

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 31 maggio 2017

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 maggio 2017, n. 490.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per persone con disturbo da gioco d'azzardo ed organizzazione dei servizi socio-sanitari dedicati.

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 maggio 2017, n. 490.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per persone con disturbo da gioco d'azzardo ed organizzazione dei servizi socio-sanitari dedicati.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **“Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per persone con disturbo da gioco d'azzardo ed organizzazione dei servizi socio-sanitari dedicati.”** e la conseguente proposta dell'assessore Luca Barberini;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;
- c) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Visto il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, e s.m.i.;

Vista la D.G.R. n. 1115 del 4 agosto 1999, con oggetto: “Riorganizzazione servizi assistenza a tossicodipendenti”;

Vista la D.G.R. n. 1057 del 29 luglio 2002, con oggetto: “Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze. Tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti ai sensi della L. n. 45/1999 e dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999 (Così come corretta con D.G.R. 2 settembre 2002, n. 1162)”;

Visto il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante: “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”;

Vista la D.G.R. n. 576 del 26 maggio 2014, con oggetto: “Approvazione di un progetto dell'Azienda USL Umbria 2 per la realizzazione di un centro di riferimento regionale per il trattamento del gioco d'azzardo patologico. Impegno di spesa di € 20.000,00”;

Vista la legge regionale 21 novembre 2014, n. 21, recante: “Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo patologico”;

Vista la legge 23 dicembre 2014, n. 1901, con oggetto: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)”;

Vista la legge regionale 9 aprile 2015, n. 11, recante: “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”;

Vista la D.G.R. n. 1246 del 29 ottobre 2015, con oggetto: “Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico, in applicazione della legge regionale 21 novembre 2014, n. 21”;

Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 208, con oggetto: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;

Visto il decreto del Ministro della Salute 6 ottobre 2016 inerente il Fondo per il Gioco d'Azzardo Patologico;

Vista la D.G.R. n. 1490 del 14 dicembre 2015, con la quale è stato istituito, con riferimento al Centro di Responsabilità 4.02, il capitolo 2295 (U.13.01.1.04.01.02.000) con la seguente descrizione “ART. 20, C.2 – Prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza dal gioco d'azzardo (ludopatia) – ART. 1, C. 133, L. 190/2014. (rif. CAP 01536_E)”, e vista la D.D. n. 10345 del 28 dicembre 2015 con la quale è stato impegnato lo stanziamento relativo all'anno 2015, pari a €. 751.814,00;

Vista la D.G.R. n. 1123 del 3 ottobre 2016, con oggetto: “Linee di indirizzo per la costruzione del sistema regionale dei servizi sociosanitari per il gioco d'azzardo patologico.”;

Vista la determinazione dirigenziale n. 12520 del 13 dicembre 2016, con oggetto: “Liquidazione a favore delle Aziende USL Umbria 1 e Umbria 2 di complessivi € 751.814,00, quale quota parte del fondo sanitario 2015 con destinazione vincolata alla costruzione e al consolidamento del sistema dei servizi socio-sanitari per il gioco d'azzardo patologico. Costituzione di gruppo di lavoro regionale” e la determinazione dirigenziale n. 13658 del 29 dicembre 2016, di integrazione alla precedente;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017, con oggetto: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, c. 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

1) di approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, l'Allegato A con oggetto: "Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e l'organizzazione del sistema dei servizi socio-sanitari", che fornisce elementi di programmazione nella prospettiva della riqualificazione e riorganizzazione del sistema complessivo dei servizi per le dipendenze;

2) di approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, l'Allegato B con oggetto "Elementi di approccio clinico", concernente gli interventi di interesse clinico;

3) di impegnare le Aziende USL a dare concreta attuazione, per le azioni di propria competenza, a quanto previsto dall'Allegato A con oggetto: "Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e l'organizzazione del sistema dei servizi sociosanitari";

4) di costituire, secondo quanto previsto nella Parte II dell'Allegato A, la Cabina di regia regionale, che subentra al gruppo di lavoro regionale costituito in precedenza con la determinazione dirigenziale n. 13658/2016, e che risulta composta dai seguenti membri:

a. la responsabile del Centro di riferimento regionale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo e referente scientifico per il Piano regionale definito ai sensi del decreto del Ministro della Salute 12 ottobre 2016;

b. i responsabili degli ulteriori 3 servizi specifici per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, da costituire secondo quanto indicato all'Allegato A;

c. il direttore sanitario di ciascuna delle Aziende USL, o suo delegato con potestà decisionale;

d. il dirigente del Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale, della Direzione Salute e welfare, organizzazione e risorse umane, o suo delegato;

e. il referente della struttura regionale indicato per il Piano regionale approvato dal Ministero della Salute;

5) di affidare alla suddetta Cabina di regia regionale, indicata al punto precedente, i seguenti compiti:

— definire orientamenti univoci nelle scelte relative alla costruzione del sistema dei servizi;

— coordinare il processo di costruzione del sistema dei servizi;

— monitorare qualità e tempi delle realizzazioni;

— supportare l'attuazione del Piano regionale definito ai sensi del decreto del Ministro della Salute 12 ottobre 2016, relativamente alle azioni di competenza delle Aziende USL;

— presentare una relazione annuale alla Giunta regionale riguardo al percorso attuato, entro il mese di ottobre di ciascun anno;

6) di affidare al Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale, della Direzione regionale Salute e welfare, organizzazione e risorse umane, il coordinamento della Cabina di regia regionale e il coordinamento generale delle attività necessarie per la realizzazione e il monitoraggio delle azioni previste dall'Allegato A con oggetto: "Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e l'organizzazione del sistema dei servizi socio-sanitari", parte integrante e sostanziale del presente atto, procedendo con propri atti a quanto necessario per il raggiungimento di tali obiettivi;

7) di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria.

La Presidente
MARINI

(su proposta dell'assessore Barberini)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per persone con disturbo da gioco d'azzardo ed organizzazione dei servizi socio-sanitari dedicati.

Il DPCM 12 gennaio 2017, recante: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, c. 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", inserisce finalmente le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte al gioco d'azzardo patologico nei Livelli Essenziali di Assistenza, in risposta ai gravi bisogni di salute emersi, in particolare negli ultimi anni, in associazione alla enorme diffusione di una molteplicità di giochi d'azzardo leciti. Il DPCM parifica il disturbo da gioco d'azzardo alle altre forme di dipendenza patologica già incluse nei precedenti LEA, in coerenza con i principali sistemi di classificazione diagnostica adottati dalla comunità scientifica internazionale; la dipendenza da gioco d'azzardo, infatti, è ritenuta unanimemente una patologia ed è inclusa sia nella Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS (ICD10) che nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5). Il provvedimento era stato anticipato dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del

Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” (c.d. decreto Balduzzi), e ne costituisce la concretizzazione.

A livello statale, il legislatore era intervenuto inoltre in questa materia attraverso interventi di supporto alla realizzazione di azioni volte a prevenire e a offrire percorsi di trattamento ai problemi connessi alla diffusione del gioco d'azzardo. Con la legge 23 dicembre 2014, n. 1901, recante: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)”, è stato disposto che, a decorrere dall'anno 2015, una quota delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pari a 50 milioni di euro, è annualmente destinata alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo. Successivamente, con la legge 28 dicembre 2015, n. 208, con oggetto: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”, è stata disposta l'istituzione presso il Ministero della Salute di un Fondo per il gioco d'azzardo patologico, da ripartire tra le Regioni e le Province autonome sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, autorizzando per la dotazione del Fondo una spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2016. Con il decreto del Ministro della Salute 6 ottobre 2016 sono stati definiti i criteri di riparto del Fondo, la cui erogazione è stata vincolata alla presentazione di un Piano regionale da parte di ciascuna Regione, e alla sua approvazione da parte del Ministero stesso.

La Regione Umbria, da parte sua, ha inteso anticipare e rafforzare la risposta dello Stato ai problemi connessi al gioco d'azzardo, innanzitutto attraverso la legge regionale 21 novembre 2014, n. 21, con oggetto: “Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo patologico”, e quindi con il Piano operativo approvato con la D.G.R. n. 1246 del 29 ottobre 2015, in applicazione della legge regionale. La legge regionale, ed il conseguente piano operativo, prevedono una serie di misure volte a tutelare la popolazione dai rischi connessi alla diffusione del gioco d'azzardo lecito, ed in maniera prioritaria i gruppi maggiormente vulnerabili; tra gli obiettivi principali dell'azione regionale, è inclusa la costruzione del sistema di intervento socio-sanitario rivolto alla prevenzione, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo patologico.

In anticipo sulla nuova definizione dei LEA, era stato precedentemente attivato, in via sperimentale, il Centro di riferimento regionale per il trattamento del gioco d'azzardo patologico, collocato presso il Dipartimento dipendenze dell'Azienda USL Umbria 2 - sede di Foligno (D.G.R. n. 576 del 26 giugno 2014); le Aziende USL, inoltre, avevano reso disponibili presso i servizi per le dipendenze programmi specifici per i giocatori patologici.

Il Piano operativo approvato con la D.G.R. n. 1246/2015 ha stabilito che il centro di riferimento regionale venisse inserito, ed opportunamente raccordato, entro una rete più ampia, comprendente tutte quelle competenze e risorse necessarie per rispondere in maniera completa ai bisogni dei giocatori patologici e delle loro famiglie, realizzando in prima battuta una valutazione approfondita dei risultati del Centro di riferimento regionale, e quindi definendo in maniera dettagliata il modello di intervento per un sistema regionale di risposta improntato a criteri di intersectorialità, di continuità, di omogeneità nel territorio, di efficacia organizzativa e metodologica.

È stata quindi adottata la D.G.R. n. 1123 del 3 ottobre 2016, con la quale sono stati stabiliti gli orientamenti fondamentali per la costruzione, a partire dalle esperienze già attive presso le Aziende USL, del sistema regionale dei servizi socio-sanitari specificamente dedicati all'accoglienza e alla presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici e delle loro famiglie, nella prospettiva di una successiva più ampia riorganizzazione del sistema complessivo di intervento per l'area delle dipendenze.

Il disturbo da gioco d'azzardo, infatti, presenta una serie di aspetti che lo differenziano dalle forme di *addiction* che i servizi hanno affrontato nelle fasi iniziali della loro storia e risultano invece emblematici dei fenomeni più attuali; la costituzione di una rete di servizi specifica non si propone pertanto come un'ulteriore frammentazione delle unità di intervento, ma al contrario costituisce un'operazione propedeutica al successivo rinnovamento degli assetti organizzativi e delle metodologie di approccio dell'intero sistema dei servizi per le dipendenze delle Aziende USL, affinché risulti maggiormente adeguato in relazione alla configurazione attuale dei fenomeni di *addiction*.

La D.G.R. n. 1123/2016 stabiliva la costituzione di una struttura organizzativa di carattere interaziendale, e quindi unitaria in ambito regionale, con coordinamento unico (cabina di regia regionale), basata essenzialmente sui seguenti punti di accesso ed erogazione dei trattamenti:

- il centro di riferimento regionale, con funzioni di 'apripista' rispetto ai modelli di intervento sia sul piano clinico che organizzativo,
- la graduale replica del modello fino ad ulteriori 3 punti equivalenti, collocati nel territorio delle ex ASL,
- ulteriori punti di prima accoglienza, diffusi a livello di distretto sanitario.

La deliberazione affidava inoltre al Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'Assistenza Distrettuale, della Direzione Salute e Welfare, Organizzazione e Risorse Umane, la realizzazione dei percorsi necessari per dare compimento a quanto previsto dal documento “Linee di indirizzo per la costruzione del sistema regionale dei servizi socio-sanitari per il gioco d'azzardo patologico”, compresa l'adozione dei relativi atti.

Conseguentemente, è stata adottata la determinazione dirigenziale n. 12520 del 13 dicembre 2016, integrata con la determinazione dirigenziale n. 13658 del 29 dicembre 2016, con le quali si è provveduto a liquidare a favore delle Aziende USL Umbria 1 e Umbria 2 la somma complessiva € 751.814 (suddivisa in 425.997 € per l'Azienda USL Umbria 1 e 325.817 € per l'Azienda USL Umbria 2) quale quota parte del fondo sanitario 2015 con destinazione vincolata alla costruzione e al consolidamento del sistema dei servizi sociosanitari per il gioco d'azzardo patologico. Con la determinazione dirigenziale n. 13658/2016 veniva inoltre costituito un gruppo di lavoro regionale con il compito di coordinare l'attuazione delle azioni di competenza delle Aziende USL, previste dalla D.G.R. n. 1123/2016 e da successivi atti regionali, e di contribuire al monitoraggio di tali attività.

Entro il 15 marzo 2017, in applicazione del Decreto del Ministro della Salute 6 ottobre 2016, è stato definito e trasmesso al Ministero della Salute il Piano regionale 2017-2018 per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo, attualmente ancora al vaglio del Ministero – Direzione generale della Prevenzione sanitaria.

Infine, in attuazione della D.G.R. n. 1123/2016, che preannunciava l'adozione di successivi atti per la definizione di

dettaglio degli assetti organizzativi dei Servizi e del Percorso diagnostico-terapeutico per il gioco d'azzardo patologico, è stato elaborato il documento "Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e l'organizzazione dei servizi sociosanitari dedicati", allegato alla presente deliberazione (Allegato A), integrato dal documento "Elementi di approccio clinico", anch'esso riportato in allegato (Allegato B).

