 = *Molto leggera*

2 = *Leggera*

3 = *Media*

4 = *Intensa*

5 = *Molto intensa*



Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV

5. Lei gioca per sfuggire alle difficoltà o per tenere a bada un umore disforico (per es.: dei sentimenti di impotenza, dei sensi di colpa, un sentimento di ansia, di depressione)?

SI _____ NO _____

6. Dopo aver perso del denaro al gioco, Lei torna spesso a giocare un altro giorno per recuperare le Sue perdite (per "rifarsi")?

SI _____ NO _____

7. Le è capitato di mentire alla sua famiglia, al suo terapeuta o ad altre persone, per dissimulare l'entità, ossia l'ampiezza reale delle sue abitudini di gioco?

SI _____ NO _____



Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV

8. Ha commesso degli atti illeciti, come falsificazioni, truffe, furti o sottrazione di denaro previsto per altri scopi, per finanziare la sua pratica del gioco?

SI _____ NO _____

8.1 Se SI, a quando risale l'ultima volta? _____

8.2. Di quale/quali atto/i illegale/i si trattava e per quante volte?

		Numero di volte
- Assegni falsi	_____	_____
- Truffe	_____	_____
- Furti	_____	_____
- Uso di soldi destinati ad altro	_____	_____
- Altro (specificare: _____)	_____	_____



Questionario basato sui criteri diagnostici del DSM-IV

9. Ha messo in pericolo o perso una relazione affettiva importante, un impiego o delle possibilità di studio o carriera a causa del gioco?

SI _____ NO _____

9.1. Se SI, a quando risale l'ultima volta? _____

9.2. Si trattava di.....

- Relazioni familiari _____
- Relazioni coniugali _____
- Relazioni di Lavoro _____
- Rapporto di impiego _____
- Relazioni amicali _____
- Relazioni di studio _____

10. Lei conta sugli altri, per ottenere denaro e per tirarla fuori da situazioni finanziarie disperate dovute al gioco?

SI _____ NO _____

10.1. Se SI, a quando risale l'ultima volta? _____



Specificazioni DSM-5

Decorso

Episodico

Presenza dei criteri diagnostici in più occasioni,
con attenuazione sintomatologica per periodi
di almeno alcuni mesi tra i periodi di disturbo
da gioco d'azzardo

Persistente

Persistenza continua dei sintomi e criteri
diagnostici soddisfatti per un periodo di diversi
anni



Specificazioni DSM-5

Remissione

In remissione precoce

Nessun riscontro di criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo per un periodo di almeno 3 mesi, e meno di 12 mesi, dopo che i criteri diagnostici erano stati pienamente soddisfatti

In remissione prolungata

Dopo che i criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo erano stati pienamente soddisfatti, nessun criterio diagnostico viene più riscontrato per un periodo di 12 mesi o più.



ALTRI STRUMENTI DI LADOUCEUR

“Diagnostici”:

La passione del gioco

Esercizio sulla valutazione a smettere: pro e contro

Motivazione a smettere di giocare

SLUGS

“Educativo-terapeutico”:

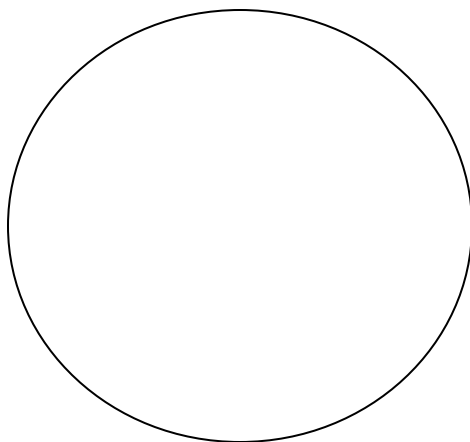
Formulario di auto-osservazione



La passione del gioco

L'esercizio intitolato "la passione del gioco" consiste nel rappresentare, annerendo l'interno d'un cerchio vuoto, il posto che il gioco occupa nella sua vita. La porzione annerita indica fino a che punto il gioco ha invaso l'universo del giocatore.

Nel fare questo esercizio il giocatore spesso evidenzia il carattere distruttivo del gioco. L'esercizio gli permette, tra l'altro, di poter esternare la sua ossessione parlando di tutti quegli aspetti della sua vita ai quali ha rinunciato da quando il gioco rappresenta il centro del suo universo. Questo esercizio gli può dare l'occasione di constatare che non si impegna più nella sua vita coniugale o familiare o nelle sue relazioni sociali. "La passione del gioco" è spesso un momento particolarmente significativo per il giocatore che si rende conto, proprio svolgendo l'esercizio, di quanto tutte le altre sue passioni e tutti gli altri suoi campi d'interesse siano stati invasi dal gioco. Poiché l'obiettivo primario dell'esercizio è l'espressione delle emozioni e dei sentimenti suscitati dal gioco è importante adottare un atteggiamento aperto ed accogliente nei confronti di tutto quello che viene espresso dal giocatore.





L'esercizio sulla motivazione del giocatore

Dopo avere effettuato questo esercizio, il giocatore avrà avuto modo di soffermarsi su quegli elementi capaci di mantenere od amplificare la sua ambivalenza nei confronti dello smettere di giocare.

1. Gli aspetti positivi del gioco

(quanto di positivo mi dà il gioco)

2. Gli svantaggi di rinunciare al gioco

(ciò che perdo se smetto di giocare)

3. Gli elementi negativi del gioco

(le conseguenze negative derivanti dal gioco)

4. I vantaggi di rinunciare al gioco

(quello che guadagno se smetto di giocare)



Motivazione a smettere di giocare

1. È pronto/a a fare degli sforzi per giocare di meno o per smettere di giocare?

☐ sì

☐ no

2. Desiderio di cambiamento: indichi fino a che punto vuole cambiare il suo comportamento di gioco. Scegli il grado che corrisponda al suo desiderio di cambiare.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Per niente		Un poco		Mediamente			Molto		Del tutto	

3. A che cosa mira con il suo cambiamento? Cosa si propone di raggiungere attraverso il suo cambiamento?

/...../

/...../

/...../



SLUGS SYDNEY AND LAVAL UNIVERSITIES GAMBLING SCREEN Di Alex Blaszczyński e Robert Ladouceur (trad. D. Capitanucci)

comportamento di gioco nell'arco degli ultimi sei mesi



SLUGS- Sezione 1: Tipologie di gioco

Tipologia di gioco praticato			Gioco principale	Altri giochi
			sceglierne solo uno	Sceglierne uno o più
a)	Scommesse	Sui cavalli in sala corse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sui cani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sui cavalli all'ippodromo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Macchine elettroniche	Ai videopoker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Alle slot machines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Corse dei cavalli elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Alla roulette elettronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Lotterie	Biglietti della lotteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gratta e vinci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Schedine sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Casinò	Giochi di carte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Roulette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Giochi d'azzardo su Internet	Casinò on line	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Altro	Specificare:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SLUGS- Sezione 2: Comportamento di gioco - Adeguatezza del controllo

Utilizzando la scala di valutazione seguente, per favore indichi quanto spesso (o in percentuale % delle volte) ciascuna affermazione indica il suo modo di giocare nell'arco degli ultimi sei mesi.

[illegible]

SLUGS- Sezione 2: Comportamento di gioco – Rischio/pericolo

[illegible]



SLUGS- Sezione 2: Comportamento di gioco – Necessità di trattamento

<i>Per favore faccia uno sforzo per stimare in che misura le seguenti affermazioni si applichino alla sua attuale situazione</i>						
		Minimi	Lievi	Moderati	Gravi	Penosi
		0	1	2	3	4
6.	I problemi causati dalla quantità di tempo o di denaro speso nel gioco sono:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nulla: non ho bisogno di alcun aiuto	Gli altri ritengono che io necessiti di aiuto, ma io non sono d'accordo	Forse avrei bisogno di aiuto	Ho bisogno di aiuto	Decisamente ho bisogno d'aiuto
		0	1	2	3	4
7.	La necessità che io riceva un aiuto esterno per controllare il mio comportamento di gioco è	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SLUGS - Attribuzione punteggi:

<i>Categoria</i>	<i>Items</i>	<i>Nessun Prob.</i>	<i>Al limite</i>	<i>Positivo</i>	<i>Diagnosi</i>
Controllo inadeguato	1-3	0-3	4-6	7-15	Giocatore Patologico
Rischio-Pericolo	4-5	0-2	3-5	6-10	Giocatore problematico
Necessità di trattamento	6-7	0	2	5-8	Trattamento necessario



molto utile chiedere al giocatore di riempire ogni giorno *la scheda d'auto-osservazione* per tutta la durata della terapia

Il formulario d'auto- osservazione

1) Fino a che punto ho l'impressione che il mio problema di gioco sia risolto o guarito?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Per niente		Un poco		Mediamente			Molto		Del tutto	

2) Com'è il mio desiderio di giocare, oggi?

00	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Nulla		Poco		Medio			Alto		Massimo	

3) Fino a che punto ho la sensazione di poter resistere al desiderio di giocare?

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Per niente		Un poco		Mediamente			Molto		Del tutto	

4) Oggi ho giocato? ☐ Sì ☐ No

5) Quanto tempo (ore e minuti) ho giocato oggi? / _____ /

6) Quanto denaro ho speso, senza contare le vincite? / _____ /

7) Specifichi i suoi stati d'animo o gli avvenimenti particolari della giornata

/ _____ /

/ _____ /



Blaszczynski

Verrà ricordata l'ipotesi di abbinare ai trattamenti i soggetti classificandoli con le tipologie di Blaszczynski.

Addiction 2001, 97, 487–499

A pathways model of problem and pathological gambling

Alex Blaszczynski (1) & Lia Nower (2)

1. *Department of Psychology, University of Sydney, Sydney, Australia*
2. *Department of Social Work, University of Missouri-St Louis, St Louis, Missouri, USA*



Classificazione GAP di Blaszczynsky: tre tipologie e abbinamento a trattamenti (Pathway model)

1. **Giocatori condizionati nel comportamento** (presenza di fattori ambientali – disponibilità e accessibilità – in assenza di fattori di vulnerabilità individuali e psicopatologia)
2. **Giocatori vulnerabili sul piano emozionale** (presenza di fattori di vulnerabilità ambientale e individuale, assenza di psicopatologia)
3. **Giocatori con impulsività antisociale** (presenza di fattori di vulnerabilità ambientale e individuale, presenza di psicopatologia)



Classificazione GAP di Blaszczynsky: tre tipologie e abbinamento a trattamenti (Pathway model)

Premessa: Valutazione del Pathway model

"Il modello può essere un metodo valido per categorizzare i giocatori problematici da un punto di vista di gravità clinica all'ingresso.

I tre sottotipi di percorsi clinici differiscono sulla base di alcune caratteristiche all'ingresso, **ma** la classificazione non si è dimostrata in grado di predire l'esito della risposta al trattamento."



Giocatori condizionati nel comportamento

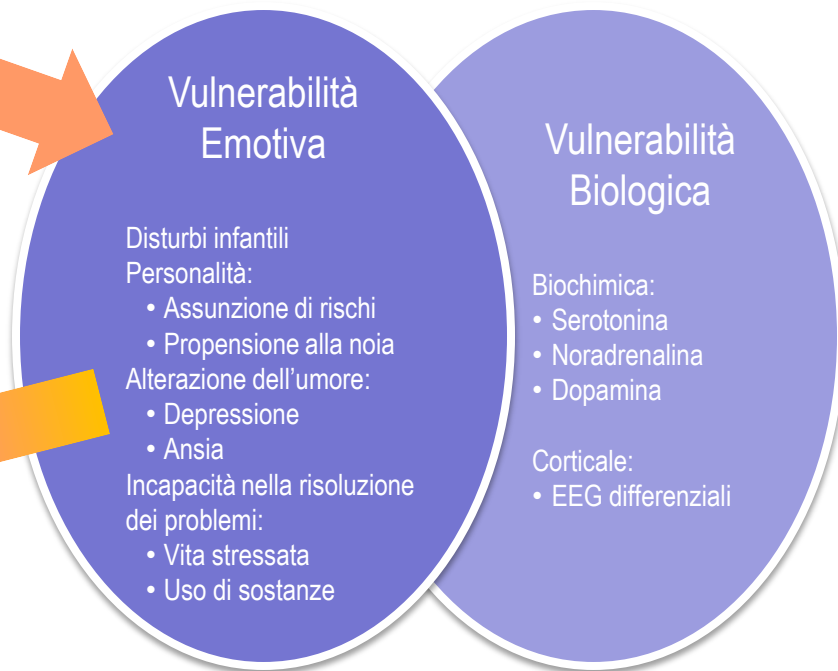


Addiction 2001; 97, 487-499
A pathways model of problem and pathological gambling



Giocatori vulnerabili sul piano emozionale

2

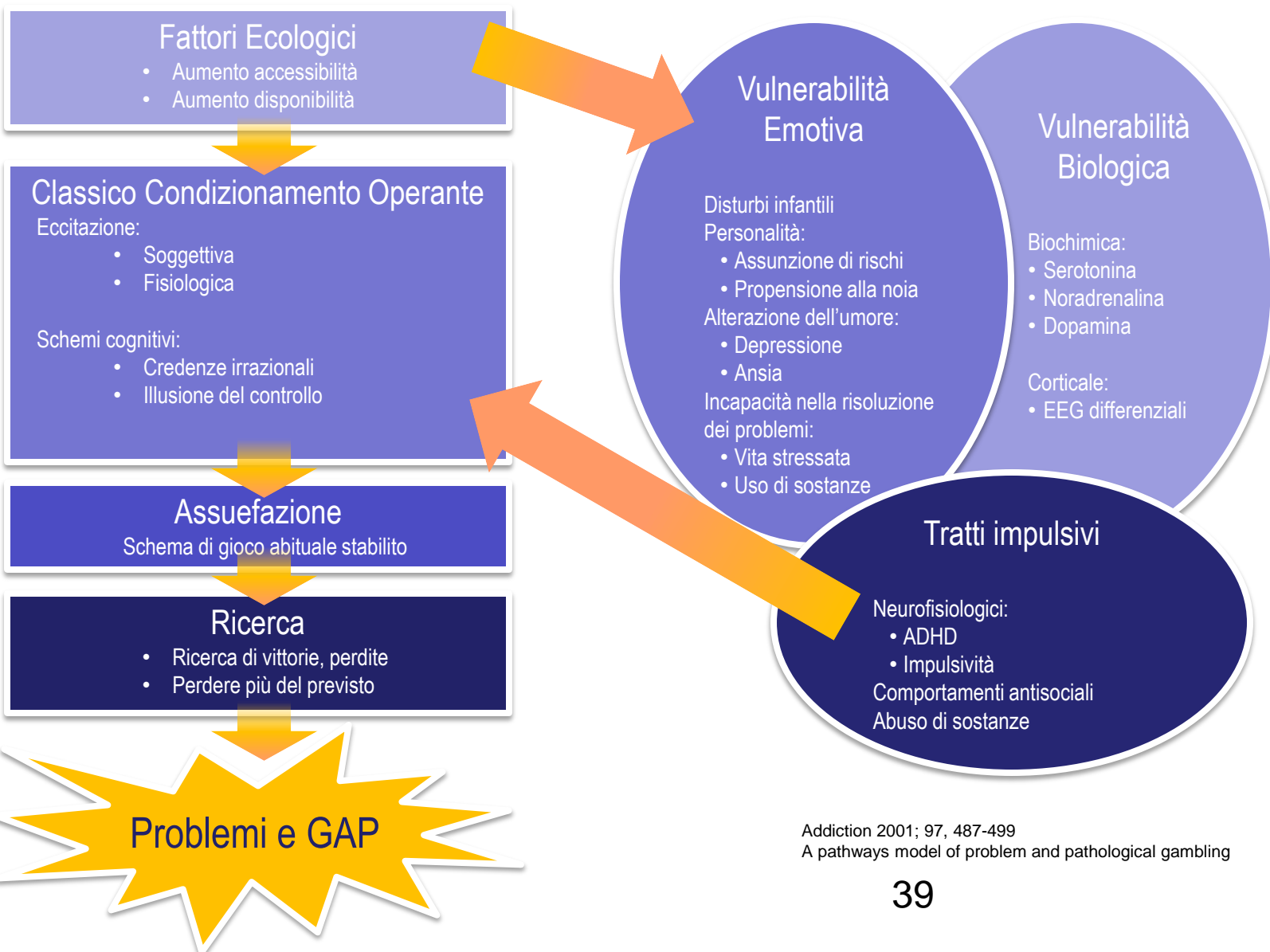


Addiction 2001; 97, 487-499
A pathways model of problem and pathological gambling



Giocatori con impulsività antisociale

3



Addiction 2001; 97, 487-499
A pathways model of problem and pathological gambling

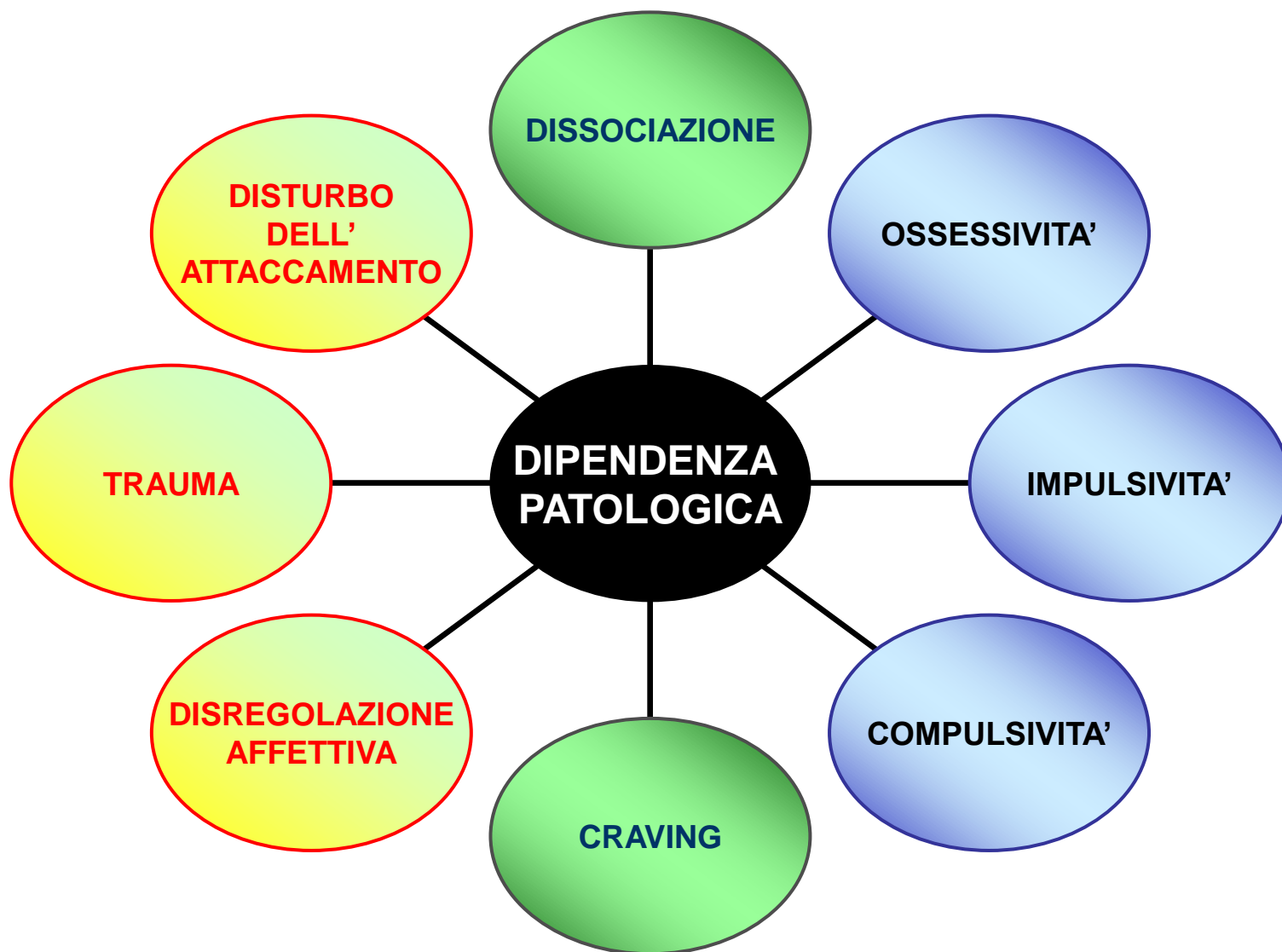


Caretti

Verrà ricordata l'opportunità di estendere la valutazione dei soggetti tenendo conto degli 8 fattori eziopatogenetici di Caretti.



8 fattori eziopatologici dell'addiction





Altri Strumenti

Cenni su strumenti rapidi di identificazione di un GAP anche per figure professionali generaliste (ad es. il Lie bet questionnaire)



Lie/Bet Questionnaire

(di E. E. Johnson et al; traduzione di Tazio Carlevaro)

Ecco un breve questionario, facilmente utilizzabile anche da chi non è specialista formato, per orientare una scelta diagnostica od operativa.

Si basa sul fatto che, secondo gli autori, non tutti i criteri diagnostici elaborati nel DSM-IV hanno la stessa valenza predittiva, ossia non tutti i criteri si ritrovano con la medesima frequenza.

I più frequenti sono la *tendenza ad aumentare la quantità di denaro giocata*, sia per "rincorrere" le perdite, sia per una perdita di controllo sull'attività del gioco e la *tendenza a mentire* a riguardo del gioco.

È difficile (= statisticamente raro) che uno di questi criteri, o magari anche ambedue siano presenti in una persona che **non** abbia problemi di gioco.



Lie/Bet questionnaire

Questo test, assai maneggevole, non dà nessun altro dato, se non appunto la presenza di un gioco problematico.

Non è quindi in grado di distinguere tra gioco problematico e gioco patologico.

Lo svantaggio potrebbe essere una soglia di inclusione troppo elevata, che lascerebbe fuori soggetti patologici (al contrario del SOGS che ce l'ha troppo bassa e classifica come patologici più soggetti del dovuto).

Evidentemente non è legittimo porre una diagnosi solo su due criteri diagnostici (il DSM ne prevede la presenza di almeno 5). Quindi, questo test non ha un'applicazione diagnostica in senso stretto: ma può servire da strumento di screening, in un contesto di medicina di base.



LIE - BET QUESTIONNAIRE

Cognome: _____

Nome _____

Data _____

Età _____

Esaminatore _____

Questo questionario richiede informazioni sulla sua esperienza nel gioco d'azzardo.

La prego di rispondere a queste due domande, indicando la sua risposta con una crocetta sul quadratino corrispondente.

1. Ha mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?

Si ☐ **No** ☐

2. Si è già sentito di dover tenere nascosta l'entità del suo giocare a quelli che le stanno più vicino?

Si ☐ **No** ☐

Valutazione

Se ha risposto di **Si** ad almeno una di queste domande (o magari ad ambedue), lei si trova in una situazione di pericolo rispetto al gioco d'azzardo.

Deve quindi far sì di chiarire la sua situazione al più presto.



Altri strumenti utili ad identificare tratti salienti in alcune tipologie di giocatori

BIS – Barrat Impulsiveness Scale
per quel che riguarda **l'impulsività**

GRCS – Gambling Related Cognition Scale
GABS – Gambling Attitudes and Beliefs
Survey
per quel che riguarda le distorsioni cognitive



BIS

Barrat Impulsivness Scale

Scala in autosomministrazione

Trenta domande

Risposte possibili su scala Likert a 4 punti

Punteggio totale da minimo 30 a massimo 120
punti

Punteggi medi:

63,8 - Controlli

69,3 - Sogg. Con comp. Di abuso

71,4 - Pazienti psichiatrici

76,3 - Maschi reclusi



BIS

Barrat Impulsivness Scale

3 Sottoscale

Impulsività attentiva

Impulsività Motoria

Impulsività da non pianificazione

Pag. 128 manuale strumenti diagnostici

Esempi di item:

Non presto attenzione

Agisco d'impulso

Programmo accuratamente le mie attività



GRCS – Gambling Related Cognition Scale

23 domande

Risposte possibili su scala Likert a 7 punti (da completamente in disaccordo a completamente d'accordo)

Vengono considerate 5 variabili:

- Aspettative dal gioco

- Illusione di controllo

- Controllo predittivo

- Incapacità a smettere di giocare

- Distorsioni interpretative



GRCS - Gambling Related Cognitions Scale

Raylu N. & Oei T., 2003

Tradotto da Fiorin A. E Bellio G.

	in disaccordo			Né in disaccordo Né in accordo	d'accordo		
	fortemente	moderatamente	lievemente		lievemente	moderatamente	fortemente
Giocare mi rende più contento							
Se non gioco non riesco a funzionare bene							
pregare mi aiuta a vincere							
Quando si gioca, prima o poi si finirà di perdere e si comincerà a vincere							
Attribuire le mie vincite alle mie capacità e abilità mi fa continuare a giocare							
Giocare fa sembrare migliori le cose							



GABS – Gambling Attitudes and Beliefs Survey

(Breen R.B. & Zuckerman M., 1999)

35 domande

Risposte possibili su scala Likert a 4 punti (da fortemente in disaccordo a molto d'accordo)

Ogni item può ricevere un punteggio da 1 a 4

Il punteggio totale va da 35 a 140

Il GABS è scaricabile al link: <http://gambling.dronet.org/assessment.html>



GABS – Gambling Attitudes and Beliefs Survey

	Molto d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo
1 Giocare mi fa sentire realmente vivo				
2 Se è da un po' che non vinco probabilmente sono prossimo ad una grande vincita				
3 Non c'è modo di sapere se avrò fortuna o sfortuna				
4 Nutro rispetto per qualcuno che scommette forte riuscendo a rimanere calmo e freddo				
5 Quando sto giocando mi capita talvolta di scordare il tempo che passa				
6 So quando sono in vena				
7 Mentre gioco l'importante è comportarmi come se fossi calmo, anche se non lo sono				
8 Alcune persone sono sfortunate				
9 Quando vinco mi sento alla grande				
10 Quando gioco è importante sentirsi sicuri				



Riferimenti Utili

Buona parte di questi strumenti sono reperibili rinvenibili nel testo: *Capitanucci D. & Carlevaro T. (2004) "Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nella dipendenza da gioco d'azzardo", cd-rom, Hans Dubois Ed., Bellinzona, scaricabile al link:*

http://www.andinrete.it/portale/documenti/pdf/manuale_strumenti_diagnostici_gap.pdf

Ulteriori strumenti sono descritti nel volume: *Grant J.E. & Potenza M.N. (2010) "Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento". Ed. it. a cura di Clerici M., Springer.*

Ulteriori risorse sul sito www.andinrete.it , *Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze*



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

GAMBLING

Evidenze scientifiche

**ASPETTI CLINICI
GENERALI E PERCORSI
EVOLUTIVI**

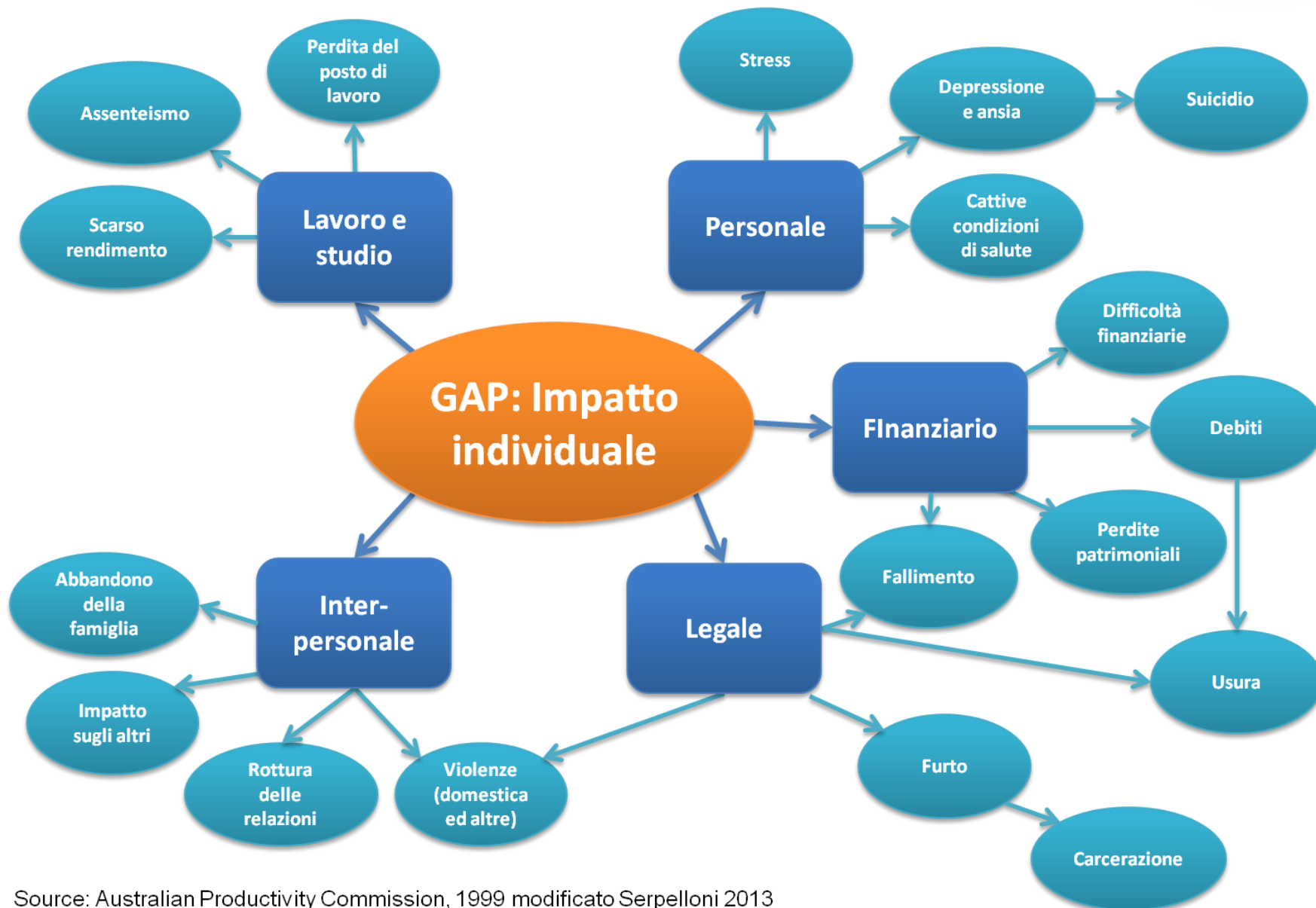


Coordinamento Nazionale Dipendenze



Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



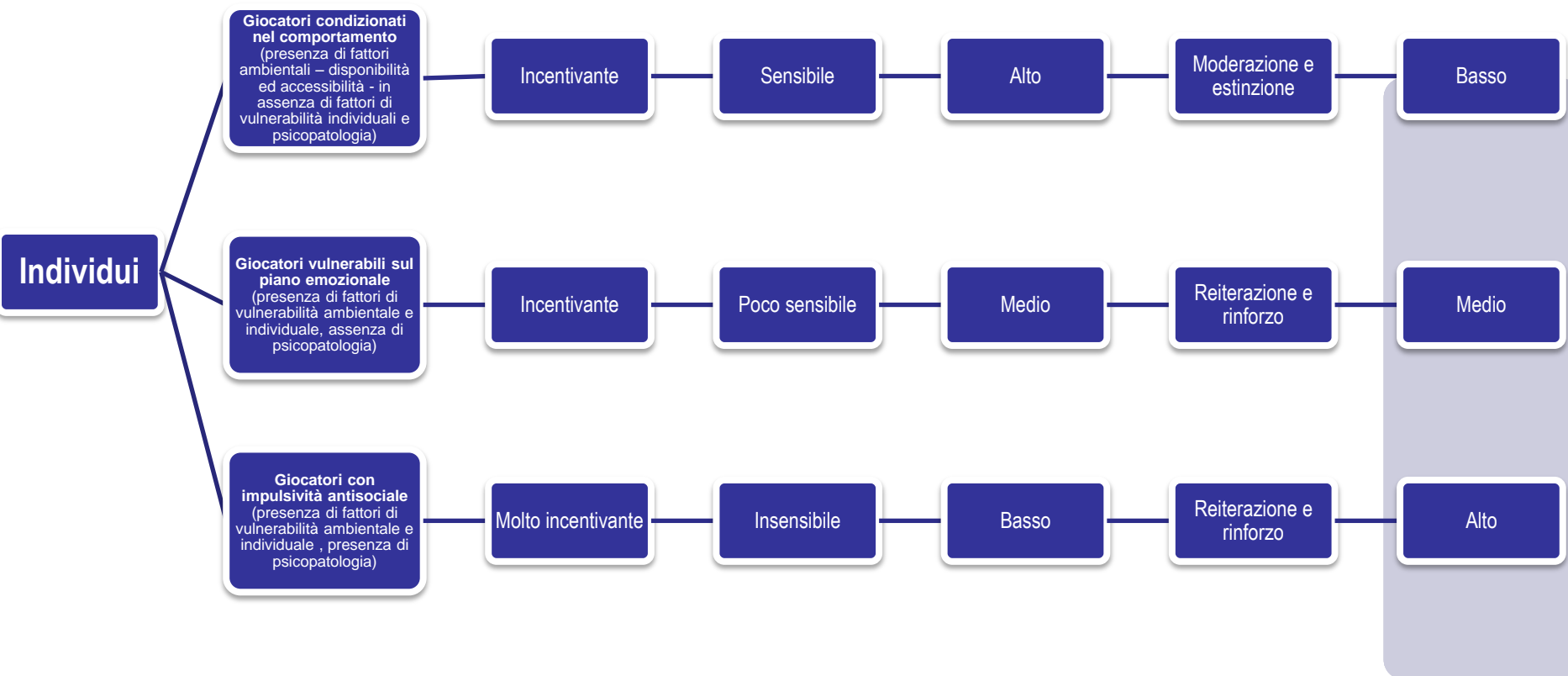


Gambling problematico e Gambling patologico: evidenze scientifiche

PERCORSO EVOLUTIVO
G.A. → G.A.PRO → G.A.PAT.



Percorsi comportamentali: modelli e rischi diversi

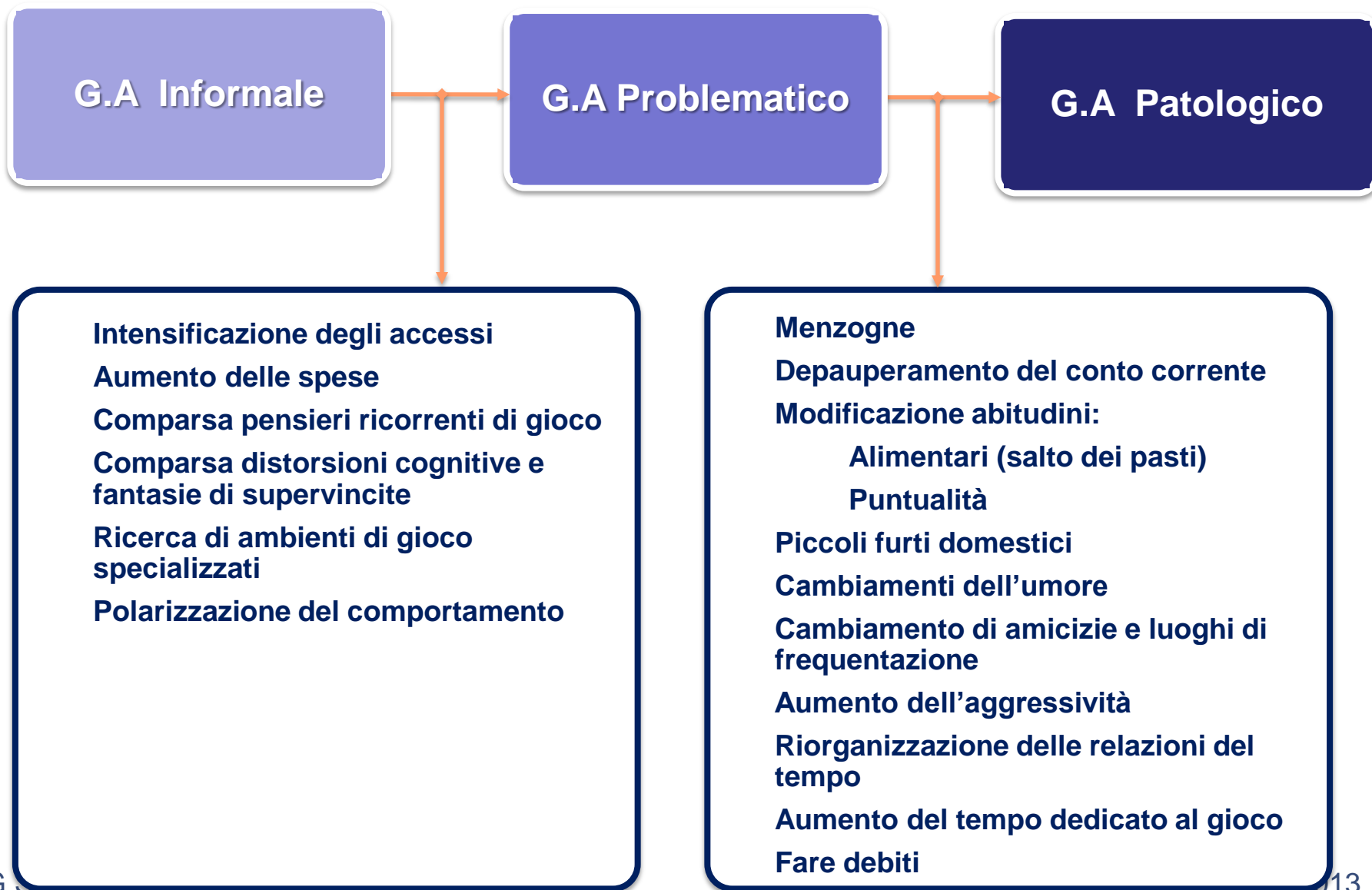


Addiction 2001, 97, 487–499: A pathways model of problem and pathological gambling

Alex Blaszczynski (1) & Lia Nower (2)

1. Department of Psychology, University of Sydney, Sydney, Australia
2. Department of Social Work, University of Missouri-St Louis, St Louis, Missouri, USA

Sintomi sentinella dell'evoluzione





Decorso comportamentale del G.A.P. (Patologia progressiva – Rosenthal 1992)





Decorso comportamentale del G.A.P.

(progressione della cura – Serpelloni 2012)





Gambling problematico e Gambling patologico: evidenze scientifiche

PRINCIPALI CARATTERISTICHE CLINICHE



G.A.P.: profili e caratteristiche cliniche -1

■ Fattore scatenante:

- Aumentata accessibilità ed esposizione al gioco d'azzardo
- Grave evento stressante
- Grossa vincita iniziale

■ Progressione da G.A. ricreativo a G.A.P.:

- (Tavares H, Zilberman ML, Beites FJ, et al: Gender differences in gambling progression. J Gambl Stud 17:151-159, 2001)
 - Uomini = 4,6 anni
 - Donne = 1 anno (progressione più rapida)
 - Range da G.A.R a G.A.P. = 0 a 33 anni



G.A.P.: profili e caratteristiche cliniche - 2

■ Fasi:

1. Persone che non giocano d'azzardo
2. Persone che giocano in maniera ricreativa, informale, senza conseguenze avverse
3. Persone con gioco d'azzardo problematico con conseguenze avverse negative
4. Persone con gioco d'azzardo patologico (GAP):
 - Con conseguenze avverse molto gravi e comorbidità
 - Con soddisfazione criteri diagnostici
5. Persone con GAP che richiedono supporto

■ **Tempo medio dedicato/settimanalmente** = 16 ore

- (Grant JE, Kim SW: Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. J Clin Psychiatry 62:957-962,2001)

■ **Perdita finanziaria media** 45% del reddito annuo (molto variabile)

G.A.P.: profili e caratteristiche cliniche - 3

- **Menzogne** alla famiglia nel 44% dei soggetti
- **Presenza di attività criminale** tra il 20-80%:
 - Assegni scoperti
 - Appropriazione indebita
 - Furto
 - Evasione fiscale
 - Prostituzione
- Spesso associate a **disturbo antisociale**
- Presenza frequente di **problemi sul lavoro** (assenteismo, calo delle prestazioni, perdita del lavoro) e **in famiglia**
- Alta frequenza di **tentativi di suicidio** o **suicidi portati a termine**, con condizioni associate:
 - Depressione
 - Debiti consistenti
 - Difficoltà relazionali



Livelli di Gioco d'Azzardo

Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J: Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta-Analysis. Boston, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions, 1997

Livelli	Specifiche	Risposta al trattamento
Livello 0	Persone che non giocano d'azzardo	<i>Non necessario</i>
Livello 1	Persone che giocano in maniera ricreativa, informale, senza conseguenze avverse	<i>Non necessario</i>
Livello 2	Persone con gioco d'azzardo problematico con conseguenze avverse negative	<i>Alta</i>
Livello 3	Persone con gioco d'azzardo patologico (GAP): <ul style="list-style-type: none">•Con conseguenze avverse molto gravi e comorbidità•Con soddisfazione criteri diagnostici	<i>Bassa</i>
Livello 4	Persone con GAP che richiedono supporto	<i>Media</i>



Gioco d'azzardo e danni correlati tra gli adolescenti

J Gambl Stud. 2012 Feb 26. [Epub ahead of print] Gambling-Related Harms Among Adolescents: A Population-Based Study.
Raisamo S, Halme J, Murto A, Lintonen T. Source

**danni più
comuni
riportati tra i
giocatori
adolescenti**

- **17% Senso di colpa o di vergogna a causa del gioco**
- **13% Problemi di relazioni sociali**
- **10% Interruzioni del normale ritmo quotidiano**



Sottotipi di Giocatori Patologici

(Moran E: Varieties of pathological gambling. Br Psychiatry 116:593-597, 1970)

Tipo di gioco d'azzardo	Prevalenza	Descrizione e specifiche
Nevrotico	34%	Il gioco d'azzardo è motivato in risposta a un problema emotivo, quale conflitto di coppia, e si placa quando il conflitto è risolto
Psicopatico	24%	Il gioco d'azzardo appare come uno schema
Impulsivo	18%	Il gioco d'azzardo è accompagnato da una perdita di controllo
Sotto-culturale	14%	La persona gioca d'azzardo per sentirsi adatta al gruppo dei pari ma successivamente ha difficoltà a controllare il gioco.
Sintomatico	10%	Il gioco d'azzardo è associato con altri disturbi mentali quali, ad esempio, depressione, ed è considerato un fenomeno secondario



Classificazione GAP di Blaszczynsky: tre tipologie e abbinamento a trattamenti (Pathway model)

Premessa: Valutazione del Pathway model

"Il modello può essere un metodo valido per categorizzare i giocatori problematici da un punto di vista di gravità clinica all'ingresso.

