

MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 16 luglio 2021, n. 136

Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP). (21G00144)
(GU n.238 del 5-10-2021)

Vigente al: 20-10-2021

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilita' 2015)» e, in particolare, l'articolo 1, comma 133, terzo periodo, secondo cui «Il Ministro della salute, con decreto di natura regolamentare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotta linee di azione per garantire le

prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle
persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP)»;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive
modificazioni, recante «Istituzione del servizio sanitario
nazionale»;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante
«Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma
dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive
modificazioni ed integrazioni»;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante
«Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11
della legge 15 marzo 1997, n. 59», ed in particolare l'articolo
47-bis il quale prevede che, nell'ambito e con finalita' di
salvaguardia e di gestione integrata dei servizi socio sanitari e

della tutela alla dignita' della persona umana e alla salute, sono attribuite al Ministero della salute, tra l'altro, le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana e di coordinamento del Sistema sanitario nazionale;

Visto il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute», convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto l'articolo 1, comma 133, primo periodo, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, che prevede che «Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale ai sensi del comma 556, a decorrere dall'anno 2015, una quota pari a 50 milioni di euro e' annualmente destinata alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da

gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della
sanita'»;

Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante «Disposizioni per
la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge
di stabilita' 2016)», ed in particolare l'articolo 1, comma 946, che
cosi' recita: «Al fine di garantire le prestazioni di prevenzione,
cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco
d'azzardo patologico (GAP), come definito dall'Organizzazione
mondiale della sanita', presso il Ministero della salute e' istituito
il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo e'
ripartito tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di
Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro
della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata
in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per

i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo di cui al periodo precedente e' autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016»;

Considerato che il Gioco d'azzardo patologico (GAP) e' stato definito dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) come un «comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco, che compromette le attivita' personali, familiari o lavorative» e che nel 2013 l'American Psychological Association (APA) ha elaborato per il GAP la nuova denominazione, piu' aggiornata e scientificamente corretta, di «Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)», che e' stata recepita nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V 2013);

Visto, altresì, l'articolo 1, comma 133, quarto periodo, della

citata legge n. 190 del 2014, che trasferisce presso il Ministero della salute l'Osservatorio istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 10, quarto periodo, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 12 agosto 2019, con cui e' stato ricostituito presso il Ministero della salute l'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave (di seguito Osservatorio) ed, in particolare, l'articolo 1, comma 2;

Visto il decreto del Direttore generale della Direzione generale della prevenzione sanitaria del 2 dicembre 2019 di nomina dei componenti dell'Osservatorio;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12

gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»;

Vista l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 936, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, tra Governo, Regioni ed Enti locali concernente le caratteristiche dei punti di raccolta del gioco pubblico", sancita in sede di Conferenza unificata nella seduta del 7 settembre 2017 (Rep. atti n. 103/CU);

Viste le linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da disturbo da gioco d'azzardo (DGA), approvate dall'Osservatorio nella seduta del 16 dicembre 2019;

Considerato che le anzidette linee di azione sono finalizzate a migliorare gli interventi di prevenzione, la qualità dell'assistenza

per le persone con problemi di Disturbo da Gioco d'Azzardo e a rendere omogeneo, efficace e di qualita' il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente e dei suoi familiari, cosi' come descritto nelle sue articolazioni;

Ritenuto, pertanto, di provvedere all'adozione delle sopra richiamate linee di azione;

Visto il parere interlocutorio del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione Consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 7 giugno 2018;

Visto il parere interlocutorio del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione Consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 20 ottobre 2020;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

nella seduta del 17 dicembre 2020;

Acquisito il parere definitivo del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione Consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 12 gennaio 2021;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Vista la comunicazione al Presidente del Consiglio dei Ministri ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della citata legge n. 400 del 1988, in data 15 marzo 2021, e la nota del 22 giugno 2021 con la quale il Dipartimento per gli Affari Giuridici e Legislativi della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha preso atto della comunicazione effettuata;

Adotta

il seguente regolamento:

Art. 1

Oggetto

1. Le linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal Gioco d'azzardo patologico (GAP), definito anche Disturbo da gioco d'azzardo (DGA) dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V 2013), sono individuate nell'allegato A, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Modalita' di attuazione

1. Le Regioni provvedono a dare attuazione alle linee di azione di cui all'articolo 1 attraverso l'adozione di misure che, nell'ambito dell'autonomia ad esse riconosciuta, favoriscano l'integrazione tra i servizi pubblici e le strutture private accreditate che erogano prestazioni sociosanitarie, gli enti del Terzo settore e le associazioni di auto-aiuto della rete territoriale locale, potendo prevedere, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili, anche forme di maggiore tutela per la popolazione.

Art. 3

Clausola di invarianza finanziaria

1. All'attuazione delle disposizioni del presente decreto si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, e' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 16 luglio 2021

Il Ministro: Speranza

Registrato alla Corte dei conti il 9 settembre 2021

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero del lavoro e delle

politiche sociali, del Ministero dell'istruzione, del Ministero
dell'universita' e della ricerca, del Ministero della cultura, del
Ministero del turismo, del Ministero della salute, registrazione n.

2479

Allegato A

Parte di provvedimento in formato grafico

OBIETTIVI ED AMBITO DI APPLICAZIONE

- Premessa

Le indicazioni contenute nel presente allegato sono finalizzate a migliorare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per le persone con problemi di Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)* ed a rendere omogeneo, efficace e di qualità il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente, così come descritto nelle sue articolazioni e fornendo un valido aiuto agli operatori dei Servizi per le dipendenze e alle strutture private accreditate che erogano prestazioni sociosanitarie, attraverso la previsione di specifiche linee di azione.

Per la realizzazione di interventi di prevenzione, formazione e trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) efficaci e di qualità occorre che essi siano svolti in forma integrata da parte dei servizi pubblici e dei servizi privati accreditati che erogano prestazioni sociosanitarie, degli enti del Terzo settore e delle associazioni di auto mutuo aiuto della rete territoriale locale.

La costruzione di una rete territoriale è un elemento fondamentale per la costruzione di progetti di prevenzione e/o di riabilitazione a partire dalla quotidianità, dai pregiudizi e dagli stereotipi applicati alle persone coinvolte nel fenomeno, dall'apertura di spazi di riflessione per la popolazione generale o mirati a fasce di popolazione specifiche.

Il servizio pubblico e il privato sociale accreditato, pertanto, sono chiamati a integrare l'approccio (l'intervento) clinico, sia esso individuale, familiare o di gruppo, con un approccio di rete che favorisca il dialogo tra istituzioni pubbliche e private che a diverso titolo si occupano di gioco d'azzardo.

Si tratta di favorire la costituzione di un'equipe interistituzionale allargata che coniughi "il sapere dell'équipe clinica" con il "sapere del territorio". Lavorare a favore della promozione di una cultura del gioco responsabile e del reinserimento sociale dei giocatori patologici significa porre l'attenzione sulla salute e sulla quotidianità dei soggetti coinvolgendo *in modo attivo* la comunità intera.

Occorre pertanto garantire omogeneità sull'intero territorio regionale nei livelli di integrazione fra servizio pubblico e privato sociale accreditato per mettere a punto efficaci sinergie operative fra i diversi soggetti istituzionali impegnati ad affrontare un fenomeno complesso e multidimensionale come il DGA, contribuendo fattivamente all'incremento dell'*empowerment di comunità*.

Si evidenzia la necessità d'individuare un sistema d'intervento fortemente caratterizzato dalla capacità di aggancio e diagnosi precoce.

Questo al fine di avviare, anche per questa tipologia di dipendenza, ai lunghi tempi di latenza intercorrenti tra primi sintomi di disagio, sviluppo del problema a diversi gradi d'intensità e arrivo ai servizi di cura. Tale aspetto è particolarmente importante per una tipologia di dipendenza che i dati disponibili riferiscono coinvolgere una percentuale significativa di minori e giovani facilitati dal gioco on line e dall'uso della rete. L'importanza della diagnosi precoce appare di fondamentale importanza anche per quanto concerne la ricerca di primi comportamenti a rischio per il DGA in soggetti che già presentano uso problematico e/o dipendenza da sostanze e alcol, in quanto è dimostrato che questa forma di polidipendenza è spesso presente ma sottovalutata nella sua gravità.

Gli interventi individuati dal presente allegato riguardano l'intero processo di cura del DGA, ed essi sono stati sviluppati sulla base delle evidenze e del consenso della comunità scientifica, della letteratura scientifica e dell'esperienza clinica degli operatori.

Le linee di azione oggetto del presente allegato riguardano, pertanto, l'attività degli operatori del sistema dei Servizi pubblici per le dipendenze e del privato sociale (operatori dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali).

* Il Gioco d'azzardo patologico (GAP) è stato definito dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) come un "comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco, che compromette le attività personali, familiari o lavorative" e nel 2013 l'American



Psychological Association (APA) ha elaborato per il GAP la nuova denominazione, più aggiornata e scientificamente corretta, di “Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA)”, che è stata recepita nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V 2013).