I documenti allegati (Allegato A e Allegato B), come pure il Piano regionale trasmesso al Ministero della Salute, sono stati elaborati da parte del Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale, della Direzione Salute, welfare, organizzazione e risorse umane, tenendo conto:

— dei riferimenti metodologici e clinici emersi nell'ambito del percorso di formazione "*Umbria NO SLOT. Verso un sistema di intervento regionale per l'accoglienza e la presa in carico dei giocatori problematici e delle famiglie*" attuato presso la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica da marzo a giugno 2016, che ha consentito, attraverso il contributo di formatori esperti riconosciuti a livello nazionale, di individuare le linee fondamentali di un approccio clinico specifico, basato sulle evidenze scientifiche attualmente disponibili; a tale percorso ha partecipato, peraltro, un gran numero di operatori sanitari e sociali e di volontari delle associazioni, che hanno portato il proprio contributo esperienziale;

— degli elementi emersi dalla valutazione, complessivamente positiva, dell'esperienza sviluppata dal Centro di riferimento regionale per il gioco d'azzardo patologico e del modello metodologico ed organizzativo ivi adottato;

— delle proposte emerse in una serie di riunioni con gli operatori dei servizi delle Aziende USL;

— delle esigenze e proposte espresse dagli operatori dei servizi sociali dei Comuni, dai volontari delle associazioni di auto-mutuo-aiuto e di altre associazioni interessate al tema del gioco d'azzardo, in una serie di riunioni specifiche;

— delle considerazioni avanzate dal gruppo di lavoro regionale costituito con la determinazione dirigenziale n. 13658/2016.

Il documento riportato all'allegato A, intitolato "Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e l'organizzazione del sistema dei servizi socio-sanitari", si compone, oltre che di una parte introduttiva generale, di una Prima Parte inerente il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con disturbo da gioco d'azzardo, che indica le procedure, gli approcci metodologici, le prestazioni che compongono l'intervento clinico ed è finalizzata a razionalizzare ed uniformare gli interventi proposti nel territorio regionale, in coerenza con le evidenze scientifiche disponibili, e una Seconda Parte, che definisce gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi dedicati con l'obiettivo di un sistema regionale integrato ed efficace. Il documento riportato all'allegato B, "Elementi di approccio clinico", riporta ulteriori informazioni di interesse clinico riguardanti le diverse fasi del percorso terapeutico.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)

Allegato A**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e l'organizzazione del sistema dei servizi sociosanitari.****INDICE****Premessa**

- 1. Il quadro epidemiologico**
- 2. L'intervento regionale per il gioco d'azzardo patologico: un approccio di sistema**
- 3. Obiettivi**
- 4. Destinatari**
- 5. Monitoraggio e valutazione**

I parte**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale****Introduzione**

- 1. Accoglienza**
- 2. Assessment**
 - 2.1. Strumenti di valutazione**
- 3. Definizione del programma terapeutico individuale**
 - 3.1. Le opzioni di trattamento**
 - 3.1.1. Gli interventi psicoterapeutici**
 - 3.1.2. Le terapie farmacologiche**
 - 3.1.3. Il trattamento dei disturbi psichiatrici o da addiction concomitanti**
 - 3.1.4. Gli interventi di supporto sociale e educativo**
 - 3.1.4.1. Gli interventi di tutoraggio economico**
 - 3.1.4.2. Gli interventi di accompagnamento**
 - 3.1.5. Gli interventi di auto mutuo aiuto**
 - 3.1.6. Gli interventi residenziali e semiresidenziali**
 - 3.1.7. Criteri per l'invio ai diversi tipi di trattamento**
- 4. Monitoraggio e rivalutazione del programma terapeutico**
- 5. Conclusione del programma e follow up**

II parte**La rete dei servizi sanitari per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e i familiari****Premessa**

- 1. La cabina di regia regionale**
- 2. Il sistema dei servizi: quadro d'insieme**
- 3. Il Centro di riferimento regionale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo**
- 4. I servizi sanitari specifici per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo**
- 5. I punti di accesso di livello distrettuale**
- 6. Formazione e supervisione**
- 7. Il sistema di relazioni interistituzionali e le reti territoriali**
- 8. Sistema informativo e cartella clinica informatizzata**
- 9. Risorse economiche**
- 10. Tempi di attuazione**
- 11. Monitoraggio e valutazione**

Premessa

Analogamente a quanto accade per le sostanze d'abuso, il rapporto tra il giocatore ed il gioco d'azzardo si configura secondo diversi livelli, dando luogo a tipologie differenziate, alle quali fanno riferimento le principali rilevazioni epidemiologiche e che occorre tenere presente nella predisposizione della risposta sociosanitaria:

- il giocatore sociale, per il quale il gioco costituisce un passatempo, un'occasione di socializzazione e di piacere, senza particolari ricadute problematiche;
- il giocatore eccessivo/problematico, per il quale il gioco d'azzardo assume aspetti problematici: gioca con frequenza crescente, gioca somme di denaro sempre più elevate e maggiori di quanto preventivato, a volte mente ai familiari;
- il giocatore patologico, per il quale il gioco d'azzardo diventa un interesse esclusivo, che pervade gradualmente tutte le dimensioni della vita e si accompagna all'investimento di tempo e denaro senza limiti; si giunge ad una vera e propria dipendenza e le conseguenze negative ricadono pesantemente sui familiari ed investono la sfera lavorativa, economica, legale, sociale e relazionale.

La dipendenza da gioco d'azzardo è considerata dall'OMS una vera e propria patologia ed è inclusa nella Classificazione internazionale delle malattie (ICD10), tra i disturbi delle abitudini e degli impulsi; il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5) la inserisce nel capitolo dei Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction (substance-related and addictive disorders) e adotta la denominazione "Disturbo da gioco d'azzardo", indicando i criteri diagnostici per l'individuazione del livello di gravità.

Con il DPCM 12 gennaio 2017, di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, la dipendenza da gioco d'azzardo è stata parificata alle altre dipendenze patologiche, riguardo alle quali il Servizio sanitario nazionale *“garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:*

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) valutazione dello stato di dipendenza;
- d) certificazione dello stato di dipendenza patologica;
- e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- i) colloqui psicologico-clinici;
- j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- k) interventi di riduzione del danno;
- l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- m) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- n) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;
- o) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;

- p) *consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;*
- q) *collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;*
- r) *interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;*
- s) *collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.*”

Il decreto precisa inoltre che *“l’assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione”*.

L’assimilazione del gioco d’azzardo patologico alle dipendenze da sostanze è coerente con la sostanziale equivalenza che si rileva sia sul piano fenomenologico che su quello neurobiologico; ai fini di un approccio appropriato, tuttavia, vanno parimenti considerati gli elementi specifici che caratterizzano il disturbo da gioco d’azzardo, come le distorsioni cognitive, i problemi economici spesso molto rilevanti ai quali si associano frequenti problemi legali, la pesante ricaduta sulla famiglia, l’impoverimento delle reti di relazione, in alcuni casi patologie di natura psichiatrica o altre forme di addiction concomitanti.

1. Il quadro epidemiologico

Il quadro epidemiologico regionale, delineato nel Rapporto 2016 dell’osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze, non si discosta da quello nazionale ed anzi presenta per alcuni indicatori livelli più favorevoli, tuttavia esso conferma la diffusione e la gravità dei fenomeni considerati e la necessità di approntare un sistema di risposta completo ed organico.

Le prevalenze del gioco d’azzardo nella popolazione generale (15-74enni), secondo la rilevazione IPSAD 2014 realizzata dall’Istituto di fisiologia clinica del CNR, sono assimilabili a quelle nazionali. In Umbria, come nel resto del paese, sono nettamente di più i maschi (37%) a giocare rispetto alle donne (18%). Il profilo di gioco problematico riguarda il 5,6% dei giocatori (il 5,4% in Italia); questo significa che sono da considerare circa 10.000 umbri con un profilo di gioco problematico, che dovrebbero essere raggiunti da iniziative di prevenzione o servizi di trattamento.

Per quanto riguarda la popolazione studentesca, l’indagine ESPAD, condotta anch’essa dall’Istituto di fisiologia clinica del CNR, riporta che per l’indicatore “praticare giochi in cui si scommettono soldi nell’ultimo anno”, in Umbria il dato di prevalenza più elevato si è avuto nel 2010 (52,9%), mentre negli anni successivi, fino al 2014, si è assistito ad una lenta e graduale diminuzione. Nel 2015 si nota in Umbria un lievissimo aumento (dal 39,7 al 40,5%), mentre in Italia l’incremento è decisamente più marcato (dal 39 al 42%). Nel 2015 in Umbria, tra gli studenti che giocano, l’8,6% ha un comportamento problematico e il 9,7% ha un elevato rischio di assumere un comportamento problematico; queste percentuali equivalgono a circa 1.300 studenti umbri con un profilo di gioco problematico e a circa 1.500 ad elevato rischio di assumere tale profilo.

Nel 2015 sono stati in carico presso i servizi sanitari regionali 357 utenti dipendenti da gioco d’azzardo. Negli ultimi anni c’è stato un crescente ricorso ai servizi, dal 2013 al 2015 l’utenza è quasi raddoppiata (+89%), passando da 199 a 357 unità. La classe di età che si rivolge di più ai servizi è quella dei 45-54enni, gli utenti sono prevalentemente maschi (81%).

Nel 2015 gli umbri hanno investito nei giochi autorizzati dai Monopoli di Stato 1.029 milioni di euro (raccolta lorda), un importo sostanzialmente stabile rispetto al 2013 e al 2014. Tolte da questa somma le vincite, risulta in Umbria, al netto, una spesa di circa 235 milioni di euro. I volumi di somme giocate mantengono un trend in riduzione rispetto agli anni precedenti.

Considerando la spesa pro-capite (raccolta lorda meno vincite), nel 2015 gli umbri si collocano ad un livello perfettamente sovrapponibile alla media nazionale, con 263 euro; l'Umbria si classifica al 10mo posto tra le regioni.

La maggior parte della raccolta (69%) è a carico degli apparecchi elettronici/slot machines.

Gli esercizi autorizzati dai Monopoli di stato a detenere apparecchi per il gioco lecito, rilevati alla data del 2 maggio 2016 dall'elenco pubblicato nel sito dell'Agenzia, sono 1.397, di cui 1.054 nella provincia di Perugia e 343 nella provincia di Terni. A distanza di 10 mesi, l'elenco ne riporta 1.286, con una diminuzione quindi di 111 locali.

2. L'intervento regionale per il gioco d'azzardo patologico: un approccio di sistema

La Regione Umbria ha sviluppato una propria iniziativa per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico, con l'adozione della legge regionale 21 novembre 2014, n. 21, "Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo patologico". E' stato quindi approvato, con la DGR n. 1246 del 29 ottobre 2015, il *Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico*, che dà corso, in maniera dettagliata e coordinata, agli adempimenti previsti dalla legge regionale a carico della Giunta regionale. Nell'ambito del Piano operativo, sono state avviate molteplici azioni ricadenti, in maniera diretta o indiretta, sul versante sociosanitario, quali il numero verde regionale per il gioco d'azzardo patologico (**800.410.902**), la formazione degli operatori sanitari e sociali e dei volontari delle associazioni, la formazione obbligatoria dei gestori e del personale delle sale da gioco, la campagna di comunicazione regionale, ed altre.

Tra gli obiettivi principali dell'azione regionale, è incluso il consolidamento del sistema di intervento sociosanitario rivolto alla prevenzione, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo patologico, da strutturare secondo una logica di sistema con un modello di intervento rispondente a criteri di intersectorialità, di continuità, di omogeneità nel territorio, di efficacia organizzativa e metodologica. Con la DGR n. 1123 del 3 ottobre 2016 sono stati stabiliti gli orientamenti fondamentali per la costruzione di un sistema di servizi sanitari specificamente dedicati all'accoglienza e alla presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici e delle loro famiglie, a partire dalle esperienze già attive presso le Aziende USL; tra queste, il Centro di riferimento regionale attivato nel 2014, su iniziativa della Regione, presso il dipartimento dipendenze dell'Azienda USL Umbria 2, sede di Foligno, con l'obiettivo di fornire una prima risposta ai bisogni di cura rilevati e sperimentare un modello di intervento specifico.

Obiettivo finale del processo è la composizione dei diversi interventi, attivati in ambiti molteplici a livello sia regionale che locale, in un vero e proprio **sistema regionale di intervento**, caratterizzato da una architettura organizzativa agile e tale da includere tutte le risorse disponibili in un insieme coerente ed organico, entro il quale i servizi sociosanitari assumono un ruolo centrale, di regia e di punto di riferimento nei territori per lo sviluppo di azioni e progettualità integrate con i Comuni e le istituzioni locali, il terzo settore, il volontariato.

La costruzione della rete dei servizi si inserisce nel Piano regionale per la prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo, predisposto in applicazione del decreto del Ministero della Salute 6 ottobre 2016, e pertanto occorre che tale processo sia strettamente connesso con l'insieme delle azioni previste dal Piano regionale.

3. Obiettivi

Obiettivi generali del presente documento

- Definire, alla luce dei nuovi LEA, le modalità di erogazione delle prestazioni per il disturbo da gioco d'azzardo, garantendo appropriatezza, continuità e qualità dell'assistenza;
- Delineare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il disturbo da gioco d'azzardo, nelle sue articolazioni e procedure, secondo criteri di qualità e di efficacia;
- Approntare un'offerta omogenea nel territorio regionale, rivolta ai giocatori patologici e ai loro familiari;
- Strutturare una rete di servizi di diverso livello (servizi sociosanitari specifici, punti di primo accesso), coordinati ed integrati efficacemente tra loro e con le risorse del territorio, di facile accessibilità e rispondenti a criteri di efficacia clinica ed organizzativa.

Obiettivi clinico-organizzativi

- Garantire l'accesso diretto ai servizi di cura per i giocatori d'azzardo patologici e i loro familiari;
- Garantire un adeguato assessment multidisciplinare;
- Garantire trattamenti e prassi basati sull'Evidence Based Medicine (EBM) e sul consenso della comunità scientifica;
- Garantire la multiprofessionalità delle equipe e l'integrazione con le reti territoriali;
- Garantire equipe adeguatamente formate ed aggiornate;
- Migliorare la qualità dei processi in base agli esiti e alle evidenze scientifiche.

Obiettivi del percorso di cura

- Raggiungere l'astensione dal gioco d'azzardo: riduzione totale/parziale della quantità di denaro, della frequenza e della durata del tempo dedicato al gioco d'azzardo;
- Migliorare il quadro di stress psico-patologico che accompagna il disturbo da gioco d'azzardo;
- Migliorare le dinamiche relazionali familiari e sociali;
- Migliorare il livello di autonomia personale e sociale e la capacità di usufruire delle risorse del territorio;
- Migliorare la qualità della vita.