I tre sottotipi di percorsi clinici differiscono sulla base di alcune caratteristiche all'ingresso, **ma** la classificazione non si è dimostrata in grado di predire l'esito della risposta al trattamento."

Ledgerwood and Petry
Psychol Addict Behav 2010; doi:10.1037/a0019906
Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression and anxiety



Classificazione GAP di Blaszczynsky: tre tipologie e abbinamento a trattamenti (Pathway model)

1. **Giocatori condizionati nel comportamento** (presenza di fattori ambientali – disponibilità e accessibilità – in assenza di fattori di vulnerabilità individuali e psicopatologia)
2. **Giocatori vulnerabili sul piano emozionale** (presenza di fattori di vulnerabilità ambientale e individuale, assenza di psicopatologia)
3. **Giocatori con impulsività antisociale** (presenza di fattori di vulnerabilità ambientale e individuale, presenza di psicopatologia)

*Addiction 2001; 97, 487-499
A pathways model of problem and pathological gambling*



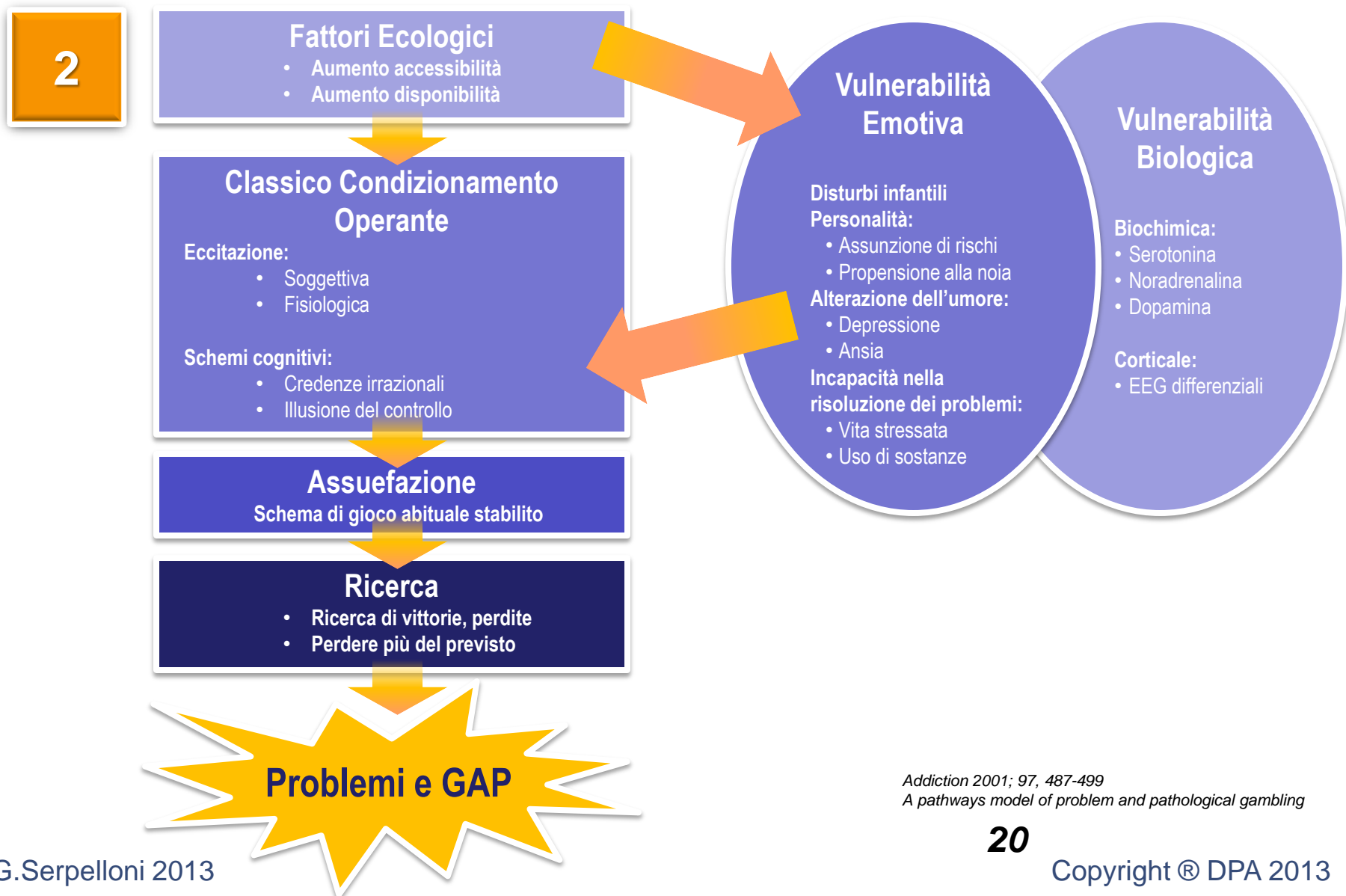
Giocatori condizionati nel comportamento



Addiction 2001; 97, 487-499
A pathways model of problem and pathological gambling



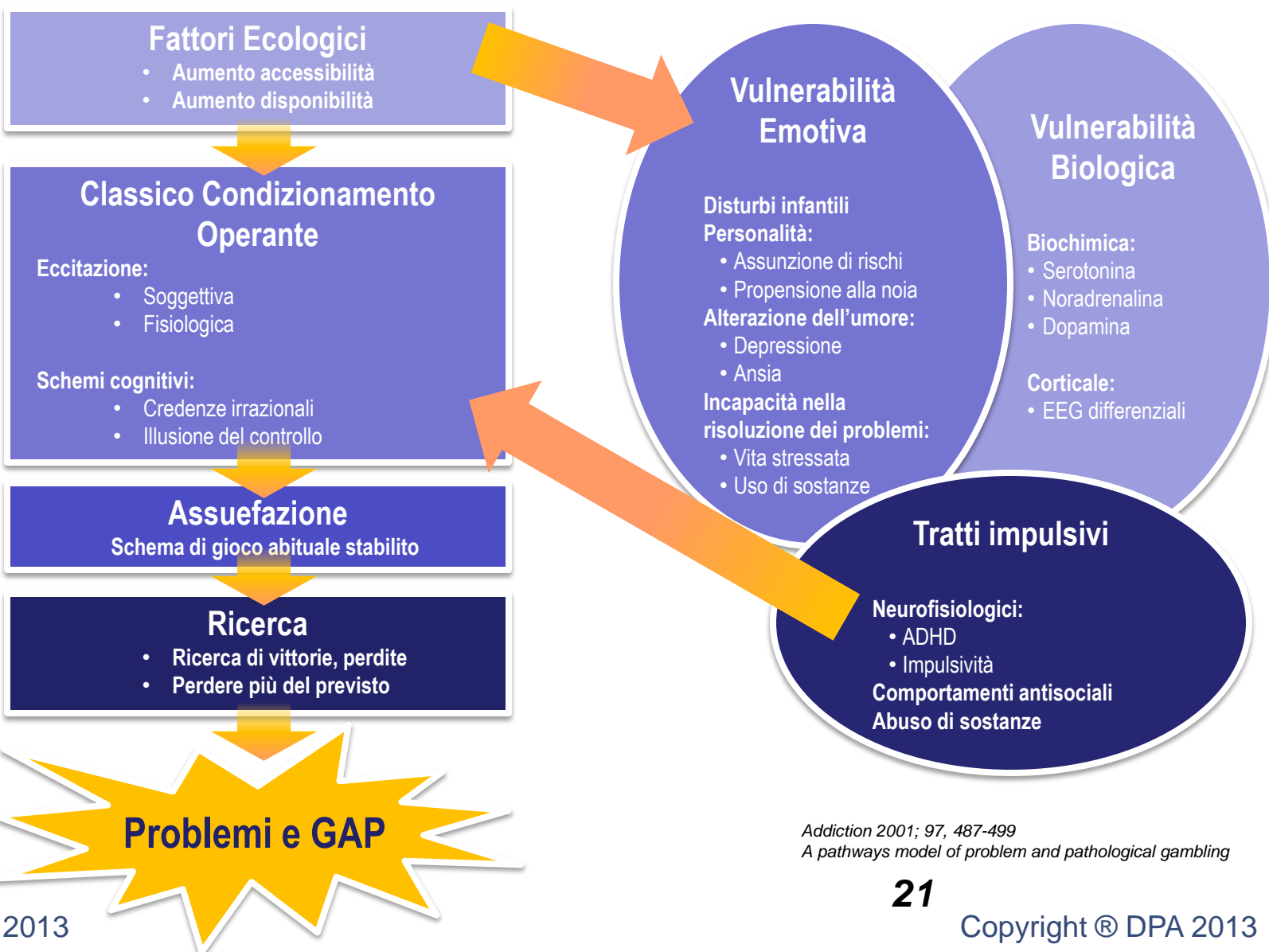
Giocatori vulnerabili sul piano emozionale





Giocatori con impulsività antisociale

3

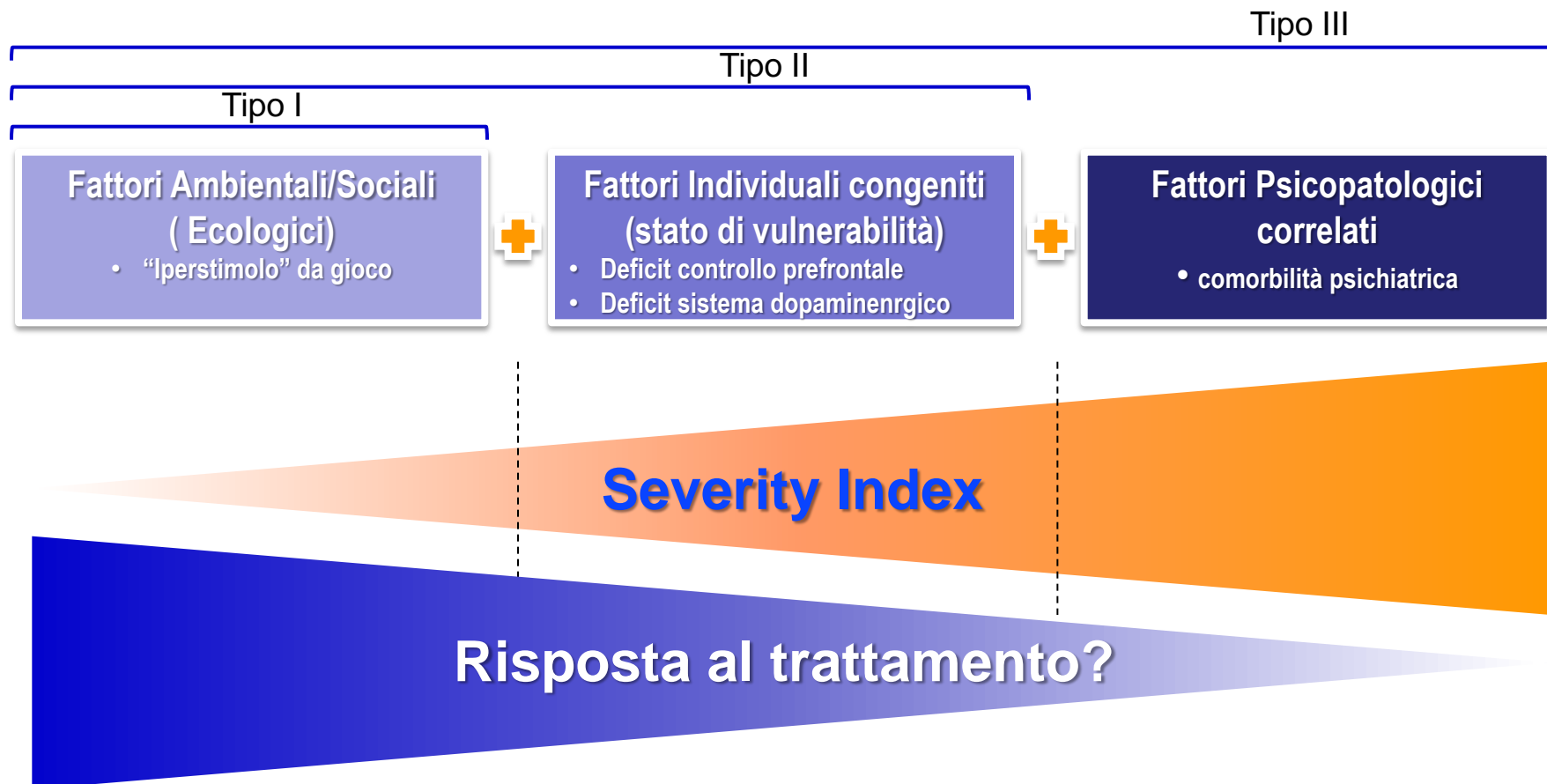


Addiction 2001; 97, 487-499
A pathways model of problem and pathological gambling



Un modello neuro-psico-sociale: fattori incrementanti la gravità clinica e tipologia di quadri clinici differenziati

(G. Serpelloni e R. Mollica, 2013)





G.A.P. e comorbidità psichiatrica

(Grant JE, Potenza MN, Il gioco d'azzardo patologico, Argo TR, Black DW, Caratteristiche Cliniche, 37-58, 2010)

- 76% Depressione maggiore
- 72% Disturbo bipolare
- 38% Ipomania
- 13-78% Disturbo dell'umore e alti livelli di ansia
- 20% Deficit di attenzione/iperattività
- 8-43% Disturbi del controllo degli impulsi
- 28% Associazione con dipendenza da alcol
- 10-52% Abuso di sostanze
- 15-40% Disturbo antisociale
(dal 1,1 al 3% nella popolazione generale)



G.A.P. Comorbidità psichiatrica

Comorbidità	Prevalenza	Bibliografia
Disturbi dell'umore	60-76%	Linden RD, Pope HG Jr, Jonas JM: Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. J Clin Psychiatry 47:201-203, 1986 Martin 2004
Disturbi d'ansia	16-40%	Crockford DN, el-Guebaly N: Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. Can J Psychiatry 43:43-50, 1998
Uso di sostanze	33-63%	Black DW, Moyer T: Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. Psychiatr Serv 49: 1434-1439, 1998



Fattori primari del G.A.P.

Fattore	Tratti associati
Disturbo psicologico	Genere femminile Tendenza al suicidio Frequente storia familiare psichiatrica
Ricerca di sensazioni	Storia di abuso di alcol o di sostanze.
Criminalità e vivacità	Attività criminale
Impulsività e schemi di comportamento antisociale (Steel e Blaszczyński 1996)	Insorgenza precoce del gioco d'azzardo Storia lavorativa mediocre Separazione o divorzio dovuti al gioco d'azzardo Atti illegali dovuti al gioco d'azzardo impulsivo

Alterazioni cognitivo-comportamentali nel GAP

Irrealistiche
aspettative e
previsione di
ricompensa

Compulsione

Processi decisionali
e autocontrollo

Esagerato
ottimismo sui
possibili risultati di
gioco

Applicazione
ripetitiva
nonostante
l'assenza di
ricompensa e la
presenza di effetti
avversi

Non corretta stima
del rischio e delle
conseguenze
Deficit controllo
volontario

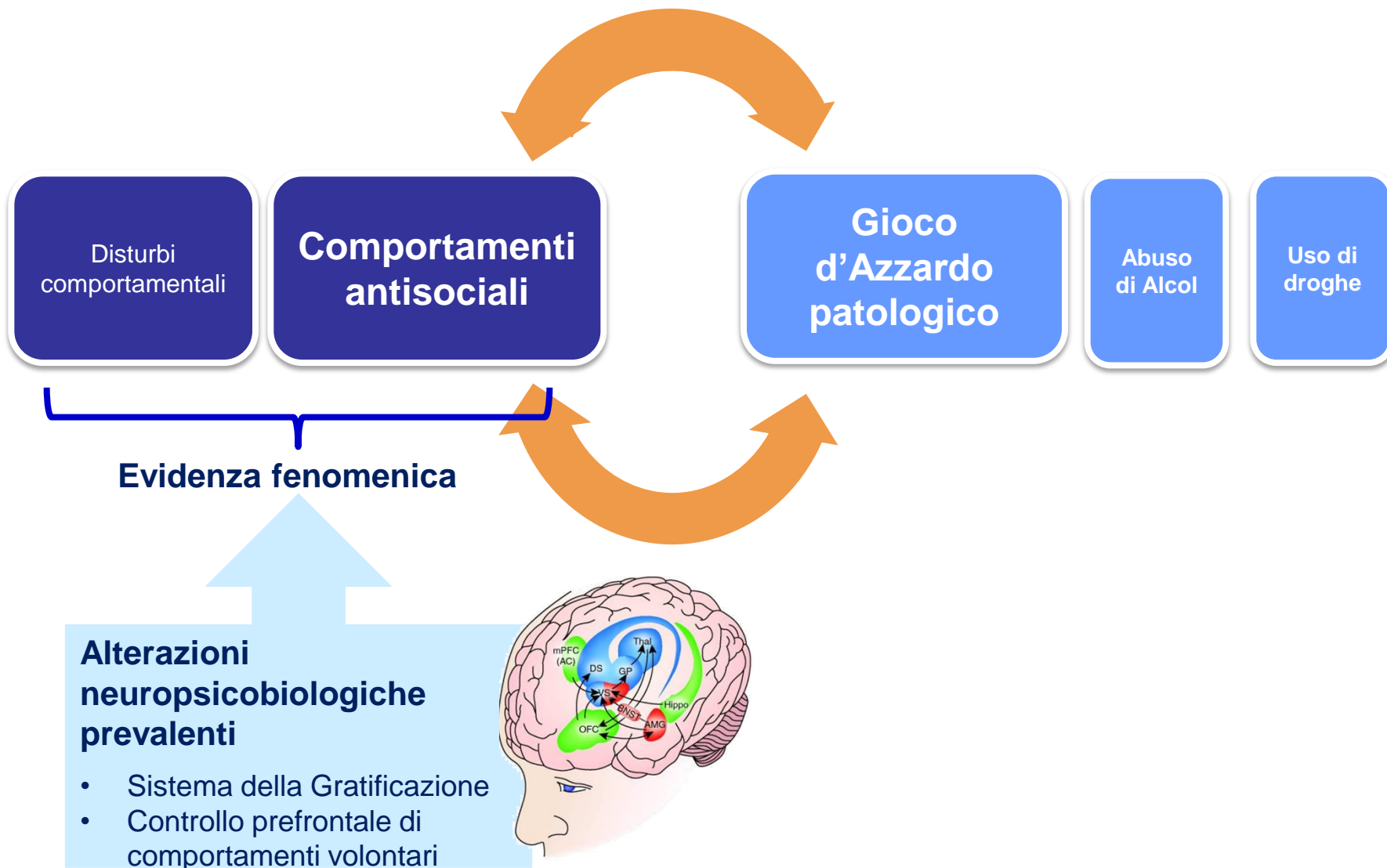


Principali errori cognitivo-comportamentali nei pazienti con GAP

N	Errori cognitivo-comportamentali
1	Illusione di poter esercitare un controllo sul caso (es: lancio dei dadi)
2	Percezione di poter influenzare il risultato di un evento del tutto casuale
3	Interpretazioni di segnali e sensazioni corporee come «vincita imminente»
4	Autoconvincimento distorto di avere grandi abilità di gioco grazie all'esperienza (es: il «migliore» giocatore con le slot machine)
5	Superstizione (usare amuleti o vestiario «porta fortuna»)
6	Poter controllare la fortuna
7	Credere in «segnali» ambientali che predicono la fortuna
8	Credere che una serie di perdite avvicini la vincita
9	Ricordare la vincita e dimenticare le perdite (memoria selettiva)
10	Errori del calcolo delle probabilità (credenze errate sulla casualità)



G.A.P. e comportamenti antisociali





Coesistenza

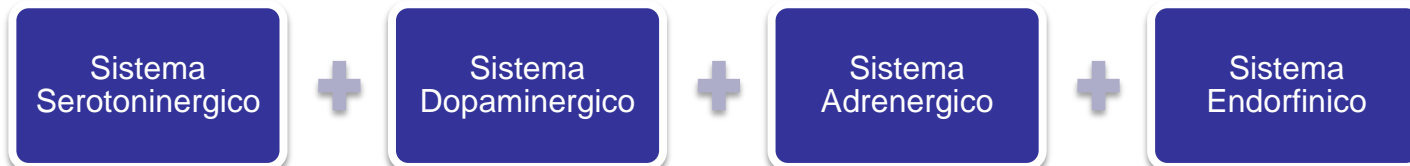
G.A.P., uso di sostanze, disturbi del controllo degli impulsi

Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN: Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. Am J psychiatry 160:1041-1052, 2003
Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, et al: Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. Am J Psychiatry 158:1500-1505, 2001

Caratteristiche comuni confermate da:



Alterazioni comuni



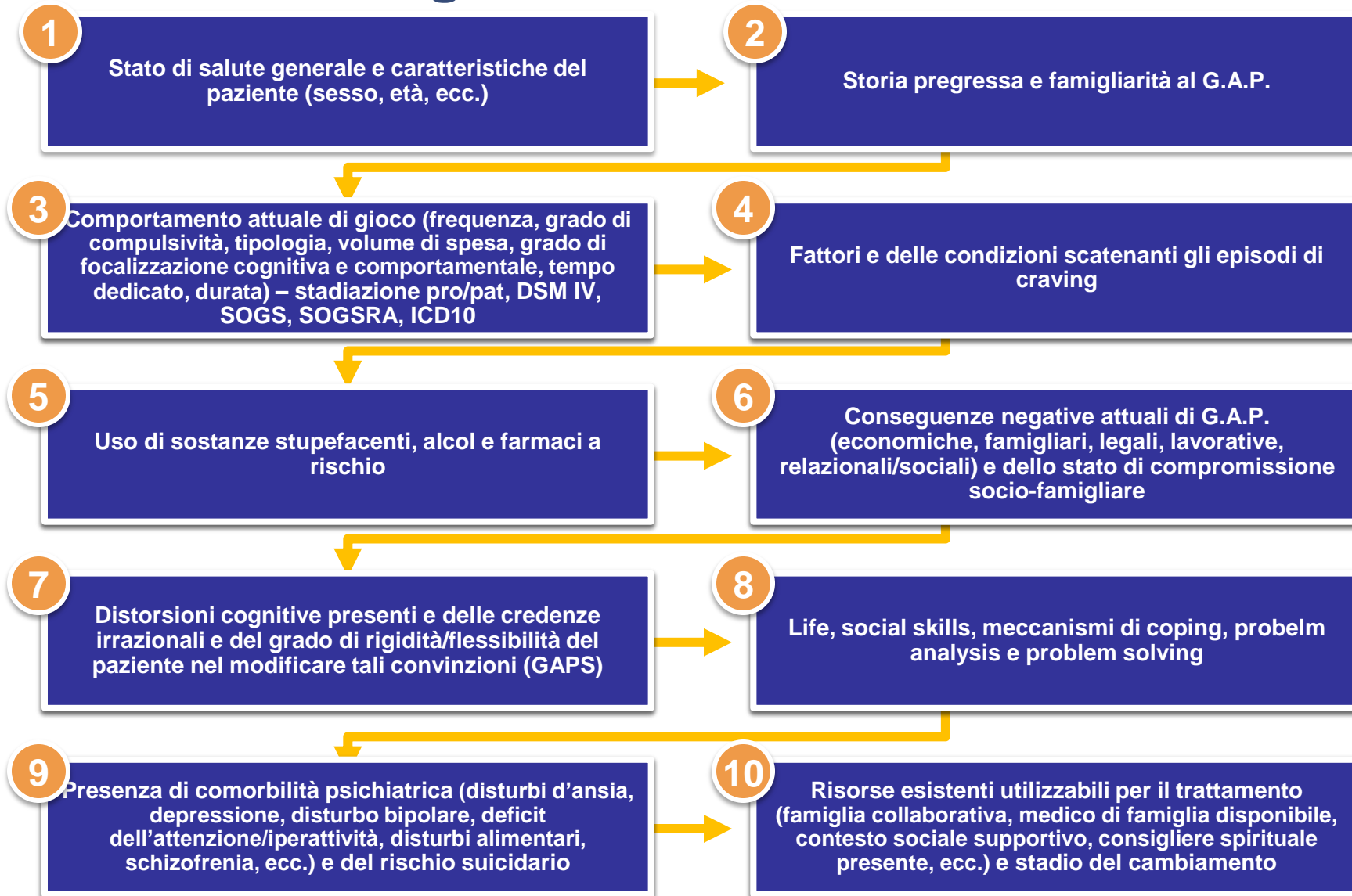
**Alterazioni sistemi inibitori
prefrontali**



**Aumento della spinta
pro-motivazionale alla
ricerca dello stimolo**



Processo diagnostico: 10 aree di valutazione





Possibili LEA nel GAP

N	Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
1	Diagnosi precoce dei comportamenti a rischio e dei fattori di vulnerabilità,
2	Corretto <i>assessment</i> iniziale multidisciplinare (medica, psicologica, sociale, educativa, legale) orientato per pazienti con GAP e successiva diagnosi specialistica (strumenti standard e tecniche validate)
3	Diagnosi delle patologie eventualmente correlate
4	Supporto generale mediante colloqui di <i>counseling</i> motivazionale,
5	Terapie cognitivo-comportamentali individuali e/o di gruppo in associazione con interventi di auto aiuto,
6	Trattamenti farmacologici specialistici per le comorbidità associate,
7	Supporto educativo alla famiglia
8	Diagnosi e trattamenti per la dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol.
9	Programmi specifici per la prevenzione e gestione delle recidive
10	Programmi specifici per la valutazione e la prevenzione del rischio suicidario.



G.A.P. terapie cognitivo comportamentali

Opzioni di Intervento per la Riabilitazione G.A.P.

Cessazione
del gioco
d'azzardo
(totale e non
parziale)

Consueing
individuale

Trattamento
ambulatoriale

- Di gruppo
- Individuale

Programmi
residenziali

Gestione
della
comorbidità
psichiatrica

Gestione
della
dipendenza
da sostanze

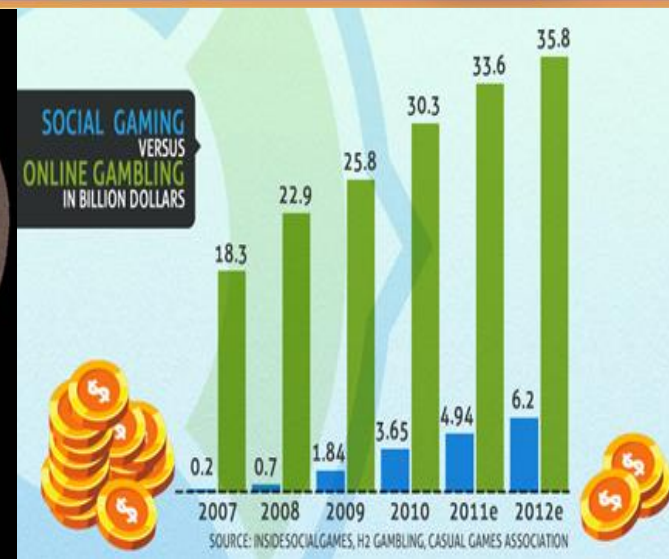


Grazie per l'attenzione



Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



Terapia Cognitivo Comportamentale e Gioco d'Azzardo Patologico

La Strategia MetaCognitiva

Dott. Gabriele Zanardi

*Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze,
Medicina Sperimentale e Forense*

Department of Brain and Behavioural Sciences

Università degli studi di Pavia

gabriele.zanardi@unipv.it

gabriele.zanardi@gmail.com

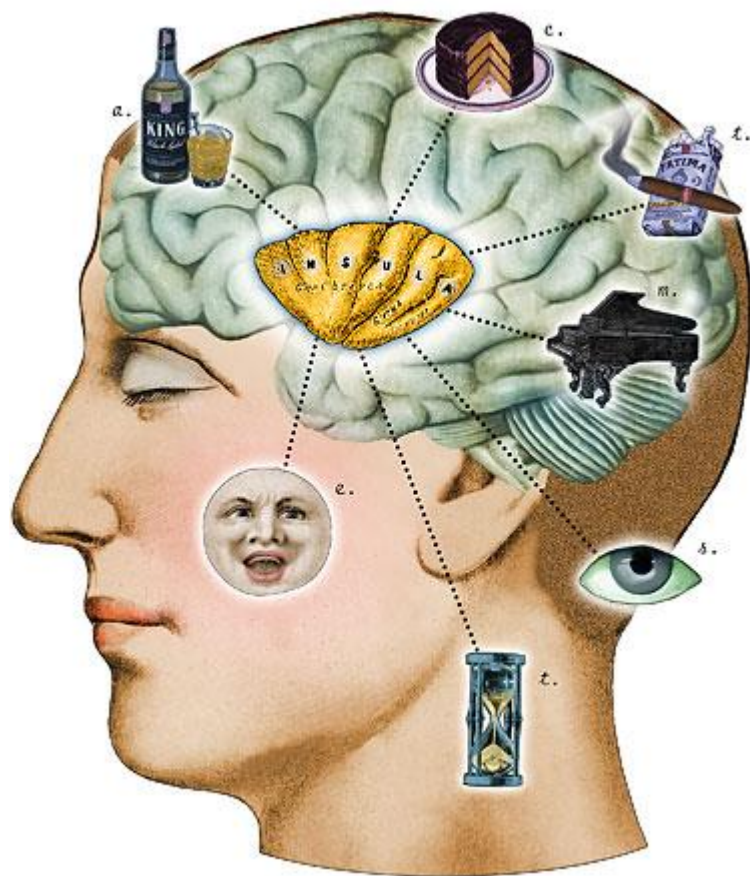




Idee

Suggerimenti

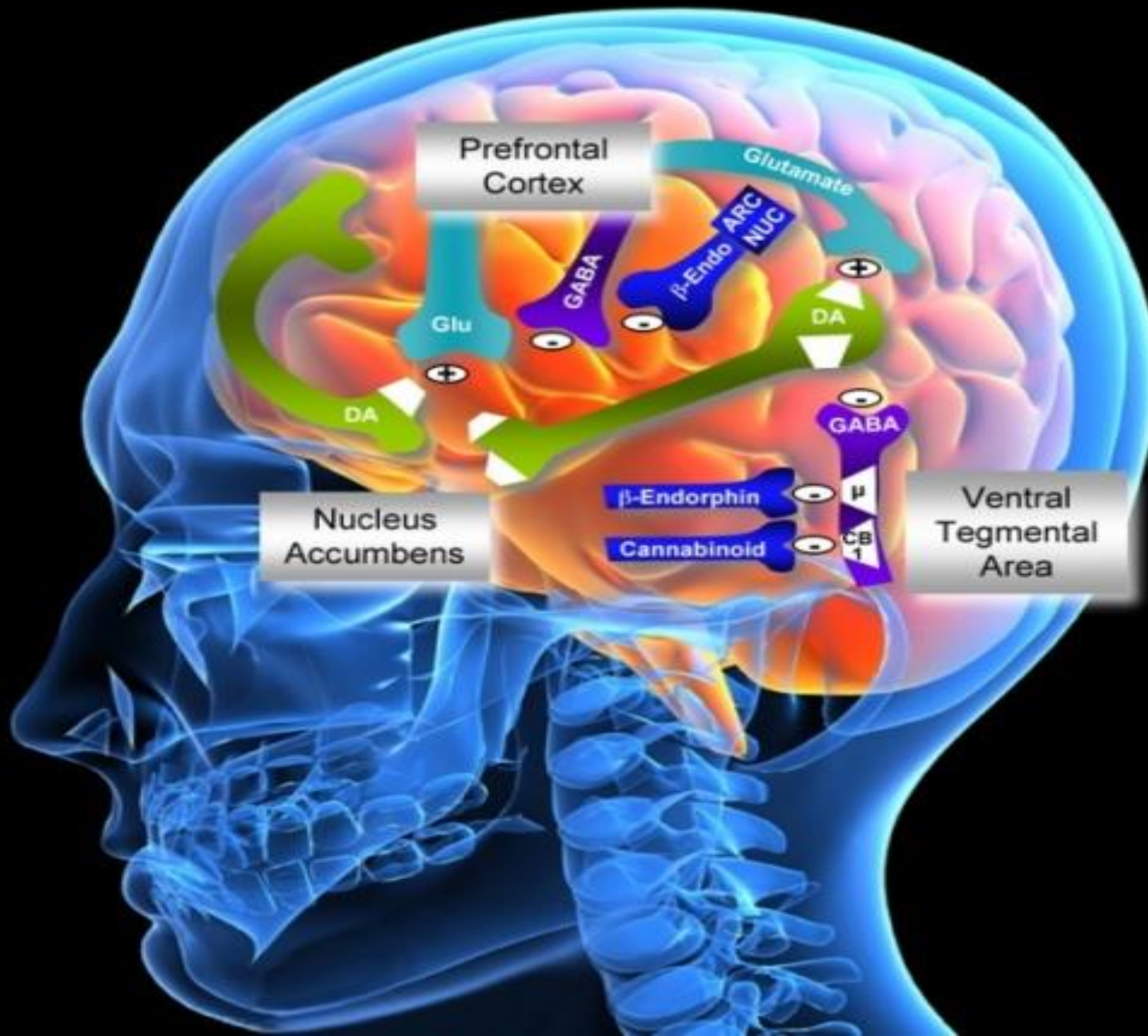
Provocazioni



PHYSIOLOGICAL ROLE OF PLEASURE Cabanac M.

A given stimulus can induce a pleasant or unpleasant sensation depending on the subject's internal state. The word alliesthesia is proposed to describe this phenomenon. It is, in itself, an adequate motivation for behavior such as food intake or thermoregulation. Therefore, negative regulatory feedback systems, based upon oropharyngeal or cutaneous More

Science 17 September 1971:
Vol. 173 no. 4002 pp. 1103-1107
DOI:10.1126/science.173.4002.1103





ELSEVIER

SciVerse ScienceDirect

Current Opinion in

Neurobiology

A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction

Xavier Noël¹, Damien Brevers¹ and Antoine Bechara²

Recent concepts of addiction to drugs (e.g. cocaine) and non-drugs (e.g. gambling) have proposed that these behaviors are the product of an imbalance between three separate, but interacting, neural systems: an impulsive, largely amygdala–striatum dependent, neural system that promotes automatic, habitual and salient behaviors; a reflective, mainly prefrontal cortex dependent, neural system for decision-making, forecasting the future consequences of a behavior, and inhibitory control; and the insula that integrates interoception states into conscious feelings and into decision-making processes that are involved in uncertain risk and reward. These systems account for poor decision-making (i.e. prioritizing short-term consequences of a decisional option) leading to more elevated addiction risk and relapse. This article provides neural evidence for this three-systems neural model of addiction.

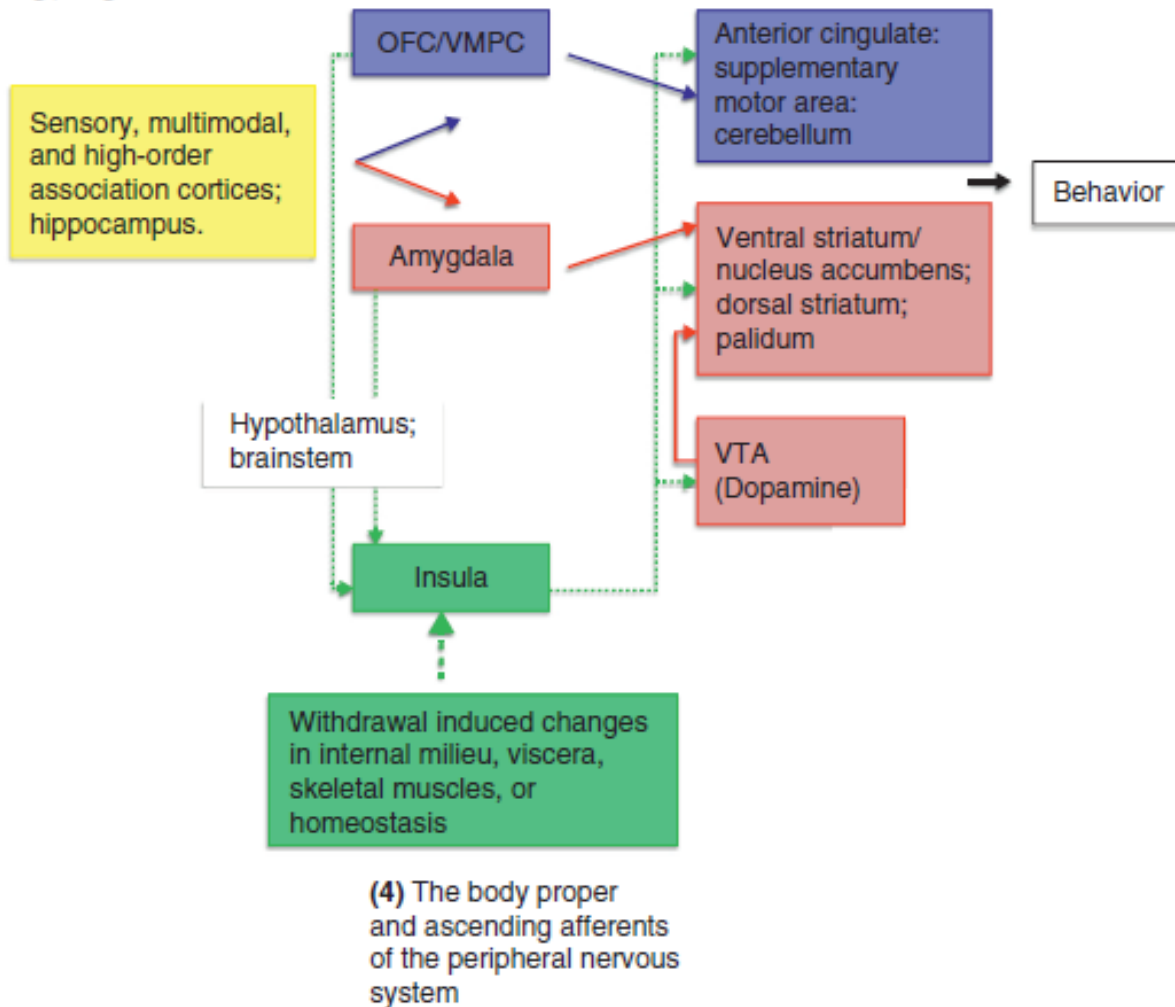


Neural Structures involved in:

(1) Appraisal of incentives or motivationally competent stimuli, e.g., drug cues.

(2) Triggering (induction) of motivational state.

(3) Execution of motivational state.