Definizione di “Disturbo da Gioco d’Azzardo” (DGA)

L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il “gioco d’azzardo patologico”(ora definito come “Disturbo da Gioco d’Azzardo”) come una forma morbosa chiaramente identificata, che in assenza di misure idonee di informazione e prevenzione può rappresentare, a causa della sua diffusione, un’autentica malattia sociale.

L’*Arizona Council on Compulsive Gambling* (1999) definisce il DGA come un disturbo progressivo, caratterizzato dalla continua periodica perdita di controllo in situazioni di gioco, dal pensiero fisso di giocare e di reperire il denaro per continuare a farlo, dal pensiero irrazionale e dalla reiterazione del comportamento, a dispetto delle conseguenze negative che ciò produce.

Il DGA può essere definito come “una condizione patologica correlata ad un’alterazione del sistema della gratificazione e ad una coartazione della modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere, caratterizzata da *craving* e da una relazione con un oggetto (comportamento di gioco) connotata da reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia”.

In base ad una serie di evidenze scientifiche e studi eseguiti da vari ricercatori, il DGA può essere definito come una “dipendenza comportamentale patologica caratterizzata da un persistente comportamento di gioco d’azzardo mal adattivo”.

Il DGA rappresenta, inoltre, un grave problema di salute pubblica, crea problemi psico-sociali al soggetto coinvolto, ai suoi familiari, è causa di problemi finanziari e può condurre anche a disturbi di natura antisociale.

Il DGA è, pertanto, assimilabile a tutti gli effetti alle dipendenze patologiche.

Il disturbo da Gioco d’Azzardo è un “disturbo problematico persistente o ricorrente legato al gioco d’azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi”.

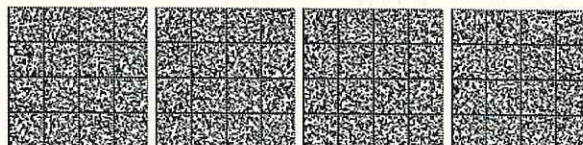
Si intendono come giochi d’azzardo tutti i giochi con vincite in denaro la cui gestione è riservata dalla legge allo Stato, ai sensi della normativa vigente (tra gli altri, l’art. 1 del d. lgs. 14 aprile 1948, n. 496 e l’art. 22 della legge 27 dicembre 2002, n. 289), connotati dalla presenza determinante del fattore “caso” e per l’assenza del fattore “abilità”.

Il gioco d’azzardo si distingue, quindi, da ogni altra forma di gioco per la presenza determinante del fattore “caso” e per l’assenza del fattore “abilità”.

Il gioco per essere definito d’azzardo deve presentare contemporaneamente tre condizioni:

- il giocatore mette in palio una posta, in soldi o in oggetti di valore;
- una volta messa in palio, la posta non può più essere ritirata;
- il risultato si basa in parte o completamente sull’imprevedibilità, sul caso.

Il gioco d’azzardo ha origini antichissime e normalmente ha, da sempre, una finalità sociale e ricreativa. Tuttavia, in presenza di alcune variabili interagenti reciprocamente, può diventare un vero e proprio disturbo ed evolvere verso una vera e propria dipendenza con conseguenze familiari, sociali, sanitarie ed economiche che necessitano di diagnosi, cura e riabilitazione. Come ogni forma di dipendenza non è imputabile ad un’unica causa, ma trae origine dalla complessa interazione di diversi fattori biologici, relazionali, sociali, personologici e contestuali. Tra i fattori ambientali sicuramente contribuisce allo sviluppo di tale disturbo l’offerta pervasiva di gioco e le caratteristiche strutturali incentivanti dei giochi. Le conseguenze di tale disturbo del comportamento implicano una grave compromissione dei vari aspetti della vita dei pazienti e dei loro familiari.



1. Offerta di gioco d'azzardo

L'aumento dell'offerta dei giochi d'azzardo è stato accompagnato anche dall'incremento delle modalità di gioco e dalla facilità di accesso sia sul territorio, con una diffusione capillare dei punti dove è possibile giocare, sia con l'incremento di modalità di accesso al gioco attraverso tecnologie quali ad esempio cellulare, smartphone, tablet e computer.

Il gioco d'azzardo online è un fenomeno che riguarda soprattutto la popolazione giovanile; le offerte di gioco online utilizzano grafiche e messaggi particolarmente stimolanti per questo target di popolazione. I giovani sono maggiormente a rischio anche per le maggiori capacità e abilità nell'utilizzo delle moderne tecnologie digitali. Peraltro si sono diffusi giochi on line rivolti agli adolescenti ed ai bambini che utilizzano meccanismi, quali l'acquisto di upgrades, in certo modo simili a quelli del gioco d'azzardo on line.

Il gioco d'azzardo online è sempre più accessibile ed attrattivo per i giovani, rischiando di fornire una piacevole via di fuga rispetto alle difficoltà della vita. Attualmente le informazioni circa le effettive probabilità di vincita vengono fornite, ai sensi delle previsioni del decreto legge 13 settembre 2012, convertito dalla legge 8 novembre 2012 n. 189 (c.d. decreto Balduzzi), dai concessionari pubblici per lo più mediante richiamo al sito dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, e, quindi, sono determinate ufficialmente da un organismo pubblico. Se ci si riferisce alla pubblicità, che non può definirsi "informazioni", si rammenta che attualmente la pubblicità del gioco in denaro è vietata secondo la vigente normativa.

L'uso di internet finalizzato al gioco d'azzardo negli adolescenti, pur vietato, può inoltre favorire lo sviluppo di un uso problematico della stessa rete.



2. La prevenzione

Finalità ed obiettivi

E' necessario definire cosa s'intende per "prevenzione" del DGA, nonché il target di popolazione a cui si riferiscono le azioni di prevenzione.

Inoltre, si individuano i seguenti approcci "promettenti" su scala nazionale e internazionale e si raccomandano azioni, prioritarie, efficaci e sostenibili:

- 1.a.a) Prevenzione attraverso iniziative di carattere educativo/informativo
- 1.a.b) Prevenzione attraverso l'analisi del comportamento di gioco
- 1.a.c) Prevenzione attraverso azioni di formazione
- 1.a.d) Prevenzione attraverso campagne di sensibilizzazione

1. EFFICACIA DELLE CAMPAGNE DI SENSIBILIZZAZIONE

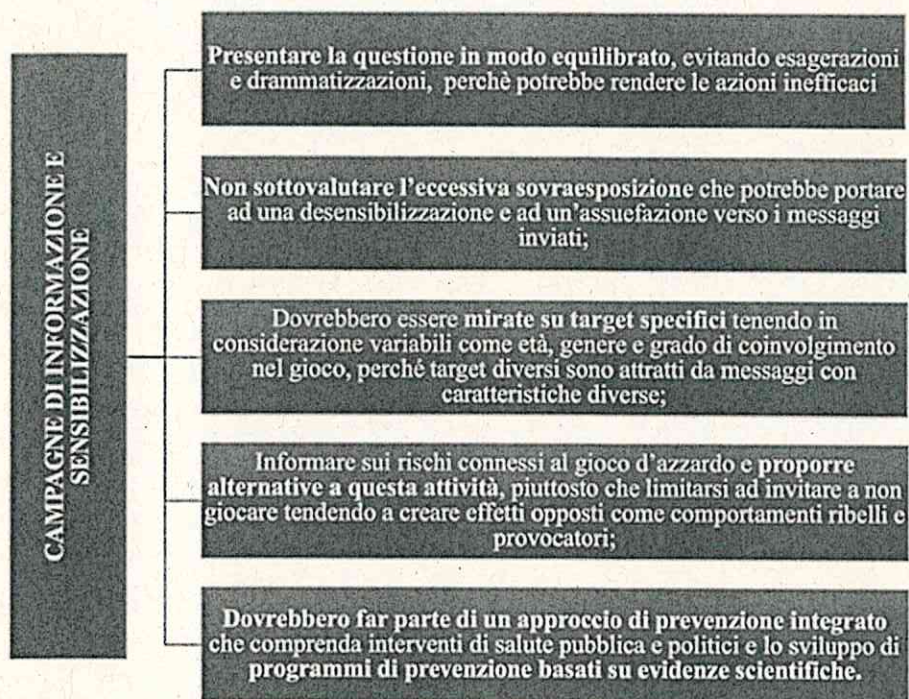
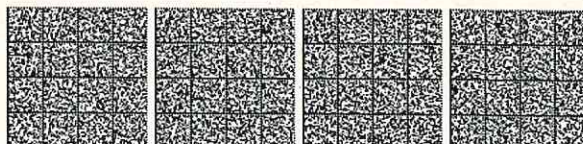


Fig.1: Sintesi linee guida per campagne di informazione e sensibilizzazione.