4. Destinatari

Sono destinatari diretti di questo documento:

- i livelli di responsabilità delle Aziende USL,
- gli operatori dei servizi sanitari.

Il documento si rivolge inoltre alle reti territoriali, che includono soggetti di natura istituzionale ed informale impegnati a fronteggiare, a qualunque titolo, i problemi derivati dal fenomeno del gioco d'azzardo.

Sono destinatari finali dei percorsi di diagnosi e trattamento le persone con disturbo da gioco d'azzardo e i loro familiari.

5. Monitoraggio e valutazione

Le presenti linee di indirizzo saranno sottoposte ad un percorso di monitoraggio, al fine di verificarne l'effettiva applicazione e valutare i risultati prodotti, procedendo, laddove se ne ravvisi la necessità, ad opportuni aggiustamenti. Tali funzioni sono affidate alla "cabina di regia regionale" descritta nella Parte seconda del presente documento.

- I parte -

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e i familiari**Introduzione**

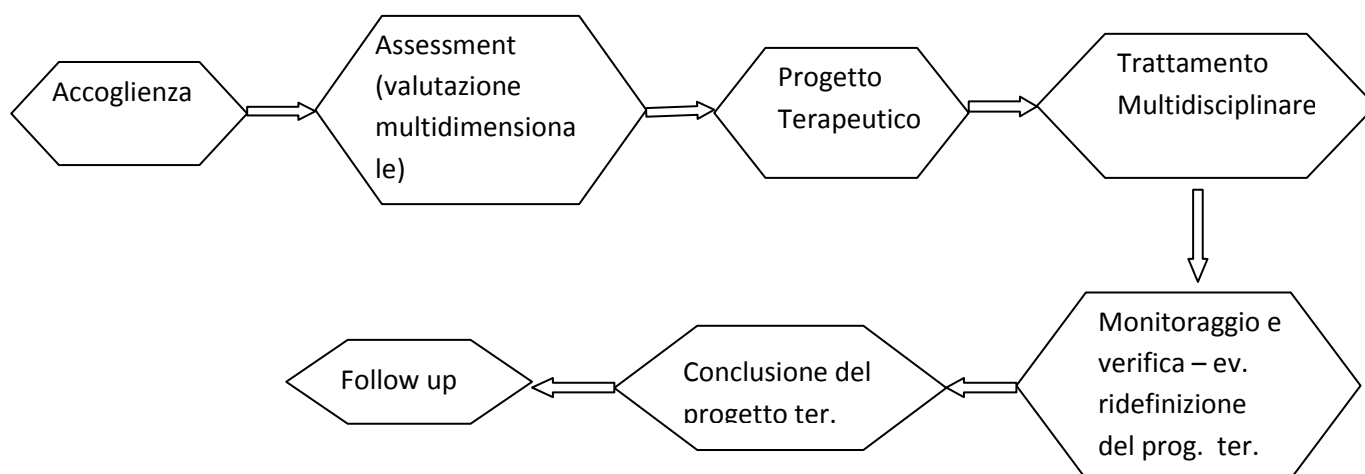
Il disturbo da gioco d'azzardo, come ogni altra forma di addiction, è caratterizzato dalla complessità dei bisogni compresenti, che necessitano di una risposta articolata su più versanti sia nella fase diagnostica, per una comprensione del quadro nel suo complesso, sia sul piano terapeutico, laddove è spesso opportuno integrare tra loro interventi diversi. I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono strumenti di governo clinico adottati correntemente in sanità proprio per razionalizzare l'intervento sociosanitario applicato nei confronti di disturbi ad alta complessità.

Ne costituiscono presupposti ineludibili:

- La costituzione di Equipe multidisciplinari, che operino non come sommatoria di competenze professionali separate tra loro, ma con una concreta integrazione dei saperi intorno ai bisogni variegati della persona, dotandosi di opportuni strumenti a livello organizzativo e funzionale;
- La strutturazione di forme di raccordo efficaci e flessibili con gli altri servizi, sanitari e sociali, pubblici e privati accreditati, in grado di offrire risposte ai diversi bisogni della persona e dei suoi familiari;
- La costruzione di reti territoriali, che possano integrare l'intervento più propriamente clinico con un supporto alla persona e alla famiglia nelle diverse aree di vita.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il disturbo da gioco d'azzardo include sia il giocatore che i familiari, laddove siano presenti e disponibili a partecipare al programma terapeutico: l'adesione dei familiari costituisce un elemento sostanziale per l'efficacia del trattamento. Anche intervenire sui soli familiari, laddove il diretto interessato non sia ancora pronto e disponibile ad accettare un aiuto, costituisce comunque una modalità di avvio del percorso terapeutico, non solo per fornire un sollievo al contesto familiare ma come opportunità significativa per introdurre elementi di cambiamento.

I passaggi fondamentali del percorso sono rappresentati, in maniera estremamente semplificata, nel diagramma di flusso sotto riportato.



1. ACCOGLIENZA

La fase dell'accoglienza costituisce il primo contatto del giocatore e/o del familiare con il servizio, dal quale prende avvio la relazione tra di essi; la qualità di questo primo impatto può condizionare in maniera positiva o negativa l'evoluzione del percorso successivo. Richiede capacità di ascolto empatico, sensibilità, flessibilità ed attenzione alle richieste, esplicite ed implicite, e alle caratteristiche specifiche del singolo utente.

L'accesso al servizio è diretto, sia per il giocatore che per i familiari, e non è condizionato al possesso di requisiti di alcun genere. Al primo accesso al servizio, con o senza appuntamento, prende avvio immediatamente la fase di accoglienza. Non si prevedono liste di attesa.

L'accesso al sistema dei servizi può avvenire tramite il numero verde regionale **800.410.902**. Il servizio di risposta è collocato presso il Centro di riferimento regionale e provvede ad orientare e supportare l'accesso ai servizi di cura.

Requisiti essenziali per l'attuazione della fase di accoglienza:

- personale specificamente formato;
- spazi dedicati, accoglienti e rispettosi delle esigenze di riservatezza, distinti dagli ambienti del ser.t;
- orari dedicati, sufficientemente ampi, in fasce temporali adeguate alle esigenze lavorative degli utenti;
- tempestività della risposta, assenza di ostacoli ad un primo colloquio.

L'operatore in questa fase svolge le seguenti azioni:

- accoglie e fa una prima analisi della domanda dell'utente e/o della sua famiglia;
- effettua una prima valutazione sulla sussistenza di un disturbo da gioco d'azzardo, sulla base dei criteri stabiliti dal DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali);
- verifica eventuali urgenze cliniche o gravi compromissioni della situazione finanziaria e all'occorrenza attiva tempestivamente gli opportuni interventi di emergenza;
- acquisisce informazioni di tipo socio-anagrafico, registra gli estremi dei documenti sanitari e di identità;
- rileva chi è il soggetto inviante (Medici di Medicina Generale, Servizi Sociali, Gruppi di Auto-Aiuto, etc.) per poter garantire una maggiore continuità dell'intervento terapeutico;
- compie una prima esplorazione sulla situazione della persona e sui problemi che la connotano;
- fornisce informazioni sul servizio, sulla sua organizzazione e sul percorso diagnostico/terapeutico offerto;
- acquisisce il consenso al trattamento dei dati personali;
- inserisce i primi dati nel sistema informativo.

2. ASSESSMENT

La valutazione diagnostica multidimensionale, o assessment, è volta ad avviare un'alleanza con il paziente e/o i familiari, a delineare il quadro dei bisogni e delle risorse della persona e della sua rete di relazioni, a comprendere in maniera approfondita il problema del gioco d'azzardo, a verificare l'eventuale compresenza di altri disturbi o patologie. Costituisce una base indispensabile per definire il progetto terapeutico appropriato a ciascuna situazione specifica ed un punto di riferimento per il monitoraggio successivo del programma di trattamento.

Sulla base di un approccio multidisciplinare che coinvolge le diverse figure professionali dell'equipe, vengono raccolte informazioni rilevanti per l'inquadramento del caso, per il riconoscimento di eventuali comorbidità e per una valutazione del livello di gravità, attraverso:

- l'anamnesi generale e mirata alle problematiche specifiche del disturbo da gioco d'azzardo,
- l'analisi del comportamento attuale di gioco e la rilevazione dell'indice di gravità con riferimento alla classificazione adottata dal DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), con l'ausilio di specifici strumenti di screening e di valutazione;
- l'analisi dei fattori di vulnerabilità e di resilienza;
- la ricostruzione della storia del comportamento, delle esperienze e delle condotte di gioco d'azzardo;
- la verifica dell'impatto del gioco d'azzardo sul funzionamento individuale, interpersonale, familiare e sociale;
- la valutazione del funzionamento del sistema familiare;
- la valutazione delle risorse della rete relazionale;
- la rilevazione della presenza di eventuali eventi traumatici e di comportamenti violenti;
- l'analisi delle abilità socio-lavorative e della situazione economica, compresi gli eventuali debiti, e legale;
- la valutazione della presenza e tipologia di distorsioni cognitive e credenze irrazionali presenti, nonché del grado di rigidità/flessibilità nel modificare tali convinzioni, anche attraverso check list o questionari standard;
- la valutazione della motivazione al cambiamento;
- la rilevazione di eventuali altri disturbi da addiction concomitanti o pregressi;
- la valutazione di eventuali comorbidità; a questo proposito occorre tenere conto che il disturbo da gioco d'azzardo presenta una frequente associazione con altri disturbi, che possono comprendere:
 - o disturbi correlati ad altre sostanze legali ed illegali e altri disturbi da addiction
 - o altri disturbi del controllo degli impulsi
 - o disturbi bipolari e disturbi collegati
 - o disturbi depressivi
 - o disturbo ossessivo compulsivo e disturbi correlati
 - o disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
 - o disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
 - o disturbi d'ansia
 - o disturbi di personalità
 - o disturbi dissociativi
 - o violenza familiare
 - o ideazione suicidaria.
- la valutazione di eventuali patologie somatiche pregresse e in atto; tra queste, in considerazione della possibile associazione di altri comportamenti a rischio per la salute, occorre indagare l'eventuale presenza di malattie infettive, specie a contagio sessuale.

Si richiede la partecipazione a questa fase di un familiare o di una figura della rete amicale, in ogni caso in cui sia disponibile.

L'esito dell'assessment consiste nella discussione e completamento in équipe della valutazione multidisciplinare, nell'individuazione del case manager e nella successiva restituzione al giocatore/familiare degli elementi emersi. In questa fase si tende al consolidamento dell'alleanza terapeutica, si individuano inoltre i primi obiettivi verso cui indirizzare il programma terapeutico e gli interventi indicati in base ai rilievi emersi dalla valutazione.

Il processo dell'assessment potrà concludersi con la presa in carico del giocatore, o anche dei soli familiari, oppure di entrambi. Questa fase si completa in genere in massimo 6 settimane, attraverso 3-4 incontri.

La valutazione diagnostica multidimensionale si associa alla compilazione della cartella clinica informatizzata, che ne dovrà contenere tutti gli elementi costitutivi.

2.1. Strumenti di valutazione

- Colloquio clinico;
- applicazione dei criteri indicati dal DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) per l'inquadramento diagnostico del disturbo da gioco d'azzardo;
- somministrazione di test per la valutazione delle condotte di gioco d'azzardo; si indica il seguente set minimo di test, con l'obiettivo di uniformare le prassi diagnostiche in ambito regionale e porre le basi per la successiva valutazione, attraverso indicatori omogenei, dei risultati conseguiti sul piano clinico dal sistema regionale:
 - o SOGS (South Oaks Gambling Screen per adulti - Lesieur, Blum, 1987; trad. Guerreschi, Gander, 2000),
 - o MAC- G (Spiller, Guelfi, 1998),
 - o GRCS (Gambling Related Cognition Scale – Raylu N. & Oey T.P.S., 2004, University of Queensland – Australia);
- somministrazione di test per la valutazione psicodiagnostica generale e dei tratti di personalità; si indica il seguente set minimo di test, con l'obiettivo di uniformare le prassi diagnostiche in ambito regionale e porre le basi per la successiva valutazione, attraverso indicatori omogenei, dei risultati conseguiti sul piano clinico dal sistema regionale:
 - o MMPI 2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway, McKinley, 1989 – adattamento italiano Pancheri, Sirigatti 1995),
- eventuale valutazione psichiatrica per l'approfondimento di comorbidità rilevate, associata alla somministrazione della SCID 5 - CV e PD (Structured Clinical Interview for DSM 5);
- ricognizione della sfera lavorativa, sociale, economica e legale, anche con strumenti standardizzati;
- eventuali esami ematochimici e screening infettivologico nel caso di comportamenti a rischio;
- eventuale inserimento in gruppi informativo-motivazionali.

Requisiti per l'attuazione della fase di assessment:

- equipe multi professionale, con operatori specificamente formati;
- spazi dedicati, accoglienti e rispettosi delle esigenze di riservatezza, distinti dagli ambienti del ser.t;
- orari dedicati, sufficientemente ampi, in fasce temporali adeguate alle esigenze lavorative degli utenti;
- disponibilità degli strumenti diagnostici sopra indicati;
- connessioni stabili con gli altri servizi sanitari (in particolare, dell'area della salute mentale) e con i servizi sociali dei Comuni, necessarie per rilevare un quadro diagnostico completo;

- cartella clinica informatizzata, sostenuta dallo stesso software adottato da tutti i servizi per le dipendenze regionali, adeguato in relazione alle esigenze specifiche di questa area di intervento.

Ulteriori elementi inerenti metodologie e modelli specifici di approccio clinico nella fase di assessment, compresa una ricognizione di ulteriori test diagnostici, sono riportati all'allegato B – “Elementi di approccio clinico”

3. DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO INDIVIDUALE

A conclusione della fase di valutazione multidisciplinare, sulla base delle risultanze che ne sono emerse, l'equipe definisce il Programma Terapeutico Individuale (PTI), integrato e personalizzato, rivolto al giocatore e ai suoi familiari.

