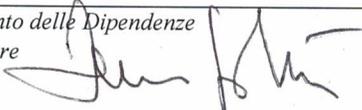
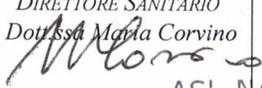
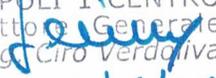
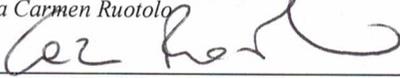
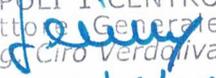
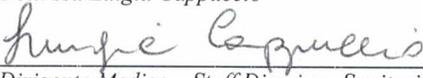
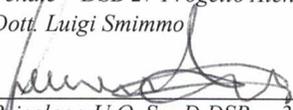
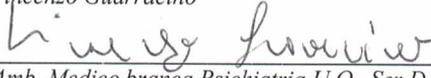
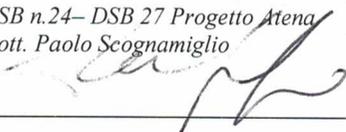
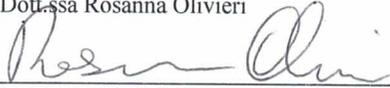
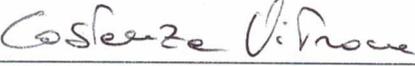
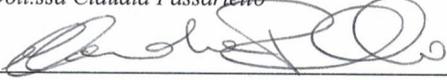


*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale*

**PRESA IN CARICO E GESTIONE DEI PAZIENTI CON  
 DISTURBO DA GIOCO D' AZZARDO (D.G.A.)**

REV	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
0	Giugno 2025	Direttore Dipartimento delle Dipendenze Dott. Gennaro Pastore 	DIRETTORE SANITARIO Dott.ssa Maria Corvino 	DIRETTORE GENERALE Dott. Ing. Ciro Verdoliva 
		Direttore f.f. U.O.C. Gestione Rischio Clinico e Qualità Dott.ssa Carmen Ruotolo 	ASL NAPOLI 1.CENTRO Il Direttore Generale Dott. Ing. Ciro Verdoliva 	21/07/2025 
		Psicologa Ref. CD Lilliput U.O.S.D.Strutture Intermedie DSB 27 Progetto Atena Dott. ssa Luigia Cappuccio 		
		Dirigente Medico – Staff Direzione Sanitaria Dott.ssa Valentina Angelini 		
		Psicologa Resp.le U.O.S.D. Strutture Intermedie Dott.ssa Silvana Caruso 		
		Assistente Sociale Ref. CD Aleph U.O.S.D.Strutture Intermedie Dott.ssa Assunta Capriello 		
		Spec. Amb. Psicologo branca Psicoterapia U.O. Ser.D Area Penale – DSB 27 Progetto Atena Dott. Luigi Smimmo 		
		Psicologa U.O. Ser.D DSB n. 31 – DSB 27 Progetto Atena Dott.ssa Anna Longobardo 		
		Spec. Amb. Psicologo branca Psicoterapia U.O. Ser.D DSB n. 33 Dott. Vincenzo Guarracino 		
		Spec. Amb. Medico branca Psichiatria U.O. Ser.D DSB n.24– DSB 27 Progetto Atena Dott. Paolo Scognamiglio 		

	<p><i>Spec. Amb. Psicologa branca Psicoterapia U.O. Ser.D DSB n. 29</i> Dott.ssa Rosanna Olivieri</p> 		
	<p><i>CPS U.O.C. Gestione Rischio Clinico e Qualità</i> Dott.ssa Costanza Vitrone</p> 		
	<p><i>CPSI U.O. Ser.D DSB n. 32 Progetto Atena</i> Dott.ssa Claudia Passariello</p> 		