Una definizione oramai consolidata di "prevenzione" rispetto al Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è la seguente:



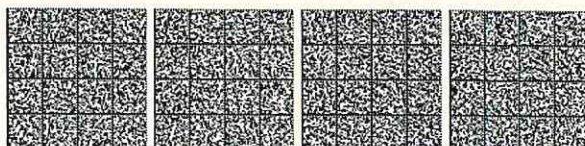
- la prevenzione universale si rivolge alla popolazione generale, senza riferimenti a gruppi particolarmente a rischio (quindi desiderabile per tutta la popolazione - es. cinture di sicurezza). Per quanto concerne il DGA, è un'azione che mira a evitare che la popolazione, in generale, corra il rischio di sviluppare dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo;
- la prevenzione selettiva si rivolge a specifiche sottopopolazioni con rischi o fattori di rischio significativamente sopra la media (es. vaccino per influenza nei bambini e anziani). Per quanto concerne il DGA, è un'azione che mira ad evitare che alcuni soggetti che presentano particolari fattori di "rischio" possano sviluppare dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo;
- la prevenzione indicata si rivolge alle persone che mostrano minimi ma identificabili segni o sintomi che suggeriscono un disturbo/comportamento patologico. Per quanto concerne il DGA, è un'azione che mira alla riabilitazione dei soggetti che hanno sviluppato dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo. Essa è analoga al concetto di 'trattamento'.

1. Approcci "promettenti" su scala nazionale e internazionale

Non esiste un "intervento risolutore" nelle strategie di prevenzione del DGA. Molte misure concorrono, in qualche modo, ad un effetto preventivo. In particolare:

- a) spesso si enfatizza l'intervento educativo (controlli interni) a scapito dell'intervento attraverso "misure" di policy specifiche (controlli esterni). Nel campo del gioco d'azzardo, infatti, esiste la tendenza a considerare i controlli esterni meno efficaci dei controlli interni (approccio educativo/prevenzione primaria) che consistono, in particolare, nel "fare delle scelte informate". Una enfasi particolare viene posta sulla educazione della popolazione giovanile;
- b) come per altri comportamenti di dipendenza (compresi quelli con sostanze), risulta applicabile un approccio restrittivo (nel senso di "restringere l'accesso a..."), soprattutto se combinato con un approccio educativo. Si fa riferimento ad interventi di prevenzione ambientale/strutturale, come ad esempio limitazioni orarie e spaziali, di dimostrata efficacia. Tali misure, inoltre, hanno il pregio di essere continue nel tempo, mentre gli interventi educativi hanno, all'inverso, il problema di essere frammentati nel tempo e nello spazio;
- c) l'approccio educativo resta comunque centrale, anche perché fornisce il contesto culturale alle policy di restrizione;
- d) assai promettente risulta essere l'indirizzo di intervento che parte dalla analisi del comportamento di gioco per definire sistemi di interazione con il giocatore in grado di favorire una maggiore autoconsapevolezza dello stato di gioco;
- e) altrettanto centrale si ritiene essere il contributo che può fornire la formazione degli operatori dei servizi attraverso un ripensamento delle competenze degli operatori del cosiddetto "Front-Office", nonché la formazione degli operatori dei luoghi dove si gioca d'azzardo.

Il Piano nazionale di prevenzione 2020-2025, approvato con Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 6 agosto 2020, include una parte specifica sul tema delle dipendenze e prevede una serie di azioni rivolte, in maniera trasversale, a tutte le dipendenze, compreso il disturbo da gioco d'azzardo. E' importante quindi stabilire un concreto raccordo per l'omogeneità delle azioni e il coordinamento della programmazione nonché l'economia delle risorse.



Prevenzione attraverso iniziative di carattere educativo/informativo

L'educazione della popolazione giovanile

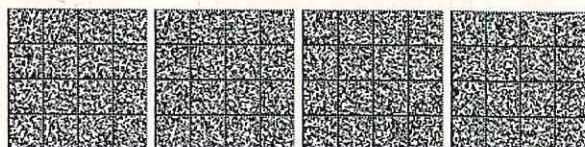
Un'analisi approfondita delle caratteristiche e degli andamenti della diffusione del gioco d'azzardo in una popolazione particolarmente sensibile quale quella giovanile è fornita in Italia dai dati dello studio campionario ESPAD@Italia, che fin dal 2008 ha dedicato una sezione specifica alla rilevazione e al monitoraggio di questo specifico comportamento. Lo studio ESPAD@Italia, che si inserisce nell'omonimo progetto europeo ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (condotto a livello europeo ogni quattro anni), è realizzato annualmente, fin dal 1999, dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) su un campione rappresentativo di studenti delle scuole secondarie di secondo grado presenti sul territorio nazionale, coinvolgendo non solo i 15-16enni, come avviene nell'ambito del progetto europeo, bensì tutti gli studenti dai 15 ai 19 anni, frequentanti le classi dalla prima alla quinta superiore.

Diffusione e caratteristiche. L'ultimo studio ESPAD@Italia, realizzato nel 2019, ha stimato che quasi il 48% degli studenti dai 15 ai 19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita (LT) e il 45% nell'anno antecedente la rilevazione (LY). Dopo aver osservato un costante decremento degli studenti (LY) durato fino al 2017 (con prevalenze dal 47% nel 2009 al 37% nel 2017) la quota di studenti "giocatori" è tornata a crescere fino a raggiungere nuovamente il 45% (prevalenza osservata nel 2012).

I dati sui profili di rischio, definiti attraverso il SOGS (South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents, Poulin 2002) che vedono nel 2019 una percentuale del 13% di giocatori "a rischio" e 7% di giocatori "problematici", seguono un trend differente. Per entrambi si osserva infatti una diminuzione dal 2008 ("a rischio" 16% e "problematici" 10%) anche se per i profili "a rischio" si raggiunge la quota minima nel 2016 (11%) per poi tornare ad aumentare; mentre per i soggetti con profilo "problematico" si raggiunge la quota più bassa nel 2019.

Interventi educativi/informativi su bambini e adolescenti. E' stato riscontrato un aumento di conoscenze ma non un cambiamento significativo verso i comportamenti di gambling.

Campagne informative. Le campagne di sensibilizzazione sono mirate specificamente sul DGA, incoraggiando a giocare in "modo responsabile" e informando sui rischi dello sviluppo di dipendenze. Sulle campagne rivolte specificatamente a prevenire comportamenti di gioco problematico fra i giovani, pur in assenza di indagini approfondite, vi sono evidenze che indicano come meno efficaci (e addirittura dannose) quelle campagne informative e di sensibilizzazione di natura astensionistica, mentre sembrano avere esiti migliori quelle che informano sui rischi attraverso storie di vita reale, rendendo il gioco d'azzardo una pratica fuori dalla norma, evidenziando gli effetti negativi dello stesso (sulla famiglia, sul lavoro, sulla propria finanza) e ponendo l'accento sulla manipolazione dell'industria. L'utilizzo della sola informazione, in particolare in presenza di altre influenze compensative, è stato valutato poco efficace come strumento di prevenzione universale e selettiva, e soprattutto sembra avere un basso impatto su chi è già sensibile o coinvolto in qualche modo dal gioco d'azzardo. E' stato, tuttavia, evidenziato che aumentare i livelli di informazione della popolazione supporta e favorisce l'implementazione di altre iniziative politiche. Combinate con le strategie di sviluppo di comunità, le campagne informative si sono dimostrate efficaci nell'influenzare gli atteggiamenti verso il gioco d'azzardo. Le avvertenze sui rischi della dipendenza da gioco d'azzardo risultano essere efficaci se combinate con altre iniziative di contesto e con strategie educativo-promozionali. Le campagne informative dovrebbero essere mirate su target specifici rispetto alle variabili di genere, età, livello di coinvolgimento nel gioco. L'efficacia di azioni preventive rivolte a tutta la popolazione non ha evidenze scientifiche



Prevenzione attraverso l'analisi del comportamento di gioco

Le principali esperienze internazionali nell'ambito delle tecniche di riduzione del rischio di sviluppo del Disturbo da Gioco d'Azzardo, hanno dimostrato che l'adozione di sistemi invasivi o impositivi si è dimostrata sostanzialmente inefficace per il contrasto del DGA, mentre si è riscontrato più promettente l'indirizzo di intervento che parte dalla analisi del comportamento di gioco per definire sistemi di interazione con il giocatore in grado di favorire una maggiore autoconsapevolezza dello stato di gioco.

La ricerca scientifica ha altresì dimostrato la possibilità di elaborare indicatori del livello di rischio di sviluppo di dipendenze a partire dai dati reali di gioco, e pertanto la possibilità di elaborare analisi in tempo reale nel contesto di gioco, e verificare l'interazione del giocatore con il sistema.