Amigdala e Striato + ATV

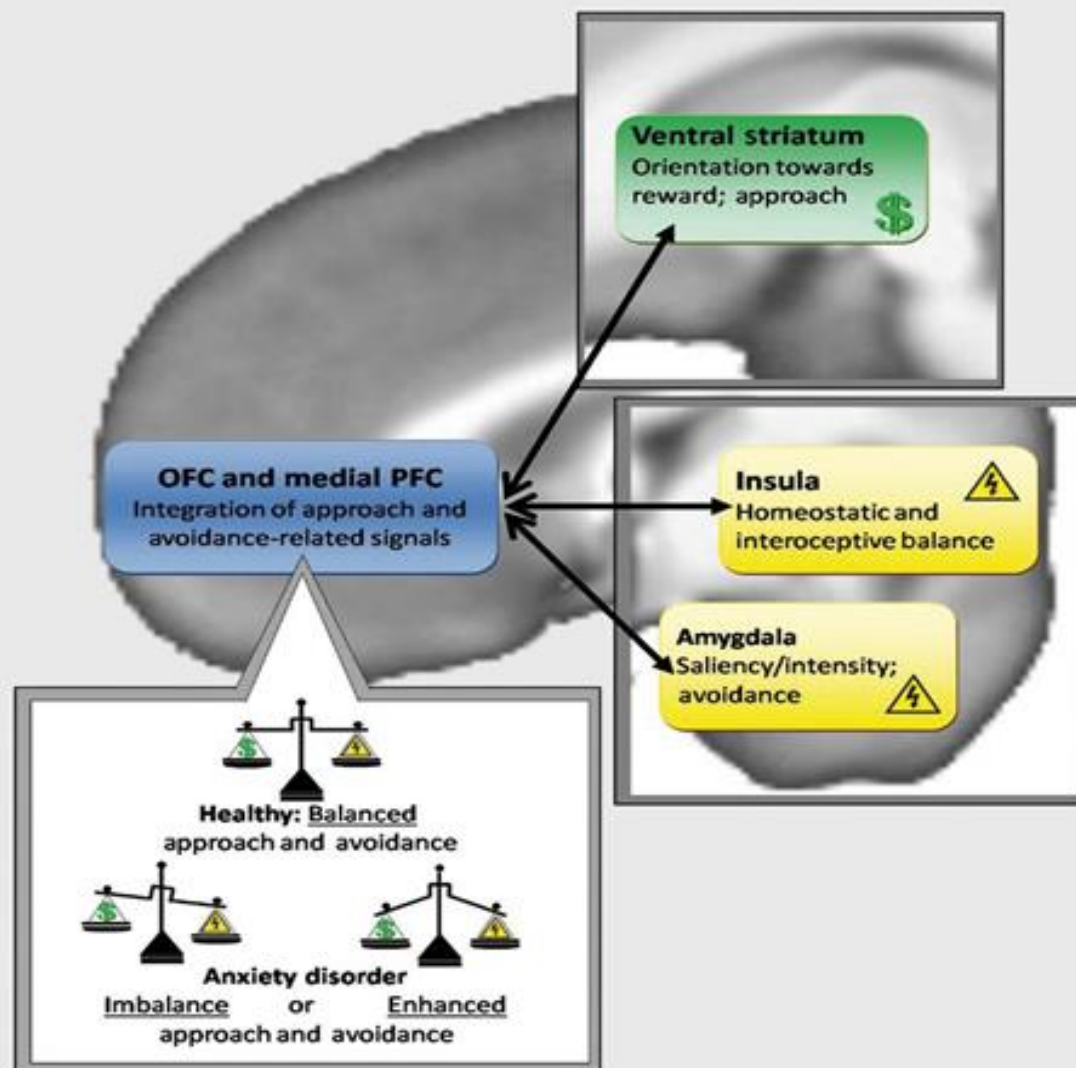
- **Incentivazione motivazionale Reward**
- **Rinforzo comportamento**
- **Rilevanza fattori che predicono piacere**
- **Automatizzazione**

Corteccia Prefrontale Ventre Mediale (sistemi «Cool» and «Hot»)

- **Cool: Working Memory, inibizione comportamentale, mental shifting**
- **Hot: modulazione di risposte su stati affettivi emozionali**

Insula

- **Interocezione e valutazione soggettiva emotiva**
- **Capacità di dirottare risorse cognitive**
- **Monitoraggio e modulazione sistemi Top - Down**



Clinical research

Neural systems underlying approach and avoidance in anxiety disorders

Aupperle Robin L., PhD; P. Paulus Martin, MD

Dialogues Clin Neurosci. 2010;12:517-531.



Article

Risk Taking and the Adolescent Reward System: A Potential Common Link to Substance Abuse

Sophia Schneider

Jan Peters, Ph.D.

Uli Bromberg

Stefanie Brassen, Ph.D.

Stephan F. Miedl, Ph.D.

Tobias Banaschewski, M.D.

Gareth J. Barker, Ph.D.

Patricia Conrod, Ph.D.

Herta Flor, M.D.

Hugh Garavan, Ph.D.

Andreas Heinz, M.D.

Bernd Ittermann, Ph.D.

Mark Lathrop, Ph.D.

Eva Loth, Ph.D.

Karl Mann, M.D., Ph.D.

Jean-Luc Martinot, M.D., Ph.D.

Frauke Nees, Ph.D.

Tomas Paus, M.D., Ph.D.

Marcella Rietschel, M.D.

Trevor W. Robbins, Ph.D.

Michael N. Smolka, M.D.

Rainer Spanagel, Ph.D.

Andreas Ströhle, M.D.

Maren Struve, Ph.D.

Gunter Schumann, M.D.

Christian Büchel, M.D.

The IMAGEN Consortium

Objective: Increased risk-taking behavior has been associated with addiction, a disorder also linked to abnormalities in reward processing. Specifically, an attenuated response of reward-related areas (e.g., the ventral striatum) to non-drug reward cues has been reported in addiction. One unanswered question is whether risk-taking preference is associ-

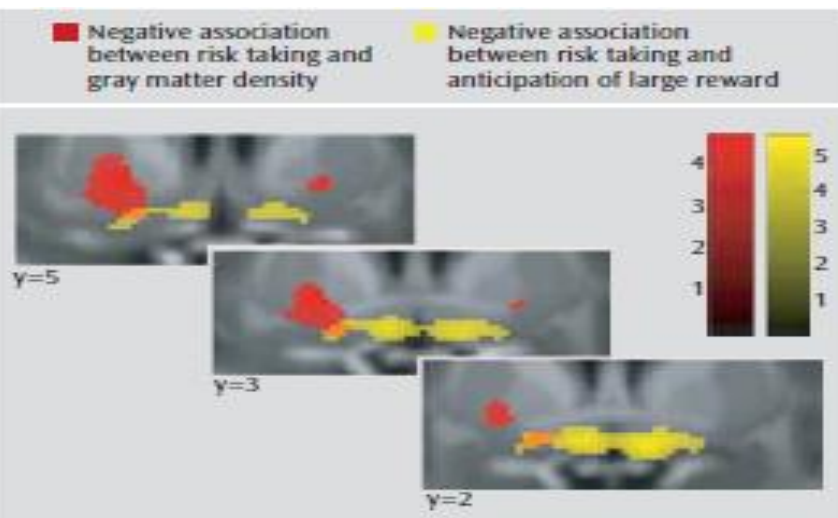
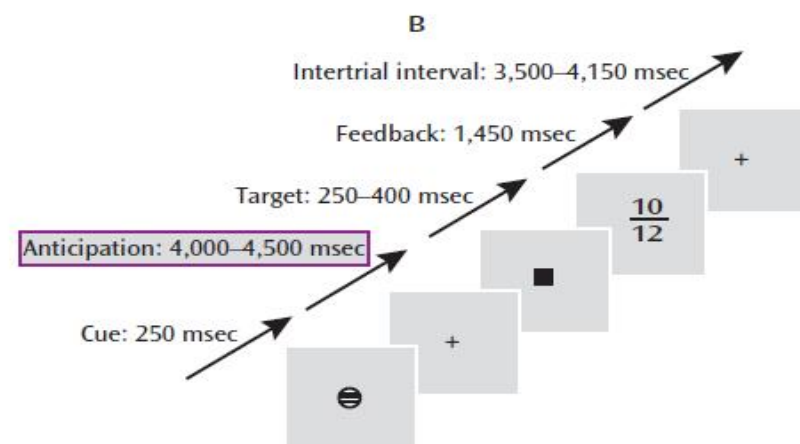
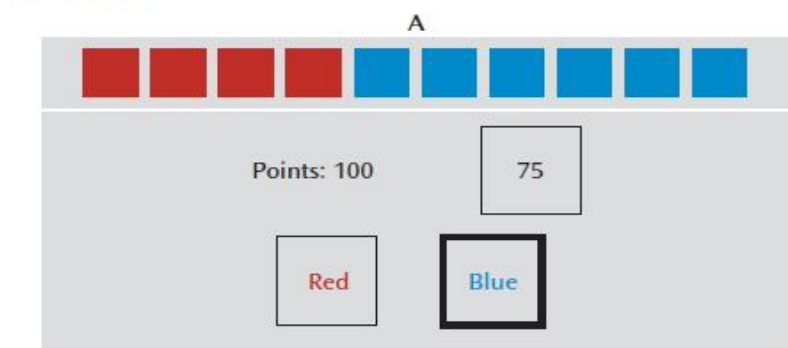
ated with striatal reward processing in the absence of substance abuse.

Method: Functional and structural MRI was performed in 266 healthy young adolescents and in 31 adolescents reporting potentially problematic substance use. Activation during reward anticipation (using the monetary incentive delay task) and to gray matter density were measured. Risk-taking bias was assessed by the Cambridge Gamble Task.

Results: With increasing risk-taking bias, the ventral striatum showed decreased activation bilaterally during reward anticipation. Voxel-based morphometry showed that greater risk-taking bias was also associated with and partially mediated by lower gray matter density in the same structure. The decreased activation was also observed when participants with virtually any substance use were excluded. The group with potentially problematic substance use showed greater risk taking as well as lower striatal activation relative to matched comparison subjects from the main sample.

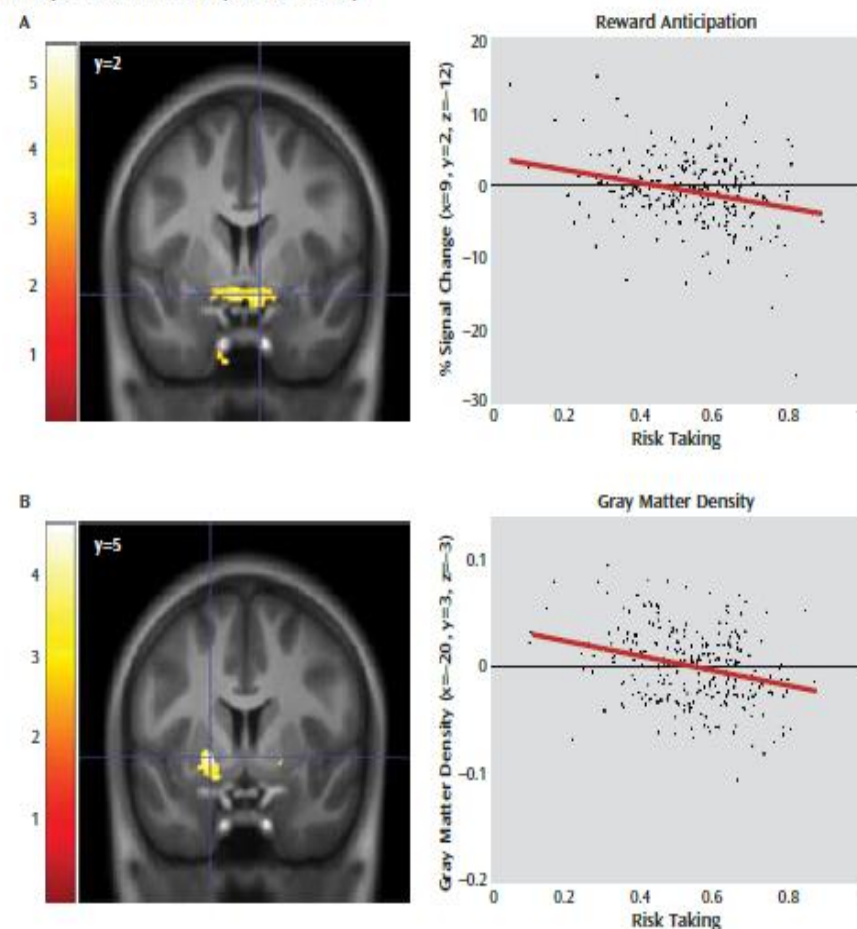
Conclusions: Risk taking and functional and structural properties of the reward system in adolescents are strongly linked prior to a possible onset of substance abuse, emphasizing their potential role in the predisposition to drug abuse.

FIGURE 1. Schematic and Timeline of the Cambridge Gamble Task^a



In summary, our data show a strong relationship between risk taking and functional and structural properties of the reward system in nonaddicted adolescents. These results offer a neural explanation for how risk-taking bias may contribute to a predisposition for addiction. Thus, our study makes risk taking a likely candidate in the current search for vulnerability factors for drug abuse.

FIGURE 2. Functional and Voxel-Based Morphometry Analyses Showing Negative Associations of Risk-Taking Bias With Reward Anticipation and With Gray Matter Density^a





Intervento

Terapia Cognitivo Comportamentale



Modello di funzionamento

Si basa sul cosiddetto "Modello A-B-C", (*Antecedence-Belief-Consequence*)

"**Antecedence**" rappresenta la condizione in cui il soggetto percipiente si trova precedentemente all'insorgere del comportamento problematico

"**consequence**«

"**Belief**" rappresenta la credenza, convinzione, o immagine mentale in seguito alla quale si produce il comportamento problematico.



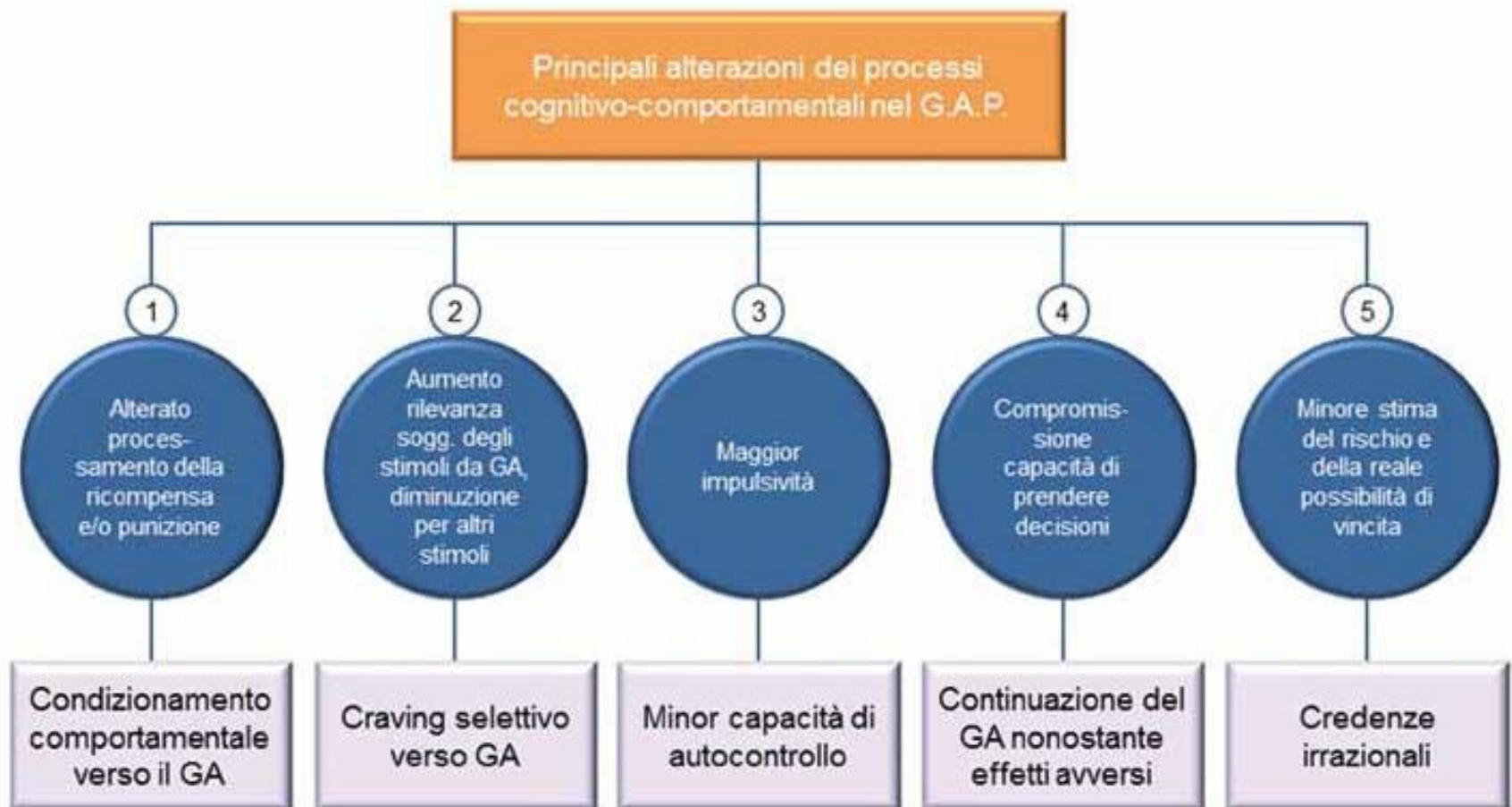
Il Modello interpretativo

gli individui, nella loro esperienza quotidiana, passano dallo stato "antecedence" direttamente a "consequence" senza la consapevolezza dei loro "beliefs" i quali scatenano una reazione psicofisiologica, emotiva o comportamentale problematica, spesso incomprensibile e inaspettata, che è dunque fonte di disturbo o apprensione per il soggetto tale da influire sul suo comportamento.

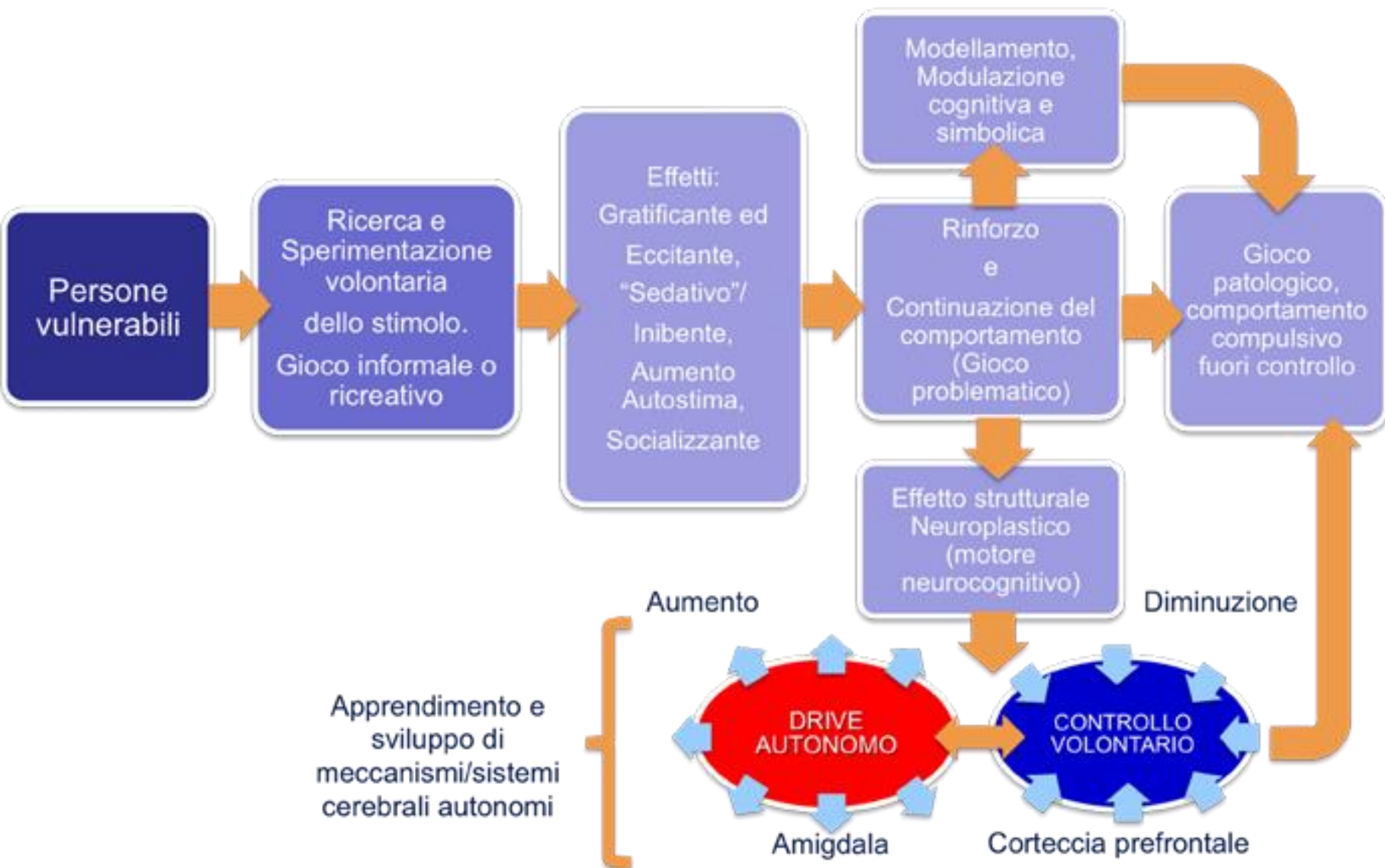
L'obiettivo del terapeuta cognitivo-comportamentale è dunque di ridurre il comportamento di evitamento, facilitare un reframing cognitivo (ristrutturazione cognitiva) attraverso prese di coscienza, ed aiutare il paziente a sviluppare abilità di coping (capacità di fronteggiare certe situazioni).



Principali alterazioni dei processi cognitivo-comportamentali nel gioco d'azzardo patologico



Generazione e mantenimento del comportamento di gioco





Alterazioni delle funzioni cognitive di valutazione nei soggetti con gioco d'azzardo patologico e correlati recettoriali dopaminergici



Serpelloni, 2012



Studio	Campione	Disegno	Risultati
Dickerson et al., 1990	Giocatori reclutati attraverso i media Australia	Libro di auto aiuto vs. libro di auto-aiuto e intervista di valutazione	Entrambi i gruppi sono migliorati a 6 mesi
Echeburua et al., 1996	Giocatori patologici ambulatoriali Spagna	Intervento individuale di controllo dello stimolo ed esposizione in vivo vs. ristrutturazione cognitiva in gruppo vs. combinazione vs. lista di attesa	La condizione individuale aveva esiti migliori di quella combinata o di gruppo a sei mesi
Echeburua et al., 2000, 2001	Giocatori patologici ambulatoriali dopo il trattamento Spagna	Gruppo di prevenzione delle recidive vs. intervento individuale di prevenzione recidive vs. nessun trattamento	Entrambe le condizioni di trattamento superiori all'assenza di trattamento a 12 mesi
Hodgins et al., 2001	Giocatori patologici reclutati attraverso i media Canada	Miglioramento motivazionale telefonico vs. gruppo di controllo a lista di attesa	Miglioramento motivazionale superiore a 12 mesi
Ladouceur et al., 2001	Giocatori patologici ambulatoriali Canada	Terapia cognitiva vs. lista di attesa	Trattamento superiore alla lista di attesa a 3 mesi, miglioramenti mantenuti a 12 mesi
McConaghy et al., 1983	Giocatori patologici ricoverati Australia	Terapia avversiva vs. desensibilizzazione immaginativa	Miglioramenti in entrambi i gruppi a 12 mesi
McConaghy et al., 1991	Giocatori patologici ricoverati Australia	Terapia avversiva vs. desensibilizzazione immaginativa vs. rilassamento immaginativo	Il gruppo di desensibilizzazione immaginativa ha mostrato più miglioramenti a un mese e a 9 anni
Sylvain et al., 1997	Giocatori patologici ambulatoriali Canada	Terapia individuale cognitivo-comportamentale vs. lista di attesa	Trattamento superiore alla lista di attesa a 12 mesi

Serpelloni, 2012



Esistono vari tipi di terapie cognitivo-comportamentali che possono essere utilizzate

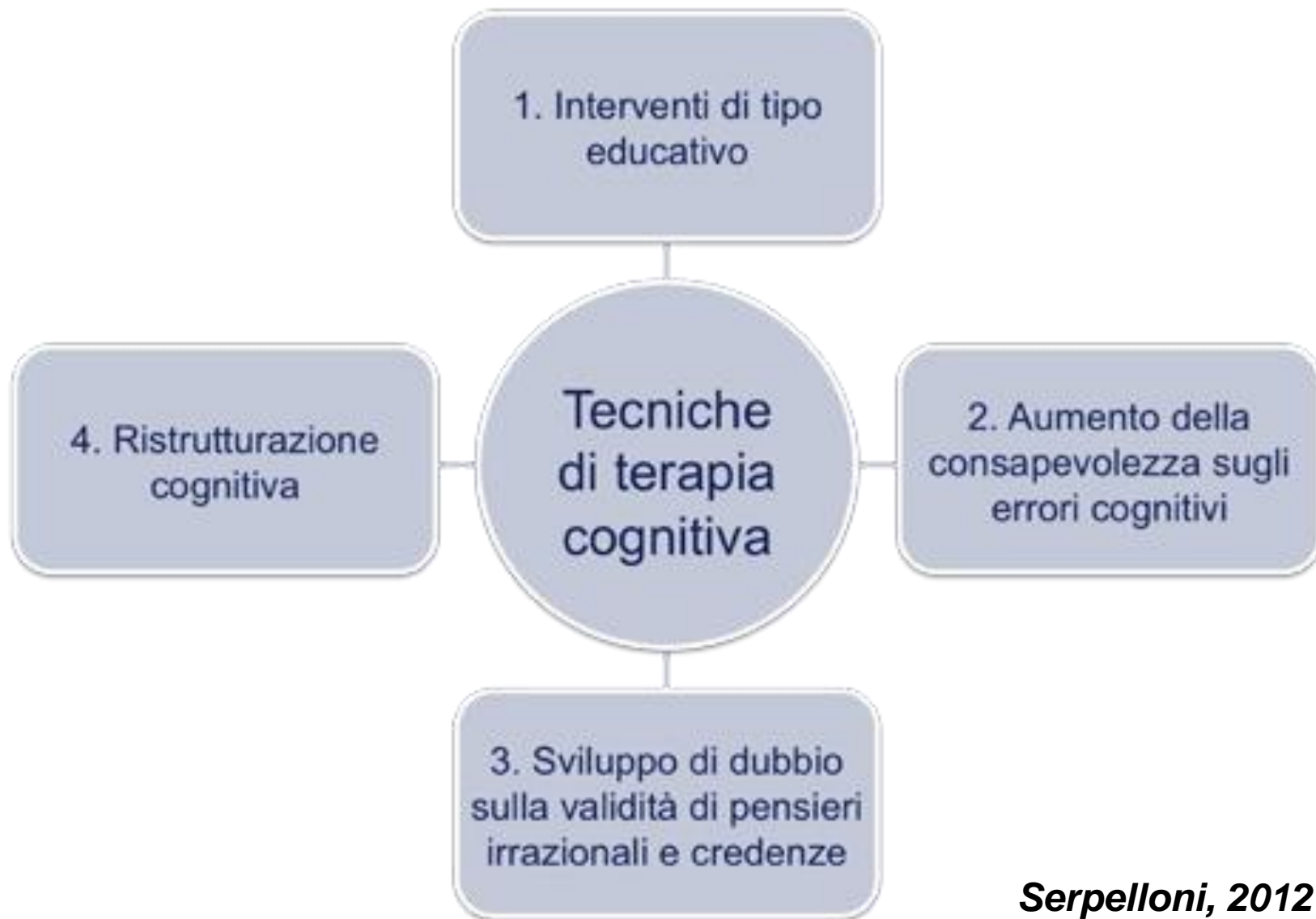
1. Terapia cognitiva
2. Approcci cognitivo comportamentali
3. Interventi brevi
4. Tecniche di avversione comportamentale e desensibilizzazione
5. Giocatori anonimi
6. Approcci focalizzati:
 - Auto-esclusione
 - Consulenza finanziaria



N	Errori cognitivo-comportamentali
1	Illusione di poter esercitare un controllo sul caso (es: lancio dei dadi)
2	Percezione di poter influenzare il risultato di un evento del tutto casuale
3	Interpretazioni di segnali e sensazioni corporee come «vincita imminente»
4	Autoconvincimento distorto di avere grandi abilità di gioco grazie all'esperienza (es: il «migliore» giocatore con le slot machine)
5	Superstizione (usare amuleti o vestiario «porta fortuna»)
6	Poter controllare la fortuna
7	Credere in «segnali» ambientali che predicono la fortuna
8	Credere che una serie di perdite avvicini la vincita
9	Ricordare la vincita e dimenticare le perdite (memoria selettiva)
10	Errori del calcolo delle probabilità (credenze errate sulla casualità)



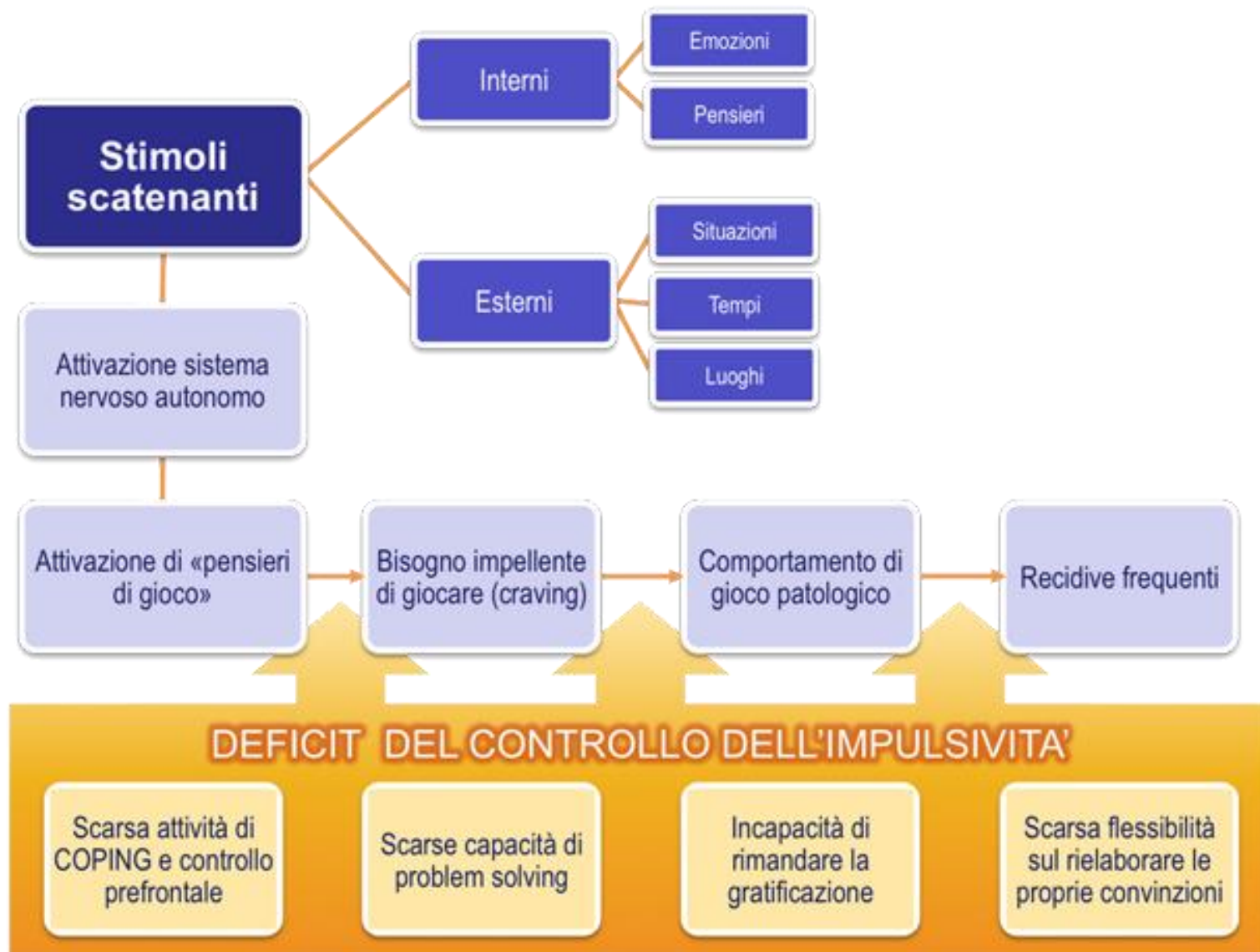
Interventi principali delle tecniche di terapia cognitiva



Serpelloni, 2012



Impulsività e GAP



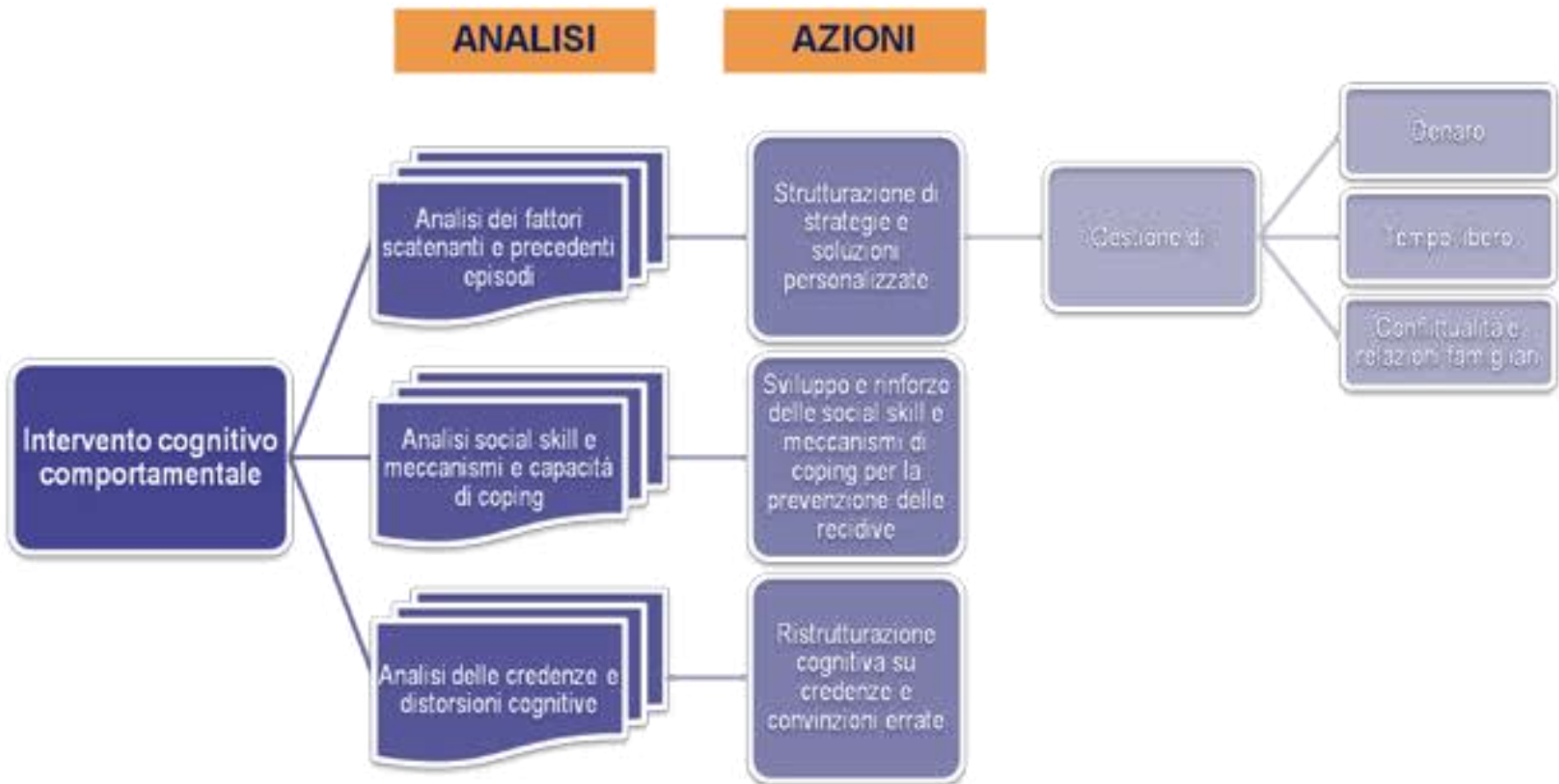


Tecniche cognitivo-comportamentali: principali step



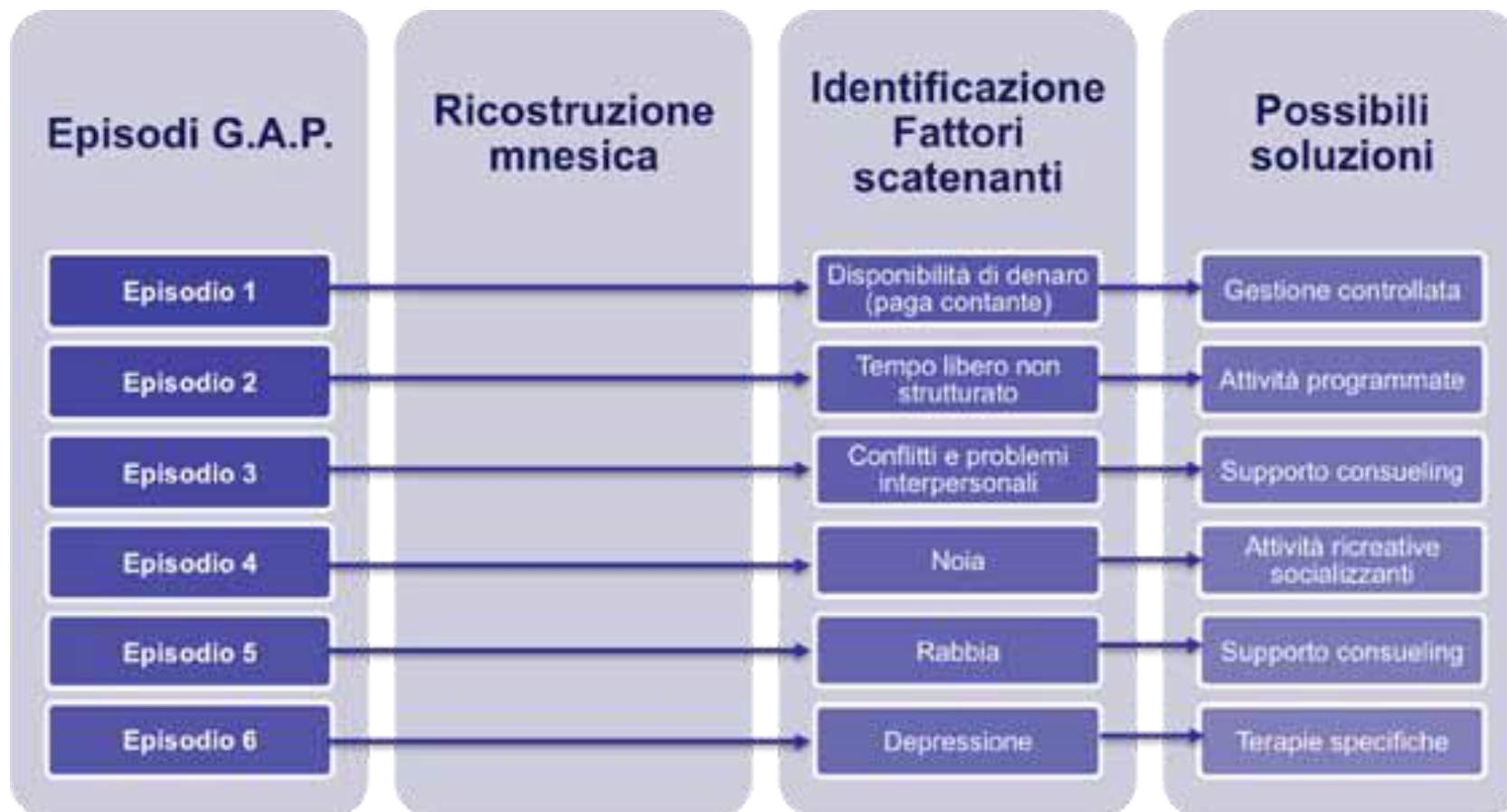


Framework dell'intervento cognitivo comportamentale





Analisi e identificazione dei fattori scatenanti gli episodi di gioco d'azzardo patologico





Psychological therapies for pathological and problem gambling (Review)

Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling
N, Anderson C, Jackson A, Thomas S



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

The Cochrane Library 2012, Issue 11

Study	Carlbring 2010	Diskin 2009	Dowling 2007	Grant 2009	Ladouceur 2001	Ladouceur 2003	Marceaux 2011	Melville 2004a	Melville 2004b	Oei 2010	Perry 2006	Perry 2008	Perry 2009	Sylvain 1997
Random sequence generation (selection bias)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?
Allocation concealment (selection bias)	+	?	+	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Incomplete outcome data (attrition bias)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?
Selective reporting (reporting bias)	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Other bias	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?
Blinding of outcome assessment (detection bias)	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	?