Il programma terapeutico individuale costituisce un unicum, entro cui i diversi interventi sono opportunamente integrati, anche qualora concorrano nella sua realizzazione servizi e soggetti diversi. In ogni caso va evitato il transito dell'utente tra i diversi contesti di cura, privilegiando invece la mobilità degli operatori.

Gli operatori che sono coinvolti nel programma del paziente compongono il Gruppo di lavoro sul caso. La composizione del gruppo è variabile sia in base alle specifiche caratteristiche del singolo programma terapeutico, sia in base all'evoluzione del programma nel corso del tempo; oltre ad operatori dell'equipe multiprofessionale possono farne parte, secondo le necessità del singolo caso, operatori di altri servizi ASL, dei servizi sociali comunali, di altre istituzioni, delle comunità terapeutiche o altri servizi accreditati, di cooperative sociali, ecc.; partecipano ad incontri specifici del gruppo i volontari di associazioni, i soggetti della rete di riferimento del giocatore o della rete del territorio, che eventualmente siano stati coinvolti nel supporto di attività incluse nel programma terapeutico.

Sono compiti del Gruppo:

- attuare i diversi interventi previsti dal programma terapeutico individuale, secondo un piano coerente ed integrato;
- monitorare l'andamento del programma terapeutico nel tempo e valutare gli esiti in relazione agli obiettivi specifici, di breve e medio termine, definiti con l'utente;
- stabilire opportuni aggiustamenti ed evoluzioni del programma stesso, in relazione al modificarsi del quadro clinico;
- alla conclusione del programma, valutare i suoi risultati e prevedere opportune attività di follow up.

Nell'ambito del Gruppo viene individuato il Case manager, ovvero l'operatore incaricato di coordinare sul piano operativo gli interventi rivolti al paziente e/o alla famiglia.

Sono compiti del Case manager:

- tenere le fila, sul versante organizzativo/processuale, del programma terapeutico individuale, verificando la progressione delle tappe previste;
- convocare riunioni periodiche del Gruppo secondo la tempistica e le modalità condivise al suo avvio, ed almeno in coincidenza con i passaggi cruciali del percorso;
- favorire il passaggio delle comunicazioni tra tutti gli operatori coinvolti;
- vigilare sull'assolvimento degli adempimenti necessari alla gestione del caso.

Il programma terapeutico:

- viene presentato e condiviso con il giocatore e, laddove presenti e disponibili, con i familiari o altre figure di riferimento. Questa tappa può tradursi in una fase di “negoziazione” con l'utente e/o i familiari, che acquista essa stessa una valenza terapeutica;

- viene quindi formalizzato tramite la compilazione e la firma di apposita scheda;
- viene rivalutato periodicamente sia con l'utente e/o la famiglia, sia nell'ambito del Gruppo di lavoro sul caso, e all'occorrenza modificato, secondo quanto riportato al successivo cap. 4.

Il programma terapeutico è definito per obiettivi specifici, di breve-medio termine, secondo una opportuna gradualità. Viene orientato in coerenza con le risorse del paziente e della sua famiglia e tiene conto della complessità e della situazione generale del sistema familiare. In tale ottica vengono valutati gli aspetti motivazionali, cognitivo-comportamentali, affettivi e relazionali, con particolare attenzione allo stadio del cambiamento del paziente, alla funzione e al senso del sintomo nell'equilibrio personale e familiare, al ciclo vitale della famiglia e alle sue modalità di gestione economica. Si articola in una serie di interventi specifici e integrativi, non necessariamente consequenziali, adeguati ai bisogni del giocatore e della sua famiglia ed appropriati in relazione agli obiettivi specifici stabiliti.

3.1. Le opzioni di trattamento

Considerata la complessità e la molteplicità delle dimensioni coinvolte dal disturbo da gioco d'azzardo, individuali, familiari, sociali ed economiche, il trattamento si caratterizza come un intervento multimodale integrato rivolto al giocatore e/o ai suoi familiari: il programma terapeutico individuale integra tra loro diverse tipologie di intervento, definite sulla base della valutazione diagnostica multidimensionale ed in funzione degli obiettivi specifici concordati.

Possono essere proposti, a seconda di quanto emerso dalla valutazione, trattamenti individuali rivolti al giocatore:

- colloqui motivazionali,
- colloqui di sostegno,
- psicoterapia individuale,
- trattamento farmacologico e colloqui di monitoraggio associati,
- strategie di tutela finanziaria e gestione economica,
- programmi di accompagnamento,
- interventi di supporto sociale;

e/o, laddove il programma coinvolge i familiari o altre figure di riferimento:

- colloqui di sostegno e di monitoraggio con i familiari,
- psicoterapia di coppia e/o familiare,
- programmi di accompagnamento rivolti al nucleo familiare;

e/o interventi di gruppo:

- gruppi informativo-motivazionali, di sostegno,
- psicoterapia di gruppo,
- gruppi di auto mutuo aiuto;

e/o interventi rivolti ad eventuali comorbidità:

- trattamenti per forme di addiction concomitanti,
- terapie per patologie psichiatriche concomitanti;

e/o, limitatamente alle situazioni e per il tempo in cui si valuti clinicamente appropriato:

- programmi residenziali o semiresidenziali.

3.1.1. Gli interventi psicoterapeutici

Per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, come per altre forme di addiction, gli interventi psicoterapeutici utilizzano approcci diversi. Dalla revisione della letteratura scientifica si rileva tuttavia una maggiore efficacia, ed una maggiore diffusione, del modello cognitivo-comportamentale, associato ad un approccio motivazionale (Picone 2010; Grant, Potenza, 2010).

La terapia cognitivo-comportamentale è stata ampiamente valutata ed ha una solida base empirica nel trattamento dell'abuso di cocaina (Carroll, 2000), è stata quindi adattata ed estesa al trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, considerato che gli aspetti comportamentali nelle due forme di addiction sono molto simili. E' utile per far sì che il giocatore abbandoni le credenze erranee e si riappropri di sane competenze cognitive. L'approccio cognitivo-comportamentale (Ladouceur et al., 2001) si avvale di un ampio repertorio di tecniche psicologiche (prescrizioni, diari di monitoraggio, psicoeducazione, individuazione dei fattori trigger, problem solving, ecc.) finalizzate alla modificazione dei pensieri disfunzionali del giocatore.

L'approccio motivazionale (Prochaska e Di Clemente, Guelfi e Spiller, 1986; Miller e Rollnick, 2014) è molto diffuso nel trattamento delle dipendenze; è volto a ridurre le resistenze del paziente e ad incrementare la motivazione al cambiamento, migliorando l'alleanza terapeutica; le revisioni della letteratura scientifica indicano che questo tipo di interventi è efficace nel ridurre sia la gravità delle giocate e la frequenza del gioco che, in alcuni casi, il disagio psicologico legato alla patologia. Risulta inoltre appropriata, come per tutte le tipologie di dipendenza, una lettura sistemico-relazionale (Cowlshaw et al. 2012) e, laddove sia valutata utile e praticabile, l'applicazione di interventi specifici rivolti alle dinamiche familiari. Lo scopo della terapia sistemico-relazionale non è solo quello di raggiungere l'astinenza dal gioco d'azzardo, ma di risolvere ciò che ha portato all'esordio della dipendenza, che viene letta come sintomo funzionale al mantenimento di un sistema di relazioni familiari patologico: essa costituisce pertanto uno strumento ineludibile nel trattamento del gambling come di tutte le altre forme di addiction. Comporta il coinvolgimento di tutto il sistema familiare nel percorso terapeutico volto al cambiamento.

Nell'ambito del trattamento, il gruppo nelle sue diverse declinazioni costituisce uno strumento d'elezione, per la sua efficacia ai fini terapeutici e, allo stesso tempo, per l'ottimizzazione delle risorse professionali che esso consente.

Anche in questo caso gli approcci riconosciuti sono molteplici, ed accanto a quelli di tipo psicoterapeutico (che si riferiscono a modelli teorici diversificati), sono inclusi gruppi di sostegno, informativo-motivazionali, di auto mutuo aiuto, ed altri. L'esperienza del Centro di riferimento regionale propone inoltre un modello ulteriore, il gruppo multicoppiale.

3.1.2. Le terapie farmacologiche

Ad oggi non esistono terapie psicofarmacologiche specifiche per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, approvate ufficialmente; è invece indicata la prescrizione di terapie farmacologiche in base alla diagnosi di eventuale comorbidità.

3.1.3. Il trattamento di disturbi psichiatrici o da addiction concomitanti

In numerosi casi sono associati disturbi psichiatrici o da ulteriori forme di addiction, che devono essere attentamente valutati in fase di assessment e quindi opportunamente trattati, anche farmacologicamente quando necessario, pena l'inefficacia dell'intervento rivolto al disturbo da gioco d'azzardo.

In questi casi il programma terapeutico individuale si integra con interventi specifici appropriati al caso. Qualora necessario, laddove l'equipe multidisciplinare sia sprovvista delle necessarie competenze professionali, si attivano opportune consulenze da parte dei servizi sanitari deputati, da espletare preferibilmente presso il servizio che ha in carico l'utente, secondo modalità e procedure definite a livello regionale e locale.

Analogamente, il trattamento delle diverse forme di comorbidità va attuato preferibilmente presso il servizio che ha in carico l'utente, fatte salve esigenze di appropriatezza clinica, evitando attraverso

opportune soluzioni organizzative, l'invio o il transito presso servizi diversi, disagiata per la persona e controproducente riguardo alla compliance al trattamento.

Ciascun servizio coinvolto nel programma terapeutico individuale entra a far parte del Gruppo di lavoro sul caso con un proprio operatore referente.

3.1.4. Gli interventi di supporto sociale e educativo

Sulla base della valutazione multidimensionale, il programma terapeutico individuale può comprendere interventi sociali e/o socio-educativi e/o di supporto alla gestione finanziaria:

- interventi di monitoraggio economico, finalizzati a recuperare un rapporto sano con il denaro e a modificare lo stile di gestione economica personale e/o familiare,
- interventi di accompagnamento socioeducativo territoriali,
- interventi di protezione sociale, come la nomina dell'amministratore di sostegno, il ricorso alla Fondazione Antiusura, ecc.,
- percorsi di accompagnamento al lavoro,
- interventi di supporto alla genitorialità,
- accompagnamento ai servizi sociali comunali,
- accompagnamento verso le Associazioni del territorio.

L'attuazione di tali interventi in genere è coordinata dalla figura professionale dell'assistente sociale, in collaborazione con tutor-educatori, operatori della mediazione, servizi e realtà associative della rete territoriale.

3.1.4.1. Gli interventi di tutoraggio economico

Gli interventi di tutoraggio economico sono mirati ad aiutare le persone ad effettuare una ricognizione accurata della propria situazione finanziaria, ad apprendere modalità corrette di gestione del bilancio personale e/o familiare e, qualora siano stati contratti debiti legati al gioco, a sviluppare un piano di pagamento (National Endowment for Financial Education & National Council on Problem Gambling, 2000); in alcuni casi è necessario prevedere misure per la "messa in sicurezza" in relazione a eventuali fenomeni di usura.

In senso più generale, si propone il recupero, da parte del giocatore, di un rapporto sano con il denaro e la modifica delle modalità di gestione economica personale e/o familiare.

Questi interventi fanno parte del programma terapeutico di tutti i giocatori, anche laddove non ci siano debiti di gioco, e prevedono, ove possibile, il coinvolgimento di un familiare. Hanno finalità prevalentemente educative e includono le seguenti azioni specifiche:

- tracciare la situazione finanziaria del giocatore (fonti di reddito, entità dei debiti, tipo di creditori, ecc.),
- definire un piano di risanamento in base alla gravità del debito (se opportuno, attivare una consulenza legale);
- individuare un referente, interno o esterno alla famiglia, che amministri il flusso di denaro del giocatore, operando di concerto con il tutor del servizio;
- sospendere l'uso da parte del giocatore di carte di credito, bancomat, libretto degli assegni, che vengono consegnati al familiare referente;
- concordare misure di contenimento e di controllo nei confronti del giocatore, come ad esempio:
 - o limitare la quantità di denaro messa quotidianamente a disposizione del giocatore, per evitare situazioni a rischio,
 - o concordare che tutte le spese siano supportate da scontrini o ricevute di pagamento,

- o ricostruire i movimenti di denaro quotidiani, anche attraverso l'uso di una tabella o strumenti simili.

Nei casi di particolare gravità è necessario ricorrere ad un consulente finanziario e/o legale.

3.1.4.2. Gli interventi di accompagnamento

Accanto all'intervento più propriamente "terapeutico", in alcune situazioni è opportuno attivare, sulla base della valutazione multidimensionale, un supporto di tipo pedagogico, fornito da operatori con funzioni di Tutor, che supportano il giocatore e la sua famiglia sia nel riconoscimento dei propri bisogni, sia nella conseguente individuazione delle risorse territoriali in grado di rispondere ai bisogni identificati e nell'accesso ad esse.

Questo approccio fa riferimento a modelli di intervento definiti Pat, "Programmi di accompagnamento territoriale", sperimentati ormai da tempo in Umbria in molti dei servizi per le dipendenze nei confronti di altre forme di addiction.

I tutor, opportunamente formati nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, accompagnano e supportano il giocatore e la sua famiglia durante tutto il percorso terapeutico. Fra i compiti del tutor c'è anche quello di aiutare i pazienti e le loro famiglie ad alleviare le pressioni economiche cui sono sottoposti, tramite l'affiancamento nella gestione quotidiana del denaro e nel disbrigo delle questioni relative al risanamento della situazione debitoria. Il tutor rappresenta il referente privilegiato per la persona in carico, con il quale stabilire un rapporto di fiducia.

3.1.5. Gli interventi di auto mutuo aiuto

L'invio dei giocatori e/o dei loro familiari verso gruppi di automutuoaiuto costituisce un'importante opzione di trattamento, finalizzata ad aiutare il giocatore a raggiungere e mantenere l'astensione dal gioco d'azzardo, nonché a cambiare il suo stile di vita e quello della sua famiglia.