L'individuazione di segnali di *early detection* studiati dall'Università di Harvard su giocatori *online* ha, inoltre, trovato sviluppi che hanno consentito di definire algoritmi per creare sistemi automatici di analisi. Il profilo "Time on Device/Life-changing Prize" può essere elaborato sul tipo di gioco o sul comportamento del giocatore. Nel primo caso, l'analisi dei risultati di vincita consente di definire i parametri essenziali di classificazione del tipo di gioco. Nel secondo, la diagnosi si basa sulla modalità di rapporto con l'andamento delle vincite e delle perdite, con l'inserimento di denaro e l'interruzione del gioco. La rappresentazione secondo il modello di "sistema di gioco" può fornire parametri di profilo del giocatore. In Italia, il gruppo NeuroGAP del CNR sta divulgando ad attori sanitari e operatori, da circa un anno, i risultati neuroscientifici raggiunti a livello mondiale.

Questi aspetti metodologici ed i principi che ne conseguono (non invasività, capacità di creare consapevolezza nel giocatore in un contesto di interazione con il sistema di gioco) costituiscono la base scientifica per realizzare sistemi di analisi e di intervento in due distinti contesti di applicazione: le sale giochi e i sistemi *online* (interventi diretti sul giocatore e self-management).

Prevenzione attraverso azioni di formazione

Il primo livello di responsabilità, cruciale per questa tipologia di dipendenza, è certamente il cosiddetto "punto di accesso" ai servizi.

Per questo è necessario un sostanziale ripensamento delle competenze degli operatori del cosiddetto "Front-Office".

Occorre, cioè, aumentare le opportunità di contatto degli operatori anche al di fuori degli sportelli di informazione e ascolto (attraverso, ad esempio, approcci come il "*Transitional Outreach Programme*" - TOP) con modalità protette di presa in carico a favore di potenziali utenti che non possono o non vogliono (ancora) accedere agli sportelli e promuovendo una rete territoriale di supporto per ridurre l'impatto del disagio sociale sulle famiglie e sulla comunità locale.

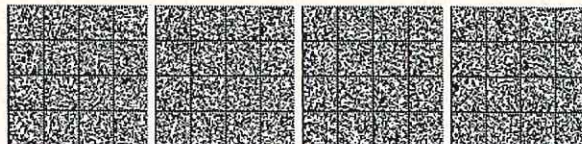
Oltre a questo, la riqualificazione delle risorse umane degli sportelli di informazione e ascolto dovrà essere mirata all'implementazione di un diverso schema organizzativo in cui il Front Office sia "unico" e "multicanale". Si tratta di qualificare i Front Office degli sportelli come organizzazioni in grado di fornire una interlocuzione unica di fronte all'utente e capaci di organizzare e gestire le informazioni da ricevere e da erogare in modalità networking.



SINTESI LINEE DI AZIONE

Sulla base dello stato dell'arte delle ricerche nell'ambito del DGA, l'attività di prevenzione con approccio legato all'analisi del comportamento di gioco dovrebbe rispettare le seguenti linee di azione:

- a. applicazione di adeguati sistemi per la rilevazione del comportamento di gioco, nel pieno rispetto della privacy del giocatore;
- b. adozione di misure e strumenti che favoriscano la consapevolezza da parte del giocatore stesso riguardo al proprio comportamento di gioco e ai rischi connessi al gioco d'azzardo;
- c. attivazione di opportuni canali comunicativi in grado di favorire l'immediato accesso ai centri di assistenza sanitaria da parte dei giocatori problematici;
- d. individuazione dei fabbisogni formativi specifici per le azioni di prevenzione a favore delle diverse tipologie di destinatari.
- e. implementazione dei fattori che tutelano il benessere psicofisico dei giocatori all'interno delle sale quali il divieto di fumo, la salubrità dell'aria (con ricambio continuo d'aria), la presenza di luce esterna, l'assenza di musiche di sottofondo, orologi e messaggi che invitano alla moderazione.



IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER IL PAZIENTE CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Gli elementi in grado di garantire una maggiore ritenzione in trattamento del giocatore e una maggiore probabilità di completare il percorso terapeutico sono i seguenti:

- programmi più intensivi ed integrati;
- coinvolgimento delle famiglie;
- maggiore articolazione in termini di offerte terapeutiche;
- professionalità qualificate e differenziate;
- consulenza legale e finanziaria.

Dalla letteratura nazionale ed internazionale sull'argomento si rilevano fondamentali indicazioni per i Servizi che evidenziano come il DGA sia inquadrabile come una dipendenza e, pertanto, il trattamento deve seguire gli stessi principi enunciati per le dipendenze da sostanze, confermando l'approccio multimodale e la personalizzazione del programma terapeutico. Il Servizio Pubblico per le Dipendenze (Ser.D) è il Servizio operante nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale competente per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo, il quale opera in un'ottica di integrazione e di rete con i servizi privati accreditati specialistici, sia residenziali che semiresidenziali, competenti per il trattamento del DGA.

I principi sopracitati evidenziano in modo particolare:

- l'accessibilità facilmente fruibile e tempestiva al trattamento;
- il costante monitoraggio del programma terapeutico e la sua flessibilità al variare della situazione clinica;
- la necessità di percorsi integrati anche in presenza di comorbilità psichiatrica e/o di altre dipendenze;
- l'approccio personalizzato e multi integrato che si dovrà basare sulle varie combinazioni di psicoterapia, psicofarmacoterapia, interventi finanziari e legali, educativi e di auto-aiuto, oltre che interventi su tutto il sistema familiare;
- *setting* di trattamento che possono essere di tipo ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

Nell'ambito delle dipendenze patologiche la definizione dei percorsi di cura risulta necessaria anche alla luce della variabilità dei trattamenti.

Al fine di uniformare le risposte assistenziali da erogare alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo, il PDTA si propone di definire le modalità d'intervento fondate sulla personalizzazione del trattamento e sull'adozione di un approccio multimodale, multidisciplinare ed integrato. Tale trattamento è rivolto non solo al giocatore ma anche ai suoi familiari.

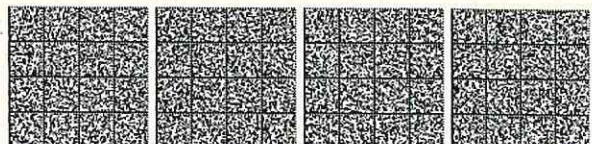
In assenza di una legislazione specifica sul DGA, si fa riferimento alle normative riguardanti le dipendenze ed alle prassi esistenti.

L'adozione dei percorsi di cura multiprofessionali e definiti consente un miglioramento nei processi organizzativi dei Servizi ed una maggiore integrazione tra i membri dell'*equipe* curante.

Il PDTA, di seguito presentato, fornisce uno *standard* di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi. Il percorso di cura tiene conto delle caratteristiche della persona, si basa su processi clinici differenziati a seconda dei livelli di severità della patologia e della compromissione clinica della persona stessa (*stepped care*).

Altri punti qualificanti del percorso riguardano:

- l'adozione di criteri per facilitare l'accessibilità ai Servizi garantendo equità;
- l'attenzione prestata agli interventi nella fase di accoglienza;
- l'attenzione al contesto socio-familiare del paziente con interventi terapeutici sul sistema familiare;
- il raggiungimento del maggior livello possibile di autonomia personale e sociale dei pazienti;



- la multiprofessionalità dell'equipe adeguatamente formata ed aggiornata.
- la pratica basata sull'*Evidence Based Medicine* (EBM).

Con l'adozione del PDTA si intende:

- modulare la variabilità dei trattamenti;
- migliorare la qualità dei processi e degli esiti;
- valutare l'aderenza degli interventi effettuati rispetto alle indicazioni del PDTA;
- facilitare processi di accreditamento dei Servizi.

Lo strumento principale per delineare il percorso di cura è rappresentato da un insieme di indicatori di processo e di esito, basati sulla letteratura scientifica e sul consenso degli operatori del settore. Gli indicatori devono poter essere rilevabili dai Sistemi Informativi Regionali.

Si elencano di seguito le aree d'interesse clinico descritte nel presente documento:

- accoglienza;
- assessment e valutazione diagnostica multidisciplinare (psicosociosanitaria e legale) sia del paziente che dei suoi familiari;
- progetto terapeutico;
- trattamento multidisciplinare;
- riabilitazione;
- monitoraggio/verifica;
- conclusione;
- follow-up.

Inquadramento nosografico

Una crescente quantità di evidenze scientifiche sottolinea il rischio che la pratica del gioco d'azzardo possa evolvere in forme problematiche o in una vera e propria dipendenza patologica.

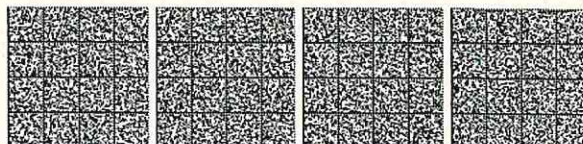
Il DGA, riconosciuto come condizione morbosa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sin dal 1980 ed inserito nell'ICD 10 (WHO, 2007), è stato classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" nel DSM IV (Manuale Statistico Diagnostico, APA, 1994). Con il nuovo DSM 5 (APA, 2013), visti i numerosi aspetti in comune con le dipendenze da sostanze, il DGA è stato inserito a pieno titolo nel capitolo dei "Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da Addiction" (Substance-Related and Addictive Disorders) e denominato "Disturbo da Gioco d'Azzardo". Anche nel DSM 5 si sottolinea che tale disturbo si riferisce ad un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali.