La ricerca



Obiettivo

- **Esplorare in un campione adolescenziale la presenza di fattori «Risk Taking Behaviour» e correlarli ad un profiling gambler**
- **Valutare l'efficacia di un intervento psicoeducativo su traccia metacognitiva, nella percezione di situazioni a rischio**



Risk Taking Behaviour Questionnaire – For School (RTBQ-FR)

55 item a risposta chiusa, analizzabili secondo processi di tipo nominale e ordinale

Il test prevede la possibilità di valutare le risposte fornite secondo tre aree semantiche (analisi fattoriale):

- Comportamenti
 - Credenze
- Percezione di sè



The South Oaks Gambling Screen Revised For Adolescents (SOGS-RA)

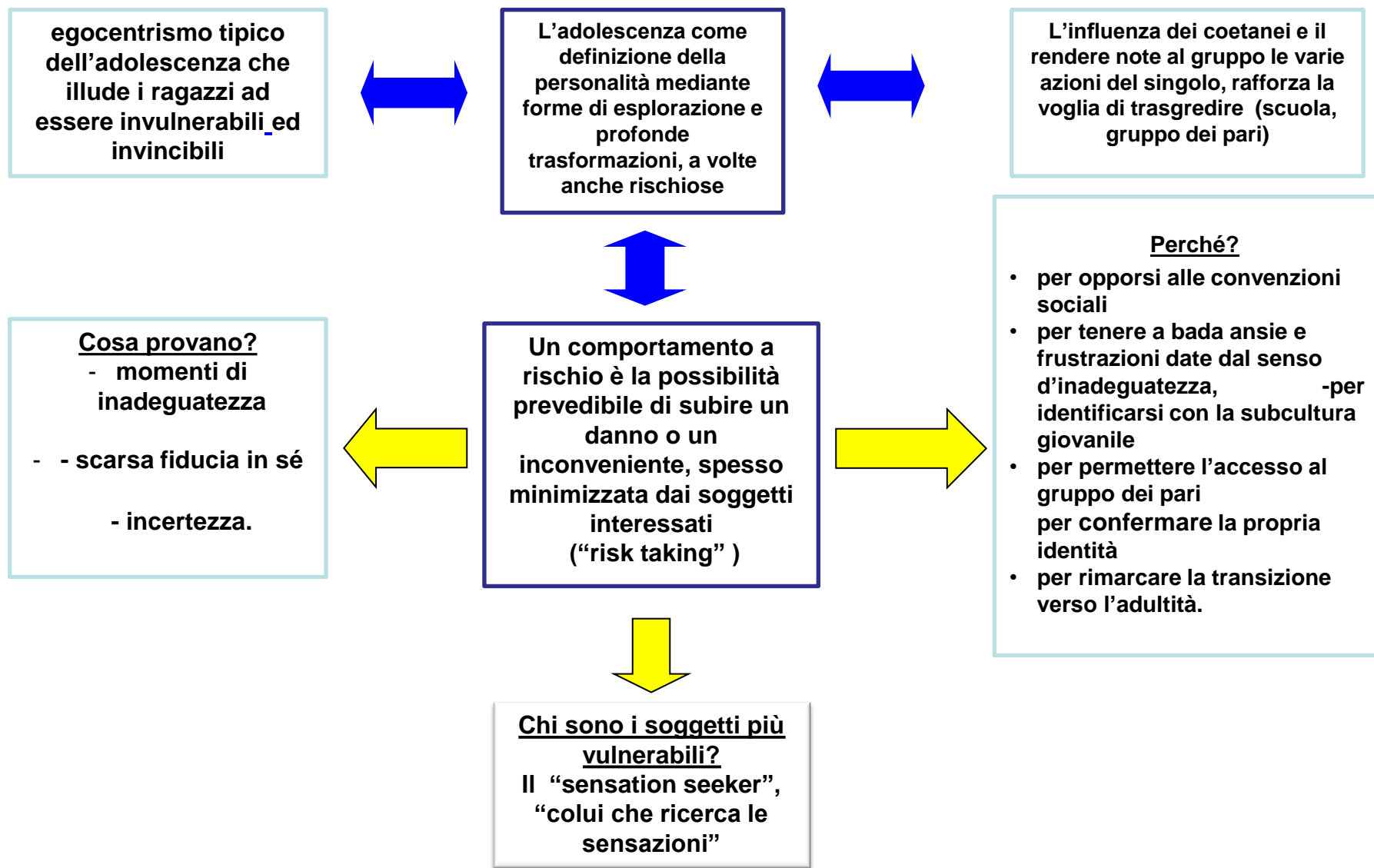
16 item per valutare la presenza e la frequenza di comportamenti legati al gioco.

il punteggio totale permette la clusterizzazione in tre profili

0 - 2	Nessun problema	(NP)
3 - 4	Giocatore problematico a rischio	(GPR)
5 o più	Giocatore d'azzardo patologico	(GAP)



Metodologia dell'intervento psicoeducativo







Timing e Protocollo Metacognitivo

Sono stati svolti per ogni classe di alunni (le prime, le seconde, etc) delle sedute di circa 2 ore ciascuna con una cadenza settimanale per una durata complessiva di tre settimane (tot h 6)

Gli incontri si sono caratterizzati per:

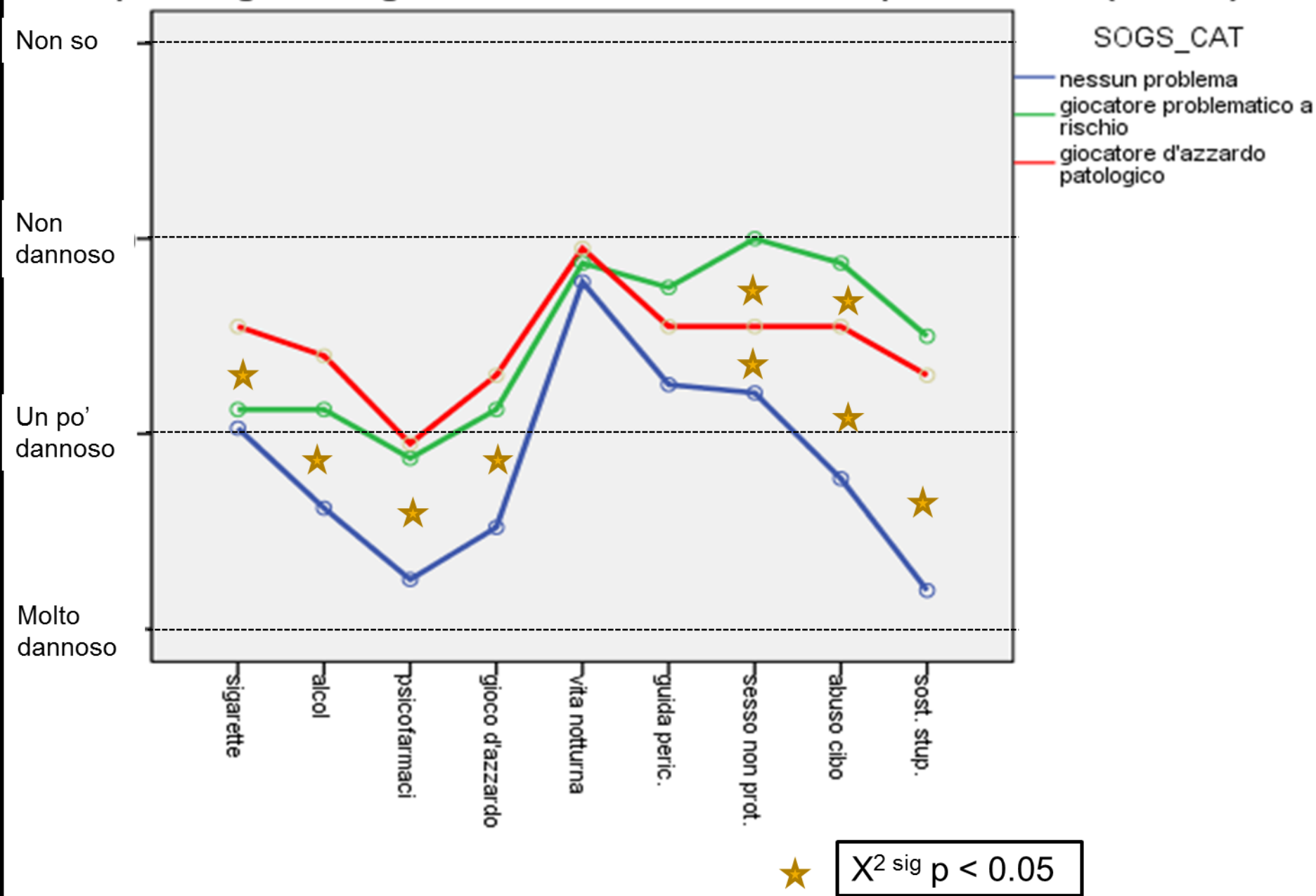
- **Informazionali conoscitivi:** lezione frontale con materiale cartaceo circa il risk taking behaviour e le dipendenze, e discussione aperta sulle problematiche evidenziate
- **Problem solving:** esercitazioni simulate con esercizi di problem solving aspecifici (non direttamente collegate alle dipendenze)
- **Esercitazioni gruppali:** consegna di materiale metacognitivo per la realizzazione di soluzioni di gruppo e relativa discussione (generalizzazione delle regole, costruzione di un processo logico,...)



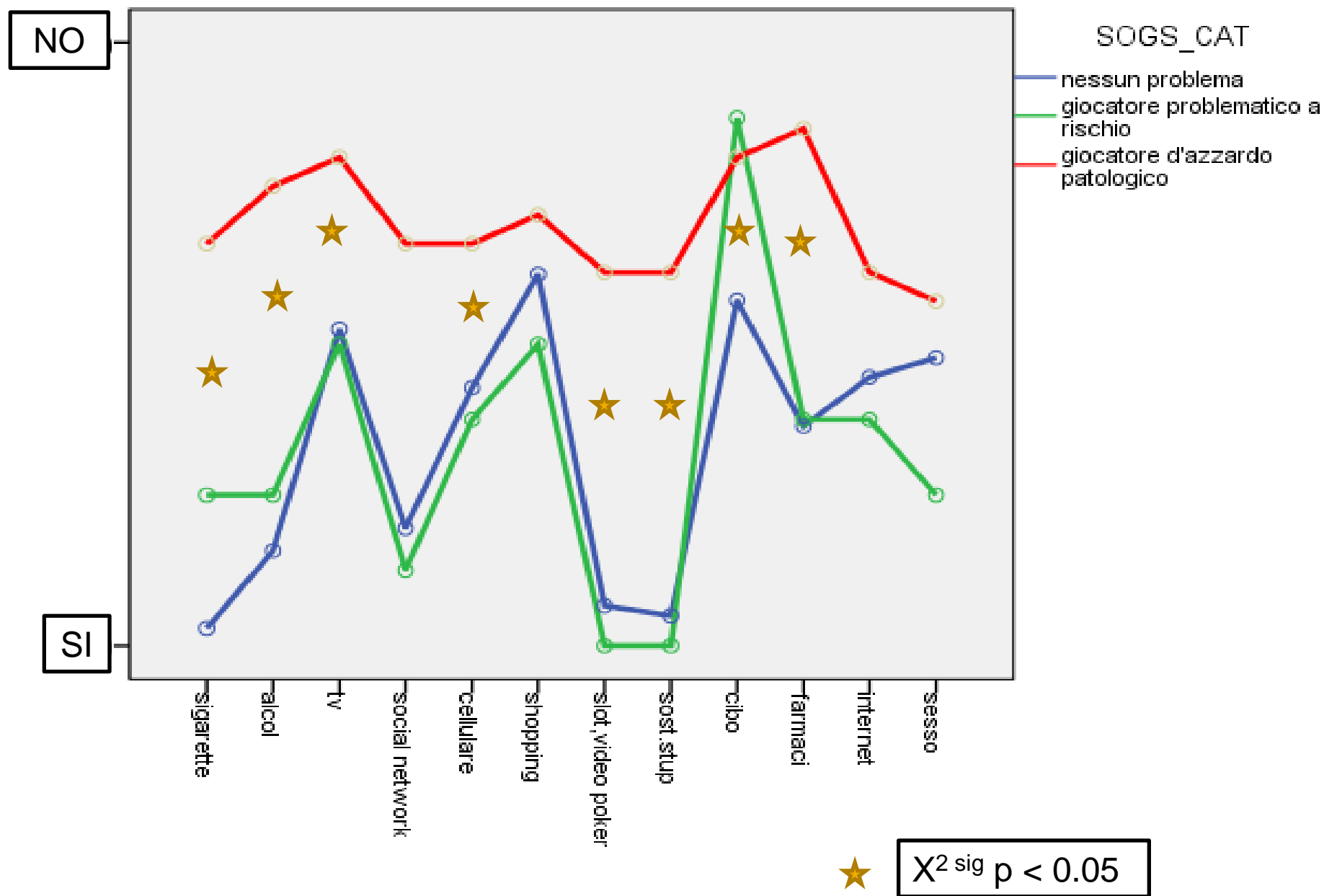
Valutazioni Post Test



Confronto categorie SOGS-RA e valutazione della possibile pericolosità psicologica a seguito di un eccessivo stile comportamentale (Item 35)



Confronto categorie SOGS-RA e valutazione possibile induzione di dipendenza (Item 38)





Conclusioni



Attraverso l'analisi di reattivi specifici sono individuabili fattori descrittivi il Risk Taking Behaviour

Tali dati assumono proporzioni e fenomenologia diversa in relazione alla presenza di un profilo addicted (sine substantia)

I profili individualizzati sono analizzabili come tessuto comune alle fragilità comportamentali adolescenziali



La sintesi e l'interpretazione di tali fattori, sia da un punto di vista psicobiologico, cognitivo, relazionale e sociale diventano misure fondamentali per una metodologia di ricerca intervento efficace

L'utilizzo di metodi di intervento «metacognitivo», informativo e psicoeducativo, inducono variazioni nella percezione del grado di auto ed etero valutazione



Prospettive Future



Insula

Risk Taking

Decision making

Fundamental feelings

Antonio Damasio

Nature **413**, 781 (25 October 2001)

OPINION

How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body

A. D. Craig



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

NeuroImage

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ynimg

Overlapping activity in anterior insula during interoception and emotional experience

Jamil Zaki ^{a,*,1}, Joshua Ian Davis ^{b,1}, Kevin N. Ochsner ^c



Gruppi di auto-mutuo aiuto

Daniela Capitanucci, Psicologa Psicoterapeuta
Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze
ALEA-Associazione per lo Studio del Gioco d'Azzardo e dei
Comportamenti a Rischio

Roma, luglio 2013



Approcci Gruppali - Scaletta

Premessa teorica all'autoaiuto

I gruppi di auto aiuto di G.A. e Gam. Anon

I gruppi di auto aiuto sul modello dei CAT

Non solo auto aiuto

I gruppi terapeutici di Campoformido

I gruppi di sostegno psicologico di AND (un gruppo gender oriented rivolto a donne GAP)

Altri gruppi di auto aiuto e trattamento (AMA Trento, Papa Giovanni XXIII Reggio Emilia e Modena, Self-help Verona, prevenzione ricadute Sert Castelfranco, ecc)



Premessa teorica all'autoaiuto



CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

1° Conferenza internazionale 17-21 novembre 1986, Ottawa, Canada

La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Sviluppare le abilità personali

La promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l'informazione e l'educazione alla salute, e migliorando le abilità per la vita quotidiana.

In questo modo si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti, e di fare scelte favorevoli alla salute.



L'O.M.S. delinea le politiche di promozione del'auto-mutuo-aiuto, espressione inglese (*Self-help o Auto Aiuto, 1959*) come una risposta valida e percorribile, che valorizza le risorse individuali e collettive.

L'auto mutuo aiuto viene presentato come uno degli strumenti più efficaci nel restituire ai cittadini la responsabilità e l'iniziativa di mantenere il benessere personale e quello della comunità in cui essi vivono.

**Il concetto fondamentale dell'auto mutuo aiuto
“aiutare gli altri per aiutare se stessi” si esplica
in tre parole chiave:**

Attivazione

Condivisione

Reciprocità



L'OMS definisce l'auto mutuo aiuto “l'insieme di tutte le misure adottate da non professionisti per promuovere, mantenere e recuperare salute intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di una determinata comunità”.

Annovera l'auto mutuo aiuto tra gli strumenti di maggior interesse per ridare ai cittadini responsabilità e protagonismo, per umanizzare l'assistenza socio-sanitaria, per migliorare il benessere della comunità.



L'elemento di originalità fa riferimento agli “input di energia” vitale e curativa che provengono dal basso, fanno leva sulle motivazioni, le esperienze, le risorse ed anche i conflitti dei soggetti che sono direttamente coinvolti da una malattia o comunque sofferenti per un disagio psichico, relazionale o un handicap sociale

in alternativa quindi, al delegare passivamente alle istituzioni e ai professionisti la risposta ai loro problemi.



Prendersi cura di se stessi

L'auto mutuo aiuto è quindi una *RISORSA* di crescente rilevanza nell'ambito della protezione e promozione della salute, e' *un modo di trattare i problemi che ciascuno si trova a fronteggiare di volta in volta nella propria vita: malattie, separazioni, dipendenze, lutti, disturbi alimentari, disturbi dell'umore, problemi affettivi, tensioni e altro.*

Parlare di questi problemi con altre persone che hanno attraversato tali esperienze può aiutare ad affrontare le difficoltà quotidiane e ad imparare a riconoscerle per il futuro.



Modello auto mutuo aiuto VS Modello Tradizionale

Chi ha il problema è una persona portatrice di risorse	Chi ha il problema è un paziente o un utente
Si enfatizzano le risorse, la salute, il sentirsi bene	Si enfatizzano la malattia, la mancanza
Enfasi sulla fiducia, la motivazione al cambiamento	Enfasi sull'eziologia
Si enfatizzano i sentimenti ed effetti concreti ed immediati	Si enfatizzano conoscenza, teoria, struttura
Tendenza all'estemporaneità e alla spontaneità	Tendenza alla procedura standardizzata
Il cambiamento dell'individuo è in un contesto	Il cambiamento è individuale
Si costruiscono strategie per il cambiamento del contesto comunitario	L'appartenenza ad una comunità conta relativamente

(modificato da M. Croce e F. Oliva, Quaderni di animazione e formazione, Gr. Abele)



In generale i gruppi di auto mutuo aiuto sono:

Gruppi formati da persone e/o famiglie unite da uno stesso problema, nel nostro caso l'azzardo.

Si incontrano insieme per affrontare e superare una situazione difficile, per soddisfare bisogni condivisi, per modificare comportamenti ed atteggiamenti, per condividere emozioni e stati d'animo, per creare legami di amicizia e solidarietà fondati sull'ascolto reciproco, una comunicazione efficace, la fiducia ed il rispetto.

Non sono gruppi terapeutici, ma hanno una valenza terapeutica, in quanto finalizzati all'empowerment personale e sociale.



I gruppi di auto aiuto di G.A. e Gam. Anon

Negli Stati Uniti a Los Angeles nel 1957 nascono i Gamblers Anonymous sul modello degli A.A.

Nel 1999 in Italia, nascono a Milano i primi gruppi G.A. (Giocatori Anonimi) e nel 2000 i primi gruppi Gam Anon per i loro familiari.

Si ispirano al famoso programma dei 12 passi dell'Unità e del Recupero.

Basano la riuscita sullo sviluppo di una spiritualità individuale e collettiva.



GA	29.06.2013	GAM ANON
16	lombardia	8
10	piemonte	3
5	veneto	4
0	trentino	0
0	friuli	0
0	VDA	0
3	liguria	1
7	emilia rom	4
7	toscana	2
1	marche	1
1	umbria	1
9	lazio	6
1	abruzzo	0
0	molise	0
5	campania	4
5	puglia	4
0	basilicata	0
0	calabria	0
1	sicilia	1
0	sardegna	0
71	TOTALE	39



I gruppi di auto aiuto sul modello dei CAT

Il cambiamento è della famiglia.

Nell'ottica ecologico-sociale i comportamenti additivi sono un disturbo sistemico.

Ciò significa che non è un disturbo che interessa la singola persona, ma che colpisce tutti i sistemi con i quali ci si trova in relazione.

Anche il trattamento quindi va eseguito in un'ottica sistemica.

Il sistema primario e più importante è la famiglia e anch'essa è chiamata a modificare gradualmente il proprio stile di vita, per giungere ad un diverso e migliore equilibrio complessivo.

Il trattamento coinvolge dunque l'intera famiglia del giocatore d'azzardo.



I gruppi di auto aiuto sul modello dei CAT

I gruppi che si ispirano ai principi dell'approccio ecologico sociale dei CAT lavorano per:

- modificare il comportamento legato al gioco d'azzardo e/o altri comportamenti additivi**
- per un migliore stile di vita personale e familiare**
- per contenere le ricadute**
- per il cambiamento della cultura generale e sanitaria della comunità di appartenenza**



Caratteristiche

- Il gruppo è aperto a chiunque chieda di impegnarsi per affrontare il problema con il gioco d'azzardo.
- Partecipa il giocatore con i familiari, ma si accetta di lavorare con chi è inizialmente disponibile (non si esclude né singoli giocatori, né singoli familiari), favorendo poi il coinvolgimento del resto della famiglia.
- La partecipazione al gruppo è gratuita. Ogni famiglia versa, se può, una quota simbolica (es. di 5 € al mese) per le iniziative e i bisogni del gruppo.
- L'astinenza non è la condizione indispensabile, ma si lavora perché il giocatore e i familiari accettino di iniziare fin da subito l'astensione dal gioco; il gruppo esiste per chi fa fatica a smettere di giocare.
- E' auspicabile che frequentino minimo 2 famiglie e non più di 8-9 per un totale di 16-18 persone circa.



Caratteristiche

- **L'incontro è a cadenza settimanale**
- **La durata è di 1 ora e mezza circa**
- **La sede è nel territorio**
- **La partecipazione è senza limiti temporali**

Si entra previo colloquio con il facilitatore, anche se la famiglia ha avuto altri colloqui con altri operatori.



Le “regole” del gruppo

- **Puntualità dell’inizio della seduta; giorno e ora della seduta sono fissi**
- **Regolarità alla partecipazione degli incontri (chi non può partecipare lo comunica telefonicamente al presidente del gruppo o al facilitatore)**
- **Divieto di fumare durante l’incontro**
- **L’educazione e la formazione di base di 6-8 incontri**
- **Gemmazione o divisione del gruppo (8-9 famiglie scelte per anzianità di appartenenza, criteri geografici, età, sesso)**
- **Riservatezza su quanto viene comunicato e discusso durante l’incontro**

Come lavora il gruppo

- La disposizione è in cerchio
- Appello e si “contano” i giorni di non uso di gioco e/o altre sostanze
- Lettura del verbale/diario dell'incontro precedente
- A turno ogni serata un membro del gruppo è il conduttore
- Lo stile comunicativo è “libero e svincolato” di tipo orizzontale
- si pone l'accento sul “ qui e ora”

Responsabilizzazione dei partecipanti anche attraverso l'individuazione di cariche che ruotano una volta all'anno:

- presidente e vicepresidente,
- cassiere (un familiare),
- incaricato/i delle visite/telefonate a casa degli assenti
- incarico ad organizzare momenti di festa insieme (cena, pizza, compleanno...)



Il facilitatore

accetta il problema ed evita pregiudizi, è disponibile a svolgere il compito, *ad esserci come persona*

ha conoscenza della problematica che si acquisisce lavorando con il gruppo, studiando e aggiornandosi sulle varie tematiche

contribuisce a creare un clima di empatia, di accettazione, di non giudizio, in cui ognuno si sente libero di esprimersi

accetta la famiglia come un sistema umano, non come un sistema malato

catalizza il processo di scambio reciproco, non offre soluzioni che la famiglia deve trovare con le altre famiglie scegliendo per sé quelle che meglio le corrispondono

ha capacità di contagiare positività

disincentiva meccanismi di delega



Impegni della famiglia

- **Il giocatore accetta il controllo dei familiari sulle entrate finanziarie e dispone solo di piccole somme che, all'atto della spesa, dovranno essere documentate con scontrini o pezze giustificative; i conti correnti bancari, postali o depositi di qualunque tipo non sono disponibili al giocatore.**
- **I familiari accettano di esercitare il controllo sul giocatore, facendosi consegnare ad es. carta d'identità, bancomat, libretto degli assegni, ecc. Obiettivo successivo è imparare a gestire insieme il denaro.**
- **E' opportuno informare parenti, amici o colleghi di lavoro che si sta affrontando il problema dell'azzardo.**



Impegni della famiglia

- **Partecipazione alle sedute di tutta la famiglia**
- **Tutti i componenti della famiglia si impegnano a non giocare d'azzardo in alcun modo; le eventuali ricadute vanno comunicate e analizzate all'interno del gruppo**
- **La famiglia deve stabilire l'ammontare degli eventuali debiti e organizzare il risarcimento degli stessi, con i modi e i tempi ritenuti possibili**



Indicatori generali di valutazione per il cambiamento

- **Partecipazione regolare di tutta la famiglia e no delega**
- **Impegno nel tutoraggio economico**
- **Impegnarsi nel non giocare e nel non usare altre sostanze**
- **Informare parenti e amici ed eventualmente datore di lavoro**
- **Costruire un modo nuovo per trascorre il tempo libero**
- **Lealtà personale e nei confronti del gruppo**



Non solo auto aiuto

Negli anni si sono sviluppate varie esperienze di trattamento psicologico in gruppo, all'estero e in Italia

A titolo meramente esemplificativo ne analizzeremo una tipologia sia perché tra le prime ad essere attivate in Italia, sia perché ad oggi è tra le poche esperienze italiane in relazione alle quali è presente letteratura descrittiva che adotta un approccio di ricerca alla terapia condotta - I gruppi terapeutici di Campoformido (Dott. De Luca)

Si citeranno anche in coda i gruppi di sostegno psicologico di AND (in particolare il «gruppo donne in gioco» quale esperienza unica in Italia di gruppo di genere)



I GRUPPI di CAMPOFORMIDO PER GIOCATORI D'AZZARDO E LE LORO FAMIGLIE

Fonti :

Savron G., Pitti P., De Luca R. (2001). Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici. Rivista di Psichiatria, 36, 14-21.

Savron G., Pitti P., De Luca R. (2003). Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici e dei loro familiari. Rivista di Psichiatria, 38, 247-258, 2003.

De Luca R., Angelini D., Savron G., Pitti P. (2009). "La ricerca calata nella terapia: terapia di gruppo a Campoformido".

In: "Il gioco d'azzardo in Italia. I dati e la ricerca", a cura di Capitanucci D. et al
Supplemento di Animazione Sociale, 8/9, 94-100. Gruppo Abele, Torino., 5, 59-76.



I gruppi terapeutici di Campoformido

Nel 1998 si costituisce il primo gruppo terapeutico dei giocatori e dei loro familiari.

Il Comune di Campoformido (UD) ha patrocinato l'iniziativa mettendo a disposizione una sala per gli incontri dei gruppi terapeutici e un recapito telefonico cui tutti possono rivolgersi se interessati o coinvolti nel problema.

Attualmente i gruppi di terapia sono 10 e coinvolgono tra giocatori d'azzardo e familiari oltre un centinaio di persone.



Entrare nel gruppo....

La prassi prevede, immediatamente dopo la richiesta d'intervento del giocatore o di un suo familiare, un paio di colloqui con il giocatore e/o i suoi familiari; la presa in carico avviene se il soggetto rientra nei criteri diagnostici del DSM-IV, alla categoria "gioco d'azzardo patologico".

Nelle sedute con il solo giocatore d'azzardo e la sua famiglia vengono fornite alcune informazioni propedeutiche con lo scopo di creare i presupposti per l'entrata nel gruppo.

La scelta di entrare in un gruppo terapeutico pone il giocatore d'azzardo e la sua famiglia di fronte all'accettazione di un lavoro teso a conseguire cambiamenti profondi nello stile di vita.



I gruppi

I gruppi terapeutici sono stati organizzati in base ad alcuni fondamentali criteri riguardante la composizione, lo spazio, il tempo, le regole.

La terapia di gruppo, con cadenza settimanale, secondo l'esperienza maturata deve avere una durata almeno triennale.



Focus e fasi del gruppo

Qualsiasi gruppo nasce con un compito ed elabora, nel tempo, un progetto

Il tema del gioco d'azzardo è al centro delle prime sedute; attorno a questo tema ruotano tempo, spazio, ruoli ed elaborazioni;

poi, attraverso una difficile esplorazione, tutto è ridefinito fino a portare alla luce ciò che il gioco d'azzardo copriva

Ecco allora che emergono di nuove emozioni, ricordi, immagini che ricreano rimodellandolo un gruppo che non è più quello delle prime sedute.



Ruoli e durata

In particolare, dopo due anni di terapia possiamo considerare superata la fase del “gioco-non gioco”; emergono però ansia, rabbia, angoscia relative ad una vita che comincia ad essere considerata dal giocatore “senza particolari rischi, non condotta al limite”.

Il compito dello psicoterapeuta sarà di elaborare tutto questo materiale individuando tempi e modi di conclusione della terapia riconsegnando le famiglie alla vita d'ogni giorno; una vita da vivere senza il gruppo di terapia, senza quell'involucro che garantiva comunque una protezione.



La famiglia e il gruppo

Il coinvolgimento nella terapia di gruppo dei familiari parte dalla constatazione che il giocatore coinvolge nelle proprie perdite l'intera famiglia (con conseguenti 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;
questo fa sì che i familiari che partecipano alla terapia di gruppo (con o senza il giocatore d'azzardo) si rendono conto che il problema del gioco d'azzardo non è del solo giocatore, ma di tutti i componenti il nucleo familiare;
gradatamente con l'analisi delle relazioni la famiglia consegue dei cambiamenti "permettendo" al giocatore (se ancora non è presente al gruppo) di entrare nel gruppo terapeutico.



Alcuni esiti

Percentuale d'abbandono

- Il 30% dei giocatori abbandonano la terapia e questo di solito avviene in prima o in seconda seduta.
- I giocatori d'azzardo che abbandonano i gruppi di terapia riprendono tutti a giocare d'azzardo.

Risultati terapeutici

La stragrande maggioranza dei giocatori che frequentano il gruppo non giocano più d'azzardo, mentre gli altri, pur continuando a frequentare la terapia, continuano a giocare, anche se in misura inferiore rispetto all'inizio del trattamento.



I gruppi di sostegno psicologico di AND – Azzardo e Nuove Dipendenze

II GRUPPO GENDER ORIENTED

Dal 2010, gruppo di sostegno psicologico per donne giocatrici a Milano, accolte una ventina di donne GAP

- Aperto, continuativo e gratuito
- Volontario
- Conduzione professionale con modello sistemico
- Unico gruppo di sostegno psicologico gender oriented rivolto alle donne in Italia



Ulteriori Riferimenti Utili

Silverman P., I gruppi di mutuo aiuto (1989). Erickson

ISFOL (2007). Guida ai gruppi di auto-aiuto per il sostegno dei soggetti tossicodipendenti e delle famiglie. Scaricabile a questo link:

<http://www.labeleuropeolingue.it/guida/biblioteca/guida2.pdf>

Capitanucci D., Smaniotto R. (2011). "Gruppi di auto aiuto e lavoro sul territorio nel gioco d'azzardo patologico". Itaca. "Gambling: dati, ricerca, interventi". N. 33/2011.

Siti di GA e GAM Anon consultati il 29.6.13: <http://www.giocatorianonimi.org/> ;
<http://www.gamanonitalia.org/>

Capitanucci (2010). "Gruppi d'Azzardo". Venti esperienze di gruppi condotti con approcci diversi; 54 casi di giocatori e familiari; indicatori di successo e fallimento. Lettura utile per chi desidera aprire un gruppo per giocatori e familiari. Scaricabile a questo link:

<http://www.andinrete.it/portale/documenti/pdf/Gruppi%20d'azzardo%20WEB.pdf>

De Luca R., Angelini D., Savron G., Pitti P. (2009). "La ricerca calata nella terapia: terapia di gruppo a Campoformido". In: "Il gioco d'azzardo in Italia. I dati e la ricerca", a cura di Capitanucci D., Croce M., Reynaudo M., Zerbetto R. Supplemento di Animazione Sociale, 8/9, 94-100. Gruppo Abele, Torino., 5, 59-76.



Contatti

Daniela Capitanucci, Psicologa Psicoterapeuta
capitanucci@andinrete.it

Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze

ALEA-Associazione per lo Studio del Gioco
d'Azzardo e dei Comportamenti a Rischio

Roma, luglio 2013



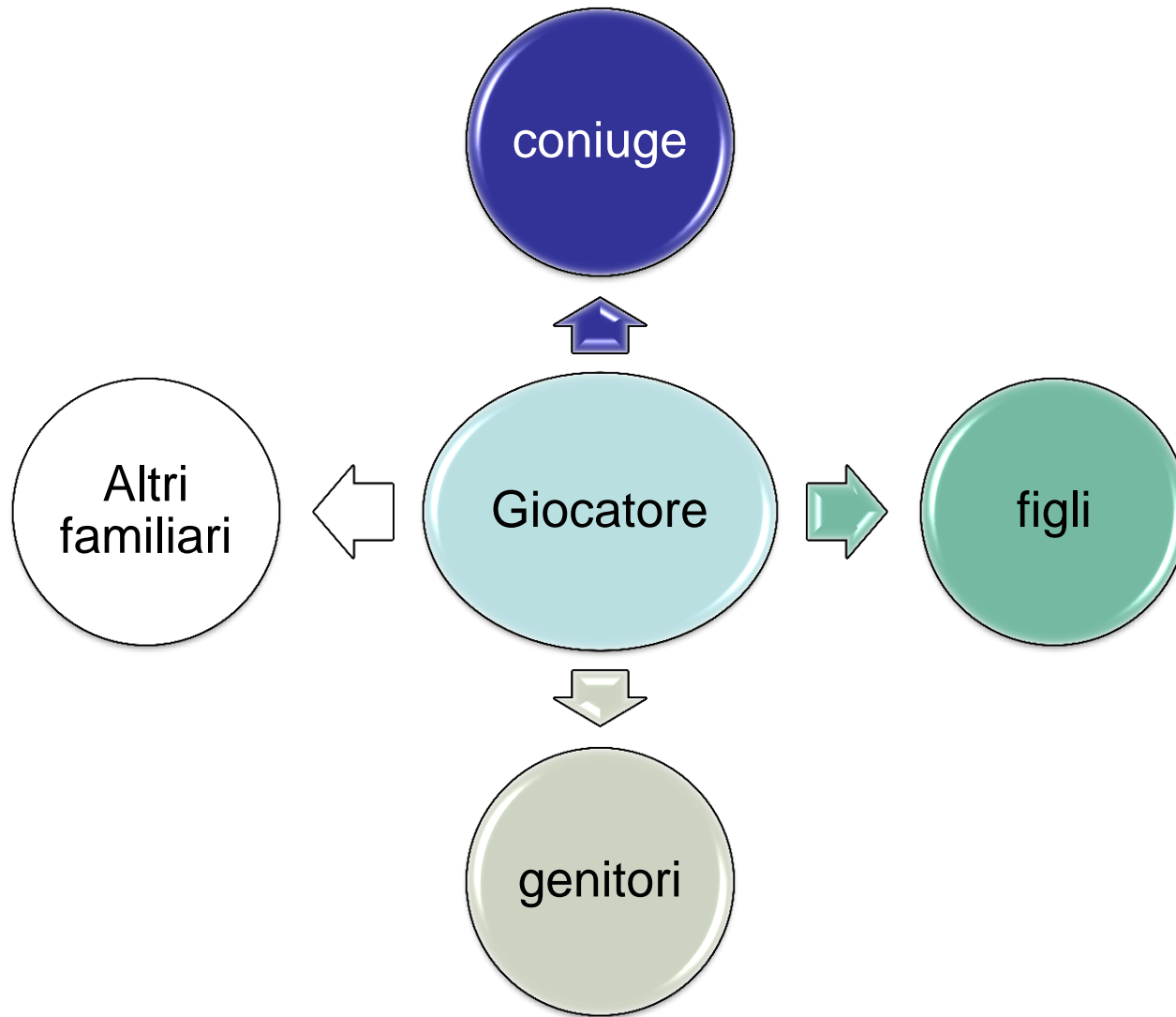
Terapia sistemico- relazionale e interventi rivolti alle famiglie

Daniela Capitanucci, Psicologa Psicoterapeuta
Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze
ALEA-Associazione per lo Studio del Gioco d'Azzardo e dei
Comportamenti a Rischio

Roma, luglio 2013



Le relazioni nella famiglia del giocatore





Cosa osserva il familiare del giocatore?

I familiari osservano cambiamenti che non riescono ad interpretare:

Cambiamenti dell'umore del giocatore

Instabilità, euforia, depressione, irritabilità, ansia e insonnia

Cambiamenti nei comportamenti del giocatore

Evitamento delle relazioni, cambiamento nelle abitudini, scarsa attenzione alle responsabilità, esplosioni di collera e tendenza all'aggressività

Riduzione della disponibilità economica



La scoperta dell'azzardo – le fasi

Cecità

Negazione

Sottovalutazione

Ricerca di colpevoli esterni

Aggressività

Ricerca di soluzioni



La scoperta dell'azzardo – le conseguenze

Perdita della fiducia: determina instabilità e incertezza

Perdita di ogni prospettiva futura: sogni, speranze, progetti per la famiglia e per i figli sfumano improvvisamente

Il nucleo è costretto ad un rapido e forzato riadattamento dei propri progetti:

Ricerca di un secondo (o nuovo) lavoro

Abbattimento delle spese “non essenziali”

Riprogrammazione dei progetti scolastici dei figli



Figli di giocatori con GAP

La vita dei figli dei giocatori è caratterizzata da:

Esperienze cicliche di illusioni/delusioni

Clima familiare incerto, instabile, caotico

Trascuratezza, violenze fisiche o verbali

E' oggetto di richieste di sostegno, aiuto, alleanza

Sensi di colpa, rabbia, vergogna

Responsabilizzazione precoce

Vissuti di isolamento e abbandono

Alterazioni del comportamento, sintomi psicosomatici



Famiglia e dipendenza da gioco d'azzardo: situazioni diverse, approcci diversi

La famiglia è disfunzionale in quanto vittima

La presenza di un giocatore patologico genera conseguenze che si abbattano sulla famiglia

La famiglia è disfunzionale in quanto co-dipendente

Il comportamento di gioco patologico si innesta su bisogni e dinamiche antecedenti

Diversa la diagnosi e diversi gli interventi.



La Famiglia vittima – obiettivi dell'intervento

Obiettivo generale: aiutare la famiglia a sopravvivere al comportamento del GAP (cercando di ridurre i danni)

Obiettivi specifici:

Facilitare l'arrivo del paziente in terapia

Addestrare i familiari ad avere comportamenti più adeguati nella relazione con il paziente per facilitare comportamenti più adeguati da parte del paziente (che resta al centro dell'intervento)

Si informa la famiglia sulla patologia, sul funzionamento del GAP, sui rischi, su quanto sta succedendo, si danno informazioni che consentono di agire in base alle nuove acquisizioni



La Famiglia vittima – Pratiche e Strumenti

Pratiche coerenti con il Modello psico-educativo:

Informare

Incoraggiare

Suggerire

Indicare

Strumenti:

Psico-educazione

Sedute informative

Gruppi di famiglie, o partner o genitori



La Famiglia vittima – Il modello Stress-Strain-Cope-Support e il metodo dei 5 passi

Il modello SSCS suggerisce che vi sono 4 importanti fattori di cui tenere conto in presenza di una famiglia ove vi è un problema di dipendenza:

Stress

Logorio (Strain)

Coping

Supporto



La Famiglia vittima “Stress-Strain-Coping-Support”

Stress – Vivere con un familiare affetto da dipendenza è stressante

Logorio (*Strain*) – I familiari sperimentano logorio, che spesso diviene evidente con manifestazioni sintomatiche sia fisiche che psicologiche

Coping – I familiari che si trovano in questa situazione cercheranno di adottare varie strategie per farvi fronte

Supporto – La qualità ed il livello di supporto sociale ricevuto possono aiutare ad affrontare la situazione.