Gli approcci specifici degli interventi di automutuoaiuto sono diversi, sia nell'ambito dell'offerta dei servizi sanitari, sia afferenti ad associazioni specifiche, che costituiscono un nodo fondamentale della rete territoriale. In Umbria sono presenti in particolare le seguenti realtà:

- GA (Giocatori Anonimi) e GAM-ANON (familiari e amici di giocatori patologici), rivolti entrambi in maniera specifica a questo problema ed afferenti alla variegata galassia di associazioni nata diversi decenni fa con gli Alcolisti Anonimi ed ampiamente diffusa nel territorio regionale;
- Club Alcologici territoriali, ideati e sviluppati diffusamente, anche nel territorio della nostra regione, per il contrasto e la prevenzione dei problemi alcol correlati, che da alcuni anni hanno ampliato il loro ambito di intervento ad altre dipendenze e problematiche psico-sociali.

Gli interventi di automutuoaiuto sono parte integrante del programma terapeutico individuale e sono effettuati sulla base di costanti rapporti di collaborazione e scambio tra l'equipe multiprofessionale e le associazioni di volontariato che li realizzano.

3.1.6. Gli interventi residenziali e semiresidenziali

In alcuni casi la complessità e la gravità del quadro clinico sono tali che il percorso ambulatoriale necessita di essere integrato con un trattamento di tipo residenziale e/o semiresidenziale; questi interventi sono da intendere come parti integranti del programma terapeutico individuale, complementari al percorso ambulatoriale del paziente e dei suoi familiari. Per ciascun caso va verificata attentamente l'indicazione per questo tipo di programma, che in realtà secondo la

comunità scientifica risulta appropriato solo in una percentuale minima, e ne vanno stabiliti preliminarmente gli obiettivi specifici, i tempi, le modalità di attuazione.

A questo scopo è essenziale:

- la condivisione del piano di trattamento come parte integrante del programma terapeutico individuale complessivo, tra il gruppo di lavoro sul caso e l'equipe del servizio residenziale;
- una chiara definizione degli obiettivi specifici del piano terapeutico residenziale;
- l'inclusione di un operatore referente del servizio residenziale nel Gruppo di lavoro sul caso;
- il monitoraggio periodico del programma residenziale anche attraverso incontri del gruppo di lavoro sul caso, che includano gli operatori del servizio residenziale;
- a conclusione del programma residenziale, la valutazione congiunta degli esiti conseguiti.

I programmi residenziali e semiresidenziali, svolti in un contesto caratterizzato da ridotti stimoli e richiami al gioco d'azzardo, prevedono una serie di interventi specifici, individuali e di gruppo, in linea con il modello bio-psico-sociale.

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

L'accesso ad un programma residenziale e/o semiresidenziale è preceduto da una fase di preparazione; prima ancora dell'ingresso si formula un'ipotesi concreta riguardo alle modalità di prosecuzione del programma terapeutico individuale al momento del rientro al proprio domicilio.

Il servizio residenziale e semiresidenziale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo necessita di approcci metodologici specifici. I requisiti, le condizioni e le procedure per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento istituzionale di questa tipologia di servizi saranno stabiliti con successivi atti della Regione, nell'ambito della complessiva ridefinizione dell'offerta residenziale e semiresidenziale rivolta al trattamento delle dipendenze.

3.1.7. Criteri per l'invio ai diversi tipi di trattamento

Un possibile riferimento per orientare la scelta del trattamento in relazione alle caratteristiche individuali dei singoli giocatori patologici risiede nella classificazione di Blaszyński, Nower (2002), già richiamata nel capitolo sull'assessment e riportata in maniera più estesa all'allegato B – "Elementi di approccio clinico". Il modello Blaszczyński differenzia tre sottogruppi di giocatori attraverso criteri definiti, ed anche la scelta del trattamento terapeutico può essere diversificata fra i tre gruppi:

- A. Nel giocatore del I sottotipo spesso il compito del terapeuta consiste nel sostenere e rafforzare cambiamenti già in atto al momento del primo colloquio; il trattamento può comprendere:
- o Rinforzo motivazionale,
 - o Psicoeducazione individuale e della famiglia,

- Controllo comportamentale del sintomo,
 - Tutoraggio e monitoraggio finanziario,
 - Interventi sulle distorsioni cognitive,
 - Manuali di auto aiuto.
- B. Nel giocatore del II sottotipo l'approccio terapeutico viene favorito da un assetto affettivo che tende a rinforzare le relazioni di aiuto e l'alleanza terapeutica; la psicoterapia trova la sua maggiore indicazione in queste situazioni, come pure la terapia farmacologica di eventuali co-morbilità. Il trattamento è da individuarsi tra le seguenti opzioni:
- Controllo comportamentale del sintomo,
 - Psicoeducazione individuale e della famiglia,
 - Tutoraggio e counseling finanziario,
 - Psicoterapia individuale,
 - Psicoterapia familiare,
 - Psicoterapia delle distorsioni cognitive,
 - Interventi per la prevenzione delle ricadute (individuali o gruppal),
 - Interventi di gruppo (psicoterapia, gruppi di sostegno, gruppi AMA, ...),
 - Interventi su life skills, gestione del tempo libero,
 - Terapie farmacologiche.
- C. Nel giocatore del III sottotipo trovano una importante indicazione le terapie farmacologiche per i disturbi psichiatrici e da addiction concomitanti e gli interventi comportamentali, mentre quelli psicoterapici di tipo cognitivo e quelli supportivi risultano spesso impraticabili. Gli interventi rivolti alla famiglia possono trovare indicazione, ma non sempre è disponibile un ambiente familiare collaborante. La psicoeducazione e il trattamento delle distorsioni cognitive risultano poco efficaci. In questo gruppo, pertanto, il trattamento può comprendere:
- Controllo comportamentale del sintomo,
 - Psicoeducazione individuale e della famiglia,
 - Tutoraggio e counseling finanziario,
 - Psicoterapia individuale,
 - Psicoterapia familiare,
 - Trattamento di ev. disturbi da addiction concomitanti,
 - Interventi di gruppo (psicoterapia, gruppi di sostegno, gruppi AMA, ...),
 - Interventi di supporto e reinserimento sociale / lavorativo,
 - Interventi per la prevenzione delle ricadute (individuali o gruppal),
 - Interventi su life skills, gestione del tempo libero,
 - Terapie farmacologiche.

L'invio a programmi residenziali o semiresidenziali deve basarsi su criteri di appropriatezza clinica e su valutazioni approfondite. I criteri per l'invio a tali tipologie di programmi sono individuati nel seguente elenco:

- necessità di cure intensive,
- gravità e complessità del quadro clinico,
- riscontrata inefficacia terapeutica o insufficiente efficacia dei trattamenti ambulatoriali,
- contesto socio-familiare particolarmente disfunzionale,
- presenza di comorbilità psichiatrica non trattabile adeguatamente in regime ambulatoriale,
- presenza di grave disturbo concomitante da uso di sostanze.

Costituiscono indicazioni per l'invio ai programmi residenziali/semiresidenziali:

- o per pazienti che presentano bassi livelli di severità e complessità: necessità di un periodo breve di trattamento residenziale intensivo al fine di conseguire l'astinenza dal gioco e/o allontanarsi temporaneamente da un ambiente familiare particolarmente conflittuale;
- o per pazienti che presentano livelli di severità elevata e/o complessità grave (comorbidità psichiatrica, presenza di altri disturbi da uso di sostanze e/o comportamentali): necessità di un periodo di trattamento residenziale di durata adeguata al raggiungimento degli obiettivi specifici individuati;
- o necessità di un trattamento semiresidenziale associato ad un percorso ambulatoriale, finalizzato al rinforzo dell'astensione dal gioco d'azzardo e alla realizzazione di un progetto di reinserimento.

4. Monitoraggio e rivalutazione del programma terapeutico

L'efficacia del programma terapeutico viene monitorata e verificata almeno con cadenza trimestrale, con un'osservazione orientata in senso multidimensionale, che tenga conto delle diverse aree specifiche che compongono il piano terapeutico individuale e si avvalga anche di schede standardizzate, come il SOGS e il MAC/G.

L'esito della verifica viene discusso nel Gruppo di lavoro sul caso e nelle riunioni di équipe, con i seguenti obiettivi:

- Valutare l'appropriatezza del programma terapeutico individuale in relazione all'evoluzione del quadro clinico;
- Definire eventuali aggiustamenti del programma;
- Delineare la progressione degli obiettivi specifici e le relative attività terapeutiche;
- Modificare la composizione del Gruppo di lavoro sul caso in relazione alle variazioni del programma.

Le attività di monitoraggio ed il loro esito sono riportate integralmente nella cartella clinica informatizzata.

5. Conclusione del programma e follow up

La durata del programma terapeutico individuale può variare in relazione al livello di gravità e complessità clinica; come in tutte le forme di addiction, è da considerare l'elevato rischio di ricadute.

La conclusione del programma terapeutico va concordata nei tempi e nelle modalità con il diretto interessato e/o i familiari.

La dimissione dal programma terapeutico è seguita da incontri di follow up, consistenti in colloqui con il giocatore e/o i suoi familiari, con una frequenza adeguata al quadro clinico; sono da prevedersi almeno due incontri, effettuati entro l'anno successivo alla dimissione.

Contestualmente si procede alla chiusura della cartella clinica informatizzata, secondo le apposite procedure. Per gli utenti che non usufruiscono di prestazioni entro un periodo di 180 giorni, è prevista la chiusura d'ufficio della cartella clinica.

Requisiti per l'attuazione della fase di trattamento e follow up

- equipe multiprofessionale, con operatori specificamente formati;
- spazi dedicati, accoglienti e rispettosi delle esigenze di riservatezza, distinti dagli ambienti del ser.t;

- orari dedicati, sufficientemente ampi, in fasce temporali adeguate alle esigenze lavorative degli utenti;
- connessioni stabili con gli altri servizi sanitari della ASL (in particolare, dell'area della salute mentale) e del privato sociale accreditato e con i servizi sociali dei Comuni, necessarie per garantire tutti gli interventi e le prestazioni indicate dai LEA e dal presente documento;
- rete territoriale, opportunamente raccordata e mantenuta, adeguata a contribuire e sostenere, nel suo complesso, gli interventi indicati dal presente documento: istituzioni locali, associazioni AMA, altre associazioni e risorse presenti nel territorio;
- cartella clinica informatizzata, sostenuta dallo stesso software adottato da tutti i servizi per le dipendenze regionali, adeguato in relazione alle esigenze specifiche di questa area di intervento.

Ulteriori approfondimenti inerenti metodologie e modelli specifici di approccio clinico nella fase di trattamento multidisciplinare sono riportati all'allegato B – “Elementi di approccio clinico”

- Il parte -**La rete dei servizi sanitari per le persone con disturbo da gioco d'azzardo e i familiari****Premessa**

In Umbria è presente una rete capillare di servizi per le dipendenze, che negli anni ha garantito una risposta ai bisogni di salute delle persone affette da tali disturbi e ha assolto alla funzione sociale di contribuire a contenere i problemi connessi alla diffusione di sostanze psicoattive legali ed illegali; il tasso di utenza accolta, più elevato rispetto alla media nazionale, testimonia il radicamento nel territorio che connota i servizi umbri. Tuttavia la capacità di innovazione, anche in conseguenza del ridursi delle risorse economiche e della stessa attenzione pubblica rivolte verso questi temi, non sempre è stata al passo con i notevoli cambiamenti che caratterizzano i fenomeni di consumo e i contesti socioculturali entro cui questi si manifestano.

Pertanto, se da un lato va riconosciuta la tempestività con cui le Aziende USL hanno fornito una prima risposta al diffondersi di forme patologiche di gioco d'azzardo, attivando diffusamente presso i servizi per le dipendenze punti di accoglienza e presa in carico, d'altro canto l'obbligo di organizzare un'offerta strutturata e più completa introdotto dai nuovi LEA, approvati con il DPCM 12/1/2017, rappresenta una sfida positiva, poiché richiede un salto di qualità sia sul piano metodologico che a livello organizzativo, da estendere a tutta l'area di intervento rivolta alle dipendenze. Il disturbo da gioco d'azzardo, infatti, presenta una serie di aspetti che lo differenziano dalle forme di addiction che i servizi hanno affrontato nelle fasi iniziali della loro storia e risultano invece emblematici dei fenomeni più attuali; l'adozione di nuovi paradigmi di intervento, indispensabile ai fini di un'azione efficace, costituisce pertanto un'operazione propedeutica al rinnovamento globale del sistema di intervento per le dipendenze, come peraltro è stato prefigurato dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1123/2016.

Si conferma pertanto l'organizzazione su base dipartimentale dei servizi per le dipendenze introdotta con la DGR 1115/1999, prevedendo il mantenimento del dipartimento delle dipendenze con l'obiettivo di coordinare a livello funzionale tutte le risorse e i servizi rivolti a questa area dell'assistenza territoriale e di porre in essere strumenti di governo clinico idonei a migliorare progressivamente la qualità dell'offerta. Entro questa cornice organizzativa preesistente, si colloca in questa fase la costruzione di un sistema di servizi sanitari dedicati al disturbo da gioco d'azzardo.

Il ruolo di questi servizi non si esaurisce nel lavoro clinico, di diagnosi e cura, ma essi fungono allo stesso tempo da punto di riferimento nei territori per lo sviluppo di azioni e progettualità integrate con i servizi dei Comuni e le altre istituzioni locali, il terzo settore, il volontariato, secondo una logica di sistema ed un modello di intervento rispondente a criteri di intersectorialità, di continuità, di omogeneità nel territorio, di efficacia organizzativa e metodologica.

Il sistema dei servizi prevede una struttura di coordinamento regionale unitaria, attraverso una cabina di regia regionale di profilo funzionale, e una serie di punti di accesso e presa in carico articolata a diversi livelli e sostenuta da equipe interdistrettuali, con l'obiettivo di coniugare:

- la specificità ed appropriatezza degli interventi terapeutici, con la completezza dell'offerta di trattamento,
- l'uniformità nel territorio regionale degli approcci e delle opportunità di accesso ai servizi, con la rispondenza a specifiche esigenze locali,
- la necessità di innovazione del sistema di intervento nel suo complesso e la valorizzazione delle esperienze efficaci realizzate a livello locale,

- la prossimità del servizio agli ambienti di vita degli utenti e la qualità e completezza dell'offerta diagnostico-terapeutica.