Il DGA rappresenta una forma di dipendenza in cui non è implicato un oggetto esterno (sostanza).

La fenomenologia evidenzia le principali caratteristiche dell'*addiction*: l'intenso e persistente desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (*craving*), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, ecc. quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza).

Studi di genetica, biochimica, di *neuroimaging*, confermano l'esistenza di una stretta relazione sul piano neurobiologico tra le dipendenze comportamentali e quelle da sostanze. D'altro canto, anche in riferimento agli aspetti psico-relazionali e sociali, si evidenzia come i sistemi familiari nelle diverse dipendenze possono presentare dinamiche simili, caratterizzate dal mantenere e/o amplificare l'equilibrio disfunzionale familiare.

Contemporaneamente, vanno considerati anche gli aspetti specifici del DGA quali: distorsioni cognitive, perdita progressiva della capacità di gestire il denaro, problemi legali, perdita del lavoro e/o dei legami affettivi significativi, problemi economici, accesso all'usura.



ICD-10 Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima Revisione (ICD-10). (WHO, 2007) Organizzazione Mondiale della Sanità

Il capitolo F60-F69 dell'ICD-10 comprende i Disturbi della Personalità e del Comportamento nell'adulto, dedicato ai Disturbi delle Abitudini e degli Impulsi, e che comprende il Gioco d'Azzardo Patologico (F63.0), dal DSM 5 definito Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

F63.0 Gioco d'Azzardo Patologico: Il disturbo consiste in episodi frequenti e ripetuti di gioco d'azzardo, che dominano la vita del soggetto a deterioramento dei valori e degli obblighi sociali, lavorativi e familiari.

Le persone affette da tale patologia possono mettere a repentaglio la propria occupazione, indebitarsi per grosse cifre e mentire o infrangere la legge per ottenere denaro o evitare il pagamento dei debiti. La persona descrive una necessità impellente di giocare, che è difficile da controllare, insieme con una costante polarizzazione su idee e immagini relative all'atto di giocare e alle circostanze che si associano all'atto stesso. Queste manifestazioni spesso si intensificano nei momenti in cui la vita è stressante.

Questa patologia disturbo è anche definita gioco d'azzardo compulsivo, ma questo termine è meno appropriato, in quanto il comportamento non è compulsivo in senso clinico e il disturbo non è necessariamente in relazione con la sindrome ossessivo-compulsiva.

Direttive diagnostiche: caratteristica essenziale è un gioco d'azzardo persistentemente ripetuto, che continua e spesso aumenta nonostante le conseguenze sociali negative, come l'impoverimento, il danneggiamento delle relazioni familiari e la compromissione della vita personale. Questi criteri sono monotetici, ossia devono occorrere simultaneamente.

Criteri DSM - 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)

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 dodici 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.

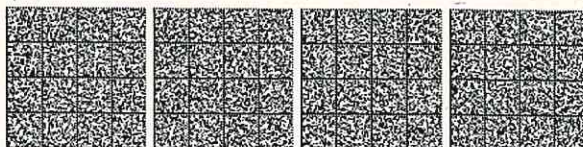
B. Il DSM-5 introduce un approccio dimensionale e suddivide il Disturbo da Gioco d'Azzardo in tre livelli di gravità:

Lieve = presenza di 4 o 5 criteri

Moderata = presenza di 6 o 7 criteri

Grave = presenza di 8 o 9 criteri

Le tipologie dei giocatori a cui fanno maggiormente riferimento le ricerche epidemiologiche effettuate in ambito nazionale e internazionale sono sostanzialmente tre:



Giocatore sociale: per la maggior parte delle persone il gioco rappresenta un passatempo gratificante. Si stima, infatti, che circa l'80-90% della popolazione adulta del nostro paese partecipi a forme di gioco d'azzardo.

Giocatore "eccessivo/problematico": per una minoranza della popolazione il gioco costituisce un comportamento problematico. Questo tipo di giocatore prova eccitazione quando entra in contatto con un ambiente o una situazione in cui è possibile giocare d'azzardo e sente la necessità di fare puntate sempre più alte per vincere e/o recuperare il denaro perduto; può accadere che menta ai familiari e tenda a giocare più soldi di quanto preventivato.

Giocatore patologico: il gioco d'azzardo rappresenta una forma di dipendenza che induce il soggetto ad avvertire una necessità imperante di giocare e il desiderio irrefrenabile nel voler recuperare il denaro perduto, che lo porta a perdere la percezione sia del tempo che del denaro impiegato nel gioco. Giocare denaro diventa il centro di interesse esclusivo della propria esistenza. La dipendenza da gioco comporta dei costi non solo relativi alla salute del giocatore, ma anche al coinvolgimento dell'ambito familiare, lavorativo e sociale.

Queste categorie tuttavia sono state sostituite nel DSM 5, come sopradescritto, dai vari livelli di gravità: assenza di disturbo, disturbo lieve, moderato, grave

Tipologie di giocatori secondo il modello di Blaszczynski e Nower (2002)

Tale modello si caratterizza per la distinzione dei giocatori in tre sottogruppi, come indicato nella tabella di seguito riportata:

Un primo sottogruppo (Giocatori Condizionati nel Comportamento) riunisce i giocatori che non riportano precedenti malesseri psichici, ma perdono il controllo rispetto al gioco in risposta ad 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.

Un secondo sottogruppo (Giocatori Emotivamente Disturbati) 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.

Un terzo sottogruppo (Giocatori con Correlati Biologici) 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.

Etiopatogenesi del DGA

A tutt'oggi non esiste un modello unico in grado di spiegare pienamente la natura complessa ed eterogenea del comportamento della persona affetta da Disturbo da Gioco d'Azzardo. La tendenza dei ricercatori e dei clinici è quella di considerare tale disturbo come il risultato di una complessa interazione tra fattori psicologici, cognitivi, biologici ed ambientali. I modelli di questo tipo maggiormente accreditati sono:

- il modello bio-psico-sociale di Sharpe (Sharpe, 2002);
- il modello bio-psico-sociale di Griffith (2005);
- il modello sindromico della dipendenza di Shaffer (Shaffer et al., 2004);
- il modello eziopatogenetico di Blaszczynski e Nower, 2002.

Se una consolidata letteratura scientifica ha posto in risalto specifiche vulnerabilità di tipo neurobiologico (alterazioni del *reward system*) e cognitivo (distorsioni cognitive), è tuttavia doveroso tener conto di come l'aumentata pervasività e pluralità di offerta dei giochi d'azzardo e la pubblicità degli



ultimi anni abbiano concorso significativamente all'aumento qualitativo e quantitativo delle sollecitazioni al gioco. Non si può escludere che l'aumento di casi di DGA sia anche conseguenza di tali sollecitazioni in grado di intercettare le vulnerabilità neurocognitive di alcuni individui.

In particolare, nel caso delle *slot machines*, l'interazione uomo-macchina è fortemente influenzata dalle specifiche caratteristiche attrattive esercitate sia in forza del software che per l'allestimento dell'ambiente di gioco.

Tutti questi modelli dunque convergono nell'indicare come tale disturbo, al pari delle altre forme di dipendenza, è il risultato dell'azione di più fattori, principalmente quelli afferenti al livello neurobiologico, psicologico, familiare ed ambientale. Di ciò è importante tener conto al momento della formulazione di un progetto di cura, in modo che sia personalizzato ed adattato alle specificità del paziente affetto da Disturbo da Gioco d'Azzardo.

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 come misurato nella valutazione multidisciplinare e attraverso scale standardizzate.
- Migliorare il quadro di stress psico-patologico che accompagna il DGA.
- Migliorare le dinamiche relazionali socio-familiari del giocatore ove possibile.
- Migliorare il livello di autonomia personale, sociale e delle risorse di rete dei giocatori.
- Affrontare/risolvere/ridurre i danni economici e legali del DGA.
- Migliorare la qualità della vita.

Obiettivi organizzativi

- Garantire l'accesso diretto alla cura da parte dei servizi Ser.D.
- Garantire la multiprofessionalità dell'equipe e l'integrazione con la rete territoriale.
- Garantire un adeguato assessment multidisciplinare.
- Garantire un'equipe adeguatamente formata ed aggiornata, soprattutto in relazione alle specificità di alcune popolazioni, quale quella giovanile o quella femminile.
- Garantire la pratica basata sull'Evidence Based Medicine (EBM) e sul consenso della comunità scientifica.
- Migliorare la qualità dei processi in base agli esiti e alle evidenze scientifiche.