***una Squadra al lavoro  
per garantire salute***

Sommario

<b>1. Premessa</b> .....	<b>4</b>
1.1 Il quadro epidemiologico in Italia.....	6
1.2 I giovani e il gioco d'azzardo .....	7
1.3 Il gioco d'azzardo al tempo del Covid-19.....	12
1.4 Dipendenza da gioco d'azzardo: i numeri in Campania .....	12
1.5 I giochi preferiti nella Regione Campania: .....	13
1.6 Situazione del gioco d'azzardo online in Campania: .....	13
<b>2. Analisi del contesto aziendale</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Scopo e campo di applicazione</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Terminologia, Definizioni e Acronimi</b> .....	<b>21</b>
<b>5. Riferimenti Normativi</b> .....	<b>22</b>
<b>6. Modalità operative</b> .....	<b>24</b>
6.1 Accoglienza .....	24
6.2 Assessment Multidimensionale.....	25
6.2.1 La Valutazione Diagnostica.....	26
6.3 Il Trattamento .....	30
6.3.1 Psicoeducazione .....	32
6.3.2 Tutoraggio Economico-Finanziario .....	33
6.3.3 Psicoterapia rivolta al giocatore .....	36
6.3.4 I Gruppi dedicati ai giocatori problematici.....	37
6.3.5 I Gruppi dedicati ai familiari:.....	37
6.3.6 Le terapie farmacologiche.....	40
6.3.7 Gli interventi di accompagnamento educativo al giocatore e alla famiglia .....	40
6.3.8 Bilancio delle Competenze .....	40
6.3.9 Gli interventi residenziali e semiresidenziali .....	41
6.4 Monitoraggio e verifica.....	41
6.5 Durata del trattamento e conclusione.....	41
6.6 Follow-up .....	41
6.7 Gli interventi di Promozione della Salute .....	41
<b>7. Matrice delle Responsabilità</b> .....	<b>47</b>
<b>8. Formazione</b> .....	<b>47</b>
<b>9. Diffusione</b> .....	<b>48</b>
<b>10. Monitoraggio e Valutazione</b> .....	<b>50</b>
<b>11. Revisione</b> .....	<b>50</b>
<b>12. Bibliografia</b> .....	<b>50</b>
12.1 Sitografia.....	52
12.2 Sintesi Normativa.....	52
<b>13. Allegati</b> .....	<b>53</b>

## ***1.Premessa***

La dipendenza da gioco d'azzardo è riconosciuta come una vera e propria patologia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che la include nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11) tra i disturbi delle abitudini e degli impulsi. Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, testo rivisitato (DSM-5-TR), la dipendenza da gioco d'azzardo è classificata tra i "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*" (*substance-related and addictive disorders*), con la denominazione di "Disturbo da Gioco d'azzardo" (DGA). Il DSM-5-TR fornisce criteri diagnostici specifici per determinare il grado di gravità del disturbo.

Con il Decreto Balduzzi del 2012 e il successivo aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con il DPCM del 12 gennaio 2017, la dipendenza da gioco d'azzardo è stata equiparata alle altre dipendenze patologiche. Il DPCM stabilisce che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve garantire una presa in carico multidisciplinare, accompagnata da un programma terapeutico personalizzato, che includa prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative, utilizzando metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche. Inoltre, il decreto evidenzia che l'assistenza distrettuale per le persone con dipendenze patologiche deve essere integrata con interventi sociali, in base ai bisogni socio-assistenziali individuati.

L'assimilazione del gioco d'azzardo patologico alle dipendenze da sostanze è giustificata dalla sostanziale equivalenza che emerge sia sul piano fenomenologico che neurobiologico. Tuttavia, per un approccio adeguato, è fondamentale considerare anche gli aspetti specifici che caratterizzano il disturbo da gioco d'azzardo, come le distorsioni cognitive, i gravi problemi economici e legali, la pesante ricaduta sulla famiglia, l'impoverimento delle reti relazionali e, in alcuni casi, la presenza di comorbidità psichiatriche o altre forme di dipendenza.