La Famiglia vittima “Stress-Strain-Coping-Support”

*Al centro dell'interesse clinico si pone il membro familiare e non il soggetto dipendente;
ci si focalizza sulla situazione attuale e sulle azioni da intraprendere nei riguardi dei comportamenti di dipendenza del congiunto;
ci si focalizza sui bisogni dei membri della famiglia e sul fornire una risposta specialistica adeguata a tali bisogni.*



La Famiglia vittima

Il counselling familiare col metodo dei 5 passi

I 5 passi:

Porsi in una *posizione di ascolto* al fine di comprendere la natura del problema di dipendenza, portato dal punto di vista del familiare;

Fornire informazioni rilevanti e consigli appropriati;

Esplorare le modalità utilizzate dal familiare per rispondere ed affrontare la situazione (CQ);

Esplorare e potenziare il supporto sociale (HOPE)

e infine, laddove necessario, strutturare una presa in carico mirata o inviare il familiare ad uno specialista.



La Famiglia vittima

Strumenti di assessment

- I questionari FMI (Family Members Impact Scale), SRT (Symptoms Rating Test) e CQ (Coping Questionnaire) misurano rispettivamente stress, logorio e coping.
- Il questionario HOPE (*Hopefulness-Hopelessness scale*) misura la speranza.
- Il questionario SSS (Social Support Scale) misura componente “supporto”.



La Famiglia co-dipendente

DIPENDENZA E CO-DIPENDENZA

- La dipendenza è un'ossessione verso una sostanza o un comportamento, con una compulsione a ripeterne il consumo, o il comportamento, malgrado le conseguenze negative che ne derivano.
- La co-dipendenza è un'ossessione verso il comportamento di una persona, con una compulsione ad aiutarla a qualunque costo, malgrado le conseguenze negative che questo comporta
- Le persone co-dipendenti organizzano tutti gli aspetti della propria vita in funzione dei bisogni d'un'altra persona, anche arrivando a trascurare o danneggiare se stesse. (Uehlinger & Tschui, 2006)



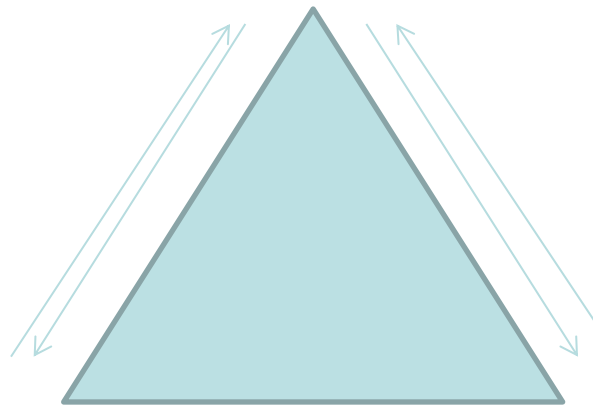
La Famiglia co-dipendente – Le origini

- Gli individui co-dipendenti descrivono sovente un'infanzia genitorializzata.
- Sovente hanno avuto genitori assenti o insufficienti, incapaci di garantire un ruolo protettivo e di gestire la famiglia (per problemi di dipendenza o di altra natura).
- Sin dall'infanzia hanno dovuto assumersi carichi pesanti.
- L'adattamento all'imprevedibilità dell'atteggiamento e dello stato psicofisico dei genitori si è tradotto in meccanismi di controllo.
- Le situazioni di co-dipendenza sono generalmente accompagnate da intenso senso di colpa.



Il triangolo di Karpman

SALVATORE
Onnipotente
Protegge e dirige
Deresponsabilizza



VITTIMA
Si sente svalorizzata
Perde la stima di sé
Si sente ingannata
Si sente depressa

CARNEFICE
Minaccia
Controlla
Impone
Sorveglia



Caratteristiche delle persone co-dipendenti

Il diniego

Il conformismo

Una stima di sé ridotta e fragile

Il controllo

L'evitamento



5 aree per valutare la co-dipendenza

Sono responsabile di tutto e di tutti

es. “Dico bugie per proteggere l’altro”, “Tendo a fare cose al posto di altre persone”

Sono in collera con tutto e con tutti

es. “Rimprovero gli altri per il mio malessere”

Non bado ormai più a me stesso/a

es. “Ho difficoltà a difendermi da una relazione che mi sfrutta”

Faccio finta di star bene

es. “Tengo segreto quello che vivo (umiliazioni, violenza, ...)”; “Ho paura di essere considerato/a un/a egoista”; “Se mi arrabbio, temo di perdere l’amore degli altri”

Ho scarsa stima di me

“Ho difficoltà ad accettare dei complimenti”



La Famiglia co-dipendente – obiettivi dell'intervento

Obiettivo generale: mirare alla modificazione stabile e profonda nella struttura e nel funzionamento del sistema familiare (sintomo=parte funzionale), cambiare le relazioni all'interno della famiglia

Obiettivi specifici:

Rompere le dinamiche patologiche preesistenti al GAP

Facilitare la presa di coscienza della propria storia personale, di coppia e familiare in relazione alla formazione o al mantenimento del GAP



La Famiglia co-dipendente – pratiche e strumenti

Incoraggiare

Individuare il cambiamento necessario (ad es. le relazioni tra i partner, la relazione con le famiglie di origine, ...)

Tra i cambiamenti necessari individuare quelli possibili

Favorire il cambiamento con atti terapeutici, intervenendo sulle dinamiche; non approccio informativo: non basta.

Terapie individuali, di coppia e familiari:

Interventi strutturali

Interventi controparadossali

Genogramma, storia familiare, ecc.



Lavorare con le Famiglie di GAP - concordare aspettative realistiche

La metafora della lavatrice (Tom McLellan)

**Ogni ciclo di lavaggio toglie le macchie
ma ogni ciclo di lavaggio consuma le fibre...**

Non ci sarà restitutio ad integrum



Lavorare con la Famiglia del GAP

Lavorare per ripristinare la salute familiare (Miguel Garrido, 2012)

Lavorare in favore di chi in genere si presenta per primo a chiedere aiuto

Lavorare con chi, se coinvolto, ha spesso un ruolo determinante nel motivare il paziente alla cura

Lavorare con chi si è osservato generare un miglior tasso di ritenzione in trattamento dei pazienti GAP

Lavorare con chi sarà presente e avrà un ruolo importante al fianco del paziente GAP nella fase post – acuta della cura intensiva, e nel sostenere i cambiamenti occorsi in terapia

Maurizio Coletti, 2012



Riferimenti Utili

Capitanucci D. (2010). Figli d'azzardo. Gioco d'azzardo patologico e trascuratezza dei figli: un tema di cui occuparsi. In: Picone F. (a cura di) "Il Gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche". Carocci Ed.

Capitanucci D. et al. (2013) Manuale di auto aiuto per familiari "Il gioco d'azzardo, la tua famiglia e tu" – ed. Andincarta. Scaricabile al link:

<http://www.andinrete.it/portale/documenti/pdf/manuale%20familiari%20DEFcon%20copertina.pdf>

Testi degli autori citati nelle slide: Croce Mauro, Coletti Maurizio, Orford Jim, Velleman Richard, Copello Alex, Cédric d'Epagnier



Progetto GAP

Gambling e comorbidità 4 Luglio 2013

Giuseppe Carrà, MD, MSc, PhD

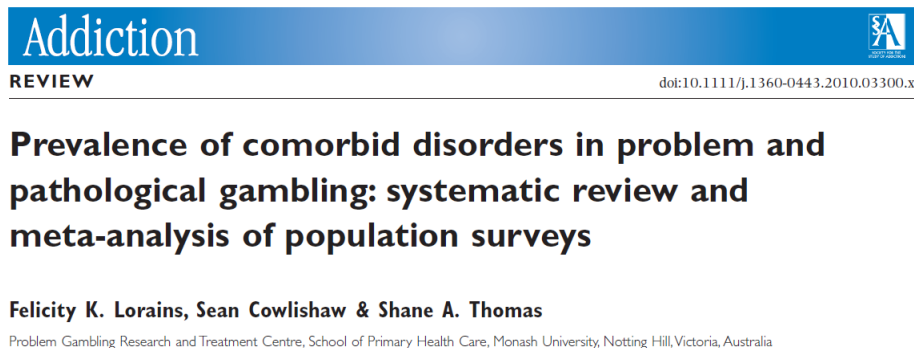
Mental Health Dept. San Gerardo University Hospital-MONZA-IT

Dept. Mental Health Sciences. UCL-LONDON-UK



Background

- Una recente metanalisi ha dimostrato una alta frequenza di comorbidità per GP e dipendenza da sostanze con una co-occorenza del 57.5% (Lorains, Cowlshaw, & Thomas, 2011).





Background

- Le problematiche associate al gambling sono anche associate ad altri disordini mentali come depressione, disturbo d'ansia, disturbo bipolare, disturbi di personalità, uso di alcol, sostanze e nicotina (Petry, 2005; Crockford, El-Guebaly 1998)
- Nel gambling problematico e patologico i disturbi comorbili sono associati ad aumentate problematiche legate al gioco e maggiore severità delle conseguenze associate (Ladd et al, 2003; Hall et al, 2000)



Background

- Sebbene sia generalmente accettato che molti disturbi psicologici siano presenti in associazione al GP, le conclusioni tratte sulla comorbidità psichiatrica nel gambling problematico e patologico spesso si basano su evidenze di campioni di soggetti in cerca di trattamento (Black et al 2008)
- Il 42% dei giocatori che si presenta per trattamento ambulatoriale ha un disturbo di personalità, il 33.3% ha abuso e/o dipendenza da alcol e il 17.4% ha un disturbo della condotta (Ibanez 2001)
- Il 60% dei giocatori patologici in cerca di trattamento soffre di disturbo dell'umore, il 64% ha un disturbo da uso di sostanze, il 40% ha un disturbo d'ansia e l'87% un disturbo di personalità (Black & Moyer 1998)



Background

- Il gambling patologico è frequentemente associato all'uso di sostanze, uso di alcol, disturbi affettivi e disturbi d'ansia, con evidenze varie per quanto riguarda l'associazione con i disturbi di personalità (Petry 2005).
- Molti giocatori non hanno mai cercato un trattamento professionale e come evidenziato da una recente survey solo il 7–12% dei giocatori patologici ha cercato un trattamento (Slutske 2006)



Background

- I giocatori patologici in cerca di trattamento possono essere sistematicamente diversi dai giocatori presenti nella popolazione generale
- Paradossalmente I giocatori problematici e patologici in cerca di trattamento sembrano cercarlo per i loro disturbi comorbili piuttosto che per le problematiche legate al gambling, con conseguente problematiche di gioco non rilevate (Winters, 2003)



Background

- Siccome esiste una fondata ragione a sostegno che i soggetti in cerca di trattamento differiscono sistematicamente da quelli che non lo cercano, gli studi su campioni clinici non dovrebbero essere usati per trasporre tali caratteristiche su popolazioni più ampie di giocatori problematici o patologici.
- Le indagini su popolazione generale in campioni casuali sono appropriate per generalizzare i risultati sulla popolazione.



Prevalenza

Psychological Medicine, 2008

- La maggior parte dei rispondenti all'indagine (78.4%) ha riferito di aver giocato nella vita.
- Il gambling problematico e quello problematico nella vita (erano molto poco comuni. (2.3% e 0.6% rispettivamente)
- L'esordio e la persistenza del gioco patologico era predetto da una varietà di disturbi DSM-IV (ansia, umore, controllo degli impulsi e uso di sostanze). Il gioco patologico era anche predittivo per il successivo esordio di disturbo d'ansia generalizzata, PTSD e dipendenza da sostanze.
- Sebbene nessuno dei rispondenti con gioco patologico avesse mai ricevuto un trattamento per il gioco d'azzardo, il 49.0% era stato trattato per altri disturbi mentali.



Prevalenza

Psychological Medicine, 2008

- La maggioranza di disturbi d'ansia comorbili, oltre a PTSD, depressione maggiore e abuso di droga/alcol sono iniziati a una età inferiore rispetto al gioco patologico, come anche i disturbi di controllo degli impulsi.
- Nel 74.3% dei casi in cui il gioco patologico era associato ad un altro disturbo nella vita quest'ultimo esordiva prima del gioco patologico.
- Questi quadri evidenziano la possibilità che alcuni disturbi mentali possano essere fattori di rischio per gioco patologico piuttosto che una conseguenza
- Basandosi su queste associazioni il 96.3% dei rispondenti con gioco patologico nella vita aveva uno più disturbi di altro tipo secondo CIDI/DSM-IV
- L'OR più forte è con il disturbo da uso di sostanze (3.9–5.8) e il disturbo di controllo degli impulsi (1.8–3.1)



Prevalenza su popolazione generale

(Petry, 2005)

Prevalenza Lifetime di disturbi psichiatrici

- Disturbo da uso di alcol o sostanze era 73.2% e 38.1%, rispettivamente
- Disturbi dell'umore e ansia avevano alta prevalenza (49.6% e 41.3%)
- Disturbi di personalità; 3.2% per personalità dipendente e 28.4% disturbo di personalità ossessivo-compulsivo.

Associazione tra GP e altri disordini psichiatrici

- Tutti gli OR tranne uno erano statisticamente significativi
- Il disturbo e la dipendenza da alcol avevano valori di OR oltre 5
- L'OR per disturbo da uso di sostanza era più basso (3.5–4.8).
- L'OR per la dipendenza da tabacco era particolarmente alto (6,9)



Prevalenza – Metanalisi su indagini di popolazione

(Lorains et al. – 2010)

Caratteristiche di un campione di giocatori problematici e patologici

Le stime di prevalenza di gioco problematico e patologico nell'ultimo anno e nella vita variavano rispettivamente da 0.1 a 2.7% e da 0.4 a 4.2%.

Gli strumenti più comuni utilizzati per la diagnosi sono stati i criteri DSM e il South Oaks Gambling Screen (SOGS).



Prevalenza – Metanalisi su indagini di popolazione

(Lorains et al. – 2010)

- La misura dell'associazione era 57.5% per qualsiasi disturbo da uso di sostanze, 28.1% per disturbo da uso di alcol, 17.2% per abuso/dipendenza da sostanze e 60.1% per dipendenza da nicotina.
- Per i disturbi dell'umore, era 37.9% per qualsiasi disturbo, 23.1% per depressione maggiore e 9.8% per episodi maniacali/disturbi bipolare.
- Per qualsiasi disturbo d'ansia era 37.4% e per il disturbo d'ansia generalizzato era 11.1%.
- La prevalenza del disturbo antisociale di personalità era 28.8%.



Patterns di priorità temporale all'esordio

- Alcuni disturbi psichiatrici possono essere considerati come fattori di rischio per il gioco patologico, mentre altri come conseguenza del gioco patologico
- Alcuni ricercatori suggeriscono che i pazienti con depressione maggiore si rifugiano nel gambling come per fuggire dai sintomi depressivi. Le persone con sintomi depressivi spesso soffrono di uno stato anedonico sottostante tale da non provare piacere dai comuni stimoli.
- Una eccessiva attività di gioco potrebbe offrire una via di fuga o una sensazione di gratificazione ricercata per compensare la sensazione di assenza di piacere



Patterns di priorità temporale all'esordio

- Al contrario, altri studi riportano che la depressione osservata nei giocatori patologici non era primaria a sintomi di gioco sottostanti, ma costituiva una reazione secondaria alle conseguenze negative del gioco patologico come rotture familiari o problemi finanziari
- Sono molto pochi gli studi che hanno indagato la relazione temporale tra gioco patologico e la co-occorrenza con disturbi psichiatrici. È stato riportato che l'esordio e la continuazione del gioco patologico potrebbe essere predetto da alcuni disturbi psichiatrici pre esistenti come disturbi d'ansia, dell'umore e da uso di sostanze.
- Allo stesso tempo il gioco patologico potrebbe predire l'insorgenza di disturbi d'ansia generalizzata, PTSD e dipendenza da sostanze



Prevalenza della comorbidità – aspetti chiave

- Il disturbo da uso di sostanze ha una chiara relazione con il gioco patologico. L'abuso di alcol o sostanze è quasi 7 volte maggiore in giocatori patologici rispetto ai non giocatori o ai giocatori sociali.
- Di contro, dal 9% al 16% di chi abusa sostanze è probabilmente un giocatore patologico
- I giocatori patologici hanno percentuali più alte di disturbi dell'umore rispetto ai non giocatori (33.3% vs 14.2%). L'impatto delle evidenze cliniche correlate punta verso una associazione tra disturbi dell'umore e gioco patologico.
- Il gioco è una attività svolta per alleviare uno stato depressivo – è usato come un 'antidepressivo'



Prevalenza della comorbidità – aspetti chiave

- Forte associazione tra gioco patologico e disturbi d'ansia (60.3%) e ADHD (13.4%)
- Alcuni ricercatori sostengono che il gioco patologico rientra nello spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi.
 - Similitudini:** pensieri e stimoli persistenti e seguiti da comportamenti ripetitivi.
 - Differenze:** il disturbo ossessivo-compulsivo è indesiderato e involontario, mentre il gioco è volontario e percepito come piacevole.
- La letteratura suggerisce un chiaro collegamento tra gioco patologico e disturbi in asse II (in particolare disturbi antisociali e BPDs)
- Alte prevalenze di uso di nicotina sono presenti nel gioco patologico.



Conclusioni

- Il gioco patologico è frequentemente comorbile ai disturbi da uso di sostanze;
- Una comorbidità con i disturbi dell'umore è verosimile, ma esistono alcuni problemi e inconsistenze metodologiche che necessitano di ulteriori puntualizzazioni;
- Sebbene i sintomi ansiosi sono frequentemente descritti nei giocatori patologici, non c'è un chiaro consenso se questi rappresentano o meno una forma di comorbidità;



Conclusioni

- In definitiva, il gioco patologico sembra essere altamente comorbile con alcuni disturbi psichiatrici.
- Per gli altri disturbi psichiatrici sono disponibili poche informazioni. I dati sono consistenti per una associazione tra disturbi affettivi e gioco patologico, ma variano per i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia.
- L'evidenza è poco convincente in merito alla alta percentuale di disturbi di personalità in giocatori che cercano trattamento, ma non è chiaro se questa associazione è presente nella popolazione generale.



Conclusioni

- Rispetto alla comorbidità è necessario ricordare che le statistiche riportano la presenza di co-occorrenze. La determinazione di un ruolo causale è difficile se non impossibile.
- Per esempio,
 - I consumatori di sostanze giocano o i giocatori consumano sostanze?
 - I soggetti con disturbo(i) psicologico(i) giocano per automedicare il loro distress emozionale o lo stress derivato dai problemi correlati al gioco facilita lo sviluppo di disturbi psicologici (Shaffer & Korn 2002)?
- In merito alla sequenza di esordio, tuttavia, è possibile che tutte e tre le condizioni—disturbo da uso di sostanze, disturbi psicologici e gioco—possono interagire reciprocamente e, di conseguenza, perpetuare l'un l'altro (Petry 2005).



Progetto GAP

Supporto farmacologico

Giuseppe Carrà, MD, MSc, PhD

Mental Health Dept. San Gerardo University Hospital-MONZA-I

Dept. Mental Health Sciences. UCL-LONDON-UK



Background

**Trattamento del gioco patologico
o dei disturbi mentali
comorbili correlati?**



Background

- Differenti tipi di farmaci sono stati studiati per il trattamento del gioco patologico: antagonisti per gli oppiacei, antidepressivi, stabilizzanti dell'umore, antipsicotici e composti glutamatergici (van den Brink, 2012).
- Complessivamente sono stati individuati 25 studi: nove non controllati e 16 RCTs con dimensioni campionarie da 6 a 233 soggetti. Non ci sono review o meta analisi più recenti (Hollander, 2005).



Background

- Il gioco patologico è spesso associato ad altri disturbi psichiatrici e i pazienti cercano prima un trattamento per i disturbi comorbili piuttosto che per il gioco patologico stesso.
- Gli studi hanno evidenziato che il gioco patologico è frequentemente comorbile con tre disturbi in asse I: disturbi dello spettro bipolare, abuso/dipendenza da sostanze e ADHD (Sood, Pallanti, & Hollander, 2003)



Background

- Per i clinici è essenziale identificare questi stati comorbili per determinare l'evoluzione del trattamento a causa del loro contributo nel gioco patologico.
- Per esempio, i giocatori con disturbi bipolare possono avere alti e bassi che aumentano lo stimolo verso la ricerca di piacere attraverso il gioco e sottostimarne il rischio.
- Analogamente, soggetti con ADHD hanno inattenzione e uno stato sotto-eccitazione può essere associato a un senso di noia che induce al gioco per ricevere una stimolazione ottimale.



Antagonisti degli oppiacei

- Sia il naltrexone che il nalmeffene sono farmaci molto promettenti per il trattamento del gioco patologico come dimostrato in tre RCT e due studi non controllati (Kim & Grant, 2001a; b).
- In particolare,
 - una RCT non ha dimostrato un effetto complessivo significativo del naltrexone verso placebo, ma una analisi post-hoc dei pazienti che hanno assunto tutta la dose prescritta per almeno una settimana ha mostrato un positivo e significativo effetto alla dose di 40 mg di naltrexone rispetto al placebo (Grant et al 2010)
 - In un RCT di confronto diretto tra naltrexone e bupropione, entrambi i farmaci erano ugualmente efficaci o inefficaci (Dannon 2005).
 - Il follow-up a lungo termine di questo studio ha mostrato che la maggior parte dei rispondenti alle prime 12 settimane di trattamento con naltrexone avevano ancora una risposta positiva dopo sei mesi dalla sospensione del farmaco (Dannon 2007)



SSRI

- Studi preclinici hanno dimostrato una correlazione tra bassi livelli di serotonina nel SNC e la soppressione di risposte inibitorie (Tye, Iverson, & Green, 1979).
- I risultati di studi clinici suggeriscono una associazione tra impulsività e disregolazione serotoninergica. È verosimile che il sistema serotoninergico è coinvolto significativamente nella eziologia del gioco patologico.
- Gli SSRI hanno dimostrato efficacia nel trattamento di una varietà di disturbi psichiatrici che si presume siano associati a disfunzione serotoninergica



SSRIS

Fluvoxamina

I soggetti sono maggiormente migliorati con fluvoxamine (33.4%) piuttosto che con placebo (28%) come misurato con PG-YBOCS, ma senza avere differenze statisticamente significative (Hollander 1998)

Paroxetina

Tra i 45 partecipanti che hanno completato lo studio non c'erano differenze statisticamente significative tra i due gruppi in nessuna delle misure di outcome che includevano CGI, PG-YBOCS and SOGS (Grant 2003)

Citalopram

È stato condotto solo uno studio di valutazione di efficacia con citalopram per il trattamento del gioco patologico con miglioramento significativo in tutte le misure effettuate (Zimmerman 2002). Tuttavia, vista l'alta risposta al placebo nel trattamento dell'impulsività, si rende necessario uno studio in doppio cieco con placebo per verificare l'efficacia del citalopram.



Antagonisti Post-Sinaptici della serotonina e Inibitori del re-uptake della dopamina

Nefazodone

Sono stati rilevati miglioramenti significativi (75%) delle misure di outcome, ma si rende necessario uno studio controllato per determinarne l'efficacia.

Bupropion

In un trial di 8 settimane open-label con bupropione, i soggetti trattati hanno mostrato miglioramenti, ma ulteriori trial controllati in giocatori patologici devono essere condotti per confermarne l'efficacia. Da ultimo, è opportuno notare che in un confronto diretto il bupropione era (in)efficace come il naltrexone (Dannon 2005)



Antidepressivi

- I risultati degli studi con utilizzo di antidepressivi sono poco consistenti per la presenza di molti studi non controllati che mostrano un effetto positivo significativo mentre quasi tutti i RCT evidenziano un effetto negativo o non significativo sul comportamento di gioco, con unica eccezione per la paroxetina (Kim 2002).
- Tuttavia, il trial clinico più ampio ha mostrato solo una risposta positiva molto piccola senza risultati statisticamente significativi (Grant 2003)



Stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici

- Non esistono conclusioni indicative per l'efficacia clinica degli stabilizzatori dell'umore nel trattamento del gioco patologico. L'unico RCT condotto è stato un confronto diretto tra litio e valproato che indica che entrambi i farmaci erano ugualmente efficaci o inefficaci (Pallanti 2002)
- Uno studio in doppio cieco della durata di 10 settimane con litio carbonato a lento rilascio verso placebo ha dimostrato buona tollerabilità ed efficacia (Hollander, Pallanti, Allen, Sood, & Rossi, 2005).
- Lo spettor bipolare in giocatori patologici migliorava rispetto al comportamento di gioco. Non è chiaro se questo miglioramento dell'impulsività sia dipeso da un miglioramento dell'instabilità affettiva o se il miglioramento della instabilità affettiva abbia migliorato l'impulsività nei confronti del gioco.
- Nei due RCT che hanno confrontato olanzapina e placebo gli abbandoni spontanei sono stati maggiori nel gruppo in olanzapina e non sono state notate differenze nei comportamenti di gioco tra i due gruppi (Fong 2008; McElroy 2008)



Farmaci Glutamatergici

- Nell'ultimo decennio il glutammato è diventato un importante oggetto di studio nella ricerca sulle dipendenze specialmente in merito all'impulsività, al craving, alle distorsioni cognitive e alla ricaduta.
- Attualmente sono disponibili solo due trial non controllati (memantina [Grant 2010] and N-Acetil Cysteina (NAC) [Grant 2007]) e questi studi mostrano promettenti per il trattamento del gioco patologico con composti glutamatergici, ma sono necessari RCT su larga scala per poter trarre conclusioni di efficacia.

Elementi chiave dei trattamenti farmacologici

- Sulla base delle evidenze disponibili gli antagonisti degli oppiacei sono i farmaci di prima linea per il trattamento del gioco patologico sia come somministrazione giornaliera che come farmaci assunti in prossimità di una ricaduta (Lahti 2010)

- è importante notare che un trattamento di sei mesi sembra consentire uno stato di astinenza di almeno sei mesi dopo la sospensione della terapia tuttavia sono necessari studi con follow-up più lunghi

Type	Medication	Reference	N	Design	Effect*
Opioid Antagonists	Naltrexone Nalmefene	Lahti 2010* [278]	39	uncontrolled	+
		Kim 2001 [276]	17	uncontrolled	+
		Kim 2001 [277]	83	RCT (placebo)	+
		Grant 2008 [273]	77	RCT (placebo)	+
		Grant 2006 [272]	207	RCT (placebo)	+
		Grant 2010 [258]	233	RCT (placebo)	-
Antidepressants	Citalopram	Zimmerman 2002 [280]	15	uncontrolled	+
	Escitalopram	Black 2007 [268]	19	uncontrolled	+
	Paroxetine	Kim 2002 [261]	45	RCT (placebo)	+
	Paroxetine	Grant 2003 [262]	76	RCT (placebo)	NS
	Fluvoxamine	Hollander 1998 [274]	10	uncontrolled	+
	Fluvoxamine	Hollander 2000 [275]	15	RCT cross-over	+
	Fluvoxamine	Blanco 2002 [271]	32	RCT (placebo)	NS
	Fluvoxamine	Dannon 2005 [259]	31	RCT (Topiramate)	F < T [‡]
	Sertraline	Saiz-Ruiz 2005 [279]	60	RCT (placebo)	-
	Nefazodone	Pallanti 2002 [278]	14	uncontrolled	+
	Bupropion	Black 2007 [269]	39	RCT (placebo)	-
	Bupropion	Dannon 2005 [259]	36	RCT (Naltrexone)	B = N [§]
Mood Stabilizers	Carbamazepine	Black 2008 [270]	6	uncontrolled	+
	Lithium	Pallanti 2002 [283]	42	RCT (Valproate)	L = V [®]
Antipsychotics	Olanzapine	Fong 2008 [264]	21	RCT (placebo)	-
	Olanzapine	McElroy 2008 [265]	42	RCT (placebo)	-
Glutamatergic Drugs	Memantine	Grant 2010 [266]	29	uncontrolled	+
	NAC [¶]	Grant 2007 [267]	27	uncontrolled	+

*Effect: + = significant positive effect; NS = non-significant positive effect; - = no difference.

*Targeted use of naltrexone, i.e. naltrexone only just before or at the beginning of gambling activity.

[‡]Fluvoxamine significantly less effective than topiramate.

[§]Bupropion equally (in)effective as naltrexone.

[®]Lithium equally (in)effective as valproate.

[¶]N-Acetyl Cysteine (NAC).

[‡]Positive effect in patients with high impulsivity and negative effect in patients with low impulsivity.

Elementi chiave dei trattamenti farmacologici

- Come seconda opzione terapeutica la paroxetina o uno dei composti glutammatergici (NAC or memantina) sono le scelte terapeutiche con maggiore supporto scientifico.
- Gli antipsicotici non sembrano avere posto nel trattamento del gioco patologico (Achab & Khazaal, 2011).

Type	Medication	Reference	N	Design	Effect*
Opioid Antagonists	Naltrexone Nalmefene	Lahti 2010* [278]	39	uncontrolled	+
		Kim 2001 [276]	17	uncontrolled	+
		Kim 2001 [277]	83	RCT (placebo)	+
		Grant 2008 [273]	77	RCT (placebo)	+
		Grant 2006 [272]	207	RCT (placebo)	+
		Grant 2010 [258]	233	RCT (placebo)	-
Antidepressants	Citalopram	Zimmerman 2002 [280]	15	uncontrolled	+
	Escitalopram	Black 2007 [268]	19	uncontrolled	+
	Paroxetine	Kim 2002 [261]	45	RCT (placebo)	+
	Paroxetine	Grant 2003 [262]	76	RCT (placebo)	NS
	Fluvoxamine	Hollander 1998 [274]	10	uncontrolled	+
	Fluvoxamine	Hollander 2000 [275]	15	RCT cross-over	+
	Fluvoxamine	Blanco 2002 [271]	32	RCT (placebo)	NS
	Fluvoxamine	Dannon 2005 [259]	31	RCT (Topiramate)	F < T [§]
	Sertraline	Saiz-Ruiz 2005 [279]	60	RCT (placebo)	-
	Nefazodone	Pallanti 2002 [278]	14	uncontrolled	+
	Bupropion	Black 2007 [269]	39	RCT (placebo)	-
	Bupropion	Dannon 2005 [259]	36	RCT (Naltrexone)	B = N [§]
Mood Stabilizers	Carbamazepine	Black 2008 [270]	6	uncontrolled	+
	Lithium	Pallanti 2002 [283]	42	RCT (Valproate)	L = V [®]
Antipsychotics	Olanzapine	Fong 2008 [264]	21	RCT (placebo)	-
	Olanzapine	McElroy 2008 [265]	42	RCT (placebo)	-
Glutamatergic Drugs	Memantine	Grant 2010 [266]	29	uncontrolled	+
	NAC [*]	Grant 2007 [267]	27	uncontrolled	+

*Effect: + = significant positive effect; NS = non-significant positive effect; - = no difference.

*Targeted use of naltrexone, i.e. naltrexone only just before or at the beginning of gambling activity.

[§]Fluvoxamine significantly less effective than topiramate.

[§]Bupropion equally (in)effective as naltrexone.

[®]Lithium equally (in)effective as valproate.

^{*}N-Acetyl Cysteine (NAC).

^{*}Positive effect in patients with high impulsivity and negative effect in patients with low impulsivity.



Conclusioni

- La farmacoterapia è un approccio relativamente nuovo nel trattamento del gioco patologico e può essere efficace per ridurre l'impellenza di giocare e il comportamento di gioco. Una varietà di farmaci sono stati studiati con risultati contrastanti. Attualmente non ci sono farmaci approvati per il trattamento del gioco patologico. (Grant et al. 2012).
- Il gioco patologico sembra associato ad altri disturbi psichiatrici, nella maggior parte disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità altri disturbi di controllo degli impulsi, abuso e dipendenza da alcol e sostanze.
- Dando la preminenza alla comorbidità psichiatrica nel gioco patologico la pratica clinica attuale è di modificare il trattamento farmacologico in relazione alle condizioni psichiatriche comorbili.

Conclusioni

- È difficile determinare se un farmaco è efficace nel trattamento del gioco patologico in quanto spesso c'è un alto numero di rispondenti al placebo nella fase iniziale del trattamento.
- La mancanza di studi a seguito di sospensione programmata del trattamento non consente

di definire quanto deve essere la durata del trattamento stesso : all'inizio almeno 4–6 mesi e poi forse trattamento a mantenimento (Grant et al, 2003).

Nessun farmaco è stato approvato in UK o USA per il trattamento del gioco patologico e attualmente non sono disponibili linee guida.

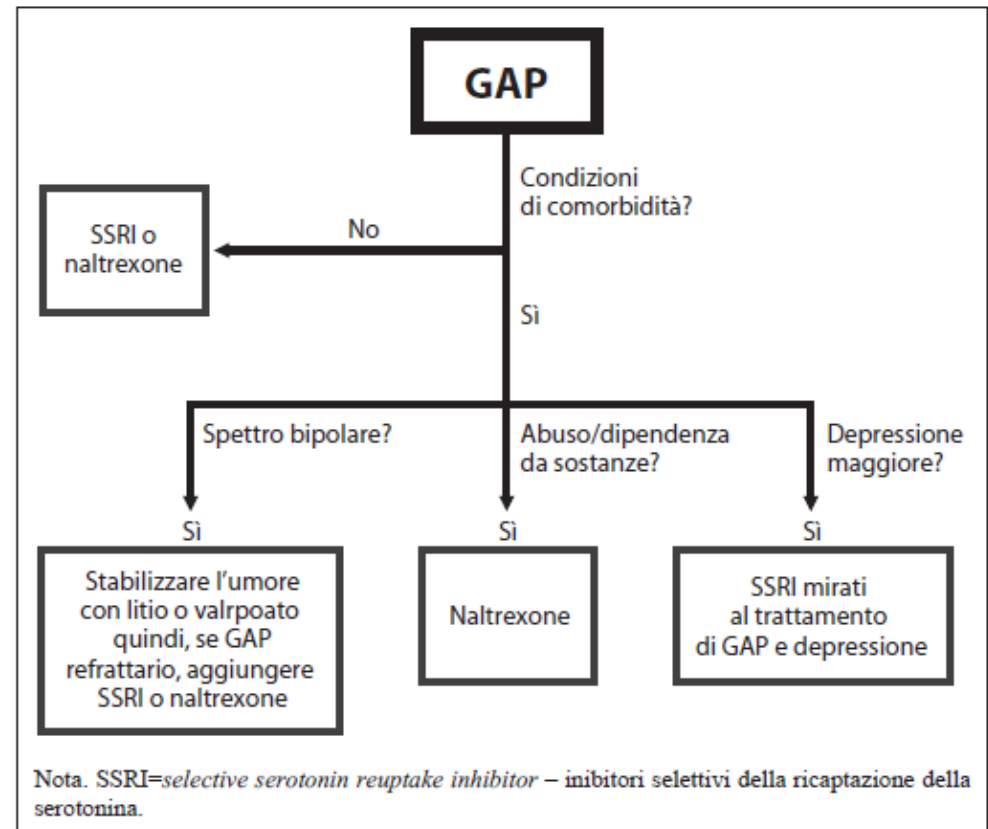


Fig. 1.1 Suggerimento di algoritmo nel trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP) e condizioni di comorbidità



IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Cenni sui profili penalistici del reato di usura

- ✓ Le condizioni socio-economiche del fenomeno usurario;
- ✓ La legge 108/96 c.d. legge antiusura: pregi e difetti
 - ✓ Il reato di usura prima e dopo la legge antiusura: art. 644 c.p.
 - ✓ La famiglia e l'impresa, Prevenzione e Solidarietà artt. 14 e 15 L.108/96,
 - ✓ Profili di incostituzionalità.



IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Cenni sui profili civilistici e cause del fenomeno dell'usura

✓ Art. 1815 c.c.;

Rimedi che possono ridurre i casi d'usura legati alla soluzione dei problemi politici, sociali, economici e istituzionali del nostro Paese:

- ✓ Creazione delle condizioni per nuovi posti di lavoro;
- ✓ Ridurre il divario di ricchezza tra Nord e Sud e tra l'Italia e gli altri Paesi dell'Unione europea;
- ✓ Abbandonare una politica autoreferenziale come quella italiana sempre più litigiosa e lontana dai problemi reali delle famiglie e delle imprese;



IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

- ✓ Tempi della Giustizia civile;
- ✓ Abbattere i ritardi imperdonabili e incomprensibili della Pubblica Amministrazione che rappresentano un danno per l'economia reale;
- ✓ Ridurre al minimo la diffusione oggi oltre ogni limite del gioco d'azzardo di Stato che ha finito per alimentare anche quello illegale attraverso il Gioco d'Azzardo Patologico e/o Problematico che produce disutilità in termini sociali ed economici;
- ✓ Contrastare l'espansione della criminalità organizzata;
- ✓ Agevolare l'accessibilità delle famiglie e delle imprese al credito legale.

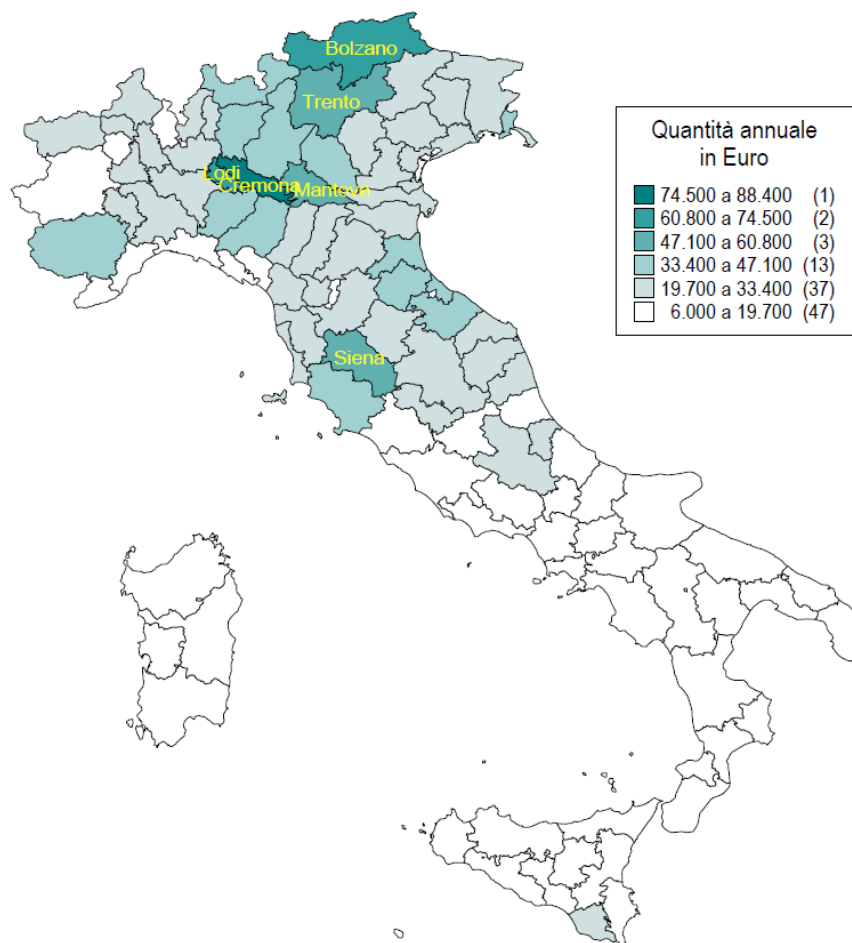


IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Credito a famiglie
produttrici



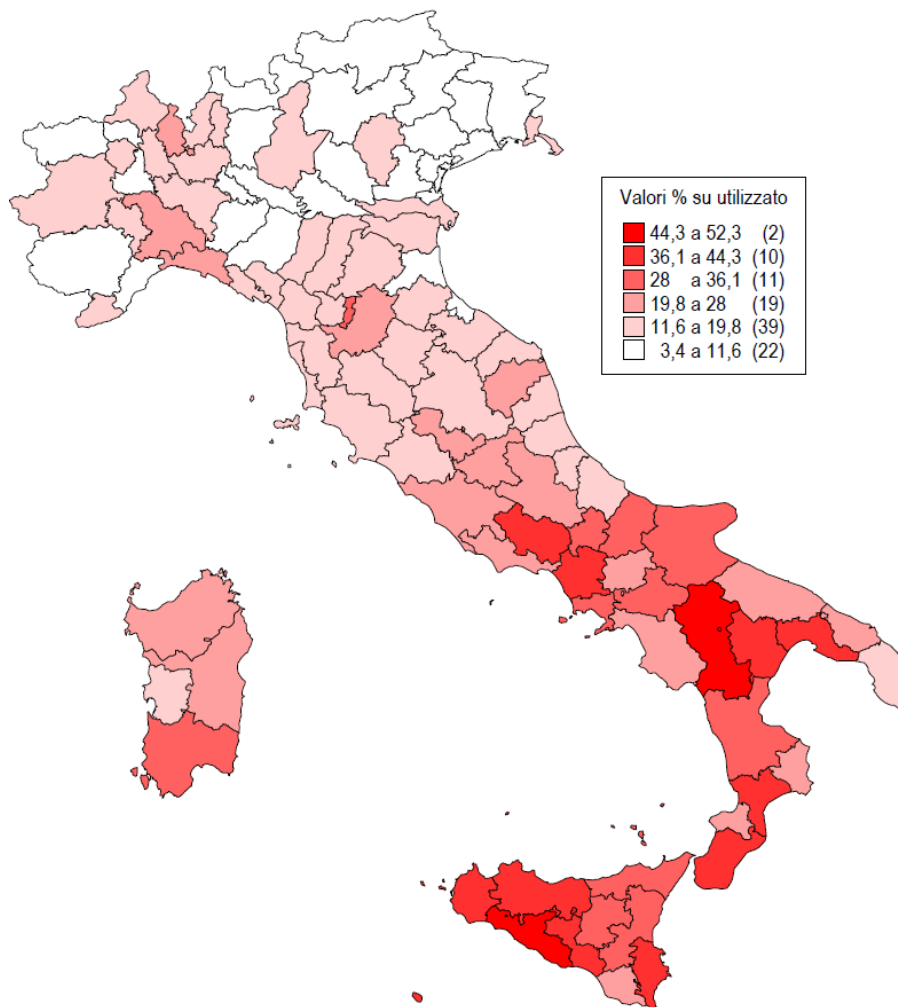


IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Crediti in sofferenza
a famiglie produttrici





IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Usura e Gioco d'Azzardo: quale connessione?