1. La cabina di regia regionale

Viene costituita con l'obiettivo di uniformare le realizzazioni operate in tutto il territorio regionale, facilitare la diffusione dei modelli di provata efficacia e ottimizzare l'offerta ragionando sull'estensione dell'intero territorio regionale, con la finalità generale di garantire ai cittadini pari opportunità di accesso e livelli elevati ed uniformi di qualità dei servizi erogati.

Compiti

Definire orientamenti univoci nelle scelte relative alla costruzione del sistema dei servizi.

Coordinare il processo di costruzione del sistema dei servizi.

Monitorare qualità e tempi delle realizzazioni.

Supportare l'attuazione del Piano regionale approvato dal Ministero della Salute, relativamente alle azioni di competenza delle Aziende USL.

Presentare una relazione annuale alla Giunta regionale riguardo al percorso attuato.

Componenti

- La responsabile del Centro di riferimento regionale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, che ricopre anche il ruolo di referente scientifico per il Piano regionale approvato dal Ministero della Salute,
- i responsabili degli ulteriori 3 servizi specifici per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, descritti nei capitoli successivi,
- il Direttore sanitario di ciascuna delle Aziende USL, o suo delegato con potestà decisionale,
- il Dirigente del Servizio Programmazione sociosanitaria dell'assistenza distrettuale, della Direzione regionale Salute e Welfare, Organizzazione e Risorse umane, o suo delegato,
- il referente della struttura regionale indicato per il Piano regionale approvato dal Ministero della Salute.

2. Il sistema dei servizi: quadro d'insieme

La rete dei servizi sanitari per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo comprende:

- il Centro di riferimento regionale, con funzioni di 'apripista' rispetto ai modelli di intervento e di facilitazione delle interrelazioni fra tutti i servizi della regione;
- ulteriori 3 servizi dedicati in maniera specifica al disturbo da gioco d'azzardo, che riproducono il modello di intervento del Centro di riferimento regionale e sono collocati rispettivamente:
 - o nel territorio della ex ASL n. 1,
 - o nella città di Perugia,
 - o nella città di Terni;
- ulteriori punti di accesso, diffusi indicativamente a livello di ciascun distretto sanitario;
- moduli residenziali/semiresidenziali specifici: si rinvia a successivi atti la definizione dei requisiti, condizioni e procedure per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento istituzionale, tenendo conto che l'intervento residenziale e semiresidenziale nel trattamento del gioco d'azzardo patologico risulta appropriato in una piccola percentuale di casi, richiede approcci metodologici specifici e prevede programmi generalmente di breve periodo.

A livello di ciascuna Azienda USL, la rete aziendale dei servizi per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo è inserita nel dipartimento delle dipendenze.

A livello regionale, la rete complessiva di intervento è coordinata, sotto il profilo funzionale, dalla cabina di regia sopra descritta.

Requisiti comuni

Personale specificamente formato (anche attraverso formazione specifica realizzata per iniziativa della Regione).

Approccio multidisciplinare, evidence based, sostanzialmente uniforme nel territorio regionale, coerente con il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale definito nella Parte prima del presente documento.

Intervento di rete, supportato da opportune forme di raccordo, stabili, con gli altri servizi sanitari della ASL (in particolare, dell'area della salute mentale) e del privato sociale accreditato, con i servizi sociali dei Comuni e con tutte le risorse istituzionali ed informali del territorio.

Cartella clinica informatizzata, sostenuta dallo stesso software adottato da tutti i servizi per le dipendenze regionali, adeguato in relazione alle esigenze specifiche di questa area di intervento.

Modalità di funzionamento della rete

I servizi di diverso livello che compongono il sistema regionale per il disturbo da gioco d'azzardo operano, a livello organizzativo, secondo il modello di una rete strettamente interconnessa, mobile e flessibile, che assume nel suo insieme una configurazione uniforme ed è coordinata a livello regionale dalla cabina di regia sopra citata.

La rete regionale si compone di 4 reti locali, in ciascuna delle quali opera un'equipe multidisciplinare interdistrettuale; la rete locale comprende un centro specifico per il disturbo da gioco d'azzardo e ulteriori punti di accesso presso i servizi per le dipendenze collocati nei distretti sanitari limitrofi strettamente raccordati tra di essi.

Le reti locali prevedono la seguente configurazione e distribuzione territoriale:

1. per il territorio dei distretti dell'Alto Tevere e dell'Alto Chiascio: un centro specifico, con sede da individuare, e un ulteriore punto di accesso nel territorio distrettuale limitrofo;
2. per il territorio dei distretti del Perugino, Assisano, Trasimeno, Media Valle del Tevere: un centro specifico con sede a Perugia (sede da individuare) e punti di accesso nei territori distrettuali limitrofi;
3. Per il territorio dei distretti del Folignate, Spoletino, Valnerina: il centro di riferimento regionale con sede a Foligno e ulteriori punti di accesso nei territori distrettuali limitrofi;
4. per i territori distrettuali del Ternano, Narnese-Amerino, Orvietano: un centro specifico con sede a Terni e ulteriori punti di accesso nei territori distrettuali limitrofi.

La strutturazione di dettaglio delle reti locali, comprese le indispensabili modalità di raccordo, dovrà coniugare l'esigenza di uniformità del sistema complessivo con la rispondenza a specifiche necessità del territorio; sarà definita dalle Aziende USL in conformità con gli orientamenti formulati a questo proposito dalla cabina di regia regionale.

L'equipe multidisciplinare interdistrettuale

A ciascuna rete locale interdistrettuale corrisponde un'equipe multiprofessionale unitaria, specificamente formata, che copre l'intera area territoriale interessata e che si caratterizza per dinamicità, pro-attività, interrelazione con le risorse del territorio.

Attraverso opportune soluzioni organizzative, che dovranno essere stabilite nel dettaglio nell'ambito della cabina di regia regionale coniugando le esigenze di omogeneità della rete regionale con la rispondenza a specifiche esigenze e configurazioni dei singoli territori, sarà garantita un'offerta completa, di carattere multidimensionale, agli utenti che accedano alla rete

locale attraverso ciascuno dei punti di accesso. La soluzione-base è quella di un'equipe multiprofessionale mobile, che assicuri una presenza stabile nei diversi punti della rete locale in giorni prestabiliti e/o una presenza occasionale in base alle esigenze che si manifestano e/o secondo una pianificazione di attività.

L'equipe comprende le seguenti figure professionali essenziali, con una presenza oraria adeguata al volume di utenza, reale e potenziale:

- Medico psichiatra,
- Infermiere,
- Psicologo/psicoterapeuta; rientra tra i requisiti essenziali il possesso di competenze riguardanti l'approccio cognitivo-comportamentale e la presenza dello psicoterapeuta familiare,
- Assistente sociale,
- Educatore,
- Amministrativo.

Per ciascuna equipe interdistrettuale la Direzione dell'Azienda USL nomina un responsabile, individuato tra i responsabili di Unità operativa dei servizi per le dipendenze, in possesso di competenze ed esperienze specifiche in materia di trattamento del disturbo da gioco d'azzardo.

L'approccio multidisciplinare integrato su cui è incentrato l'intervento clinico definito dal Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale descritto nella Parte prima di questo documento, si basa sui seguenti strumenti organizzativi:

- l'Equipe multi professionale interdistrettuale, impegnata nella rete locale; a livello clinico, opera non come pura sommatoria di competenze distinte, ma integrando i diversi contributi professionali nel piano terapeutico individuale, unitario, dimensionato sui bisogni della persona;
- il Gruppo integrato sul caso, che riunisce i professionisti ed i soggetti di diversa tipologia e provenienza che intervengono nel programma terapeutico della persona (servizi ASL e del privato sociale accreditato, servizi sociali dei Comuni, altre istituzioni, associazioni AMA e/o altre risorse informali); il gruppo evolve nella sua composizione in base al modificarsi del programma terapeutico;
- il Case manager, figura di coordinamento operativo del Gruppo integrato sul caso e del percorso dell'utente nel suo progredire;
- Gruppi di lavoro tematici, stabili o temporanei, costituiti in relazione ad obiettivi specifici.

Il sistema organizzativo descritto prevede riunioni di diverso profilo:

- riunioni periodiche dell'Equipe interdistrettuale, con cadenza prestabilita e comunque almeno mensile;
- riunioni periodiche del Gruppo di lavoro sul caso, con cadenza adeguata alle esigenze del singolo caso; le riunioni possono essere del gruppo al completo o riservate a componenti specifiche, in base ai temi da trattare, ai vincoli imposti dal segreto professionale e al contratto stabilito con il diretto interessato;
- riunioni dei Gruppi di lavoro tematici, con cadenza adeguata agli obiettivi perseguiti.

L'Equipe interdistrettuale, il Gruppo di lavoro sul caso e i Gruppi di lavoro tematici si avvalgono di strumenti operativi e informatici di supporto, descritti nel capitolo specifico del presente documento.

3. Il Centro di riferimento regionale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo

E' stato avviato, sottoforma di sperimentazione, con la DGR n. 576 del 26/05/2014 e viene ora stabilizzato in considerazione della valutazione positiva riguardo ai risultati ottenuti sia sul piano clinico che su quello organizzativo.

La funzione generale del Centro di riferimento regionale, come già indicato, è quella di 'apripista' rispetto ai modelli di approccio, considerato che questo ambito di intervento è di recente avvio e vede pertanto un'evoluzione nel tempo degli approcci validati in ambito nazionale ed internazionale. Il centro assume inoltre il compito di facilitare le interrelazioni fra tutti i servizi della regione, con particolare riferimento alle funzioni specifiche sotto elencate; costituisce pertanto un punto di riferimento per il sistema dei servizi, in particolare per quanto riguarda l'intervento clinico. Insieme con gli altri punti di accesso collocati nei territori distrettuali dello Spoletino e della Valnerina, costituisce la rete locale, che stabilisce interrelazioni stabili con le istituzioni e le realtà informali del territorio ed entro cui agisce l'equipe multidisciplinare interdistrettuale.

Funzioni

- Accoglienza, valutazione multidimensionale e presa in carico delle persone affette da disturbo da gioco d'azzardo e/o loro familiari, secondo il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il disturbo da gioco d'azzardo definito nella Parte prima di questo documento.
- Servizio di risposta per il Numero verde regionale per il gioco d'azzardo patologico.
- Costituzione ed aggiornamento di un centro di documentazione inerente sia il fenomeno del gioco d'azzardo che il sistema di risposta, in particolare riguardo al contesto regionale.
- Attività di formazione, sperimentazione e ricerca.
- Punto di riferimento per la rete regionale dei servizi, in particolare per quanto attiene alle metodologie di approccio clinico.
- Punto di riferimento e di raccordo operativo per la rete locale, interdistrettuale, che comprende il territorio dei distretti sociosanitari del Folignate, Spoletino, Valnerina.

Sede

Collocazione, conformazione e modalità di allestimento della sede devono essere tali da favorire l'accessibilità e il gradimento da parte degli utenti; è necessario pertanto che la sede sia facilmente raggiungibile, garantisca riservatezza e induca la percezione di un clima accogliente.

E' fondamentale che abbia locali distinti e ingresso separato rispetto al ser.t, al fine di evitare la percezione di un contesto stigmatizzante.

E' necessario che siano presenti, in misura adeguata al volume di utenza e di attività:

- locali per i colloqui,
- locali per i gruppi,
- sala riunioni.

E' necessario che ciascuna postazione dei professionisti sia dotata della strumentazione hardware e software di supporto alla rete informativa regionale per le dipendenze.

Orari del servizio e modalità di accesso

Il servizio garantisce un'apertura diurna di almeno 6 ore; gli orari vengono adeguati in relazione alle esigenze effettive degli utenti, prevedendo opportuni spazi in fascia pomeridiana e pre-serale.

L'accesso al servizio può avvenire in maniera diretta o previo appuntamento; in ogni caso l'utente (giocatore e/o familiare) al suo primo accesso viene accolto e viene effettuato un primo colloquio. Non si prevedono liste d'attesa.

Equipe multidisciplinare interdistrettuale

L'equipe, costituita almeno dalle figure professionali essenziali sopra indicate, è integrata con le competenze professionali necessarie a garantire, oltre alle attività cliniche, le funzioni specifiche affidate al Centro di riferimento regionale, sopra elencate.

4. I servizi sanitari specifici per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo

Nel territorio regionale sono previsti, come già indicato, ulteriori 3 servizi dedicati in maniera specifica al trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, collocati rispettivamente:

- o nel territorio della ex ASL n. 1,
- o nella città di Perugia,
- o nella città di Terni.

Essi riproducono il modello di intervento del centro di riferimento regionale e costituiscono l'elemento centrale della rete locale.

Funzioni

- Accoglienza, valutazione multidimensionale e presa in carico delle persone affette da disturbo da gioco d'azzardo e/o loro familiari, secondo il Percorso Diagnostico Terapeutico per il disturbo da gioco d'azzardo definito nella Parte prima di questo documento.
- Punto di riferimento e di raccordo operativo per la rete locale interdistrettuale, che include il territorio dei distretti limitrofi secondo la distribuzione territoriale indicata in precedenza.

Sede

Collocazione, conformazione e modalità di allestimento della sede devono essere tali da favorire l'accessibilità e il gradimento da parte degli utenti; è necessario pertanto che la sede sia facilmente raggiungibile, garantisca riservatezza e induca la percezione di un clima accogliente.

E' fondamentale che abbia locali distinti e ingresso nettamente separato rispetto al ser.t, al fine di evitare la percezione di un contesto stigmatizzante.

E' necessario che siano presenti, in misura adeguata al volume di utenza e di attività:

- locali per i colloqui,
- locali per i gruppi,
- sala riunioni.

E' necessario che ciascuna postazione dei professionisti sia dotata della strumentazione hardware e software di supporto alla rete informativa regionale per le dipendenze.

Orari del servizio e modalità di accesso

Il servizio garantisce un'apertura diurna di almeno 6 ore; gli orari vengono adeguati in relazione alle esigenze effettive degli utenti, prevedendo opportuni spazi in fascia pomeridiana e pre-serale.