In questo contesto, la necessità di elaborare un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dedicato al DGA si rende urgente per diversi motivi:

- La Regione Campania ha approvato una legge per la prevenzione e la cura del DGA, nonché per la tutela sanitaria, sociale ed economica delle persone colpite e dei loro familiari (L.R. 2/2020), successivamente modificata dalla L.R. 13/2020.
- L'incidenza crescente del disturbo nella popolazione generale e in particolare tra i giovani ha trasformato il gioco d'azzardo in un fenomeno sociale preoccupante e in continua espansione.
- Le caratteristiche del disturbo lo rendono una condizione patologica ad alto rischio psichico, fisico, sociale ed economico, con gravi ripercussioni sia sul singolo individuo che sulla sua famiglia.
- La necessità di seguire un protocollo di procedure standardizzate, condivise dagli operatori e supportate dalle evidenze scientifiche, per un approccio clinico efficace.

- L'impatto economico della patologia, che comprende anche le conseguenze personali, fisiche e psicologiche per il giocatore e per i suoi familiari, richiede una risposta adeguata da parte del SSN, che sia rigorosa, standardizzata e basata su prove scientifiche.
- L'alto livello di allarme sociale generato dal fenomeno, che impone una risposta tempestiva e strutturata da parte delle istituzioni e dei professionisti del settore.

Un approccio integrato e multidisciplinare, quindi, appare essenziale per affrontare efficacemente la dipendenza da gioco d'azzardo, offrendo un supporto continuo sia alle persone coinvolte che alle loro famiglie.

Questo approccio si inserisce all'interno del più ampio "Paradigma della Complessità"<sup>1</sup>, che si basa sul principio che non esiste una "verità assoluta" e sulla necessità di sostituire la logica "aut/aut" con la logica "et/et". In altre parole, è fondamentale riconoscere che la comprensione di un fenomeno può avvenire solo attraverso il suo legame con altri fattori e con il sistema a cui appartiene. Pertanto, il comportamento umano non può più essere interpretato in modo riduttivo come mera espressione di impulsi o meccanismi biochimici, né esclusivamente attraverso una visione psicosociale, ma deve essere considerato come un fenomeno complesso, che coinvolge interazioni tra fattori biologici, sociali e aspetti profondi del Sé, in un continuo movimento e mutamento.

Da queste considerazioni nasce la necessità di sintetizzare l'esperienza dei professionisti dei servizi territoriali Ser.D e delle altre strutture del Dipartimento Dipendenze dell'ASL Napoli 1 Centro nel PDTA D.G.A. Questo documento intende condividere e confrontare un patrimonio di conoscenze e pratiche, al fine di metterlo al servizio della comunità. Il PDTA D.G.A. si fonda sui principi della Complessità, della *Evidence-Based Medicine* (EBM) e della *Evidence-Based Health Care* (EBHC)<sup>2</sup>, incorporando i concetti sviluppati nell'approccio "*Drug Set e Setting*"<sup>3</sup> (Zinberg, 1984).

Questi principi teorico-metodologici guidano le politiche e i programmi del Dipartimento Dipendenze, nonché le pratiche quotidiane, per l'applicazione delle normative stabilite dal DPR 309/90 e delle successive integrazioni, che trattano vari aspetti, tra cui la prevenzione, la riorganizzazione dei servizi, l'articolazione dei percorsi terapeutici e la gestione del fabbisogno assistenziale.

### **1.1 Il quadro epidemiologico in Italia**

Secondo i dati riportati dall'edizione 2024 del Libro Nero dell'Azzardo 2024, il volume lordo del giocato in Italia nel 2023 è aumentato del 10,2% rispetto al 2022, arrivando a quota 150 miliardi di euro e segnando un nuovo record dopo i 136 miliardi dell'annualità precedente. Il totale del gioco su rete fisica è stato pari a 67,9 miliardi di euro (+ 7,8% rispetto al 2022); mentre per il gioco online

---

<sup>1</sup> Per approfondimenti si veda V. Caretti, G. Craparo, A. Schimmenti (2008). *Psicodinamica delle dipendenze patologiche Noos* 14(2):107-116.