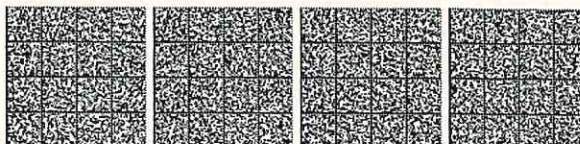
Percorso Ambulatoriale all'interno del Servizio Pubblico per le Dipendenze (Ser.D)

Il Ser.D garantisce una pronta accoglienza delle richieste dei singoli utenti e delle loro famiglie. L'accesso al servizio è diretto, senza necessità di prenotazione (CUP), né di richiesta medica, e avviene nel rispetto della privacy e, ove richiesto, dell'anonimato. Il percorso ambulatoriale prevede un'articolazione in fasi.

Intake e Accoglienza

Il giocatore, sulla spinta dei familiari o autonomamente, può rivolgersi ai vari Sportelli di Ascolto, può chiedere consulenze via web, può contattare strutture accreditate ed infine può accedere ai servizi territoriali (Ser.D), dove viene effettuato l'"*intake*" (primo contatto con il servizio).

Per "accoglienza" si intende una serie di colloqui che l'utente o la famiglia effettuano con l'operatore del Ser.D, durante i quali quest'ultimo riceve e ascolta la richiesta dell'utente e/o della sua famiglia, la sua problematica di dipendenza e prende informazioni necessarie per un'eventuale successiva fase diagnostica. Fondamentale in questa fase è l'intervento di *counselling* familiare, anche in assenza di motivazione del giocatore, che mira a dare informazioni fondamentali e necessarie per mettere in sicurezza il patrimonio familiare, allo scopo di delineare una via d'uscita dalla disperazione che spesso pervade la famiglia e di riformulare gli obiettivi dando ai familiari (e al giocatore) la forza necessaria ad intraprendere un percorso di cura.



L'obiettivo dell'accoglienza è di analizzare la domanda ed informare sulle fasi successive. La fase di accoglienza deve avvenire prioritariamente rispetto alle fasi di cura successive per permettere ai servizi di accogliere i pazienti precocemente.

L'accoglienza del giocatore o del familiare/persona di riferimento rappresenta un momento particolarmente significativo e delicato poiché è finalizzato ad ottenere la sufficiente *compliance* terapeutica. Necessita di sensibilità, flessibilità ed attenzione considerando le peculiarità della richiesta. È pertanto opportuno che il Servizio garantisca una risposta tempestiva alla richiesta di intervento e, laddove possibile, è auspicabile individuare spazi ed orari dedicati. Risulta importante rilevare chi è il soggetto inviante (medici di medicina generale, servizi sociali, gruppi di auto-aiuto, etc.) per poter garantire una maggiore integrazione dell'intervento terapeutico. In analogia con le dipendenze da sostanze, occorre promuovere e facilitare l'accesso dei detenuti con disturbo da Gioco d'azzardo ai percorsi di cura. Sono da prevedere inoltre interventi a favore dei minori.

L'accoglienza si declina in:

- acquisizione dei documenti sanitari e di identità;
- ascolto e analisi della domanda e di eventuali urgenze cliniche e grave compromissione finanziaria, legale o abitativa;
- informazioni sull'organizzazione e sulle procedure del servizio;
- presentazione al giocatore/familiare del percorso diagnostico-terapeutico.

L'esito dell'accoglienza può concludersi con la consultazione o proseguire con la valutazione multidisciplinare da parte dell'équipe DGA con:

- successivi appuntamenti concordati con il giocatore/familiare di riferimento;
- raccolta consenso al trattamento dei dati personali e diritti inerenti la normativa sulla privacy e consegna carta dei servizi;
- apertura e/o riapertura della cartella clinica informatizzata.

Figure preposte: personale adeguatamente formato.

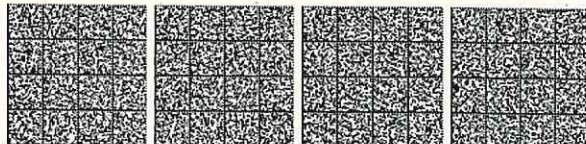
Assessment

L'*assessment* fornisce una base per lo sviluppo di un'alleanza con il paziente, per la comprensione del problema del gioco d'azzardo e la persona stessa, un tracciato per la pianificazione del trattamento e un punto di riferimento per il monitoraggio del trattamento e follow-up. L'*assessment* è un concetto ampio che comprende lo *screening*, la valutazione e le attività diagnostiche.

L'*assessment* multidimensionale si basa su una valutazione multidisciplinare integrata e coinvolge le diverse professionalità dell'équipe, comprendendo il colloquio individuale ed altri strumenti di valutazione. Si ritiene che l'*assessment* multidimensionale e multidisciplinare integrato costituisca un aspetto fondamentale, in quanto una parte significativa dei pazienti con DGA presenta un ampio ventaglio di problematiche.

L'*assessment* è finalizzato alla raccolta di dati rilevanti per l'inquadramento del caso, per il riconoscimento di eventuali comorbidità e per una valutazione di gravità che consenta di indirizzare l'utente verso la forma di trattamento più idonea mediante:

- l'anamnesi generale, mirata alle problematiche specifiche del DGA e dell'eventuale associazione con abuso di sostanze legali e illegali;
- la rilevazione di eventuali altre condotte di *addiction* simultanee o pregresse al DGA;
- l'analisi dei fattori di vulnerabilità e di resilienza;
- la ricostruzione della storia del comportamento, delle esperienze e delle condotte di gioco d'azzardo;
- la diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo;
- la verifica dell'impatto del gioco d'azzardo sul piano individuale, interpersonale e sociale;
- l'analisi del comportamento attuale di gioco e relativo indice di gravità con l'ausilio di specifici strumenti di *screening* e di valutazione;
- la valutazione del funzionamento del sistema familiare e delle risorse di rete;
- la rilevazione della presenza di eventuali eventi traumatici e di comportamenti violenti;
- l'analisi delle abilità socio-lavorative e della situazione economica, debitoria e legale;



- la valutazione di eventuale presenza di comorbidità.
Il DGA è associato con un rischio elevato per altri disturbi che comprendono:
 - altre dipendenze da sostanze legali ed illegali
 - altri disturbi del controllo degli impulsi
 - depressione
 - ansia
 - violenza familiare
 - suicidio.

È opportuna e consigliata la valutazione di eventuali patologie somatiche pregresse e in atto. È, altresì, opportuno consigliare l'uso di un colloquio clinico strutturato per un *assessment* completo e per promuovere un modo di lavoro unico e standardizzato tra servizi e categorie professionali.

L'esito dell'*assessment* sarà la definizione in équipe della valutazione multidisciplinare, la nomina del *case manager*, la definizione di un programma terapeutico e riabilitativo personalizzato in accordo con la persona e la successiva restituzione al giocatore/familiare.

Il processo dell'*assessment* potrà concludersi con la presa in carico terapeutica del giocatore/familiare previo consenso, oppure con la non presa in carico.

La cartella informatizzata deve contenere tutti gli elementi costitutivi dell'*assessment*.

Figure preposte: Equipe multi-professionale formata da assistente sociale, educatore, infermiere, medico, psicologo.

Strumenti diagnostici e di valutazione

Si elencano gli strumenti più frequentemente utilizzati, oltre il colloquio clinico, per un adeguato inquadramento psicodiagnostico e una valutazione delle condotte di gioco d'azzardo:

- SOGS - *South Oaks Gambling Screen* per adulti
- SOGS-RA *South Oaks Gambling Screen* per adolescenti
- Lie-Bet *Questionnaire*
- Intervista diagnostica sul GAP di Ladouceur
- Questionari sull'auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur
- CPGI - *Canadian Problem Gambling Index* adattato e validato a livello nazionale
- GABS - *Gambling Attitudes and Beliefs Survey*
- ABQ *Addictive Behavior Questionnaire*
- GBS-A - *Gambling Behaviour Scale for Adolescents* GRCS - *Gambling Related Cognitions Scale*

In considerazione della sovrapposizione di comportamenti a rischio per la salute associati al Disturbo da Gioco d'Azzardo è consigliata l'esecuzione di esami ematochimici e screening infettivologici.

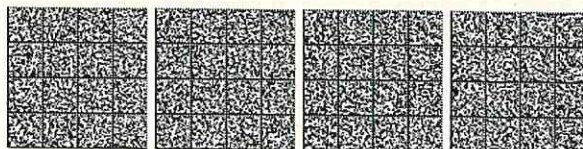
Per la formulazione di un progetto terapeutico personalizzato viene suggerito di utilizzare anche strumenti per la valutazione generale e dei tratti di personalità. Di seguito quelli più comunemente utilizzati:

- MMPI 2- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2)
- MCLI-III *Millon Clinical Multiaxial Inventory* - III
- SCL 90 *Symptom Checklist-90-R*
- BIS-11 *Barrat Impulsiveness Rating Scale*
- TAS 20-*Toronto Alexithymia Scale*
- TCI-R *ICF Dipendenze - International classification of functioning*
- Core-Om - *Clinical outcome routine evaluation outcome measure*

La valutazione deve prevedere almeno l'utilizzo del DSM 5, la somministrazione del SOGS e del Core-Om.