L'accesso al servizio può avvenire in maniera diretta o previo appuntamento; in ogni caso l'utente (giocatore e/o familiare) al suo primo accesso viene accolto e viene effettuato un primo colloquio. Non si prevedono liste d'attesa.

Equipe multidisciplinare interdistrettuale

L'equipe comprende almeno le figure professionali essenziali sopra indicate, con una presenza oraria adeguata al volume di utenza, reale e potenziale, e di attività.

5. I punti di accesso di livello distrettuale

In ciascuno dei territori distrettuali ove non è collocato un centro specifico per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, si attiva un punto di accesso per i giocatori patologici e i familiari, secondo la distribuzione territoriale indicata in precedenza, di norma presso il locale servizio per le dipendenze. I punti di accesso costituiscono parte integrante della rete locale, accanto al centro di trattamento specifico; la loro funzione generale è quella di garantire alle persone con disturbo da gioco d'azzardo e/o ai loro familiari la possibilità di un accesso al sistema di intervento prossimo al territorio di residenza.

Funzioni

- Prima accoglienza delle persone affette da disturbo da gioco d'azzardo e/o loro familiari,
- Valutazione multidimensionale e presa in carico dei giocatori patologici e/o dei loro familiari, secondo quanto previsto dal Percorso Diagnostico Terapeutico definito nella Parte prima di questo documento, ad opera dell'equipe multidisciplinare interdistrettuale, attraverso l'adozione di opportune soluzioni organizzative, che dovranno essere stabilite nel dettaglio nell'ambito della cabina di regia regionale,
- Piena partecipazione alle attività della rete locale interdistrettuale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo.

Sede

Di norma il punto di accesso è collocato presso il locale servizio per le dipendenze, garantendo orari e spazi adeguati a favorire l'accessibilità e riservatezza della sede, la percezione di un clima accogliente e di un contesto non stigmatizzante, con locali distinti, per quanto possibile, dagli ambienti del ser.t.

Modalità di accesso

L'accesso al servizio può avvenire in maniera diretta o previo appuntamento; in ogni caso l'utente (giocatore e/o familiare) al suo primo accesso viene accolto, viene effettuato un primo colloquio e, qualora non sia presente al momento presso il servizio un operatore specificamente formato, viene fissato un appuntamento entro la settimana successiva. Non si prevedono liste d'attesa.

Equipe multidisciplinare interdistrettuale

Presso il punto di accesso di livello distrettuale è garantita la presenza stabile, su fascia oraria predeterminata e almeno a cadenza settimanale, di almeno un operatore formato, membro dell'equipe multiprofessionale interdistrettuale.

Attraverso soluzioni organizzative appropriate, che saranno definite nel dettaglio nell'ambito della cabina di regia regionale, viene inoltre garantito a tutti gli utenti l'intervento dell'equipe multiprofessionale interdistrettuale.

6. Formazione e supervisione

Come in tutti i servizi rivolti alle dipendenze, lo strumento terapeutico fondamentale è costituito dalla relazione tra l'operatore e l'utente, non solo come fattore condizionante l'aderenza al trattamento, ma quale elemento intrinseco del trattamento stesso; diventa pertanto fondamentale, ai fini della stessa efficacia dei singoli interventi e del servizio nel suo insieme, sviluppare attraverso opportuni strumenti tutti quei fattori che possono migliorare la qualità di questa relazione, verso la quale nel passato non è stata dedicata una sufficiente attenzione. La relazione

operatore/utente, peraltro, in coerenza con l'approccio multidimensionale, va intesa come relazione "grupuale", che chiama in causa l'equipe multiprofessionale nel suo insieme.

La letteratura scientifica e le esperienze maturate dai servizi in decenni di attività individuano i seguenti strumenti di supporto essenziali:

- La supervisione, sia dell'equipe nel suo insieme che di singoli gruppi di lavoro e, all'occorrenza, dei Gruppi di lavoro sul caso, finalizzata a sviluppare un confronto positivo riguardo alle metodologie di approccio adottate e, soprattutto, ad elaborare gli aspetti emotivi del lavoro con le persone, compresi gli aspetti connessi alle relazioni interpersonali;
- La formazione e l'aggiornamento, attraverso percorsi che coinvolgano l'intera equipe.

Si prevede pertanto l'attuazione di:

- percorsi stabili di supervisione, sostenuti dalle Aziende USL, rivolti alle equipe, riguardanti sia la gestione dei casi clinici sia le dinamiche dell'equipe stessa, prevedendo incontri a cadenza almeno mensile, e, nei casi in cui sia valutato opportuno, percorsi di supervisione dei singoli gruppi di lavoro, con cadenza adeguata agli obiettivi individuati;
- corsi di formazione e/o aggiornamento, sostenuti dalla Regione – Direzione Salute e Welfare, mirati a sviluppare il sistema di intervento regionale nel suo complesso e rivolti a tutte le componenti istituzionali e informali della rete regionale;
- corsi di formazione e/o aggiornamento, sostenuti dalle Aziende USL, mirati a sviluppare le reti locali e rivolti a tutte le componenti istituzionali e informali della rete locale.

7. Il sistema di relazioni interistituzionali e le reti territoriali

Il sistema di interrelazioni che sostiene la rete regionale e le reti territoriali è basato sui seguenti strumenti essenziali:

- Protocolli di collaborazione di livello regionale, di riferimento per analoghi accordi di livello locale;
- Un incontro pubblico, a cadenza indicativamente annuale, di iniziativa della Regione – Direzione Salute e Welfare, rivolto a tutte le componenti della rete regionale complessiva;
- Una riunione allargata, a cadenza indicativamente annuale, di iniziativa dei Centri per il disturbo da gioco d'azzardo delle Aziende USL, rivolto a tutte le componenti della rete locale.

8. Sistema informativo e cartella clinica informatizzata

I servizi per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, in tutte le loro articolazioni, sono a pieno titolo parte del sistema informativo regionale delle dipendenze e adottano lo stesso software e le stesse procedure degli altri servizi per le dipendenze. Il sistema in uso dovrà essere adeguato, attraverso opportune attività concordate tra la Regione e le Aziende USL, alle esigenze specifiche di questa area di intervento.

Gli operatori sono tenuti a inserire tutte le informazioni relative all'utente nella cartella clinica informatizzata, con particolare attenzione ai campi indicati come obbligatori, sia ai fini del debito informativo con i livelli nazionali ed europei, definito dalle normative, sia ai fini delle esigenze di monitoraggio epidemiologico della Regione.

9. Risorse economiche

L'attuazione degli indirizzi stabiliti dal presente documento si avvale delle seguenti risorse economiche:

- Quota parte del fondo sanitario regionale 2015, di complessivi € 751.814, destinata in base alla legge 23 dicembre 2014 n.1901 (legge di stabilità 2015) alla prevenzione, cura e

- riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo, erogata alle Aziende USL con la determinazione dirigenziale n. 12520 del 13/12/2016;
- Quota parte del fondo sanitario regionale 2016, di complessivi € 751.814, destinata in base alla legge 23 dicembre 2014 n.1901 (legge di stabilità 2015) alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo, erogata alle Aziende USL con il fondo sanitario indistinto 2016;
 - Quote del finanziamento che dovrà essere erogato dal Ministero della Salute alla Regione Umbria, ai sensi della legge 28 dicembre 2015 n. 208 (legge di stabilità 2016), per la realizzazione di azioni specifiche previste dal Piano regionale 2017-2018 per la prevenzione, la cura e la riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo, trasmesso al Ministero della Salute in attuazione del decreto ministeriale 6 ottobre 2016.

10. Tempi di attuazione

La realizzazione del sistema di intervento regionale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, che include l'attivazione dei percorsi assistenziali definiti dalla Parte prima e la costruzione dell'apparato organizzativo stabilito dalla Parte seconda del presente documento, costituisce una parte integrante e sostanziale del Piano regionale 2017-2018 per la prevenzione, la cura e la riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo, trasmesso al Ministero della Salute in attuazione del decreto ministeriale 6 ottobre 2016. Pertanto, le attività definite dal presente documento, o comunque necessarie per darne piena attuazione, devono essere completate entro il periodo di durata del Piano regionale.

11. Monitoraggio e valutazione

L'organismo deputato alle attività di monitoraggio e valutazione dell'applicazione del presente documento è la cabina di regia regionale descritta al cap. 1.

Essa trasmette, entro il mese di dicembre di ciascun anno, una relazione alla Giunta regionale inerente i percorsi e le attività realizzate.

Per le attività di monitoraggio, la cabina di regia regionale si avvale del contributo dell'osservatorio epidemiologico regionale per l'area delle dipendenze.

Allegato B

Elementi di approccio clinico

INDICE

- 1. Strumenti ed approcci per la valutazione diagnostica (assessment)**
 - 1.2. La classificazione di Blaszczynski - Nower**
 - 1.3. Test psicodiagnostici**
 - 1.4. Le distorsioni cognitive**
- 2. Gli interventi motivazionali**
 - 2.1. Modalità di utilizzo del test MAC/G**
- 3. Gli approcci psicoterapeutici nel trattamento multimodale**
 - 3.1. Il modello della TCC – Terapia Cognitivo Comportamentale**
 - 3.2. La terapia familiare sistemico-relazionale**
 - 3.3. Il Gruppo multicopiale**
- 4. Le terapie farmacologiche**
- 5. I “Progetti di accompagnamento territoriale”**

1. Strumenti ed approcci per la valutazione diagnostica (assessment)

1.1. I criteri stabiliti dal DSM 5 - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali

Nell'ambito dell'assessment viene valutata la sussistenza di un disturbo da gioco d'azzardo con riferimento ai criteri del DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) di seguito riportati:

- A. Disturbo problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:
- Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata;
 - È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo;
 - Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo;
 - È spesso preoccupato dal gioco d'azzardo (per esempio ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo);
 - Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per esempio indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a);
 - Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite);
 - Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
 - Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo;
 - Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo.
- B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale (DSM-5, pp. 681-682).

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

- o Lieve = presenza di 4 o 5 criteri
- o Moderato = presenza di 6 o 7 criteri
- o Grave = presenza di 8 o 9 criteri

1.2. La classificazione di Blaszczynski - Nower

Nella fase dell'assessment la valutazione del comportamento di gioco d'azzardo fa inoltre riferimento al modello di Blaszczynski, Nower (2002), oramai condivisa dalla comunità scientifica, che distingue tre sottogruppi di giocatori:

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

2. Un secondo sottogruppo di giocatori d'azzardo è caratterizzato da vulnerabilità psichica, disturbi affettivi primari, sofferenza e traumi emotivi nel corso dello sviluppo, possibile storia di abusi, scarso sviluppo delle abilità sociali, di coping e di problem-solving. Il gioco è utilizzato come uno strumento per dissociarsi o regolare stati emotivi. L'approccio terapeutico viene favorito da un assetto affettivo che tende a rinforzare le relazioni di aiuto e l'alleanza terapeutica; la psicoterapia trova la sua maggiore indicazione in queste situazioni, come pure la terapia farmacologica di eventuali co-morbilità.
3. Un terzo sottogruppo è caratterizzato da vulnerabilità biologica verso l'impulsività, deficit attentivi, tratti antisociali, frequente comorbilità con disturbo da deficit di attenzione e di iperattività, disturbo da uso di sostanze ed altri disturbi psichiatrici. Il ricorso al gioco risponderebbe al bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione, un'alterazione dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Questo gruppo evidenzia inoltre una marcata propensione a trovare attività gratificanti ed una incapacità a tollerare la frustrazione. In questa condizione i trattamenti farmacologici di disturbi psichiatrici o da addiction concomitanti e gli interventi comportamentali trovano una importante indicazione, mentre quelli psicoterapici ad indirizzo cognitivo e quelli supportivi risultano spesso impraticabili. Gli interventi familiari possono trovare indicazione, ma non sempre è disponibile un ambiente familiare collaborante. La psicoeducazione e il trattamento delle distorsioni cognitive risultano poco efficaci.

1.3. Test psicodiagnostici

Ai fini della valutazione del comportamento di gioco d'azzardo, viene indicato un set minimo di test, con l'obiettivo di uniformare le prassi diagnostiche in ambito regionale e porre le basi per la successiva valutazione, per indicatori omogenei, dei risultati conseguiti sul piano clinico dal sistema regionale; come riportato all'allegato A, il set minimo di test comprende:

- o SOGS (*South Oaks Gambling Screen* per adulti - Lesieur, Blum, 1987; trad. Guerreschi, Gander, 2000). È il questionario più conosciuto e diffuso nel mondo per lo screening dei disturbi da gioco d'azzardo ed è derivato dal DSM-III (1987). Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco d'azzardo, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati. Fornisce informazioni sul tipo di gioco preferito, sulla frequenza, sui mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare e su altre dimensioni tipiche del giocatore d'azzardo. Il SOGS fornisce anche indizi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Viene rilevato anche se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.
- o MAC-G (Spiller, Guelfi, 1998), un test che valuta la motivazione al cambiamento, identificandone i diversi stadi, in maniera specifica per il disturbo da gioco d'azzardo.
- o GRCS (*Gambling Related Cognition Scale* – Raylu N. & Oey T.P.S., 2004 - University of Queensland, Australia). Il test valuta le distorsioni cognitive ed è quindi utilizzato ai fini dell'eventuale adozione della terapia cognitivo-comportamentale.

Sono disponibili inoltre i seguenti ulteriori strumenti riconosciuti in ambito internazionale:

- o SOGS-RA (*South Oaks Gambling Screen* per adolescenti - Winters et al., 1993; trad. it.: Del Miglio et al., 2005);

- Lie-Bet *Questionnaire* (Johnson et al., 1997 – trad. it.: Capitanucci, Carlevaro, 2004);
- Intervista diagnostica sul GAP di Ladouceur (Ladouceur et al., 2000);
- Questionari di auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur (Ladouceur et al., 2003);
- CPGI (Canadian Problem Gambling Index - Ferris & Wynne, 2001; adattato e validato a livello nazionale: Colasante et al., 2013);
- GABS (*Gambling Attitudes and Belieft Survey* - Breen & Zuckerman, 1999; trad. it.: Capitanucci, Carlevaro, 2004);
- ABQ (Addictive Behavior Questionnaire - Caretti et al., 2016);
- G.S.I. (Gambling Severity Index) o ASI applicato al gambling, adattato da Daniela Capitanucci.