<sup>2</sup> Approccio sanitario che integra la migliore evidenza scientifica disponibile, l'esperienza clinica degli operatori e i valori e le preferenze dei pazienti per prendere decisioni sanitarie informate e migliorare la qualità delle cure. L'EBHC mira a garantire che le pratiche sanitarie siano basate su prove concrete e non su opinioni o esperienze individuali isolate.

<sup>3</sup> Approccio descritto in seguito nel documento.

siamo a quota 82,08 miliardi di euro (+12,3% rispetto al 2022). I conti aperti in Italia per il gioco online sono di oltre 17 milioni. In Campania i dati sono significativamente critici contando nel 2022 circa 3 milioni di conti online attivi, con una spesa media di 2000 euro procapite.

Nel 2015, i servizi sanitari regionali hanno preso in carico 357 utenti dipendenti da gioco d'azzardo. Negli ultimi anni si è registrato un crescente ricorso a tali servizi, con un aumento significativo dell'utenza tra il 2013 e il 2015, periodo in cui il numero di persone in carico è quasi raddoppiato (+89%), passando da 199 a 357.

Lo studio IPSAD® (*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs*) del 2017-2018 ha investigato la prevalenza del gioco d'azzardo patologico e problematico nella popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Utilizzando come strumento di screening il CPGI - *Canadian Problem Gambling Index* (Ferris, Wynne, 2001), adattato e validato a livello nazionale (Colasante et al., 2013), lo studio mirava a rilevare la diffusione del gioco d'azzardo a rischio e problematico. Dalla rilevazione IPSAD® 2017-2018 (realizzata dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR – *Consiglio Nazionale delle Ricerche* - di Pisa) emerge che il 42,8% della popolazione italiana tra i 15 e i 64 anni, pari a circa 17 milioni di persone, ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi, con un aumento di quasi 15 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione IPSAD® 2013-2014. La prevalenza raggiunge il 45% nel campione dei giovani adulti tra i 15 e i 34 anni (circa 6 milioni di individui), mentre è pari al 32,8% (poco più di 2 milioni di persone) nella popolazione di età compresa tra i 65 e i 74 anni.

Nel 2022, lo studio IPSAD® ha rilevato che circa 20,5 milioni di italiani (43%) tra i 18 e gli 84 anni hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno. Sebbene il dato complessivo resti stabile nel tempo, si osserva un notevole aumento del gioco online, la cui incidenza è passata dal 4,5% (2013-2014) al 9% (2022). La prevalenza di chi ha giocato d'azzardo nel corso della vita si attesta al 51,7% nella popolazione generale (15-64 anni), al 51,1% tra i giovani adulti italiani (15-34 anni) e al 41,5% nei 65-74enni. Il trend delle prevalenze, riferito a tutte e tre le categorie, risulta in crescita. Questi risultati sono coerenti con i dati diffusi dall'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato – AAMS, che a partire dal 2014 registrano un continuo aumento dei volumi di gioco, con una raccolta in Italia che ha superato i 95 miliardi di euro nel 2016 (Fonte: AAMS, 2014; 2017).

**Distribuzione per genere ed età.** Gli uomini sembrano avere una maggiore attrazione per il gioco d'azzardo: nella fascia di età 15-64 anni, il 51,1% degli uomini ha giocato nell'ultimo anno somme di denaro, contro il 34,4% delle donne. Focalizzando l'attenzione sui giovani adulti, le prevalenze tendono ad aumentare: tra i 15-34enni, la prevalenza di giocatori è del 53,6% tra gli uomini e del 36,0% tra le donne. Questa differenza tra i generi si riduce nella fascia d'età 65-74 anni, dove la prevalenza di gioco nell'ultimo anno è del 39,1% per gli uomini e del 27,1% per le donne.