Dati:

- ✓ Nel 2011 consumati dagli italiani quasi 80 mld di euro;
- ✓ Nel 2012 consumati dagli italiani quasi 95 mld di euro;
- ✓ Oltre 1 milione di giocatori patologici in Italia con riflessi negativi su oltre 6 milioni di italiani (familiari, amici, colleghi di lavoro ...);
- ✓ Studio Banca d'Italia su capacità delle famiglie di risparmiare (1991 – 24%, 2008 – 12,10%, 2010 – 9,7%, 2012 – 5,7%);
- ✓ Su 10 casi di usura accertata, 4,6 sono da ricondurre al gioco d'azzardo!



IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Usura e Gioco d'Azzardo: effetti.

Sociali ed economici:

AUMENTO SPESA PER WELFARE (stima: 6 miliardi in costi sociali e sanitari, 4 per mancato introito IVA, 20 miliardi sottratti al commercio),

In particolare:

- ✓ Settore sanitario;
- ✓ Lavoro dipendente;
- ✓ Imprenditoriale;



IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Usura e Gioco d'Azzardo: effetti.

- ✓ Enti Locali (Comuni, Province e Regioni);
- ✓ Sistema Bancario;
- ✓ Sistema Giudiziario;
- ✓ Locazioni.



IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Usura e Gioco d'Azzardo: effetti.

- ✓ Aumento del fatturato della criminalità organizzata;
- ✓ Aumento di :
 - omicidi;
 - furti e rapine;
 - violenze in famiglia;
 - truffe;
 - Usura.



IL FENOMENO DELL'USURA IN ITALIA

(Consulta Nazionale Antiusura O.n.l.u.s.)

avv. Attilio Simeone

Usura e Gioco d'Azzardo: rimedi.

- ✓ Bilanci sociali per i Concessionari del gioco d'azzardo legale;
- ✓ Ciclicità delle vincite;
- ✓ Responsabilità civile:
 - ✓ Art. 2050 c.c. Responsabilità per l'esercizio attività pericolose;
 - ✓ Art. 2051 c.c. Danno cagionato da cosa in custodia.
- ✓ Art. 14 L. 108/96 Fondo di Solidarietà accesso anche alle famiglie;
- ✓ Amministrazione di sostegno per i giocatori problematici e patologici.



FONDAZIONI ANTIUSURA IN ITALIA ASSOCIATE ALLA CONSULTA NAZIONALE ANTIUSUTA



Fondazioni Antiusura
associate alla
Consulta Nazionale
"Giovanni Paolo II"



COORDINAMENTO
REGIONALE

FONDAZIONE
REGIONALE

FONDAZIONE
PROVINCIALE

CENTRO
D'ASCOLTO

Consulta Nazionale Antiusura "Giovanni Paolo II" o.n.l.u.s.

Via dei Gesuiti, 20 • 70122 BARI - Tel. 080.5235454 / Fax 080.5225030 - www.consultantiusura.it - info@consultantiusura.it



Consulta Nazionale Antiusura
Giovanni Paolo II o.n.l.u.s.

FONDAZIONI

ABRUZZO

Fondazione Jubileum
Via Mons. Pio Bagnoli, 65
07051 Avezzano
Tel. 0863 23453 Fax 0863 23453
Presidente: Avv. Carlo Ricci
V. Presidente: Avv. Antonio Salone
Centri di ascolto: Chieti, Lanciano, L'Aquila,
Pescina, Sulmona, Teramo

BASILICATA

Fondazione Lucana Mons. Cavalla
Via Don Giovanni Minzoni, 46
75100 Matera
Tel. 0835 314616 Fax 0835 314812
Presidente: Sac. Basilio Gavazzeni

CALABRIA

Fondazione S. Matteo Apostolo
Vico I Terme, 5 - C.P. 81
87011 Cassano allo Jonio (CS)
Tel. 0981 71008 Fax 0981 71683
Presidente: Sac. Attilio Foscaldi

Fondazione Zacheo

Piazza Duomo, 19 - 89000 Crotone
Tel. 0962 20272 - 0962 21520
Fax 0962 20272
Presidente: Mons. Giuseppe Morrone

Fondazione S. Maria del Soccorso

Via Carlo V, 193 - 88100 Catanzaro
Tel. 0961 759550 Fax 0961 1910352
Presidente: Dott. Giuseppe La Fauci

Fondazione Don Carlo De Cardona

Via Trento, 55 - 87100 Cosenza
Tel. 0984 22350 Fax 0984 22350
Numero Verde 800 475 270
Presidente: Avv. Angelo Pugliese
Direttore: Dott. Pietro Principe

Fondazione SS. Medici Cosma e Damiano

Via Garibaldi, 104 - 89044 Locrì (RC)
Tel. 0964 20889 Fax 0964 20889
Presidente: Dott.ssa Carmela Zavettieri

Fondazione Mons. Vittorio Moietta

Via Lissania, 2 (Vescovado)
89046 Lamezia Terme (CZ)
Tel. 0968 448280 Fax 0968 418424
Presidente: Dott. Aldo Siranni

CAMPANIA

Fondazione S. Giuseppe Moscati
Via S. Sebastiano, 48 - 80134 Napoli
Tel. 081 4421535 Fax 081 4420857
Presidente: P. Massimo Rastrelli
Centri di ascolto: Avellino, Benevento, Salerno

Fondazione Exodus '94

c/o Caritas Diocesana
Via S. Bartolomeo, 72
80053 Castellammare di Stabia (NA)
Tel. 081 8701702
Fax 081 8705877 - 081 3901803
Presidente: Dott. Daniele Acampora

EMILIA ROMAGNA

Fondazione S. Matteo Apostolo
c/o Fondazione S. Petronio
Via S. Caterina, 8 - 40126 Bologna
Tel. 051 6448015 Fax 051 531186
Presidente: Sac. Paolo Valenti

LAZIO

Fondazione Salus Populi Romani
Piazza S. Giovanni in Laterano, 6/A
00184 Roma
Tel. 06 69886519 - 06 69886369 - 06
69886432 Fax 06 69886519
Presidente: Mons. Enrico Feroci
Centri di ascolto: Albano, Latina, Rieti, Viterbo

Fondazione Wanda Vecchi

Via Tiziano Vecellio, 3 - 04100 Latina
Tel. 0773 470630 - 0773 484395
Fax 0773 484395
Numero Verde 800 013 805
Presidente: Sig. Adelchi Orzenti

LIGURIA

Fondazione S. Maria del Soccorso
Vico Falanconica, 16 - 16123 Genova
Tel. 010 2543236 - 010 2513577
Fax 010 2523875
Presidente: Mons. Marco Granara
Vice Presidente: Rag. Alberto Montani
Centri di ascolto: Chiavari

LOMBARDIA

Fondazione San Bernardino
Piazza Borromeo, 6 - 20123 Milano
Tel. 02 87395532-3 Fax 02 99087148
Presidente: Dott. Luciano Gualzetti
Centri di ascolto: Bergamo, Brescia, Como,
Crema, Cremona, Lecco, Legnano, Lodi,
Mantova, Monza, Piacenza, Pavia, Vigevano,
Varese, Varese, Varese, Varese

MARCHE

Fondazione Mons. Francesco Traini
Contro l'Usura
Via Cise Nuove, 39/41
63019 S. Benedetto del Tronto (AP)
Tel. 0735 582988 Fax 0735 582988
Presidente: Dott. Alfredo Grunieri
V. Presidente: Mons. Remaudo Scarpioni

MOLISE

Fondazione S. Pietro Celestino
Piazza Andrea d'Isernia, 12
86170 Isernia
Tel. 0865 413799 Fax 0865 413799
Presidente: Ing. Sergio Florio
Centri di ascolto: Agnone, Campobasso,
Termoli, Trivento, Venafro

PIEMONTE - VAL D'AOSTA

Insieme Contro l'Usura
Via delle Rosine, 11 - 10123 Torino
Tel. 011 8390846/20 Fax 011 8129471
Presidente: Rag. Germano Apra
V. Presidente: Avv. Alfredo Peracchio

PUGLIA

Fondazione S. Nicola e SS. Medici
Via dei Gesuiti, 20 - 70122 Bari
Tel. 080 5241909 Fax 080 5241900
Presidente: Mons. Alberto D'Urso
Centri di ascolto: Acquafredda, Altamura,
Bari, Canosa, Castellana Grotte, Grottole,
Mottola, Santeramo, Santeramo, Santeramo,
Santeramo, Santeramo, Santeramo

SARDEGNA

Fondazione SS. Simeone e Antonio
Via Villa Marina, 1
07029 Tempio Pausania (OT)
Tel. 0796 30085 Fax 0796 30085
Presidente: Suor Luigia Leoni
Centri di ascolto: Macomer

Fondazione S. Ignazio da Laconi

c/o Centro Comunale di Solidarietà
"Giovanni Paolo II"
Viale Sant'Ignazio, 88 - 09124 Cagliari
Tel. 070 6777651 Fax 070 653552
Presidente: Sac. Marco Lai

SICILIA

Fondazione SS. Mamiliano e Rosalia
Via Benfratelli, 27 - 90134 Palermo
Tel. 091 324482 Fax 091 324482
Presidente: Dott. Vittorio Alfisi

Fondazione P. Pino Puglisi

Via Felice Bisazza, 21 - 98122 Messina
Tel. 090 714796 Fax 090 714796
Sportello Comunale Antiusura: Tel. 090
661444 Fax 090 661444
Presidente: Mons. Nino Caminiti

Fondazione Beato Card. Dusmet

Via Porticella, 10 - 95131 Catania
Tel. 095 2504311 (centralino)
Fax 095 2504358
Presidente: Mons. Giorgio Giuffrida
Segretario: Sac. Roberto Rosano Catalano

TOSCANA

Fondazione Toscana per la Prevenzione
dell'Usura
Via Del Portone, 49 - 53100 Siena
Tel. 0577 210286 - 0577 222516
Fax 0577 237399
Presidente: Dott. Lelio Grossi

Centri di ascolto: Arezzo, Borgo San Lorenzo,
Carrara, Carrara, Carrara, Carrara, Carrara,
Empoli, Empoli, Empoli, Empoli, Empoli,
Firenze, Firenze, Firenze, Firenze, Firenze,
Grosseto, Grosseto, Grosseto, Grosseto, Grosseto,
Livorno, Livorno, Livorno, Livorno, Livorno,
Massa, Massa, Massa, Massa, Massa,
Montecatini, Montecatini, Montecatini, Montecatini, Montecatini,
Pistoia, Pistoia, Pistoia, Pistoia, Pistoia,
Prato, Prato, Prato, Prato, Prato,
San Miniato, San Miniato, San Miniato, San Miniato, San Miniato,
Viareggio, Viareggio

TRIVENETO

Fondazione Beato Giuseppe Tovini
Via Seminario, 8 - 37129 Verona
Tel. 045 9276213 Fax 045 9276211
Presidente: Dott. Renzo Giacomelli
Centri di ascolto: Bolzano, Bolzano, Bolzano,
Cortina, Cortina, Cortina, Cortina, Cortina,
Dolomiti, Dolomiti, Dolomiti, Dolomiti, Dolomiti,
Lepanto, Lepanto, Lepanto, Lepanto, Lepanto,
Padova, Padova, Padova, Padova, Padova,
Pesciara, Pesciara, Pesciara, Pesciara, Pesciara,
Pinerolo, Pinerolo, Pinerolo, Pinerolo, Pinerolo,
Ponte di Legno, Ponte di Legno, Ponte di Legno, Ponte di Legno, Ponte di Legno,
Verona, Verona, Verona, Verona, Verona,
Verona-San Pancrazio, Verona-San Pancrazio,
Verona, Verona

UMBRIA

In corso di istituzione



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Principi di ORGANIZZAZIONE dell'offerta dei servizi per il GAP





Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it

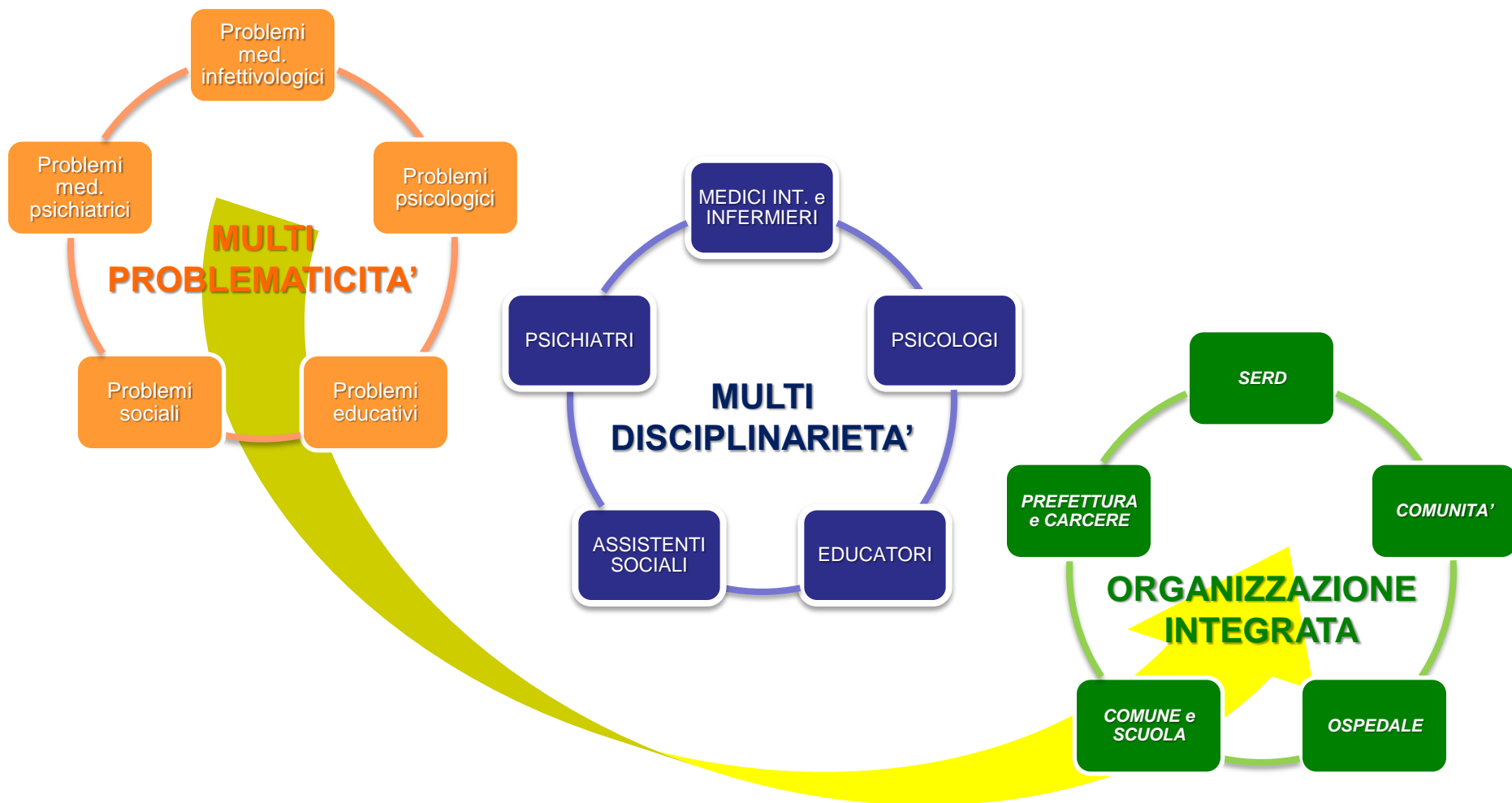


Linee nazionali di indirizzo



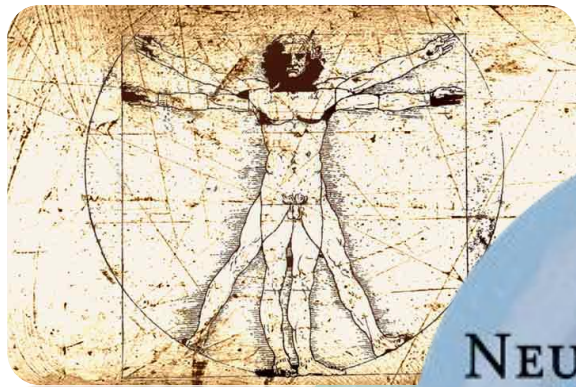


Una scelta obbligata

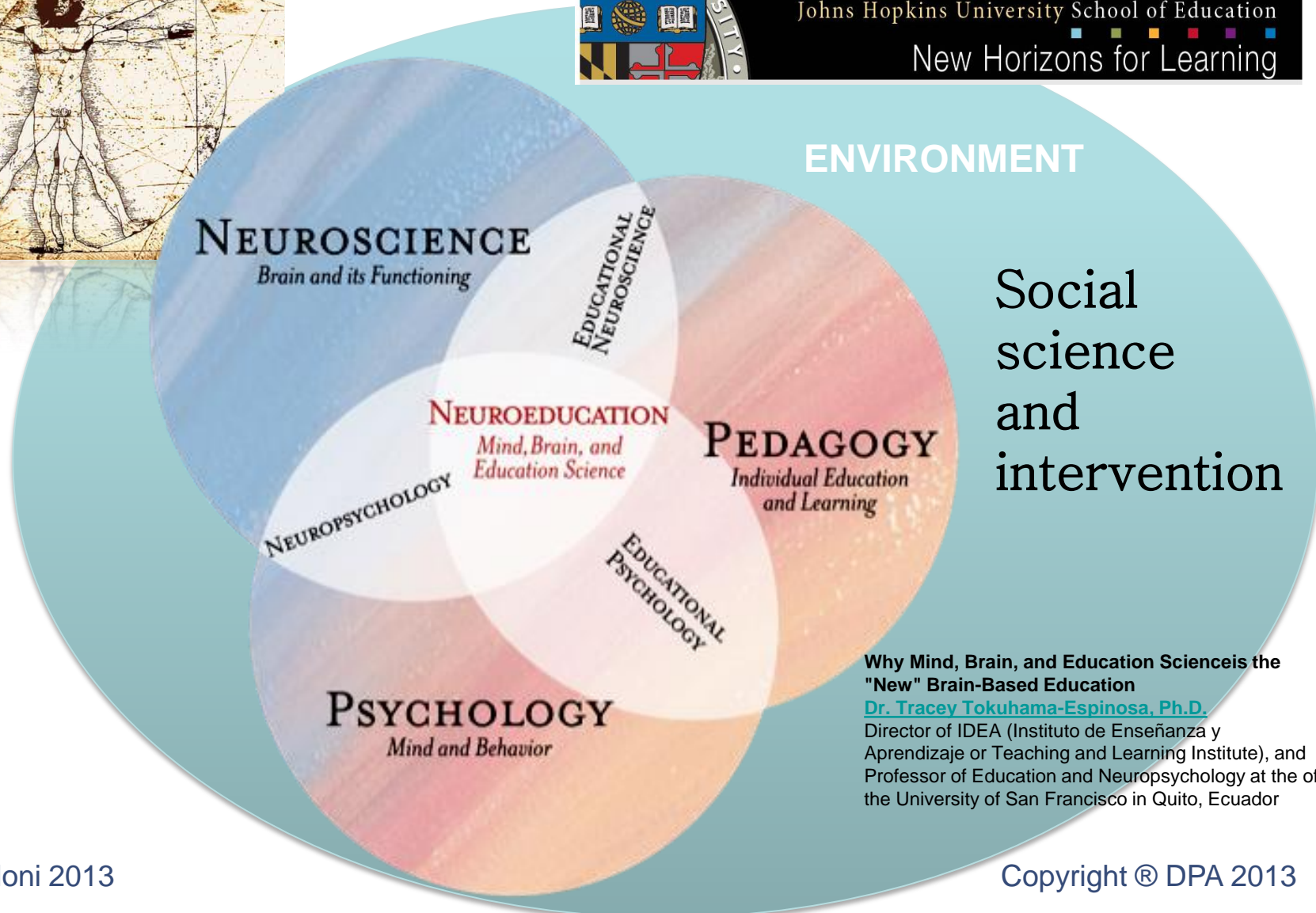




Transdisciplinarity



Johns Hopkins University School of Education
New Horizons for Learning



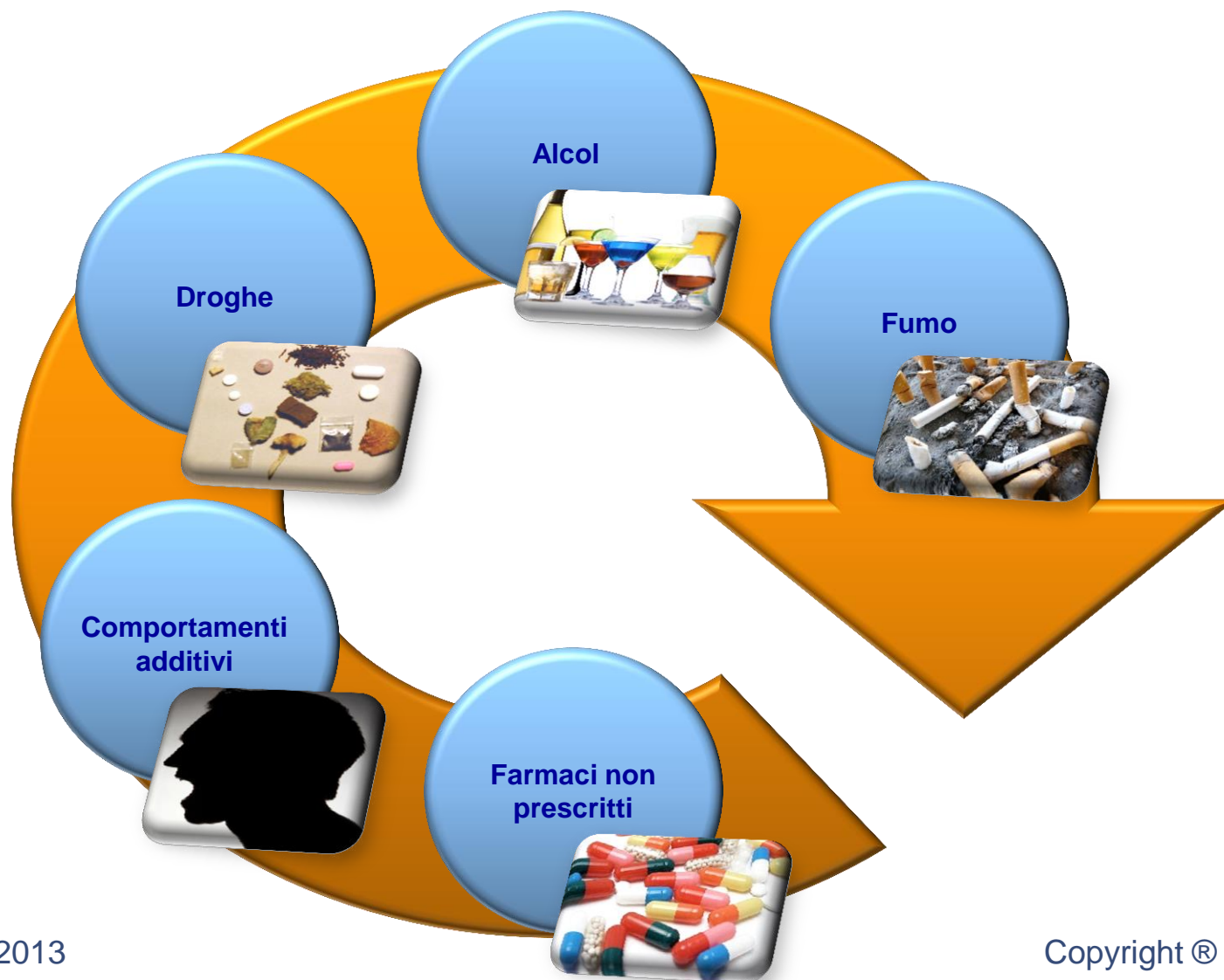
Why Mind, Brain, and Education Science is the "New" Brain-Based Education

[Dr. Tracey Tokuhama-Espinosa, Ph.D.](#)

Director of IDEA (Instituto de Enseñanza y Aprendizaje or Teaching and Learning Institute), and Professor of Education and Neuropsychology at the University of San Francisco in Quito, Ecuador



Premesse: Principali tipologie di dipendenze da trattare nei Dipartimenti delle Dipendenze







Aree da presidiare

**Gioco
d'azzardo
problematico**

**Comportamento a
rischio per la salute**
(fisica, mentale e sociale)
con necessità di diagnosi
precoce e di intervento



**Gioco
d'azzardo
patologico**

**Malattia
neuro-psico-biologica**
con conseguenze sanitarie e
sociali e necessità di diagnosi,
cura e riabilitazione

Interventi

- PREVENZIONE
 - CONTATTO PRECOCE
-
- CURA E RIABILITAZIONE
 - PREVENZIONE DELLE RECIDIVE



Alcuni principi di base per la strutturazione dei Dipartimenti delle Dipendenze

- Governance approach
- Autonomia e responsabilità diretta
- Identità forte/specializzazione
- Non assorbimento nei DSM (errore strategico)
- Valenza sovradistrettuale
- Assetto strutturale

Principali aree di attività dei Dipartimenti delle Dipendenze





Processo valutativo degli interventi

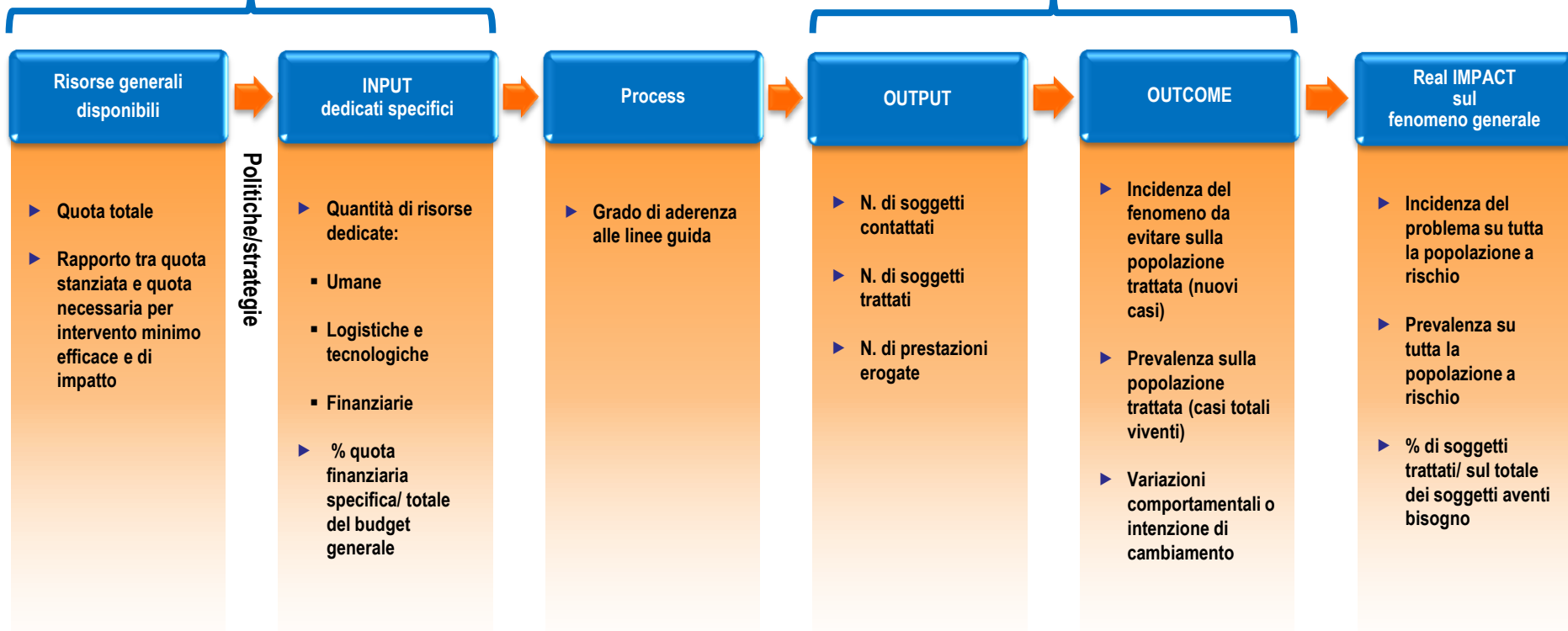
Efficienza Allocativa

Performance

Efficienza produttiva

Sostenibilità

Efficacia



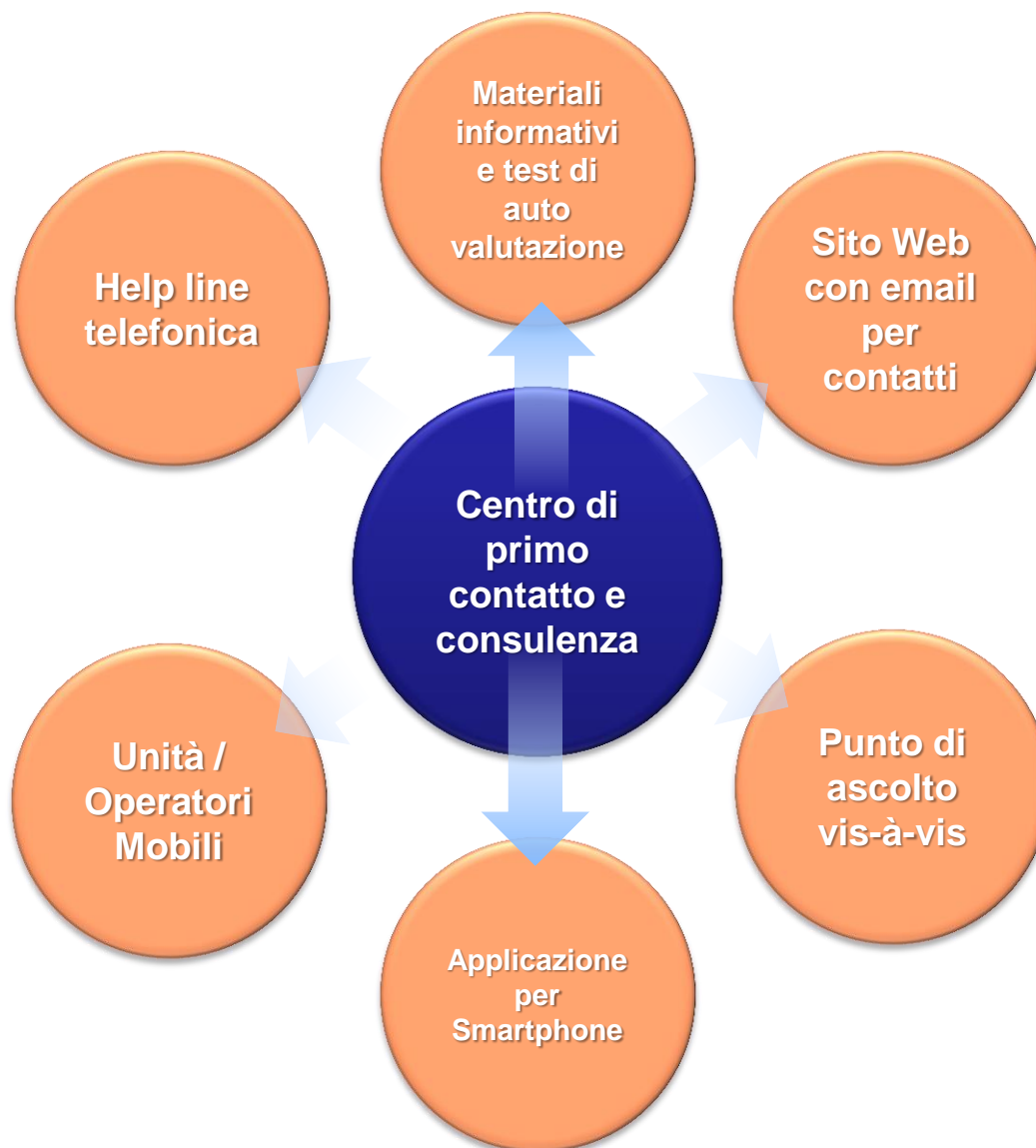


Livelli di integrazione funzionale del Dipartimento delle Dipendenze





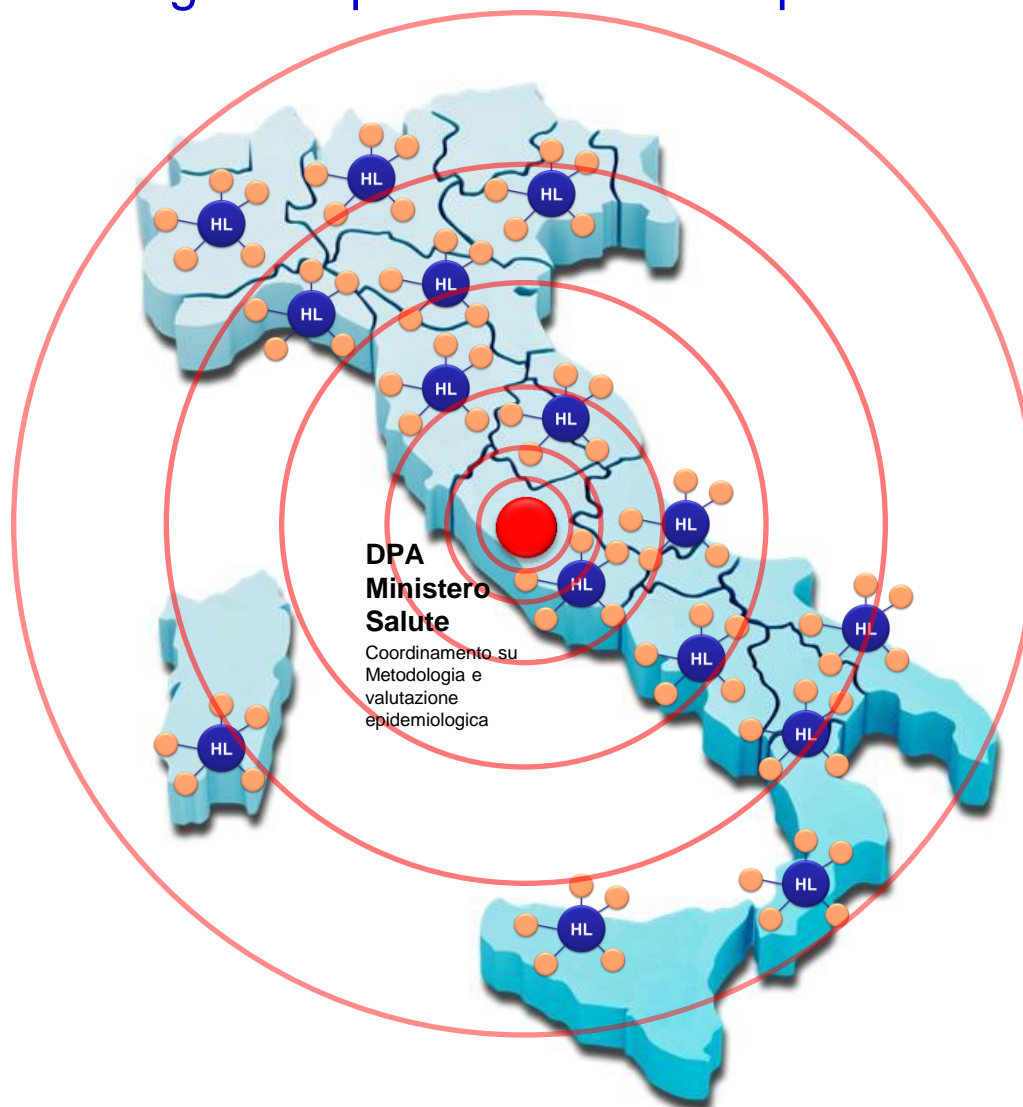
Outreach: setup di base





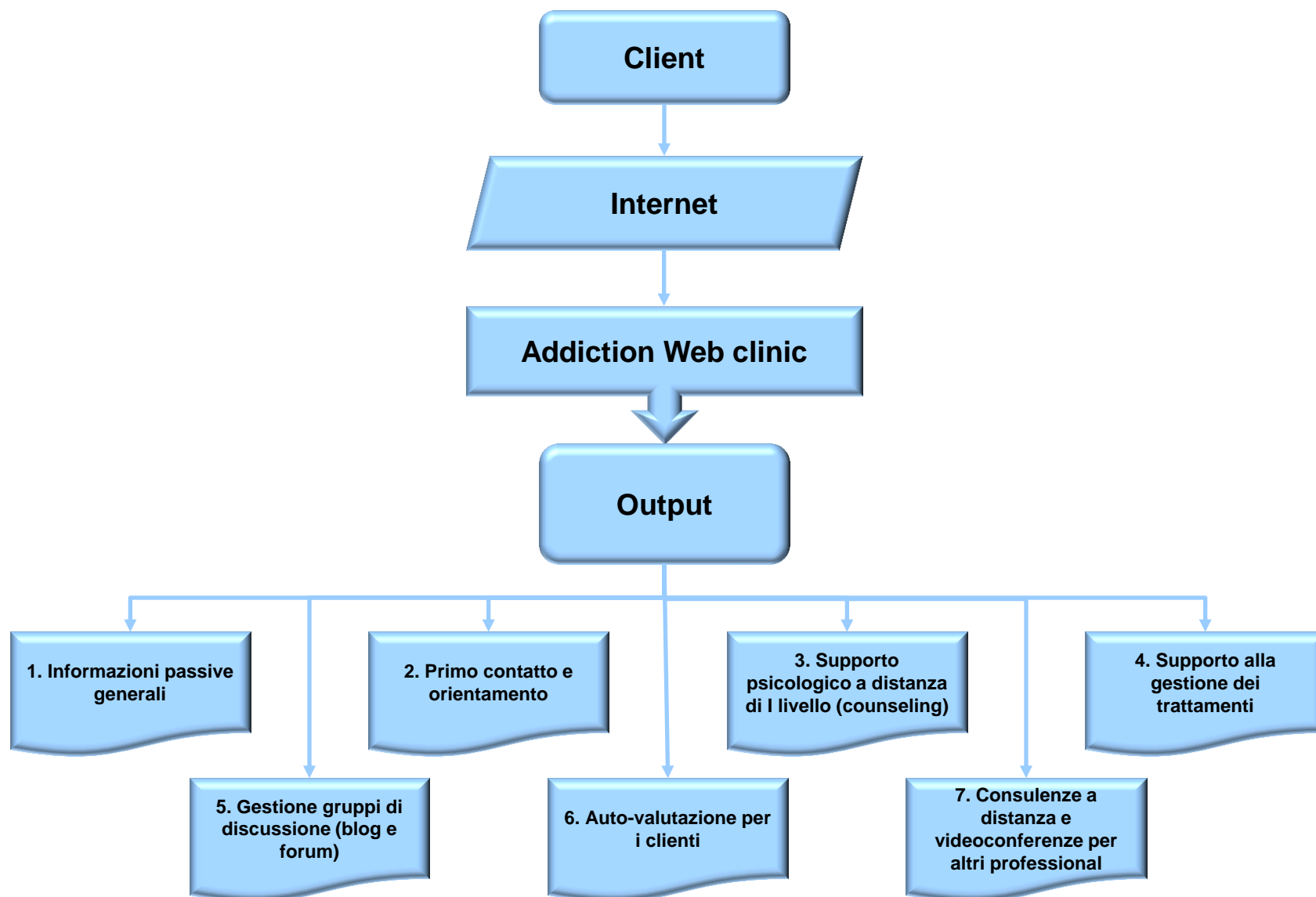
Network Nazionale Help Line GAP (Work in progress)

Regioni-Dipartimenti delle Dipendenze





Modello di Addiction Web Clinic





addiction web clinic

N	Ambito di attività (offerta)	Specifiche
1	Informazioni passive generali	Quest'area è dedicata alla fornitura di informazioni senza interazione attiva tra cliente e professional. Le informazioni riguardano in particolare due ambiti: il primo è quello delle possibili offerte da ottenere all'interno del sito; il secondo è l'ambito preventivo e terapeutico delle varie forme di addiction.
2	Primo contatto e orientamento	Quest'area è dedicata all'aggancio precoce del paziente utilizzatore di Internet mediante la possibilità di ricevere, tramite email, blog o partecipazione a forum, domande da parte del client interessato. La gestione di questa interazione avviene chiaramente in forma differita ed esclude quindi le emergenze-urgenze, in modo da dare all'operatore la possibilità di programmare sia i tempi, sia i contenuti delle risposte. L'area ha come finalità anche quella di orientare meglio il paziente alla forma più opportuna di accesso ed eventuale trattamento.
3	Supporto psicologico a distanza di primo livello (counseling)	Molte esperienze in vari paesi stanno dimostrando la possibilità, anche nelle dipendenze, di poter instaurare programmi di supporto mediante counseling motivazionale a persone con dipendenza da sostanze, che non hanno la possibilità o l'intenzione di accedere ai servizi ambulatoriali. Questa nuova forma di supporto deve comunque trovare personale particolarmente versatile e addestrato all'uso di interazioni virtuali tramite Internet.
4	Supporto alla gestione dei trattamenti	Quest'area è dedicata a supportare a distanza la routinaria gestione dei pazienti già in trattamento che possono accedere alla rete Internet e quindi ridurre la difficoltà derivante dalla mobilità territoriale senza interrompere la relazione con il terapeuta. Questo tipo di supporto si è dimostrato molto utile e fattibile soprattutto per la gestione dei trattamenti delle patologie correlate alla dipendenza, quali l'infezione da HIV e l'epatite C, aumentando l'aderenza ai trattamenti ed ai controlli.
5	Gestione dei gruppi di discussione (blog e forum)	Attraverso quest'area è possibile, per specifici argomenti di interesse comune, dare informazioni e standardizzare i comportamenti di accesso e partecipazione ai trattamenti e ai controlli diagnostici di vari gruppi di pazienti. Gli argomenti possono essere così trattati in modo omogeneo ed uniforme, diffondendo le buone prassi a vari gruppi di clienti che possono far presente, a loro volta, eventuali aspettative o indicazioni di miglioramento.
6	Auto-valutazione per i clienti	In quest'area possono essere inseriti dei test di auto-valutazione per i clienti, sia relative alle proprie condizioni di salute o di dipendenza, sia per quanto riguarda i risultati raggiunti durante il trattamento. L'applicazione di queste metodologie è risultata particolarmente efficace nel motivare il paziente e nel migliorare l'accesso e l'aderenza ai trattamenti.
7	Consulenze a distanza e videoconferenze per altri professional	L'addiction web clinic si è dimostrata particolarmente utile nel ridurre i tempi e l'impegno necessario per fornire consulenze a distanza anche mediante l'utilizzo di videoconferenze o di semplici strumenti (come Skype) dove è possibile scambiare informazioni e materiali in maniera estremamente facilitata. L'accesso a questo servizio, chiaramente programmato ed in differita, si è rivelato particolarmente utile non solo per le consulenze specialistiche ai reparti ospedalieri che accolgono pazienti tossicodipendenti per vari motivi medici, ma anche per i medici di medicina generale.