Analogamente, viene indicato un set minimo di test per la valutazione psicodiagnostica generale e dei tratti di personalità che, come riportato all'allegato A, comprende:

- MMPI 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Hathaway, McKinley, 1989; adattamento italiano: Pancheri, Sirigatti, 1995). E' un test ad ampio spettro, molto diffuso nel mondo, che valuta le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo. L'interpretazione di questo test permette di identificare alcune caratteristiche di personalità che potrebbero influire sul trattamento del giocatore. E' un questionario composto da 567 domande con risposta dicotomica vero/falso. Le scale di validità permettono la valutazione dell'accettabilità del risultato ai fini della sua interpretazione, considerando l'atteggiamento globale del soggetto verso il test ed in rapporto alle altre informazioni disponibili sul soggetto.

E' inoltre opportuna l'utilizzazione del seguente test, a supporto delle scelte terapeutiche:

- BIS-11 (Barrat Impulsiveness Rating Scale - Patton et al., 1995; adattamento italiano: Fossati et al., 2001). La scala BIS è stata messa a punto per la valutazione dell'impulsività, intesa come "agire senza pensare", come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti. misura l'impulsività e le sue componenti: l'assenza di pianificazione delle azioni, l'impulsività cognitiva e quella motoria. La valutazione di questo aspetto è importante nella individuazione del trattamento più appropriato; In alcuni studi viene segnalata una maggiore responsività ai trattamenti farmacologici delle condizioni con alta impulsività.

Sono disponibili i seguenti ulteriori strumenti riconosciuti a livello internazionale:

- MCLI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory III - Millon, 1994; adattamento italiano: Zennaro et al., 2008)
- SCL 90 (Symptom Checklist-90-R – Derogatis, 1994; adattamento italiano: Sarno et al., 2011)
- TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale - Taylor, Bagby, Paker, 2003; adattamento italiano: Bressi et al., 1996, in Caretti, La Barbera, 2005)
- TCI-R (Cloninger et al., 1999; adattamento italiano: Fossati et al., 2007)
- ICF Dipendenze (International classification of functioning).

In associazione alla valutazione di eventuali comorbilità psichiatriche, è indicata la somministrazione della SCID 5 - CV e PD (Structured Clinical Interview for DSM 5).

1.4. Le distorsioni cognitive

Una parte importante del processo di valutazione riguarda l'area delle distorsioni cognitive, per valutare la presenza e tipologia di distorsioni cognitive e credenze irrazionali presenti, anche per rilevare elementi utili 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 GRCS (Gambling Related Cognition Scale).

2. Gli interventi motivazionali

L'approccio motivazionale, prima ancora che una tipologia specifica di intervento, costituisce un insieme di competenze di base necessarie a tutti gli operatori che lavorano nel campo delle dipendenze, una sorta di "cassetta degli attrezzi" da utilizzare nella fase di assessment, sia nello svolgimento dei colloqui che per condurre gruppi informativo-motivazionali, nonché durante lo svolgimento del programma terapeutico, per sostenere ed evidenziare lo sviluppo della motivazione al cambiamento.

Si colloca pertanto a cavallo tra la fase di valutazione multidimensionale e quella del trattamento.

L'approccio motivazionale adottato nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo è riconducibile alla vasta area del lavoro terapeutico focalizzato sulla "motivazione al cambiamento" (Prochaska e Di Clemente, Guelfi e Spiller, 1986. Miller e Rollnick, 2014). L'obiettivo è duplice: lavorare sull'evoluzione della motivazione al trattamento e alla richiesta d'aiuto, secondo l'approccio motivazionale degli stadi del cambiamento, e costruire l'alleanza terapeutica tra l'utente e gli operatori del Servizio.

La letteratura prende in considerazione due tipologie di interventi di counselling motivazionale:

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

Il MI è uno stile di counselling centrato sul paziente e non direttivo che mira ad assistere i pazienti a esplorare e risolvere l'ambivalenza relativa al cambiamento comportamentale. L'obiettivo di questo tipo di intervento non manualizzato è di chiarire gradualmente l'ambivalenza legata al cambiamento comportamentale e far emergere un discorso collegato al cambiamento usando tecniche di informare con scelte, ascoltare con un obiettivo, e porre domande curiose.

L'intervento è fondato sulla collaborazione tra operatore e paziente, rispettando il diritto, ma anche la capacità del paziente di fare scelte in modo informato, ascoltandolo con empatia.

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

I risultati della review della letteratura, indicano che gli interventi di MI e MET sono efficaci nel ridurre sia la gravità delle giocate e la frequenza del gioco che, in alcuni casi, anche il disagio psicologico legato alla patologia; costituisce pertanto un approccio raccomandato nei confronti dei pazienti con disturbo da gioco d'azzardo.

Gli interventi motivazionali aumentano la motivazione del paziente migliorando l'alleanza terapeutica. Questo si ottiene riconoscendo che i pazienti sono, nella migliore delle ipotesi, ambivalenti nello sperimentare il cambiamento personale (Miller & Rollnick, 1991; Orford, 1985; Rollnick & Morgan, 1995; Shaffer 1994, 1997). Con il miglioramento della relazione terapeutica, i pazienti sono più disposti a prendere in considerazione ed esplorare la loro ambivalenza.

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

tra le persone che lottano con tali disturbi.

Nella fase informativo-diagnostica è possibile utilizzare lo strumento del gruppo, sottoforma di Gruppi informativo-motivazionali, anche a target multifamiliare, basati sull'approccio motivazionale. Il Centro di riferimento regionale ha sperimentato questo tipo di intervento, strutturando un percorso costituito da 4 incontri di gruppo incentrati sui seguenti argomenti:

1. Che cos'è il disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia e descrizione del fenomeno
2. I meccanismi neurobiologici che sottendono al disturbo da gioco d'azzardo
3. Il tutoring finanziario e i familiari nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo
4. Gli stadi di motivazione al cambiamento: stato dell'arte e prospettive future dei pazienti in trattamento.

La funzione di questo percorso di gruppo è essenzialmente quella di fornire alle famiglie informazioni sul Disturbo da Gioco d'azzardo e nel contempo costruire con esse un'alleanza terapeutica che supporti la motivazione ad avviare un trattamento e quindi sostenga l'aderenza ad esso.

Sono incentrati su 2 momenti: uno informativo e uno cognitivo emozionale.

2.1. Modalità di utilizzo del test MAC/G

Il MAC/G è un test che valuta la motivazione al cambiamento e viene utilizzato usualmente nella fase in cui si avvia un intervento o nel momento in cui avviene (o viene richiesta) una modifica significativa dell'intervento stesso; si ritiene che il test abbia invece una validità ed un ruolo importante anche nell'ambito della valutazione successiva inerente l'andamento dell'intervento concordato.

Si suggerisce pertanto la seguente modalità di utilizzo del test:

- o In concomitanza con l'avvio del programma terapeutico individuale,
- o In concomitanza con ogni variazione significativa del programma stesso,
- o Ad intervalli indicativamente di 2 mesi, in associazione alle attività di valutazione periodica dell'andamento del programma terapeutico individuale.

3. Gli approcci psicoterapeutici nel trattamento multimodale

Gli interventi terapeutici utilizzati per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo sono vari e differenziati, sia in ambito nazionale che internazionale. Dalla revisione della letteratura scientifica si rileva tuttavia una maggior frequenza dell'utilizzo e una maggiore efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale associato a un approccio motivazionale (Picone, 2010; Grant, Potenza, 2010).

Come per tutte le altre tipologie di dipendenza, è opportuno effettuare una lettura sistemico-relazionale del disturbo da gioco d'azzardo (Cowlshaw et al., 2012) e, laddove se ne valuti l'indicazione, procedere ad interventi specifici sulle dinamiche familiari.

3.1. Il modello della TCC - Terapia Cognitivo Comportamentale

Il modello della TCC elaborato da Kathleen Carrol per il trattamento dell'abuso di cocaina, è stato ampiamente valutato tramite rigorosi test clinici ed ha una solida base empirica. Il modello nato per i cocainomani è stato quindi adattato ed esportato nell'ambito del trattamento del Gioco d'azzardo patologico, anche perché gli aspetti comportamentali della dipendenza da cocaina e del gioco d'azzardo patologico, ovvero l'elevata impulsività, i deficit nella capacità di prendere decisioni associate al rischio e la tendenza al comportamento compulsivo, così come i meccanismi neurobiologici che li sottendono, sono molto simili nelle due forme di addiction.

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

La TCC è utile per far sì che il giocatore abbandoni le credenze erranee e si riappropri di sane competenze cognitive. Infatti nei giocatori d'azzardo sono diffusi in maniera generalizzata i tentativi di controllare, predire o influenzare la realtà in base ai propri desideri e aspettative (pensiero magico) o per mezzo di strategie illusorie e destinate inevitabilmente a fallire.

L'approccio cognitivo-comportamentale (Ladouceur et al., 2001) si avvale di un ampio repertorio di tecniche psicologiche (prescrizioni, diari di monitoraggio, psicoeducazione, individuazione dei fattori trigger, problem solving, ecc.) finalizzate alla modificazione dei pensieri disfunzionali del giocatore d'azzardo.

Questo approccio non prevede esclusivamente interventi di tipo individuale, ma è alla base dei Gruppi a Orientamento Cognitivo-Comportamentale, la cui funzione principale è di far apprendere modalità di gestione del craving, strategie di fronteggiamento della crisi, abilità per la prevenzione della ricaduta.

3.2. La terapia familiare sistemico-relazionale

Questo approccio è utilizzato in tutte le forme di addiction, si basa sul presupposto che la dipendenza costituisca solo un sintomo, espressione di una situazione familiare patologica sottostante e funzionale al suo mantenimento.

La dipendenza è interpretata quindi come un disagio derivante da una disfunzione del sistema familiare, pertanto tutti i rapporti devono essere analizzati e per questo motivo anche la famiglia del giocatore viene coinvolta nel processo di cambiamento.

Obiettivo della terapia non è solo raggiungere l'astinenza, ma risolvere ciò che ha portato all'esordio della dipendenza.

3.3. Il Gruppo Multicoppiale

Il rationale che ci ha indotto alla formazione di questo gruppo di cui uno dei due membri è un giocatore è che alcune ricerche indicano che i problemi coniugali sono la causa più frequente di ricaduta e che migliorano con il trattamento del GAP (R.W.Wildman, 1989; C.J. Hudak Jr., R. Varghese, R. Politzer, 1989; C.Lorenz, 1989).

La qualità delle relazioni con la famiglia e con gli amici influenza probabilmente l'inizio del gioco e la sua progressione nella patologia.

I pochi studi che hanno esaminato questa connessione suggeriscono che la solitudine ed i problemi familiari possano contribuire al coinvolgimento nel gambling (Grant e Kim, 2002; Haroon, Gupta e Derevensky, 2004; Lesieur e Blume, 1991).

Alcuni autori si riferiscono al gap come a un disturbo della famiglia (family disease, Heineman, 1994) e suggeriscono che è auspicabile e giusto da un punto di vista etico aiutare la famiglia del giocatore come il giocatore.

Il partner di un giocatore patologico può sperimentare uno stress psicologico significativo che richiede un apprendimento per fronteggiare l'ansia e la depressione (R.G. Rychtarik, N.B. Mc Gillicuddy, 2006).

4. Le terapie farmacologiche

Ad oggi non esiste un trattamento farmacologico riconosciuto per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. A questo si aggiunge il riscontro che i giocatori manifestano frequentemente una scarsa compliance al trattamento farmacologico.

Sebbene vi siano ancora dati limitati, sembra che gli antagonisti degli oppioidi e i farmaci glutamatergici dimostrino una modesta efficacia nel trattamento dei pazienti, in particolare nelle situazioni di alta impulsività e intense spinte a giocare e nelle situazioni che presentano ulteriori disturbi da addiction concomitanti.

Una recente metanalisi (Bertley, Block 2013) conclude per "limitate evidenze nell'uso di qualsiasi farmacoterapia" ma alcuni ricercatori evidenziano come la farmacoterapia concorra nel migliorare l'outcome finale dei pazienti (Smith, 2013). I farmaci antidepressivi (SSRI), stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici hanno dimostrato risultati controversi nei trials clinici in cui sono stati testati.

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

Ad oggi non esistono, in Italia, studi clinici sulle terapie farmacologiche per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo: occorre pertanto raccogliere in maniera sistematica dati clinici, approcci terapeutici e misure di outcome a breve e lungo termine al fine di poter stabilire l'efficacia di questi trattamenti.

5. I "Progetti di accompagnamento territoriale"

Gli interventi di accompagnamento territoriale denominati PAT – Progetti di accompagnamento territoriale, sono interventi di carattere innovativo sperimentati e ormai consolidati in diversi territori della regione nell'ambito del trattamento delle dipendenze. Sono attuati nel contesto di vita dell'utente e risultano alternativi (o in alcune fasi complementari) al trattamento residenziale, che nel caso del disturbo da gioco d'azzardo risulta poco indicato.

Consistono in attività di accompagnamento attuate dagli operatori, durante la vita quotidiana della persona; l'intensità del supporto professionale viene calibrata in base alle capacità di autonomia dell'utente, ad una attenta valutazione dei suoi bisogni, ad una ricognizione delle risorse personali, familiari e della rete di relazioni. Viene quindi definito un progetto individuale, ovvero un piano di intervento condiviso con l'utente e strutturato per obiettivi specifici e graduali, commisurati alla situazione specifica e sottoposti a valutazione periodica.

Questo modello di intervento viene attuato attraverso collaborazioni con il privato sociale, e si associa a percorsi di formazione e di supervisione delle equipe.

STEFANO STRONA - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia del 15 novembre 2007, n. 46/2004 - Fotocomposizione Arti Grafiche Aquilane - 67100 L'Aquila