**Percentuali dei giocatori.** Lo studio ESPAD® (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – Italy*; 2017-2018) mostra le percentuali di giocatori nella popolazione 15-64 anni che hanno giocato d'azzardo durante l'anno, suddivisi per tipologia di gioco praticata e genere. Le donne

preferiscono il Gratta&Vinci (82,8% contro il 68,1% degli uomini), il Lotto (33,5% contro 24,8%) e altri giochi con le carte (17% contro 14,5%), mentre gli uomini sono più attratti dalle scommesse sportive (40,7% contro 8,6% delle donne), dal poker texano (11,1% contro 2,5%) e dalle scommesse su altri eventi (6,2% contro 0,9%).

**Luoghi di gioco.** Tra i giocatori di età 15-64 anni, i bar e i tabacchi sono i luoghi preferiti per il gioco (67,3%), seguiti dall'abitazione propria o di amici (22,7%) e dalle sale scommesse (14,8%). Si osserva inoltre una diminuzione del gioco su Internet tra coloro che hanno giocato negli ultimi 12 mesi. Nel 2017, il 9,5% dei giocatori ha giocato online (12,7% tra i 15-34enni). Tra coloro che giocano online, è in aumento la percentuale di chi gioca tramite *smartphone*, passando dal 16,4% nel biennio 2013-2014 al 50% nella rilevazione del 2017-2018 tra i giocatori di 15-64 anni, e dal 20,3% al 58% tra i giovani adulti. Resta comunque alta la percentuale di chi gioca online utilizzando il computer, superiore al 71%.

**Gradi di rischio.** L'ultima rilevazione IPSAD® ha evidenziato che poco meno del 15% dei giocatori ha un comportamento definibile "a basso rischio", il 4% "a rischio moderato" e l'1,6% è considerato "problematico". Gli uomini presentano una percentuale maggiore di gioco a rischio moderato/problematico (6% contro il 4% delle donne). Rispetto agli anni precedenti, si registra un lieve incremento dei soggetti con un profilo di gioco problematico (Bastiani et al., 2013; 2015).

**Il gioco d'azzardo tra i giovani.** Il recente studio ESPAD®2022, realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa ha rilevato che nel 2022 oltre un milione di studenti ha giocato d'azzardo.

## **1.2 I giovani e il gioco d'azzardo**

La natura online del gioco d'azzardo, che non si limita alle strutture fisiche ma è facilmente accessibile attraverso internet, rappresenta un motivo di particolare apprensione.

Il dato italiano sulla prevalenza di gioco d'azzardo tra gli studenti è superiore alla media europea. Nel nostro paese, gli studenti che giocano sembrano preferire le scommesse sportive. Il 45% ha giocato almeno una volta nel corso dell'anno, il 7% dei giocatori mostra un profilo di gioco problematico.

Qui di seguito viene mostrata una serie di grafici, estratti dallo studio ESPAD®2022 realizzato dal CNR, particolarmente significativi poiché immediatamente rappresentativi della diffusione italiana e regionale delle dipendenze tra gli adolescenti e i giovanissimi utilizzatori italiani