Caratteristiche specifiche dell'intervento terapeutico

A termine del percorso di valutazione multidisciplinare, nell'ambito delle attività dell'équipe viene definito il programma terapeutico integrato e personalizzato rivolto al giocatore e ai suoi familiari.



Il programma terapeutico viene presentato e condiviso con il giocatore e se possibile con i familiari di riferimento e formalizzato tramite la compilazione e la firma della scheda prevista dalla cartella informatizzata (consenso informato).

Il trattamento si articola in una serie di interventi specifici e integrativi, non necessariamente consequenziali, compresi tra i seguenti e adeguati al bisogno del giocatore:

- colloqui motivazionali individuali e gruppi motivazionali;
- psicoterapie (individuali, familiari e di gruppo);
- valutazione di trattamenti farmacologici per comorbidità;
- tutoraggio economico;
- psico-educazione - individuale e/o di gruppo;
- *counselling* al giocatore e/o familiari;
- attivazione di programmi terapeutici semiresidenziali e residenziali riconosciuti dal Servizio Sanitario Nazionale;
- attività di supporto sociale al paziente che comprende sostegno alla gestione del debito, all'attività lavorativa, alla genitorialità e reperimento risorse ecc.;
- attivazione di consulenze legali e/o finanziarie;
- invio e collaborazione con associazioni di tutela economica [es. centri antiusura, micro credito, organismo di composizione delle crisi da sovraindebitamento (OCC)];
- invio e collaborazione con i gruppi di auto-aiuto;
- orientamento e accompagnamento in percorsi di inserimento lavorativo terapeutico e socio-riabilitativo;
- ricorso all'attivazione della procedura di nomina dell'amministratore di sostegno;
- presa in carico del solo familiare qualora il giocatore non sia disponibile.

Interventi motivazionali

Strategie per aumentare la motivazione (ad esempio, il *counselling* motivazionale e la riduzione della resistenza al cambiamento) sono gli interventi terapeutici brevi volti a ridurre la resistenza e migliorare la motivazione al cambiamento.

Dalla letteratura scientifica emergono due importanti interventi di *counselling* motivazionale, il Motivational interviewing (MI) e il Motivational Enhancement Therapy (MET).

I risultati della *review* della letteratura indicano che gli interventi di MI e MET sono efficaci nel ridurre sia l'entità delle giocate e la frequenza del gioco che, in alcuni casi, anche il disagio psicologico legato alla patologia.

Si raccomanda pertanto di fornire MI e MET ai pazienti con DGA.

Psicoterapia

Considerata la complessità e la molteplicità delle dimensioni coinvolte dal DGA (individuali, familiari, sociali ed economiche) il trattamento si caratterizza come un intervento multimodale e integrato rivolto al giocatore e ai suoi familiari. Gli interventi terapeutici utilizzati nell'ambito del DGA 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 all'intervento motivazionale.

Come per le altre tipologie di dipendenze è opportuno effettuare una lettura sistemico-relazionale del DGA e, laddove è utile e praticabile, procedere ad interventi specifici sulle dinamiche familiari.

Ricordiamo, inoltre, che un *setting* particolare va riservato all'accoglienza delle giocatrici, spesso posizionato al di fuori dei Ser.D, in luoghi meno connotati, più *women friendly* e "protetti", che forniscano interventi di gruppo di genere, con approccio sistemico relazionale integrato.

La letteratura scientifica riporta l'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale per giocatori. Anche se dalla letteratura scientifica non si rilevano elementi certi per la differenziazione degli interventi attualmente disponibili, le terapie cognitive comportamentali vengono considerate le psicoterapie più indicate per il trattamento del DGA e devono essere usate come prima scelta laddove possibile.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale integra le tecniche cognitive (*Motivational Interview*, analisi funzionale, ristrutturazione cognitiva, ecc) con le tecniche comportamentali di sviluppo delle



abilità sociali e di produzione di gratificazioni alternative e più funzionali, oltre che con tecniche di controllo dello stimolo e con la prevenzione delle ricadute.

Generalmente i programmi di terapia cognitivo comportamentale sono costituiti da quattro componenti principali: *ristrutturazione cognitiva, problem solving, social skills training e prevenzione delle ricadute.*

Terapia di gruppo

Nella cura del DGA il gruppo si rivela uno strumento importante sia all'interno di programmi ambulatoriali che residenziali, e non di rado, data la scarsità di risorse umane soprattutto nel servizio pubblico, rappresenta l'unica forma di intervento possibile. Il gruppo, oltre alla finalità di ottimizzazione delle risorse attraverso modalità di accoglienza e presa in carico più economiche, rappresenta altresì una modalità innovativa e particolarmente efficace di trattamento. Nel PDTA lo strumento gruppo si articola nelle diverse fasi e secondo differenti approcci: gruppi informativi, di psico-educazione, auto-aiuto, terapeutici.

Trattamenti psico-farmacologici per la cura del DGA

Ad oggi non esistono ancora trattamenti psico-farmacologici per il DGA approvati ufficialmente. Un'attenzione particolare va riservata ai pazienti affetti da morbo di Parkinson e in generale affetti da disturbi del movimento e in tutti coloro che sono in trattamento con farmaci dopaminergici, in quanto tali farmaci potrebbero favorire comportamenti compulsivi anche rispetto al gioco d'azzardo.

Trattamenti sperimentali

Nei trattamenti per la cura del DGA oltre ai menzionati trattamenti farmacologici, sono state introdotte tecniche sperimentali come la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva.

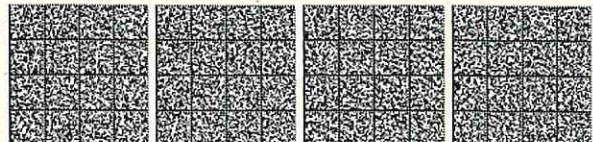
I progressi scientifici nel campo delle dipendenze hanno consentito di comprendere come le alterazioni comportamentali che si riscontrano nel disturbo da gioco d'azzardo possano essere anche una conseguenza di deficit di alcune funzioni cerebrali. Tali deficit insorgono progressivamente a seguito di una esposizione ripetuta ai comportamenti disfunzionali d'abuso. Sulla base di questi riscontri, si è affermata negli ultimi decenni una nuova visione della dipendenza come un disturbo neurobiologico del comportamento (Volkow, Koob, & McLellan, 2016). Perciò si comprende perché, la ricerca nell'ambito del trattamento delle dipendenze, si sia indirizzata anche all'identificazione di strategie terapeutiche basate su un forte razionale neurobiologico come nel caso della stimolazione magnetica transcranica ripetitiva, che vede in alcuni Ser.d i primi ambulatori sperimentali, dedicati al trattamento dei giocatori patologici con tale tecnica.

Per quanto riguarda i trattamenti condotti attraverso la Telemedicina si può far riferimento ad alcune esperienze estere, prevalentemente in Canada e Australia, paesi che, anche in relazione alla loro configurazione territoriale, hanno sviluppato per primi dei Tutorial da proporre ai giocatori, che tengono conto anche della differenza di genere ed ai quali ci si può ispirare (Closing a Treatment Gap in Ontario: Pilot of a Tutorial Workbook for Women Gamblers. Boughton; Turner; JGS 2017).

Tutoraggio economico

Il tutoraggio economico mira ad aiutare le persone con debiti legati al gioco ad avviare un piano finanziario, imparare la gestione del bilancio e sviluppare un piano di pagamento, ovvero ad un recupero da parte del giocatore di un rapporto sano con il denaro, ed è indirizzato a modificare lo stile monetario personale e/o familiare.

Per il tutoraggio economico si ritiene fondamentale l'attivazione della figura del "Tutor". Il tutor supervisiona le spese e il flusso delle risorse economiche e sviluppa insieme al giocatore un piano di risanamento dei debiti. Il tutor è da individuarsi preferibilmente in una persona esterna al nucleo familiare e diversa dal terapeuta, ma che con i familiari e il terapeuta lavora a stretto contatto. I SERD si avvalgono di consulenze legali e finanziarie per il tutoraggio economico all'interno di un percorso clinico sovente caratterizzato da un approccio di tipo psico-educativo.



Interventi sulla famiglia

Determinante per l'intervento di tutoraggio economico, ma non solo, è il lavoro con la famiglia d'origine o acquisita. I familiari possono divenire particolarmente utili sia nella fase di segnalazione e primo accesso al servizio, che nelle fasi dell'*assessment*, del trattamento e della prevenzione delle ricadute. Inoltre, molto utile è poter fornire ai familiari strumenti che aiutino a tutelare il proprio patrimonio.

Con i familiari è utile anche un intervento psicoeducativo, teso a fornire informazioni sulla natura del disturbo, per aiutarli a prendere le distanze dall'idea di vizio e di colpa, per una accettazione del concetto stesso di "disturbo", e per interrompere la dinamica familiare della co-dipendenza.