Principi base per l'organizzazione

(Autori vari – linee di indirizzo Dipartimenti delle Dipendenze DPA – PCM 2011, Thomas - Australian guideline 2011, Sanju 2011, Lee 2011)

1. Coinvolgimento dei Medici di medicina generale soprattutto nella fase di individuazione precoce delle persone con disturbi da Gioco d'azzardo problematico o Patologico.
2. Strutture dedicate: Attivare accessi specifici per diagnosi e cura specialistiche e precoci presso i **Dipartimenti delle Dipendenze** attualmente esistenti se in grado di fornire:
 - diagnosi con strumenti e tecniche validate
 - terapie cognitivo-comportamentali individuali o di gruppo,
 - colloqui di counselling motivazionale,
 - interventi psicologici specialistici
 - in associazione con interventi di auto aiuto.
 - Trattamenti farmacologici per le comorbidità associate
3. Attivare collaborazioni con i DSM per i pazienti che hanno comorbidità psichiatrica (quota oscillante tra il 10% e il 40%).



Possibili LEA nel GAP

N	Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
1	Diagnosi precoce dei comportamenti a rischio e dei fattori di vulnerabilità,
2	Corretto <i>assessment</i> iniziale multidisciplinare (medica, psicologica, sociale, educativa, legale) orientato per pazienti con GAP e successiva diagnosi specialistica (strumenti standard e tecniche validate)
3	Diagnosi delle patologie eventualmente correlate
4	Supporto generale mediante colloqui di <i>counseling</i> motivazionale,
5	Terapie cognitivo-comportamentali individuali e/o di gruppo in associazione con interventi di auto aiuto,
6	Trattamenti farmacologici specialistici per le comorbidità associate,
7	Supporto educativo alla famiglia
8	Diagnosi e trattamenti per la dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol.
9	Programmi specifici per la prevenzione e gestione delle recidive
10	Programmi specifici per la valutazione e la prevenzione del rischio suicidario.



Grazie per l'attenzione



Giovanni Serpelloni – M.D.
Head Antidrug Policy Department

g.serpelloni@governo.it



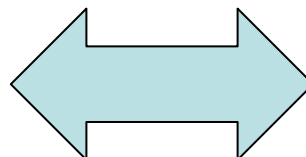
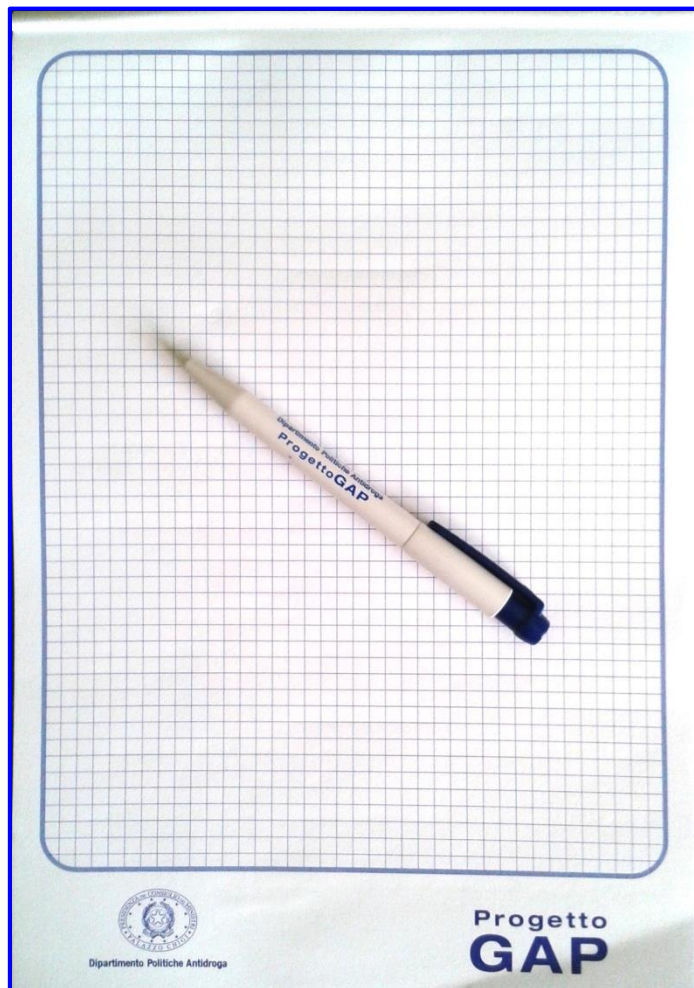
STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO E LA GESTIONE DEI DATI

Maurizio Gomma



Gestione dei Dati: moduli per la loro raccolta

Massima Flessibilità



Massima Standardizzazione

Figura 43 - Esempi di strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico. Cafarelli T et al., 2004.

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN

Cognome: _____
Nome: _____
Data: _____
Età: _____
Esaminatore: _____

1. Indichi per favore quali tipi di giochi d'azzardo ha praticato nel corso della sua vita. Per ogni tipo, indichi una risposta: "per niente", "meno di una volta alla settimana" oppure "una volta alla settimana o più".

	Per niente	Meno di una volta alla settimana	Una volta alla settimana o più
a. Giocare a carte a soldi			
b. Scommettere ai cavalli, cani o altri animali			

GABO - Gambling Attitudes and Beliefs Survey

Cognome: _____
Nome: _____
Data: _____
Età: _____
Esaminatore: _____

Titolo del programma: _____
Data 3-4-5 luglio 2013
Nome del Provider: _____

G. Berp
Introduzione:
Reale utilità delle informazioni fornite:
Chiarezza espositiva:
Competenza dimostrata:
Termini trattati in modo innovativo:
Completezza delle risposte alle domande:

R. Mo
Epidemiologia del gioco d'azzardo patologico:
Reale utilità delle informazioni fornite:
Chiarezza espositiva:
Competenza dimostrata:
Termini trattati in modo innovativo:
Completezza delle risposte alle domande:

R. Mo
Dati finanziari collezionati:
Reale utilità delle informazioni fornite:
Chiarezza espositiva:
Competenza dimostrata:
Termini trattati in modo innovativo:
Completezza delle risposte alle domande:

R.	Domanda	Molto d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo
1	Giocare mi fa sentire realmente vivo.				
2	Se è da un po' che non vinco, probabilmente sono prossimo ad una grande vittoria.				
3	Non c'è modo di sapere se sarò fortunato o sfortunato.				
4	Nullo rispetto per qualcuno che scommette forte riuscendo a rimanere calmo e freddo.				
5	Quando sto giocando mi capita talvolta di scordare il tempo che passa.				
6	So quando sono in vena.				
7	Mentre gioco l'importante è comportarmi come se fossi calmo, anche se non lo sono.				
8	Alcune persone sono sfortunatissime.				
9	Quando vinco mi sento alla grande.				
10	Quando gioco è importante sentirsi sicuri.				
11	Giocare mi annoia.				
12	Alcune persone mi portano fortuna al gioco se mi danno soldi.				
13	I giocatori sono persone più coraggiose e avventurose di chi non ha mai giocato.				
14	Non mi piace smettere di giocare quando sto perdendo.				

G. Berpelli
Fattori di vulnerabilità e resilienza:
percorsi evolutivi:
Reale utilità delle informazioni fornite:
Chiarezza espositiva:
Competenza dimostrata:
Termini trattati in modo innovativo:
Completezza delle risposte alle domande:

	Minimo	1	2	3	4	5	Massimo
Reale utilità delle informazioni fornite							
Chiarezza espositiva							
Competenza dimostrata							
Termini trattati in modo innovativo							
Completezza delle risposte alle domande							

Evento nr. 67048 ed. 1

Pag. 1



MFP: Multifunctional platform

- Mfp è un applicativo software modulare (piattaforma multifunzionale) per la gestione clinica e operativa dei Servizi per le Dipendenze.
- E' basato su un database relazionale (SQL Server Oracle) e usa una tecnologia Web.
- In Italia è in uso presso numerosi Dipartimenti delle Dipendenze.



Inserimento Dati



http://winwebserver/mfp5web/mfp5menu.aspx

mFp5

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Ser.D. 1 Verona - piattaforma mFp

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC. Cliente AAAB

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: VALUTAZ. E RIC. N° cart.: 12 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio
TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000 Comune di residenza: MANTOVA

Gomma Maurizio

Anagrafica e Movimento

- ammissione
- consultazione/modifica
- controllo clienti non più visti (dimissione)
- diari clinici
- certificati e documenti

Gestione Clinica

- anamnesi per aree
- lista diagnosi
- esame obiettivo
- sezione G.A.P.
- valutazioni e test
- valutazione qualità di vita
- progetto assistenziale integrato (PAI)
- scheda di laboratorio
- classificazione trattamenti
- terapie farmacologiche
- vaccinazioni

Gestione Operativa

- inserimento prestazioni su singolo cliente
- inserimento prestazioni per attività generali
- dettaglio prestazioni inserite
- riunioni di equipe
- agenda prenotazioni
- gestione comunità terapeutiche
- monitor

Controllo di Gestione

- reportistica
- reportistica web
- inserimento libretti ricette
- esportazioni files

Monitor Servizio Monitor Operatore Monitor Cliente

100%

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: VALUTAZ. E RIC. N° cart.: 12 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager:
Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000 Comune di

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Persona

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700	Epatite virale A con coma epatico
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta
5711	Epatite acuta alcolica
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
7903	Alcolema elevata
4150	Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420	Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato
-------	---

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile 0,00€

Tipo di condizione sanitaria non noto/non risulta

Livello di gravita DSM IV TR non noto/non risulta

G.A.Pro.

G.A.Pat.

Non diagnosticato

Età di primo gioco 0 di prima giocata con denaro 0

Tipo di primo gioco non noto/non risulta Luogo di gioco abituale non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche Aggiungi

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso
-----------	------	-------	--------	-------------	-------------	--------------

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi 2004

Tentato suicidio ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700	Epatite virale A con coma epatico
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta
5711	Epatite acuta alcolica
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
7903	Alcolemia elevata
4150	Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

FAMILIARITA' Aggiungi

Data ins.	Tipo	Persona

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

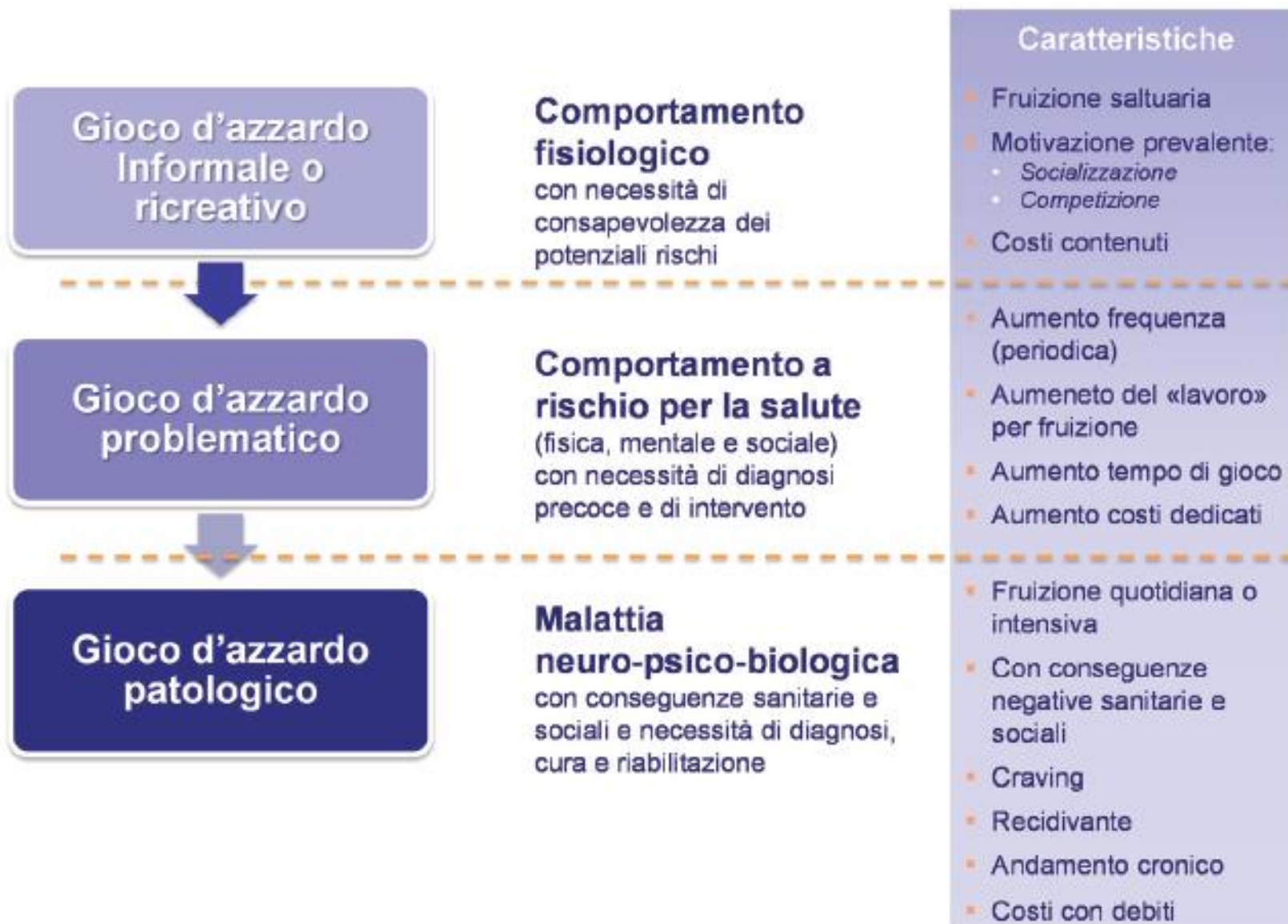
Debiti con famigliari e/o amici ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco non noto/non risulta

SALVA DATI





FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

GIOCO

Età di primo gioco

0

Tipo di primo gioco

non noto

Rilevazioni periodiche

Aggiungi

FAMILIARITA' Aggiungi+

Data ins.

Tipo

Persona

di prima giocata con denaro

0

go di gioco abituale

non noto/non risulta

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A con coma epatico

07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta

5711 Epatite acuta alcolica

042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



Elementi che contraddistinguono il comportamento di disadattamento relativo al gioco d'azzardo. (DSM IV) (DSM 5)

1. Il soggetto presenta preoccupazione relative al gioco (per esempio, è preoccupato di rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, o sta pensando a come ottenere il denaro per giocare)
2. Ha bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori al fine di ottenere l'eccitazione desiderata
3. Fa ripetuti sforzi per controllare o limitare le attività di gioco, o per smettere di giocare
4. È inquieto, o irritabile, quando cerca di limitare le attività di gioco, o di smettere di giocare
5. Gioca per sfuggire ai problemi, o per alleviare uno stato d'animo disforico (per esempio, sensazioni di impotenza, colpa, ansia, depressione)
6. Dopo aver perso denaro al gioco, spesso torna per rivincerlo («inseguendo» le proprie perdite)
7. Mente ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altre persone, per nascondere l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
8. **Ha commesso reati, come falso, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo**
9. Ha compromesso, o perso, una relazione importante, il lavoro, o delle opportunità di studio e carriera, a causa del gioco
10. Conta su altre persone perché gli procurino il denaro necessario a sanare una situazione finanziaria, che è diventata disperata a causa del gioco d'azzardo



FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☐ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☐ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Fsenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile 0,00€

Tipo di condizione sanitaria non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR non noto/non risulta

FAMILIARITA'

Data ins. Tipo Persona

GIOCO

Età di primo gioco 0

Tipo di primo gioco non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Età di prima giocata con denaro 0

Luogo di gioco abituale non noto/non risulta

	Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro spesa
--	-----------	------	-------	--------	-------------	-------------	--------------

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi 2004

Tentato suicidio ☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A con coma epatico

07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta

5711 Epatite acuta alcolica

042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

Rilevazione

Data inserimento 29/06/2013 15

Tipo di familiarità

Persona con cui ha familiarità

GAP
Uso sostanze
Abuso d'alcol

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

Conflitti famigliari GAP correlati

Debiti con famigliari e/o amici

Debiti con istituti di credito

Debiti con organizzazioni di usura

Entità del debito per gioco

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

non noto/non risulta

SALVA DATI



FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☐ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☐ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Fsenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile 0,00€

Tipo di condizione sanitaria non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR non noto/non risulta

FAMILIARITA' **Aggiungi+**

Data ins. Tipo Persona

GIOCO

Età di primo gioco 0

Tipo di primo gioco non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche **Aggiungi+**

Età di prima giocata con denaro 0

Luogo di gioco abituale non noto/non risulta

	Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro spesa
--	-----------	------	-------	--------	-------------	-------------	--------------

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi 2004

Tentato suicidio ☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A con coma epatico

07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta

5711 Epatite acuta alcolica

042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

Rilevazione

Data inserimento 29/06/2013 15

Tipo di familiarità

Persona con cui ha familiarità

Genitore

Nonno

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

Conflitti famigliari GAP correlati

Debiti con famigliari e/o amici

Debiti con istituti di credito

Debiti con organizzazioni di usura

Entità del debito per gioco non noto/non risulta

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

☐ Sì ☐ No ☒ Non noto

SALVA DATI



Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: VALUTAZ. E RIC. N° cart.: 12 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager:
Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000 Comune di

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Persona
-----------	------	---------

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso
-----------	------	-------	--------	-------------	-------------	--------------

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A con coma epatico

07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta

5711 Epatite acuta alcolica

042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Ciente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: VALUTAZ. E RIC. N° cart.: 12 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager:
Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000 Comune di

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Persona
-----------	------	---------

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso
-----------	------	-------	--------	-------------	-------------	--------------

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700	Epatite virale A con coma epatico
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta
5711	Epatite acuta alcolica
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
7903	Alcolemia elevata
4150	Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420	Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato
-------	---

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi

Data ins.	Tipo	Persona
-----------	------	---------

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

non noto/non risulta

Data ins.	Tipo
-----------	------

lotterie istantanee / gratta e vinci / win for life

gratta e vinci on-line

videolotterie

lotto / superenalotto

slot machines

slot machines on-line

bingo

roulette

pocker

pocker on-line

black jack

altri giochi di carte a soldi

giochi di carte on-line

giochi a dadi a soldi

giochi a dadi a soldi on-line

scommesse sportive

scommesse alle corse dei cani

scommesse ippiche

scommesse ippiche on-line

gioco di borsa (fondi di investimento, titoli di borsa, ecc.)

altro

DISTURBI GAP CORRELATE

Anno di prima diagnosi

Tentato suicidio

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A

07032 Epatite virale B delta

5711 Epatite acuta a

042 Infezione da virus

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi

Data ins.	Tipo	Persona

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi

	Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso

bar

casinò

tabaccheria

sala slot

on-line

sala bingo

altro luogo

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A con coma epatico

07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta

5711 Epatite acuta alcolica

042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) correlata

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile 0,00€

Tipo di condizione sanitaria non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi

Data ins. Tipo Persona

GIOCO

Età di primo gioco 0

Età di prima giocata con denaro 0

Tipo di primo gioco non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche Aggiungi

Rilevazione

Data inserimento 29/06/2013 15

Tipo di gioco (u. 30gg) non noto/non risulta

Frequenza (u. 30gg) non noto/non risulta

Durata max della seduta di gioco (u. 30gg) non noto/non risulta

Puntata Max (u. 30gg) qualche volta al mese
ogni settimana ma non tutti i giorni

Vincita Max (u. 30gg) tutti i giorni o quasi

Denaro speso (u. 30gg) 0,00€

Conferma

Annulla

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi 2004

Tentato suicidio ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A con coma epatico

07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta

5711 Epatite acuta alcolica

042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

correlati

Debiti con famigliari e/o amici ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco non noto/non risulta

SALVA DATI



FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile 0,00€

Tipo di condizione sanitaria non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi

Data ins. Tipo Persona

GIOCO

Età di primo gioco 0

Età di prima giocata con denaro 0

Tipo di primo gioco non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi

Rilevazione

Data inserimento 29/06/2013 15

Tipo di gioco (u. 30gg) non noto/non risulta

Frequenza (u. 30gg) non noto/non risulta

Durata max della seduta di gioco (u. 30gg) qualche volta al mese

Puntata Max (u. 30gg) ogni settimana ma non tutti i giorni

Vincita Max (u. 30gg) tutti i giorni o quasi

Denaro speso (u. 30gg) 0,00€

Conferma

Annulla

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi 2004

Tentato suicidio ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A con coma epatico

07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta

5711 Epatite acuta alcolica

042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

correlati

Debiti con famigliari e/o amici ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco non noto/non risulta

SALVA DATI



FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile 0,00€

Tipo di condizione sanitaria non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi

Data ins. Tipo Persona

GIOCO

Età di primo gioco 0

Età di prima giocata con denaro 0

Tipo di primo gioco non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche Aggiungi

Rilevazione

Data inserimento 29/06/2013 15

Tipo di gioco (u. 30gg) non noto/non risulta

Frequenza (u. 30gg) non noto/non risulta

Durata max della seduta di gioco (u. 30gg) qualche volta al mese

Puntata Max (u. 30gg) ogni settimana ma non tutti i giorni

Vincita Max (u. 30gg) tutti i giorni o quasi

Denaro speso (u. 30gg) 0,00€

Conferma

Annulla

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi 2004

Tentato suicidio ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

- 0700 Epatite virale A con coma epatico
- 07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta
- 5711 Epatite acuta alcolica
- 042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
- 7903 Alcolemia elevata
- 4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

- 30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

correlati

Debiti con famigliari e/o amici ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco non noto/non risulta

SALVA DATI



Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: VALUTAZ. E RIC. N° cart.: 12 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager:
Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000 Comune di

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Persona

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700 Epatite virale A con coma epatico

07032 Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta

5711 Epatite acuta alcolica

042 Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)

7903 Alcolemia elevata

4150 Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420 Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: VALUTAZ. E RIC. N° cart.: 12 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager:
Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000 Comune di

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi

Data ins.	Tipo	Persona

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700	Epatite virale A con coma epatico
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta
5711	Epatite acuta alcolica
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
7903	Alcolemia elevata
4150	Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420	Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato
-------	---

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Ciente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: VALUTAZ. E RIC. N° cart.: 12 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager:
Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000 Comune di

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Persona

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700	Epatite virale A con coma epatico
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta
5711	Epatite acuta alcolica
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
7903	Alcolemia elevata
4150	Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420	Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato
-------	---

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



FarmMenu - Windows Internet Explorer

Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: FARM. DIPARTIMENTALE N° cart.: 710 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager: Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile 0,00€

Tipo di condizione sanitaria non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi+

Data ins.	Tipo	Persona
-----------	------	---------

GIOCO

Età di primo gioco 0

Età di prima giocata con denaro 0

Tipo di primo gioco non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche Aggiungi+

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso
-----------	------	-------	--------	-------------	-------------	--------------

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi 2004

Tentato suicidio ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700	Epatite virale A con coma epatico
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta
5711	Epatite acuta alcolica
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
7903	Alcolemia elevata
4150	Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420	Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato
-------	---

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura ☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Entità del debito per gioco non noto/non risulta

non noto/non risulta

meno di 500 €

500-3.000 €

3.001-5.000 €

5.001-10.000 €

più di 10.000 €

SALVA DATI



Gestione Singolo Caso



Ser.D. 1 Verona - mFp - G.A.P. - Gioco d'Azzardo Patologico

Seleziona U.O. VALUTAZ. E RIC.

Cliente AAAB

☒ cognome ☐ tutti
☐ n°cartella ☒ in carico

AAAB AAABC nato il: 31/07/1965 U.O.: VALUTAZ. E RIC. N° cart.: 12 C.F.: AAABCA65L30A001L C.S.: STP443 Case manager:
Gomma Maurizio TeamTerapeutico: Bricolo F. (medici); Grandi S. (ass. sociali); Esenzione: 014 Telefono: 00000000 Comune di

Gomma Maurizio

DATI GENERALI

Reddito medio mensile

0,00€

Tipo di condizione sanitaria

non noto/non risulta

Livello di gravità DSM IV TR

non noto/non risulta

FAMILIARITA' Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Persona

GIOCO

Età di primo gioco

0

Età di prima giocata con denaro

0

Tipo di primo gioco

non noto/non risulta

Luogo di gioco abituale

non noto/non risulta

Rilevazioni periodiche

Aggiungi +

Data ins.	Tipo	Freq.	Durata	Puntata Max	Vincita Max	Denaro speso

DISTURBI GAP CORRELATI

Anno di prima diagnosi

2004

Tentato suicidio

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

DISTURBI PSICHICI

DISTURBI FISICI

0700	Epatite virale A con coma epatico
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menzione di epatite delta
5711	Epatite acuta alcolica
042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)
7903	Alcoleemia elevata
4150	Cuore polmonare acuto

DIPENDENZE

30420	Dipendenza da cocaina - in ambiente controllato
-------	---

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Problemi legali (denuncia) GAP correlata

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Problemi di lavoro

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conoscenza GAP da parte dei famigliari

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Conflitti famigliari GAP correlati

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con famigliari e/o amici

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con istituti di credito

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

Debiti con organizzazioni di usura

☐ Si ☐ No ☒ Non noto

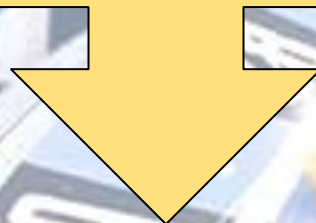
Entità del debito per gioco

non noto/non risulta

SALVA DATI



***Monitoraggio
Servizio
(visione d'insieme)***



***Reportistica
Standard***



Schede rilevazione

MODELLO GAP 01

MODELLO GAP 02

MODELLO GAP 03

MODELLO GAP 04

MODELLO GAP 05

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE

COMORBILITA' GAP CORRELATE

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO:

CODICE REGIONE:

CODICE AZIENDA U.S.L.:

CODICE SERVIZIO STRUTTURA:

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO STRUTTURA

Comorbilità GAP correlate	Nuovi Utenti		Utenti già noti		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Disturbi psichiatrici					
Disturbi fisici specifici					
Tentativo di suicidio					
Tabagismo					
Abuso Dipendenza da alcool					
Abuso Dipendenza da sostanze					
Abuso Dipendenza da alcool e da sostanze					
Farmacodipendenza					
Altra dipendenza					

(*) Esprimere, per ogni tipo di comorbilità, il numero di soggetti per i quali è presente tale patologia associata ad un comportamento problematico o patologico da gravi d'accordo che ha determinato l'assistenza da parte del servizio/struttura. Se un soggetto presenta più di una comorbilità deve essere conteggiato più volte.

136

138

140

142



***GRAZIE PER
L'ATTENZIONE***

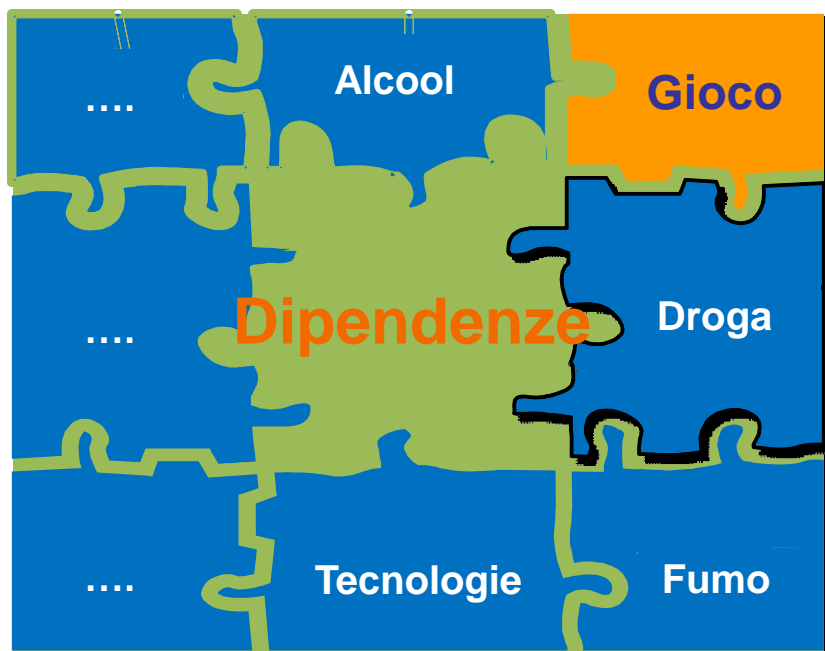
GAP

REPORTISTICA STANDARD PER LA DESCRIZIONE DEL FENOMENO

GIOVANNI SERPELLONI, BRUNO GENETTI

**Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Politiche Antidroga**

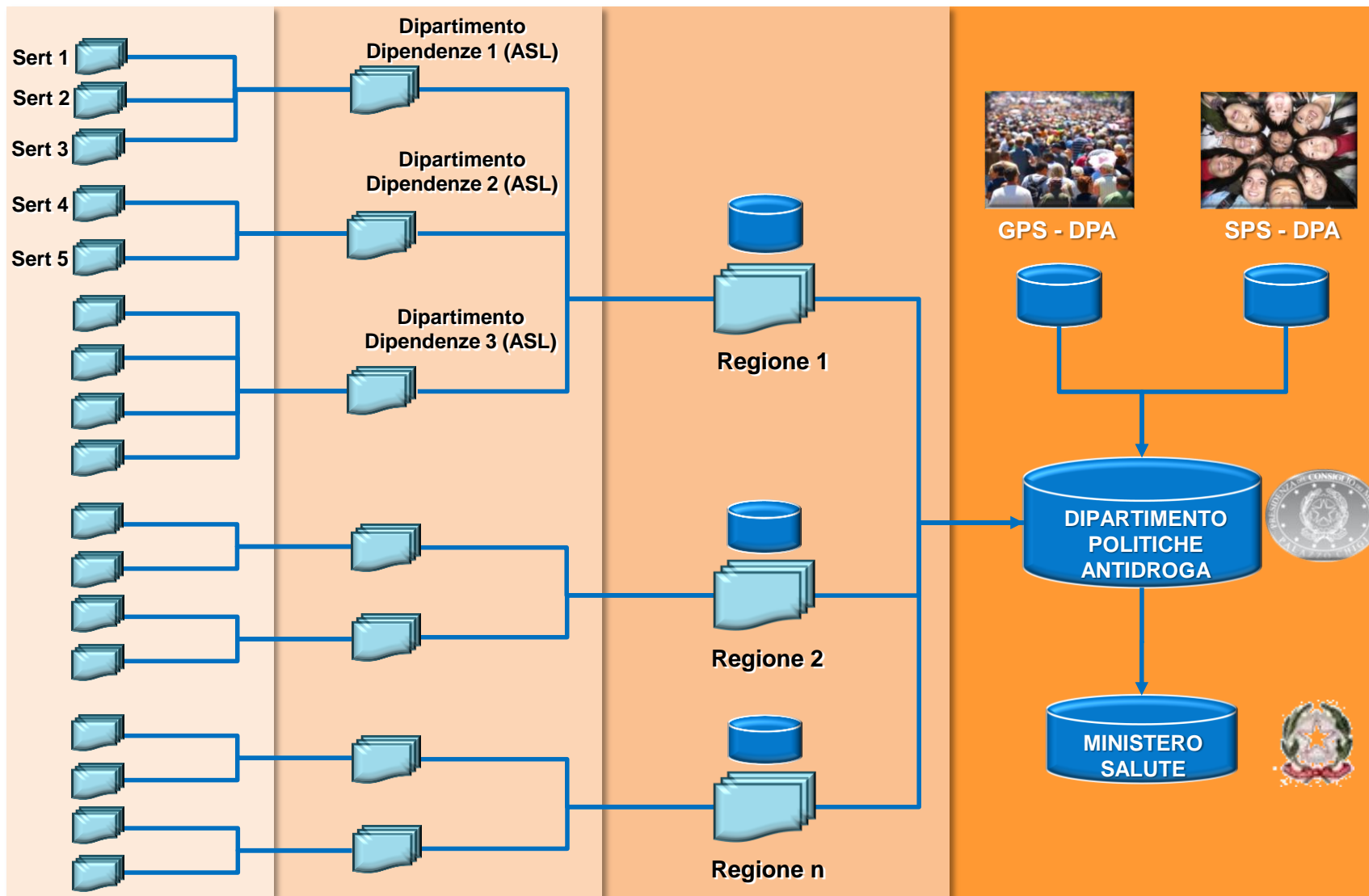
FLUSSO INFORMATIVO GAP



Obiettivo del flusso informativo GAP è quello di attivare una raccolta dati sulla dipendenza da gioco d'azzardo, basata su informazioni aggregate e con criteri uniformi e standard per garantire il confronto e la rappresentazione complessiva della domanda di assistenza a livello regionale e nazionale

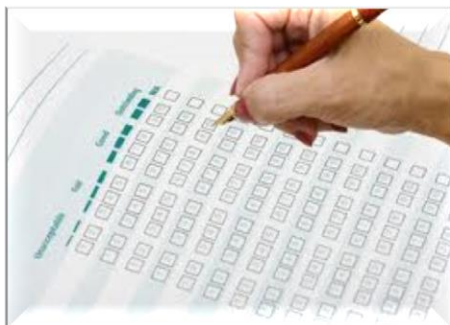


FLOW-CHART FLUSSO GAP





SCHEDE RILEVAZIONE DATI AGGREGATI





The image displays four overlapping forms used for data collection in the toxicology sector. The forms are titled "RILEVAZIONE ATTIVITA' NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZE" (Data Collection in the Toxicology Sector). The forms are slightly offset to show multiple copies.

The forms contain the following sections:

- Section A:** ANNO DI RIFERIMENTO (Reference Year)
- Section B:** REGIONE (Region), AZIENDA (Company), SERVIZIO (Service)
- Section C:** SOGGETTI PRESI IN CARICO DAL SERVIZIO (Subjects Taken Charge by the Service). This section includes a table for "NUOVI UTENTI" (New Users) categorized by age group (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90-99) and sex (MASCHE, FEMME).
- Section D:** SOGGETTI IN STRUTTURE RIABILITATIVE (Subjects in Rehabilitative Structures). This section includes a table for "SOGGETTI IN STRUTTURE RIABILITATIVE" categorized by sex (MASCHE, FEMME).
- Section E:** PERSONALE ATTIVO PRESSO IL SERVIZIO (Personnel Active in the Service). This section includes a table for "PERSONALE ATTIVO PRESSO IL SERVIZIO" categorized by qualification (QUALIFICA) and number of subjects taken charge (NUMERO ADDETTI ALLE TOSSICODIPENDENZE).

The forms are designed to collect data on the number of subjects taken charge, the number of new users, the number of subjects in rehabilitative structures, and the number of personnel active in the service.

The image displays four overlapping forms used for data collection in the toxicology sector. The forms are titled "RILEVAZIONE ATTIVITA' NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZE" (Data Collection in the Toxicology Sector). The forms are slightly offset to show multiple copies.

The forms contain the following sections:

- Section A:** ANNO DI RIFERIMENTO (Reference Year)
- Section B:** REGIONE (Region), AZIENDA (Company), SERVIZIO (Service)
- Section C:** SOGGETTI PRESI IN CARICO DAL SERVIZIO (Subjects Taken Charge by the Service). This section includes a table for "NUOVI UTENTI" (New Users) categorized by age group (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90-99) and sex (MASCHE, FEMME).
- Section D:** SOGGETTI IN STRUTTURE RIABILITATIVE (Subjects in Rehabilitative Structures). This section includes a table for "SOGGETTI IN STRUTTURE RIABILITATIVE" categorized by sex (MASCHE, FEMME).
- Section E:** PERSONALE ATTIVO PRESSO IL SERVIZIO (Personnel Active in the Service). This section includes a table for "PERSONALE ATTIVO PRESSO IL SERVIZIO" categorized by qualification (QUALIFICA) and number of subjects taken charge (NUMERO ADDETTI ALLE TOSSICODIPENDENZE).

The forms are designed for data collection and analysis in the toxicology sector, specifically focusing on the number of subjects taken charge and the personnel active in the service.



INFORMAZIONI SULLE STRUTTURE E SUL PERSONALE

**MODELLO
GAPST.01**

ANAGRAFICA SERVIZIO/STRUTTURA

Implementare e mantenere aggiornata l'anagrafe dei Servizi/Strutture che si occupano di gioco d'azzardo

**MODELLO
GAPST.02**

PERSONALE DEL SERVIZIO/ STRUTTURA

Disponibilità di risorse di personale (fotografia al 31 dicembre di ogni anno)



**MODELLO
GAPST. 01**

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
ANAGRAFICA SERVIZIO/STRUTTURA

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO

CODICE REGIONE

CODICE AZIENDA U.S.L.