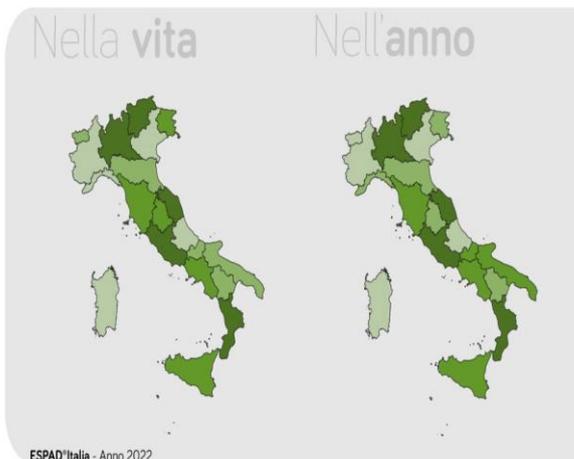


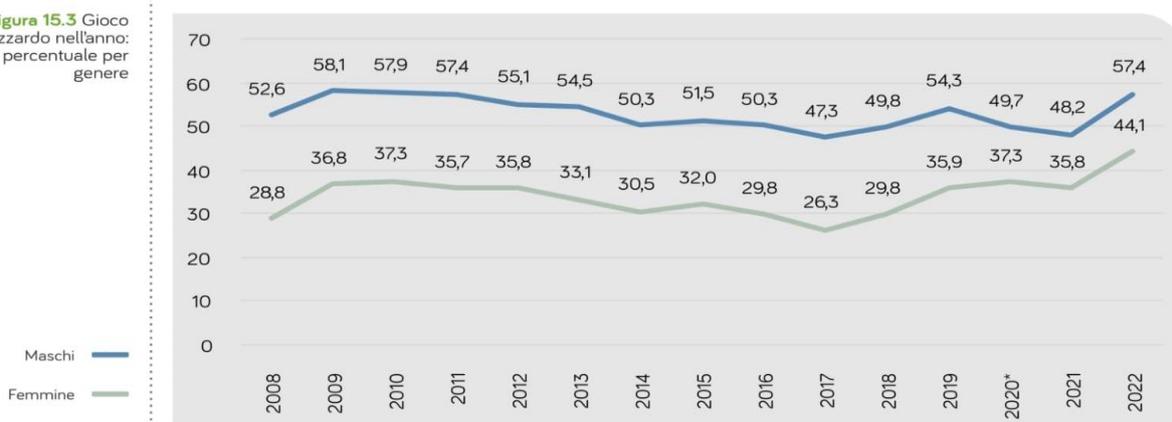
Figura 15.1 - Prevalenza del gioco d'azzardo: dettaglio regionale



Figura 15.2 - Gioco d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno: trend percentuale

Dopo aver registrato per alcuni anni una progressiva diminuzione, dal 2018 la percentuale di coloro che riportano di aver giocato d'azzardo nel corso dell'anno è ritornata a salire. A una lieve flessione coincidente nel periodo iniziale della pandemia da COVID-19 è seguito nel 2022 un nuovo aumento.

Figura 15.3 Gioco d'azzardo nell'anno: trend percentuale per genere



Come si può notare la tendenza al gioco aumenta con la crescita dell'adolescente, sia nei maschi che nelle femmine.

I dati statistici mostrano che la maggior parte dei giovani ha giocato almeno una volta al mese, il 26,3 % lo ha fatto almeno due volte al mese.