Interventi di auto-aiuto

Il giocatore e/o i familiari possono essere inviati a gruppi di trattamento o a gruppi di auto-aiuto (Giocatori Anonimi, Gam-anon, ecc.). I gruppi di auto-aiuto costituiscono un nodo fondamentale del lavoro di rete per il trattamento del DGA, finalizzato al raggiungimento e mantenimento dell'astensione dal gioco d'azzardo da parte del giocatore, nonché di aiuto a cambiare il suo stile di vita e quello della sua famiglia ("sobrietà").

I gruppi di auto-aiuto rappresentano un elemento storico di integrazione con i servizi pubblici e del privato sociale. Da questo deriva la raccomandazione per il loro utilizzo in maniera integrata nei programmi terapeutici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali.

Monitoraggio e verifica

L'efficacia del programma terapeutico viene monitorata e verificata almeno con cadenza trimestrale dall'inizio del programma stesso e prevede l'utilizzo di schede standardizzate, come ad esempio il SOGS e Core-om. L'esito della verifica viene discusso nelle riunioni di équipe con il conseguente adeguamento del programma terapeutico.

Durata del trattamento e conclusione

La durata del percorso terapeutico può variare in base alla complessità clinica presentata e all'elevato rischio di ricadute, trattandosi di una dipendenza patologica. La conclusione del programma va concordata nei tempi e nelle modalità con il giocatore/familiari. Successivamente si procede alla chiusura della cartella informatizzata come previsto dalle apposite procedure.

Follow-up

Dopo la conclusione del programma terapeutico si prevedono orientativamente due o più incontri di follow-up entro l'anno successivo che verranno effettuati tramite colloqui con il giocatore e/o i suoi familiari.

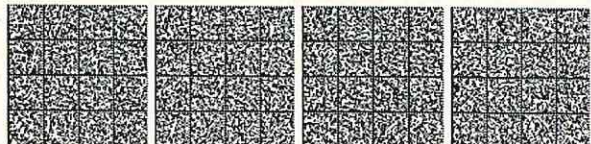
Equipe

Considerata la multidimensionalità del problema, l'intervento è attuato da una équipe multiprofessionale specificatamente formata e costituita dalle seguenti professionalità: medico, psicologo-psicoterapeuta, assistente sociale, educatore e infermiere.

La specificità della patologia richiede di potersi avvalere di consulenze legali e finanziarie nonché di un lavoro di rete con altre istituzioni pubbliche e del privato sociale accreditato (équipe interistituzionale allargata).

Gli interventi residenziali e semiresidenziali per le persone con DGA

In alcuni casi la complessità e la gravità del quadro clinico è tale che il percorso ambulatoriale necessita di essere integrato con un trattamento di tipo residenziale e/o semiresidenziale per la persona con dipendenza da gioco d'azzardo. Trattasi il più delle volte di pazienti riconducibili al terzo sottotipo della classificazione di Blaszczyński, caratterizzati da discontrollo degli impulsi, comorbilità psichiatrica, tratti antisociali e uso di sostanze.



Tali interventi sono da intendere come parti complementari di un percorso terapeutico-riabilitativo ambulatoriale del paziente e dei suoi familiari. L'inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali viene valutato ed effettuato dal Ser.D che condivide gli obiettivi stabiliti nel progetto terapeutico con l'equipe curante della struttura, effettua il monitoraggio periodico e partecipa alla restituzione finale dei risultati ottenuti.

Criteri per l'invio:

- necessità di cure intensive;
- gravità e complessità del quadro clinico;
- parziale efficacia o inefficacia terapeutica dei trattamenti ambulatoriali;
- contesto socio-familiare particolarmente disfunzionale;
- presenza di comorbidità psichiatrica;
- presenza di disturbo da uso di sostanze.

Principali indicazioni per l'invio:

- necessità di un periodo di trattamento terapeutico-riabilitativo residenziale breve al fine di astenersi dal gioco e/o allontanarsi temporaneamente dall'ambiente familiare conflittuale per pazienti che presentano bassi livelli di severità e complessità;
- necessità di un periodo di trattamento residenziale specialistico di media o lunga durata 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 trattamento semiresidenziale da integrare con un percorso ambulatoriale finalizzato al rinforzo dell'astensione dal gioco d'azzardo e alla realizzazione di un progetto riabilitativo.

Per l'invio della persona con dipendenza da gioco d'azzardo in strutture residenziali o semiresidenziali si può fare riferimento per semplicità e validità clinica ai criteri del ICD-10 (WHO, 2007) DSM-5 (APA, 2013) e alle tipologie descritte nel modello di Blaszyński, Nower (2002).

Esistono diverse esperienze che promuovono interventi residenziali ultrabrevi finalizzati ad interrompere quelle forme compulsive ed impulsive di gioco che non trovano efficacia nei trattamenti Ambulatoriali ma nello stesso tempo non trovano indicazioni per i percorsi residenziali di medio e lungo termine. A questo proposito si segnalano le esperienze attuali in alcune ULSS della Regione Veneto (Ulss 2 e Ulss 6) e le proposte, molto più datate nel tempo, della Regione Piemonte (Sidecar) e della Regione Toscana (Orthos).

Coltivare queste esperienze può avere diversi vantaggi sul piano delle cure.

- Sono percorsi meno impattanti nella vita del paziente che può gestire sempre in un'ottica di episodio di trattamento, quindi anche più facilmente accettabili.
- Garantisce al sistema di cura, che deve sempre tener conto del fatto che la patologia delle dipendenze possiede una dimensione cronica e recidivante, di offrire al paziente quella cura che gli permetta di raggiungere un obiettivo possibile per lui in quel momento.

Le sperimentazioni realizzate in diverse realtà territoriali evidenziano la necessità di un sistema di servizi residenziali e semiresidenziali relativo al DGA che si caratterizzi relativamente all'essere:

- precoce
- flessibile
- integrato
- specializzato

Si ritiene utile che tutti gli attori del sistema siano nelle condizioni di intercettare e promuovere la richiesta di intervento, gestendola, orientandola e accompagnandola ai servizi preposti attraverso lo sviluppo del lavoro di rete.



I programmi residenziali e semiresidenziali si caratterizzano per avere come cornice un contesto con ridotti stimoli e richiami al gioco d'azzardo ed una serie di interventi specifici individuali e di gruppo in linea con il modello bio-psico-sociale.

Si richiede alla persona con DGA di separarsi temporaneamente dal proprio ambiente, dagli affetti e dalle abitudini e di vivere in un contesto nuovo e diverso. La convivenza e/o la permanenza per un tempo prestabilito con altre persone con dipendenza da gioco d'azzardo stimola il confronto e la riflessione sulle distorsioni cognitive e facilita un cambiamento della struttura di pensiero. Congiuntamente, 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.

I programmi residenziali e semiresidenziali rappresentano un livello diverso di intensità di cura e di assistenza rispetto agli interventi ambulatoriali. Il programma residenziale può far seguito o precedere un periodo di trattamento semiresidenziale e si svolge in piena integrazione con i servizi territoriali (Ser.D.).

Dalle prime evidenze risultano più accessibili ed efficaci **strutture caratterizzate dall'essere dedicate in modo esclusivo** a questo target di utenza.

Le sperimentazioni in atto evidenziano risultati difformi e criticità e quindi emerge la necessità di costruire un **sistema di valutazione dell'intervento residenziale/semiresidenziale** per individuare tipologie di servizi più efficienti ed efficaci nella cura sia del paziente DGA "puro" che con polidipendenza.

La riflessione relativa all' intervento residenziale rivolto ai giocatori d'azzardo patologico sarà utile anche al fine di valutare la trasposizione di elementi utili nei percorsi trattamentali per le dipendenze, nei quali già esiste un sistema che ha esperienze e storie fortemente radicate ma che necessitano una maggiore adesione alle ultime evoluzioni del fenomeno.

SINTESI LINEE DI AZIONE

Il servizio pubblico deve poter garantire al paziente affetto da DGA dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) appropriati, tali da garantire:

- un agevole accesso alla cura del disturbo per una pronta presa in carico, possibilmente presso servizi dedicati;
- diagnosi e *assessment* appropriati, mediante tecniche e strumenti diagnostici validati;
- trattamenti integrati e a carattere multidisciplinare, mediante interventi "*evidence based*" rilevabili nella letteratura scientifica nazionale ed internazionale;
- trattamenti ambulatoriali che prevedano, in base alle necessità, colloquio motivazionale, psicoeducazione, psicoterapia cognitivo-comportamentale (come modello psicoterapeutico di prima scelta), eventuale terapia farmacologica, terapia di gruppo, lavoro con i familiari, tutoraggio economico;
- trattamenti in regime semiresidenziale o residenziale, qualora il percorso ambulatoriale venga valutato o si riveli non sufficiente, in base al livello di gravità del disturbo;
- interventi sinergici in un'ottica di rete, soprattutto nei casi complessi o dove sia presente comorbilità psichiatrica, al fine di operare una efficace presa in carico del paziente nella sua globalità;
- azioni di monitoraggio del percorso di cura e di verifica dell'outcome, da parte del servizio pubblico (Ser.D.).