CODICE SERVIZIO/STRUTTURA

SEZIONE B

INDIRIZZO

COMUNE

CAP

TELEFONO /

FAX /

EMAIL

RESPONSABILE DEL SERVIZIO/STRUTTURA

NOME

COGNOME

QUALIFICA

SEZIONE C

STRUTTURA GESTITA DIRETTAMENTE DAL S.S.N. ☐

STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA AL S.S.N. ☐

MODELLO GAPST. 01

ANNO DI RIFERIMENTO: indicare l'anno a cui fanno riferimento i dati (non quello corrente)

CODICE REGIONE: indicare il codice definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali

CODICE AZIENDA U.S.L.: indicare il codice usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche)

CODICE SERVIZIO/STRUTTURA:
- se STRUTTURA GESTITA DIRETTAMENTE DAL S.S.N.: indicare il codice attribuito dalla Regione, utilizzato nell'ambito di cui al DM 20 settembre 1997, preceduto dalla lettera "S"
- se STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA AL S.S.N.: indicare il codice presente nel Modello Ministeriale STS11



**MODELLO
GAPST. 02**

**RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
PERSONALE DEL SERVIZIO/STRUTTURA**

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO

CODICE REGIONE

CODICE AZIENDA U.S.L.

CODICE SERVIZIO/STRUTTURA

SEZIONE B

PERSONALE ATTIVO PRESSO IL SERVIZIO

	Tipo di impiego				TOTALE	di cui non strutturato
Qualifica	TEMPO PIENO		PART-TIME			
	N. operatori	Totale ore settimanali	N. operatori	Totale ore settimanali		
Psichiatri						
Altri medici						
Infermieri						
Psicologi						
Assistenti sociali						
Educatori						
Amministrativi						
Altra qualifica1						
Altra qualifica2						
Altra qualifica3						
Totale						

MODELLO GAPST. 02

TIPO DI IMPIEGO: indicare il personale impiegato a TEMPO PIENO o PART-TIME, per ciascuna figura professionale, che svolge assistenza a soggetti in trattamento per comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo, anche non esclusivamente

TOTALE ORE SETTIMANALI: indicare, per ciascuna figura professionale e per ogni tipo di impiego, il numero complessivo di ore settimanali dedicate dal personale indicato nella colonna "N operatori" per assistenza a soggetti in trattamento per comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo

PERSONALE PRECARIO: indicare il personale precario, a tempo pieno o parziale, per ciascuna figura professionale, che svolge assistenza a soggetti in trattamento per comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo, anche non esclusivamente



MODELLI GAP. 01-07 – UTENZA ASSISTITA

1
UNO

UTENZA ASSISTITA – dal 01/01 al 31/12 dell'anno di riferimento per tipo di contatto, condizione sanitaria, genere e classe di età

2
DUE

UTENZA ASSISTITA PER TIPO DI GIOCO D'AZZARDO –
Classificazione degli utenti assistiti nel periodo di riferimento per tipo di gioco d'azzardo per tipo di contatto e genere

3
TRE

GRAVITA' - Classificazione degli utenti assistiti nel periodo di riferimento per livello di gravità, per tipo di contatto e genere.

4
QUATTRO

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE - Classificazione degli utenti assistiti nel periodo di riferimento per tipo di problematica GAP correlata, tipo di contatto e genere

5
CINQUE

COMORBILITA' GAP CORRELATE - Classificazione degli utenti assistiti nel periodo di riferimento per tipo di comorbilità GAP correlata, tipo di contatto e genere

6
SEI

PRESTAZIONI - Classificazione degli utenti assistiti nel periodo di riferimento e del numero di prestazioni erogate, per macro tipologia di prestazione e sede del trattamento

7
SETTE

MODALITA' DI DIMISSIONE - Classificazione degli utenti assistiti nel periodo di riferimento per modalità di dimissione, tipo di contatto e genere



DEFINIZIONI GENERALI

Per “**soggetto assistito**” dal Servizio/Struttura, in seguito al comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo, si intende il soggetto per il quale sono soddisfatti i seguenti requisiti:

1. **accesso** al **Servizio/Struttura** (Ser.T.) o alla **struttura socio-sanitaria accreditata**
2. **diagnosi medica** per comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo (vedere definizione MODELLO GAP. 01), eseguita nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedente al periodo di riferimento per l'utenza già nota
3. erogazione di **almeno due prestazioni** nel periodo di riferimento tra quelle indicate nel MODELLO GAP. 06

NUOVI UTENTI:

indicare il numero di soggetti assistiti per gioco d'azzardo per la prima volta (il paziente non ha mai ricevuto trattamenti a causa del gioco d'azzardo nel corso della vita), quindi che si sono rivolti per la prima volta a causa del gioco d'azzardo al Servizio/Struttura stesso/a nell'anno di riferimento

UTENTI GIA' NOTI:

indicare il numero di soggetti già assistiti per gioco d'azzardo dal Servizio/Struttura dall'anno precedente a quello di riferimento o rientrati nell'anno di riferimento dopo aver sospeso o concluso il trattamento a causa del gioco d'azzardo presso il Servizio/Struttura o altri servizi negli anni precedenti



ESEMPIO

Definizione di TIPO DI UTENTE

	Utente	Episodio di trattam.	Centro di trattam.	Anno precedente	Anno corrente
G	A	A1	S01		
	B	B1	S01		
G	B	B2	S01		
N	C	C1	S01		
G	D	D1	S01		
	D	D2	S01		
	D	D3	S02		
	D	D4	S03		
	E	E1	S01		
N	E	E2	S01		





ESEMPIO

Definizione di TIPO DI UTENTE

	Utente	Episodio di trattam.	Centro di trattam.	Anno precedente	Anno corrente
N	E	E1	S01	←.....→	
	E	E2	S01		↔
	F	F1	S01	↔	
G	F	F2	S01		↔
	F	F3	S02	←.....→	
	G	G1	S01	←.....→	
	G	G2	S02		
	H	H1	S01	↔	
G	H	H2	S02	←.....→	
	H	H3	S03		↔



**MODELLO
GAP. 01**

**RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
CONDIZIONE SANITARIA**

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Tipo di UTENTE per CONDIZIONE SANITARIA

Classe d'età	G.A.Pro.							G.A.Pat.							ND°	Totale		
	Nuovi Utenti			Utenti già noti			NN*	Nuovi Utenti			Utenti già noti			NN*		M	F	NN*
	M	F	NN*	M	F	NN*		M	F	NN*	M	F	NN*					
Fino a 14 anni																		
15-17 anni																		
18-19 anni																		
20-24 anni																		
25-29 anni																		
30-34 anni																		
35-39 anni																		
40-44 anni																		
45-49 anni																		
50-54 anni																		
55-59 anni																		
60-64 anni																		
65-69 anni																		
70-75 anni																		
76 anni e più																		
Totale																		

MODELLO GAP 01

G.A.Pro: indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento per i quali è stato diagnosticato un comportamento di gioco d'azzardo problematico, definito come gioco d'azzardo con conseguenze avverse negative e con soddisfazione di massimo 4 criteri diagnostici del DSM-IV-TR

G.A.Pat: indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento per i quali è stato diagnosticato un comportamento di gioco d'azzardo patologico, definito come gioco d'azzardo con conseguenze avverse molto gravi, con soddisfazione di 5 o più criteri diagnostici del DSM-IV-TR ed eventuali comorbidità

L'età va indicata in anni compiuti alla data di riferimento del 31 dicembre di ogni anno



DOPPI CONTEGGI

Vanno considerati assistiti sia i **residenti** che i **non residenti** nel territorio di competenza. Al fine di **evitare duplicazioni** di conteggio nel caso di utenti **non residenti conteggiare solo** coloro che, durante l'anno, **non sono stati assistiti** dal Servizio/Struttura di residenza.



**MODELLO
GAP. 02**

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE

GIOCO

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Tipo di gioco	Tipo di CONTATTO per genere						NN*	TOT
	Nuovi Utenti (*)			Utenti già noti (*)				
	M	F	NN*	M	F	NN*		
Lotterie istantanee/Gratta e vinci/Win for life								
Gratta e vinci on-line								
Videolotterie								
Lotto/Superalotto								
Slot machines								
Slot machines on-line								
Bingo								
Roulette								
Poker								
Poker on-line								
Black jack								
Altri giochi di carte a soldi								
Giochi di carte on-line								
Giochi a dadi a soldi								
Giochi a dadi a soldi on-line								
Scommesse sportive								
Scommesse alla corsa dei cani								
Scommesse ippiche								
Scommesse ippiche on-line								
Gioco di borsa (fondi di investimento, titoli di borsa, etc.)								
Altro								
Non noto/Non risulta								
Totale (**)								

* NN= Non noto/Non risulta

(*) Riportare, per ogni tipo di gioco, il numero di soggetti assistiti per gioco d'azzardo. Se un soggetto viene classificato in più giochi deve essere conteggiato più volte

(**) Riportare il numero totale di soggetti, conteggiati una volta sola, anche se è stato diagnosticato un comportamento patologico per due tipologie o più di giochi d'azzardo

MODELLO GAP 02

TIPO DI GIOCO: indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento, secondo il tipo di gioco praticato negli ultimi 30 giorni antecedenti la presa in carico.

Un soggetto che presenta un comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo da più tipologie di gioco deve essere conteggiato per ciascun tipo di gioco.

Riportare, per ogni tipo di gioco, il numero di soggetti assistiti per gioco d'azzardo.

Se un soggetto viene classificato in più giochi deve essere conteggiato più volte

TOTALE: Riportare il numero totale di soggetti, conteggiati una volta sola, anche se è stato diagnosticato un comportamento patologico per due tipologie o più di giochi d'azzardo



**MODELLO
GAP. 03**

**RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
GRAVITA'**

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Livello di gravità	Tipo di CONTATTO per genere						NN*	Totale
	Nuovi Utenti			Utenti già noti				
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*		
GA.Pro con max 4 criteri DSM IV TR								
GA.Pat con 5 criteri DSM IV TR								
GA.Pat con 6 criteri DSM IV TR								
GA.Pat con 7 criteri DSM IV TR								
GA.Pat con 8 criteri DSM IV TR								
GA.Pat con 9 criteri DSM IV TR								
GA.Pat con 10 criteri DSM IV TR								
Non noto/Non risulta								
Totale								

* NN= Non noto/Non risulta

DIAGNOSI (CODICE ICD9-CM)	Tipo di CONTATTO per genere							NN*	Totale
	Nuovi Utenti			Utenti già noti					
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*			
312.31									
V69.3									
Non noto/Non risulta									
Totale									

* NN= Non noto/Non risulta

MODELLO GAP 03

LIVELLO DI GRAVITA': indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento, preferibilmente secondo i criteri diagnostici definiti dal DSM IV TR o *in alternativa* secondo il codice ICD9-CM



**MODELLO
GAP. 04**

**RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
PROBLEMATICHE GAP CORRELATE**

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

TABELLA DI RIEPILOGO PER TIPO DI CONTATTO								
Problematica GAP correlata	Tipo di CONTATTO per genere						NN*	Totale
	Nuovi Utenti			Utenti già noti				
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*		
Problemi legali (denuncia) GAP correlati								
Problemi di lavoro								
Conoscenza GAP da parte dei familiari								
Conflitti famigliari GAP correlati								
Debiti – meno di 500 €								
Debiti – 500-3.000 €								
Debiti – 3.001-5.000 €								
Debiti – 5.001-10.000€								
Debiti – più di 10.000€								
Debiti – Non noto/Non risulta								
Non noto/Non risulta								
Totale (**)								

* NN= Non noto/Non risulta

(*) Riportare, per ogni tipo di problematica, il numero di soggetti per i quali è presente tale problematica associata ad un comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo che ha determinato l'assistenza da parte del Servizio/Struttura. Se un soggetto presenta più di una problematica deve essere conteggiato più volte

(**) Riportare il numero totale di soggetti, conteggiati una volta sola, anche se sono stati rilevati due o più problematiche GAP correlate

MODELLO GAP 04

PROBLEMATICHE GAP CORRELATE:
indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento, che al momento dell'accesso al Servizio/Struttura presentavano una o più problematiche GAP correlate tra quelle elencate in tabella

Riportare, per ogni tipo di problematica, il numero di soggetti per i quali è presente tale problematica associata ad un comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo che ha determinato l'assistenza da parte del Servizio/Struttura.

Se un soggetto presenta più di una problematica deve essere conteggiato più volte



**MODELLO
GAP. 05**

**RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
COMORBILITA' GAP CORRELATE**

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Comorbilità GAP correlata	Tipo di CONTATTO per genere							Totale
	Nuovi Utenti			Utenti già noti			NN*	
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*		
Disturbi psichici								
Disturbi fisici specifici								
Tentato suicidio								
Tabagismo								
Abuso/Dipendenza da alcol								
Abuso/Dipendenza da sostanze								
Abuso/Dipendenza da alcol e da sostanze								
Farmacodipendenza								
Altra dipendenza								
Non noto/Non risult								
Totale(**)								

* NN= Non noto/Non risulta

(*) Riportare, per ogni tipo di comorbilità, il numero di soggetti per i quali è presente tale patologia associata ad un comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo che ha determinato l'assistenza da parte del Servizio/Struttura. Se un soggetto presenta più di una comorbilità deve essere conteggiato più volte

(**) Riportare il numero totale di soggetti, conteggiati una volta sola, anche se sono state diagnosticate due o più comorbilità GAP correlate

MODELLO GAP 05

COMORBILITA' GAP CORRELATA: per ciascuna categoria di patologia di comorbilità, indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento, che al momento dell'accesso al Servizio/Struttura è stata diagnosticata la patologia di comorbilità

DISTURBI PSICHICI: indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento, con disturbi psichici diagnosticati (psicosi, disturbi nevrotici, iperattività con deficit di attenzione, agorafobia, disturbi ossessivo-compulsivi)

DISTURBI FISICI SPECIFICI: indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento, con diagnosi di patologie fisiche (dolori allo stomaco, insonnia, ulcera, coliti, ipertensione, episodio di tachicardia, malattie cardiache, emicranie e problemi dermatologici, etc.)



**MODELLO
GAP. 05**

**RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
COMORBILITA' GAP CORRELATE**

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Comorbilità GAP correlate	Tipo di CONTATTO per genere							Totale
	Nuovi Utenti			Utenti già noti			NN+	
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*		
Disturbi psichici								
Disturbi fisici specifici								
Tentato suicidio								
Tabagismo								
Abuso/Dipendenza da alcol								
Abuso/Dipendenza da sostanze								
Abuso/Dipendenza da alcol e da sostanze								
Farmacodipendenza								
Altra dipendenza								
Non noto/Non risolto								
Totale(**)								

* NN= Non noto/Non risulta

(*) Riportare, per ogni tipo di comorbilità, il numero di soggetti per i quali è presente tale patologia associata ad un comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo che ha determinato l'assistenza da parte del Servizio/Struttura. Se un soggetto presenta più di una comorbilità deve essere conteggiato più volte

(**) Riportare il numero totale di soggetti, conteggiati una volta sola, anche se sono state diagnosticate due o più comorbilità GAP correlate

MODELLO GAP 05

ABUSO/DIPENDENZA DA DROGHE: indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento, con diagnosi di uso di sostanze stupefacenti, secondo il tipo di contatto e il genere

ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOL E DROGHE: indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento, con diagnosi di uso di sostanze stupefacenti e abuso/dipendenza da alcol

Riportare, per ogni tipo di comorbilità, il numero di soggetti per i quali è presente tale patologia associata ad un comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo che ha determinato l'assistenza da parte del Servizio/Struttura.

Se un soggetto presenta più di una comorbilità deve essere conteggiato più volte



**MODELLO
GAP. 06-UT**

**RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO/STRUTTURA**

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

**UTENTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA E PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO DI
RIFERIMENTO**

Prestazione erogata	Sede del trattamento (*)					
	Servizio/Struttura		Struttura socio-riabilitativa		Altra sede	
	N. utenti	N. prestazioni	N. utenti	N. prestazioni	N. utenti	N. prestazioni
Visite						
Colloqui						
Psicoterapia individuale						
Psicoterapia di coppia						
Psicoterapia di gruppo						
Counselling						
Terapia farmacologica						
Tutoraggio finanziario						
Invio e partecipazione a Gruppi AMA o Giocatori Anonimi o specifici						
Altra prestazione						
Non noto/Non risulta						
Totale (**)						

Se un UTENTE nel periodo di riferimento è stato assistito in più sedi, **deve essere conteggiato più volte**

(*) Se un utente nel periodo di riferimento è stato assistito in più sedi, deve essere conteggiato più volte

(**) Riportare il numero totale di utenti per sede di trattamento, conteggiati una volta sola, anche se hanno fruito di prestazioni di diversa tipologia

MODELLO GAP 06-UT

N. UTENTI: indicare, per ognuna delle tipologie di prestazione, il numero di UTENTI assistiti per gioco d'azzardo dal Servizio/Struttura nel periodo di riferimento, secondo la sede in cui il trattamento viene effettuato (servizio/struttura o altra sede)

N. PRESTAZIONI: indicare, per ogni tipologia, il numero di prestazioni erogate dal Servizio/Struttura nel periodo di riferimento ai UTENTI assistiti, per tipo di sede di erogazione (servizio/struttura o altra sede)

Riportare il numero totale di UTENTI per sede di trattamento, **conteggiati una volta sola**, anche se hanno fruito di prestazioni di diversa tipologia



GRUPPI DI PRESTAZIONI - **MODELLO GAP 06-UT**

1. VISITA
2. COLLOQUIO
3. PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
4. PSICOTERAPIA DI COPPIA
5. PSICOTERAPIA DI GRUPPO
6. COUNSELLING
7. TERAPIA FARMACOLOGICA
8. TUTORAGGIO FINANZIARIO
9. INVIO E PARTECIPAZIONE A GRUPPO AMA O
GIOCATORI ANONIMI
10. ALTRA PRESTAZIONE



MODELLO GAP 06-UT

SEZIONE C

UTENTI INVIATI IN STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE

MASCHI

FEMMINE

TOTALE

UTENTI GIA' INSERITI IN STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE

MASCHI

FEMMINE

TOTALE

SOGGETTI INVIATI IN STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE: indicare il numero di soggetti assistiti per gioco d'azzardo dal Servizio/Struttura che sono stati inviati nel periodo di riferimento presso strutture socio-riabilitative (residenziali, semiresidenziali, centri di accoglienza)

SOGGETTI GIA' INSERITI IN STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE: indicare il numero di soggetti assistiti per gioco d'azzardo dal Servizio/Struttura che sono già inseriti al 1 gennaio del periodo di riferimento in strutture socio-riabilitative (residenziali, semiresidenziali, centri di accoglienza)



MODELLO GAP 06-FAM

MODELLO GAP. 06-FAM

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO/STRUTTURA

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

FAMILIARI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA E PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Prestazione erogata	Sede del trattamento (*)			
	Servizio/Struttura		Altra sede	
	N. familiari	N. prestazioni	N. familiari	N. prestazioni
Visite				
Colloqui				
Psicoterapia individuale				
Psicoterapia di coppia				
Psicoterapia di gruppo				
Counselling				
Tutoraggio finanziario				
Invio e partecipazione a Gruppi AMA o Giocatori Anonimi o specifici				
Altra prestazione				
Non noto/Non risulta				
Totale (**)				

Se un familiare nel periodo di riferimento è stato assistito in più sedi, **deve essere conteggiato più volte**

(*) Se un familiare nel periodo di riferimento è stato assistito in più sedi, deve essere conteggiato più volte

(**) Riportare il numero totale di familiari per sede di trattamento, conteggiati una volta sola, anche se hanno fruito di prestazioni di diversa tipologia

N. FAMILIARI: indicare, per ognuna delle tipologie di prestazione, il numero di familiari assistiti per gioco d'azzardo dal Servizio/Struttura nel periodo di riferimento, secondo la sede in cui il trattamento viene effettuato (servizio/struttura o altra sede)

N. PRESTAZIONI: indicare, per ogni tipologia, il numero di prestazioni erogate dal Servizio/Struttura nel periodo di riferimento ai familiari assistiti, per tipo di sede di erogazione (servizio/struttura o altra sede)

Riportare il numero totale di familiari per sede di trattamento, **conteggiati una volta sola**, anche se hanno fruito di prestazioni di diversa tipologia



**MODELLO
GAP. 07**

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE

MODALITA' DI DIMISSIONE

SEZIONE A

ANNO DI
RIFERIMENTO

CODICE
REGIONE

CODICE
AZIENDA U.S.L.

CODICE
SERVIZIO/
STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

	Tipo di CONTATTO per genere							
Modalità di dimissione	Nuovi Utenti			Utenti già noti			NN*	Totale
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*		
Programmata								
Abbandono/ perso di vista								
Trasferimento ad altro servizio/ struttura								
Carcerazione								
Decesso								
Altra dimissione								
Non noto/Non risulta								
Totale(**)								

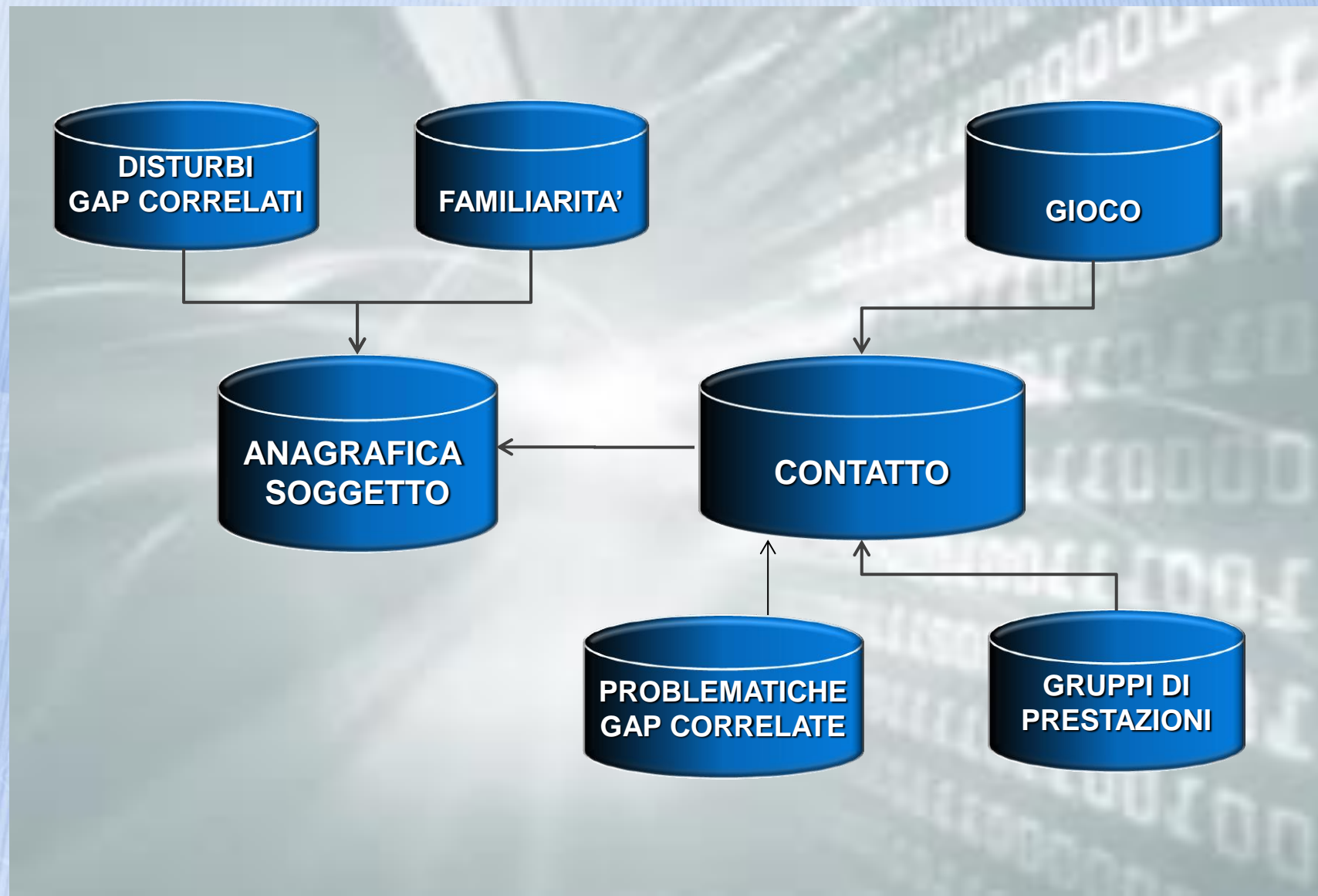
* NN= Non noto/Non risulta

MODALITA' DI DIMISSIONE: per ciascun motivo di dimissione, indicare il numero di soggetti assistiti dal Servizio/Struttura nell'anno di riferimento dimessi dal servizio/struttura



FLUSSO DATI PER SINGOLO SOGGETTO





ARCHIVIO ANAGRAFICA

Variabile	Modalità
CODICE UTENTE	#####
CODICE REGIONE	###
CODICE AZIENDA U.S.L.	###
CODICE SERVIZIO/STRUTTURA	#####
ANONIMATO	1=Si 2=No
TIPO DI UTENTE	1=Utente 2=Familiare
DATA DI NASCITA	GG/MM/AAAA
SESSO	M=Maschio F=Femmina N= Non noto/Non risulta
STATO CIVILE	1=Celibe 2=Nubile 3=Coniugato 4=Separato 5=Divorziato 6=Vedovo 9=Non noto/Non risulta
TITOLO DI STUDIO	1=Nessuno 2=Licenza elementare 3=Licenza media inferiore 4=Diploma di qualifica professionale 5=Diploma media superiore 6=Laurea 7=Laurea magistrale 9=Non noto/Non risulta

MODELLO GAP 01

[illegible]



ARCHIVIO ANAGRAFICA

Variabile	Modalità
OCCUPAZIONE	1=Occupato/a stabilmente 2=Occupato/a saltuariamente 3=Disoccupato/a 4=Studente 5=Casalingo/a 6=Economicamente non attivo (pensionato/a, invalido/a, etc...) 7=Altro 9=Non noto/Non risulta
CONDIZIONE ABITATIVA (ALLOGGIO)	1=Residenza fissa 2=In struttura (carcere, ospedale, comunità, etc.) 8=Senza fissa dimora 9=Non noto/Non risulta
CONDIZIONE ABITATIVA (CONVIVENZA)	1=Da solo 2=Con i genitori 3=Da solo con i figli 4=Con il partner 5=Con il partner e con i figli 6=Con gli amici 7=Altro 9=Non noto/Non risulta
REDDITO MEDIO MENSILE	NNNNNN 999999=Non noto/Non risulta

Variabile	Modalità
ETA' DI PRIMO GIOCO	NNN 999=Non noto/Non risulta
ETA' DI PRIMA GIOCATA CON DENARO	NNN 999=Non noto/Non risulta
TIPO DI PRIMO GIOCO	1=Lotterie istantanee/Gratta e vinci/Win for life 2=Gratta e vinci on-line 3=Videolotterie 4=Lotto/Superenalotto 5=Slot machines 6=Slot machines on-line 7=Bingo 8=Roulette 9=Poker 10=Poker on-line 11=Black jack 12=Altri giochi di carte a soldi 13=Giochi di carte on-line 14=Giochi a dadi a soldi 15=Giochi a dadi a soldi on-line 16=Scommesse sportive 17=Scommesse alla corse dei cani 18=Scommesse ippiche 19=Scommesse ippiche on-line 20=Gioco di borsa (fondi di investimento, titoli di borsa, etc.) 21=Altro 99=Non noto/Non risulta



ARCHIVIO DISTURBI GAP CORRELATI

MODELLO GAP 05

Variabile	Modalità
CODICE UTENTE	#####
ANNO DI PRIMA DIAGNOSI	AAAA 9999=Non noto/Non risulta
DISTURBI PSICHICI	Codifica CODICE DSM-IV specifici 99=Non noto/Non risulta
DISTURBI FISICI SPECIFICI	Codifica CODICE ICD9CM specifici 99=Non noto/Non risulta
DIPENDENZE	Codifica CODICE ICD9CM specifici 99=Non noto/Non risulta
TENTATO SUICIDIO	1=Sì 2=No 99=Non noto/Non risulta

MODELLO GAP. 05

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
COMORBILITA' GAP CORRELATE

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO

CODICE REGIONE CODICE AZIENDA U.S.L. CODICE SERVIZIO STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Comorbilità GAP correlata	Tipo di CONTATTO per genere						NN*	Totale
	Nuovi Utenti			Utenti già noti				
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*		
Disturbi psichici								
Disturbi fisici specifici								
Tentato suicidio								
Tabagismo								
Abuso/Dipen- denza da alcol								
Abuso/Dipen- denza da sostanze								
Abuso/Dipen- denza da alcol e da sostanze								
Farmacodipen- denza								
Altra dipendenza								
Non noto/Non risult								
Totale(**)								

* NN= Non noto/Non risulta
(*) Riportare, per ogni tipo di comorbilità, il numero di utenti con tale comorbilità, sia tra i nuovi che tra gli utenti già noti.

* NN= Non noto/Non risulta

(*) Riportare, per ogni tipo di comorbilità, il numero di soggetti per i quali è presente tale patologia associata ad un comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo che ha determinato l'assistenza da parte del Servizio/Struttura. Se un soggetto presenta più di una comorbilità deve essere conteggiato più volte

(**) Riportare il numero totale di soggetti, conteggiati una volta sola, anche se sono state diagnosticate due o più comorbilità GAP correlate



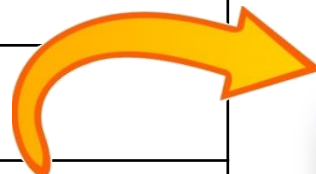
ARCHIVIO FAMILIARITA'

Variabile	Modalità
CODICE UTENTE	#####
DATA DI INSERIMENTO	GG/MM/AAAA
TIPO DI FAMILIARITA'	1=GAP 2=Uso di sostanze 3=Abuso di alcol 99=Non noto/Non risulta
PERSONA CON CUI HA FAMILIARITA'	1=Genitore 2=Nonno/a 99=Non noto/Non risulta



ARCHIVIO CONTATTO

Variabile	Modalità
CODICE UTENTE	#####
CODICE REGIONE	###
CODICE AZIENDA U.S.L.	###
CODICE SERVIZIO/STRUTTURA	#####
ID CONTATTO	##
DATA APERTURA CARTELLA	GG/MM/AAAA
DATA INIZIO CONTATTO ATTIVO	GG/MM/AAAA
TIPO DI CONDIZIONE SANITARIA	1=G.A.Pro. 2=G.A.Pat. 3=Non diagnosticato 99=Non noto/Non risulta
LIVELLO DI GRAVITA' DSM IV TR	1= 4 criteri DSM IV TR 2= 5 criteri DSM IV TR 3= 6 criteri DSM IV TR 4= 7 criteri DSM IV TR 5= 8 criteri DSM IV TR 6= 9 criteri DSM IV TR 7= 10 criteri DSM IV TR 99= Non noto/Non risulta
DIAGNOSI DI GIOCO D'AZZARDO	Codifica CODICE DSM-IV specifici 99=Non noto/Non risulta



MODELLO GAP 03

MODELLO GAP 03

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
GRAVITA'

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO

CODICE REGIONE

CODICE AZIENDA U.S.L.

CODICE SERVIZIO/STRUTTURA

MODELLO GAP 07

MODELLO GAP 07

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
MODALITA' DI DIMISSIONE

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO

CODICE REGIONE

CODICE AZIENDA U.S.L.

CODICE SERVIZIO/STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Modalità di dimissione	Tipo di CONTATTO per genere						NN*	Totale
	Nuovi Utenti			Utenti già noti				
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*		
Programmata								
Abbandono/ perso di vista								
Trasferimento ad altro servizio/ struttura								
Carcerazione								
Decesso								
Altra dimissione								
Non noto/Non risulta								
Totale(**)								

* NN= Non noto/Non risulta



ARCHIVIO CONTATTO

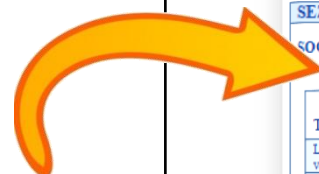
Variabile	Modalità
CANALE DI INVIO	1=Da altro SERT. per dimissione; 2=Privato Sociale; 3=Medico di base 4=Strutture Ospedaliere; 5=Servizi Sociali; 6=Accesso Volontario; 7=Familiari/Amici; 8=Altro; 9=Trasferimento temporaneo da altro Ser.T. intra regione; 10=Trasferimento temporaneo da altro Ser.T. extra regione; 99=Non noto/Non risulta
TIPO DI TRATTAMENTO	1=Primo trattamento nella vita a causa del gioco d'azzardo (il paziente non ha mai avuto trattamenti nel corso della vita a causa del gioco d'azzardo) 2=Rientrato (il paziente ha già avuto un trattamento associato a causa del gioco d'azzardo e tutti i contatti relativi al gioco d'azzardo risultano chiusi al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento) 3=Già in carico (il paziente ha associato almeno un contatto relativo al gioco d'azzardo ancora aperto al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento) 9=Non noto/Non risulta
STATO DEL CONTATTO al 31.12	1=Soggetto assistito al 31.12 2=Soggetto dimesso 99=Non noto/Non risulta
MOTIVO DI DIMISSIONE	1=Programmata 2=Abbandono/perso di vista 3=Trasferimento ad altro servizio / struttura 4=Carcerazione 5=Decesso 6=Altra dimissione 99=Non noto/Non risulta



ARCHIVIO GIOCO

MODELLO GAP 02

Variabile	Modalità
CODICE UTENTE	#####
ID CONTATTO	##
DATA INSERIMENTO	GG/MM/AAAA
TIPO DI GIOCO (ultimi 30 giorni)	1=Lotterie istantanee/Gratta e vinci/Win for life 2=Gratta e vinci on-line 3=Videolotterie 4=Lotto/Superenalotto 5=Slot machines 6=Slot machines on-line 7=Bingo 8=Roulette 9=Poker 10=Poker on-line 11=Black jack 12=Altri giochi di carte a soldi 13=Giochi di carte on-line 14=Giochi a dadi a soldi 15=Giochi a dadi a soldi on-line 16=Scommesse sportive 17=Scommesse alla corse dei cani 18=Scommesse ippiche 19=Scommesse ippiche on-line 20=Gioco di borsa (fondi di investimento, titoli di borsa, etc.) 21=Altro 99=Non noto/Non risulta



MODELLO GAP 02

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
GIOCO

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO

CODICE REGIONE CODICE AZIENDA U.S.L. CODICE SERVIZIO STRUTTURA

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Tipo di gioco	Tipo di CONTATTO per genere						NN*	TOT
	Nuovi Utenti (*)			Utenti già noti (*)				
	M	F	NN*	M	F	NN*		
Lotterie istantanee/Gratta e vinci/Win for life								
Gratta e vinci on-line								
Videolotterie								
Lotto/Superenalotto								
Slot machines								
Slot machines on-line								
Bingo								
Roulette								
Poker								
Poker on-line								
Black jack								
Altri giochi di carte a soldi								
Giochi di carte on-line								
Giochi a dadi a soldi								
Giochi a dadi a soldi on-line								
Scommesse sportive								
Scommesse alla corse dei cani								
Scommesse ippiche								
Scommesse ippiche on-line								
Gioco di borsa (fondi di investimento, titoli di borsa, etc.)								
Altro								
Non noto/Non risulta								
Totale (**)								

* NN= Non noto/Non risulta
 (*) Riportare, per ogni tipo di gioco, il numero di soggetti assistiti per gioco d'azzardo. Se un soggetto viene classificato in più giochi deve essere conteggiato più volte
 (**) Riportare il numero totale di soggetti, conteggiati una volta sola, anche se è stato diagnosticato un comportamento patologico per due tipologie o più di giochi d'azzardo



ARCHIVIO PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

Variabile	Modalità
PROBLEMI LEGALI (denuncia) GAP CORRELATI	1=Sì 2=No 99=Non noto/Non risulta
PROBLEMI DI LAVORO	1=Sì 2=No 99=Non noto/Non risulta
CONOSCENZA GAP DA PARTE DEI FAMILIARI	1=Sì 2=No 99=Non noto/Non risulta
CONFLITTI FAMILIARI GAP CORRELATI	1=Sì 2=No 99=Non noto/Non risulta
DEBITI CON FAMILIARI E/O AMICI	1=Sì 2=No 99=Non noto/Non risulta
DEBITI CON ISTITUTI DI CREDITO	1=Sì 2=No 99=Non noto/Non risulta
DEBITI CON ORGANIZZAZIONI DI USURA	1=Sì 2=No 99=Non noto/Non risulta
ENTITA' DEL DEBITO PER GIOCO	1=Meno di 500 € 2=500-3.000 € 3=3.001-5.000 € 4=5.001-10.000 € 5=Più di 10.000 € 99=Non noto/Non risulta

MODELLO GAP 02

MODELLO GAP.04

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
PROBLEMATICHE GAP CORRELATE

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO:

CODICE REGIONE: CODICE AZIENDA U.S.L.: CODICE SERVIZIO STRUTTURA:

SEZIONE B

SOGGETTI ASSISTITI DAL SERVIZIO STRUTTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

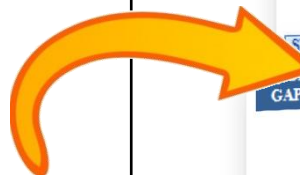
Problematica GAP correlata	Tipo di CONTATTO per genere							Totale
	Nuovi Utenti			Utenti già noti			NN*	
	Maschi	Femmine	NN*	Maschi	Femmine	NN*		
Problemi legali (denuncia) GAP correlati								
Problemi di lavoro								
Conoscenza GAP da parte dei familiari								
Conflitti familiari GAP correlati								
Debiti - meno di 500 €								
Debiti - 500-3.000 €								
Debiti - 3.001-5.000 €								
Debiti - 5.001-10.000 €								
Debiti - più di 10.000 €								
Debiti - Non noto/Non risulta								
Non noto/Non risulta								
Totale (**)								

* NN= Non noto/Non risulta
(*) Riportare, per ogni tipo di problematica, il numero di soggetti per i quali è presente tale problematica associata ad un comportamento problematico o patologico da gioco d'azzardo che ha determinato l'assistenza da parte del Servizio Struttura. Se un soggetto presenta più di una problematica deve essere conteggiato più volte
(**) Riportare il numero totale di soggetti, conteggiati una volta sola, anche se sono stati rilevati due o più problematiche GAP correlate



ARCHIVIO GRUPPI DI PRESTAZIONI

Variabile	Modalità
TIPO DI PRESTAZIONE	1=Visite 2=Colloqui 3=Psicoterapia individuale 4=Psicoterapia di coppia 5=Psicoterapia di gruppo 6=Counselling 7=Terapia farmacologica 8=Tutoraggio finanziario 9=Invio e partecipazione a Gruppi AMA o Giocatori Anonimi o gruppi specifici 10=Altra prestazione 99=Non noto/Non risulta
SEDE DELLA PRESTAZIONE	1=Servizio/struttura 2=Struttura ospedaliera 3=Comunità terapeutica 9=Gruppi territoriali (volontariato, ONG) 99=Non noto/Non risulta
DATA ULTIMA PRESTAZIONE	GG/MM/AAAA
NUMERO PRESTAZIONI	NNN 999=Non noto/Non risulta



MODELLO GAP 06-UT

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO/STRUTTURA

MODELLO GAP 06-FAM

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DIPENDENZE
PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO/STRUTTURA

SEZIONE A

ANNO DI RIFERIMENTO

CODICE REGIONE CODICE AZIENDA U.S.L. CODICE SERVIZIO STRUTTURA

SEZIONE B

UTENTI ASSISTITI DAL SERVIZIO/STRUTTURA E PRESTAZIONI EROGATE NELL'ANNO DI RIFERIMENTO

Prestazione erogata	Sede del trattamento (*)					
	Servizio Struttura		Struttura socio-riabilitativa		Altra sede	
	N. utenti	N. prestazioni	N. utenti	N. prestazioni	N. utenti	N. prestazioni
Visite						
Colloqui						
Psicoterapia individuale						
Psicoterapia di coppia						
Psicoterapia di gruppo						
Counselling						
Terapia farmacologica						
Tutoraggio finanziario						
Invio e partecipazione a Gruppi AMA o Giocatori Anonimi o specifici						
Altra prestazione						
Non noto/Non risulta						
Totale (**)						

(*) Se un utente nel periodo di riferimento è stato assistito in più sedi, deve essere conteggiato più volte
(**) Riportare il numero totale di utenti per sede di trattamento, conteggiati una volta sola, anche se hanno fruito di prestazioni di diversa tipologia



Grazie per l'attenzione

Bruno Genetti

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Politiche Antidroga
Dr. Giovanni Serpelloni