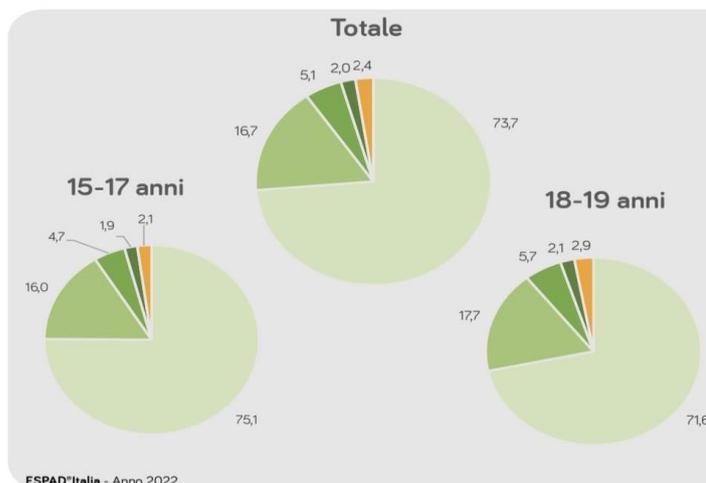
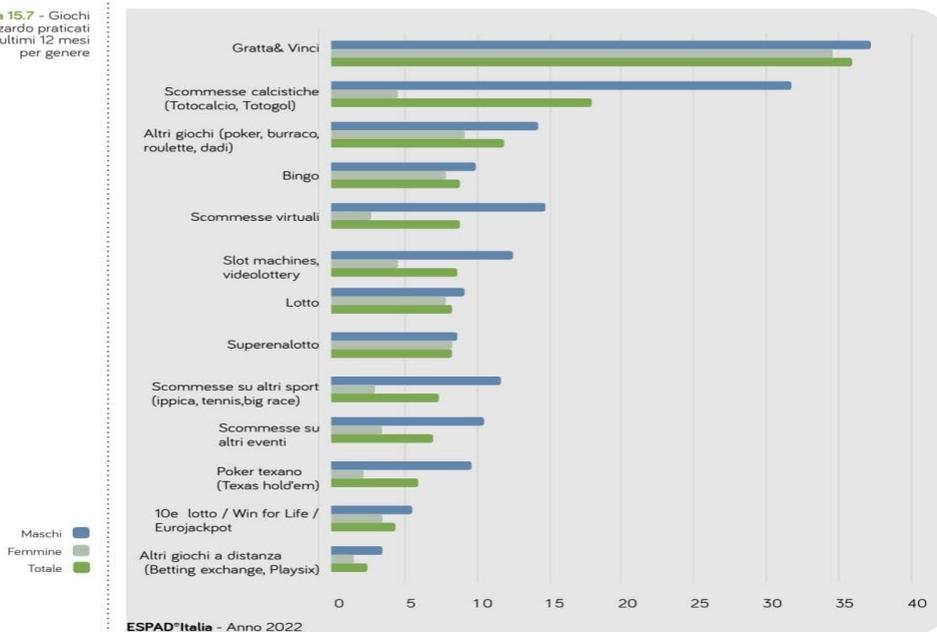


Figura 15.6 - Frequenza del gioco d'azzardo nell'anno.

Quasi la metà degli adolescenti (44%) che hanno giocato d'azzardo dichiara di aver giocato a casa propria o di amici, a seguire bar, tabacchi (37%), sale scommesse (31%), sale giochi (11%), Sale Bingo (8,8%) Altro (6%).

Il 18% conosce un luogo dove giocare d'azzardo a meno di cinque minuti a piedi da casa propria.

Figura 15.7 - Giochi d'azzardo praticati negli ultimi 12 mesi per genere



I Gratta&Vinci e a seguire le scommesse sportive sono i giochi preferiti dagli adolescenti: si evince che la facilità di accesso aumenta il grado di pericolosità sociale.

Per quanto riguarda il gioco online solo l'8,1% dichiara di aver utilizzato questa modalità, con maggiore incidenza nei maschi e nei maggiorenni.

Figura 15.10 - Gioco d'azzardo online nell'ultimo anno per genere ed età

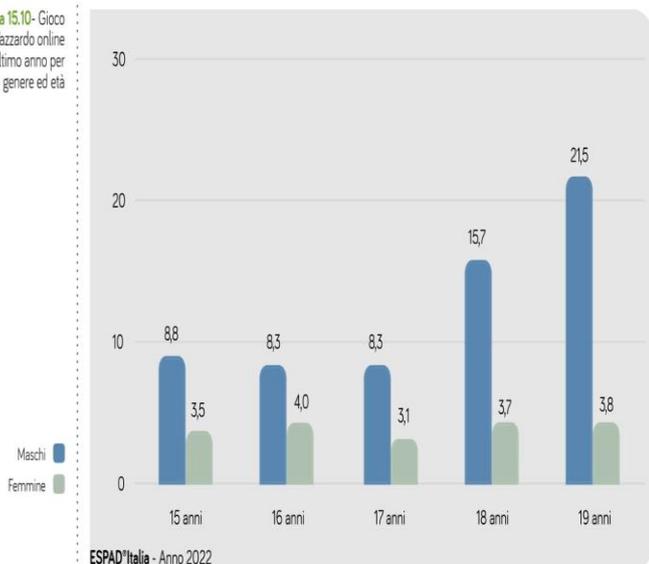
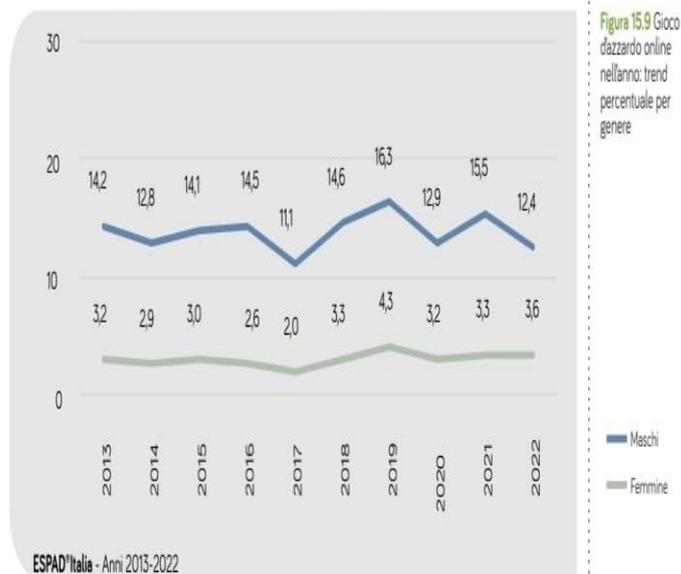


Figura 15.9 Gioco d'azzardo online nell'anno: trend percentuale per genere



Mentre il *device* principale sembra essere lo smartphone (74%) o il computer (34%), utilizzando le credenziali proprie (60%), di un amico maggiorenne (13%) o di un genitore (6,7%)

Anche nei giovani, le percentuali di gioco problematico e a rischio sono molto alte.

Le regioni in cui si osserva una percentuale più elevata di giocatori con profilo a rischio o problematico, sono quelle del sud e delle isole. La Campania è quella in cui si riscontra la prevalenza più elevata (6,3%)



Figura 15.14 Profili di rischio di gioco d'azzardo: trend percentuale

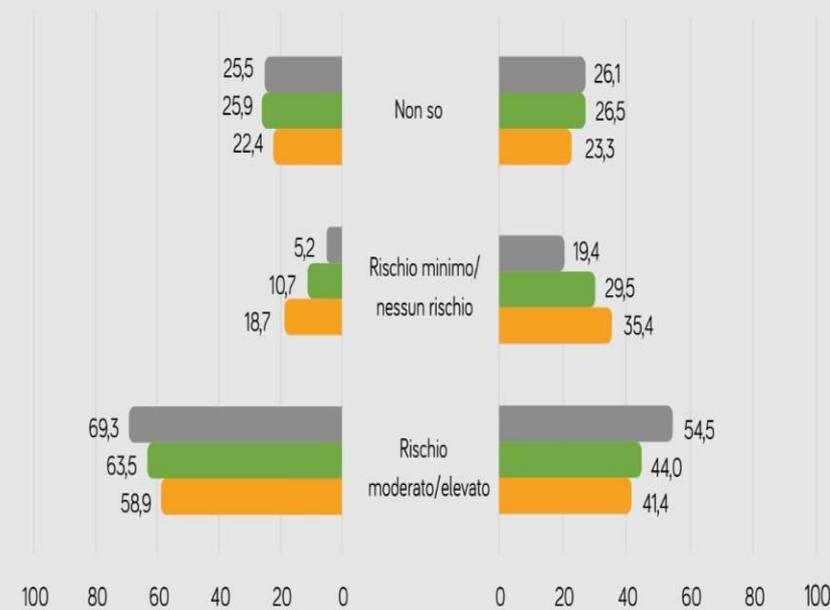
Più di una volta a settimana

Meno di una volta a settimana

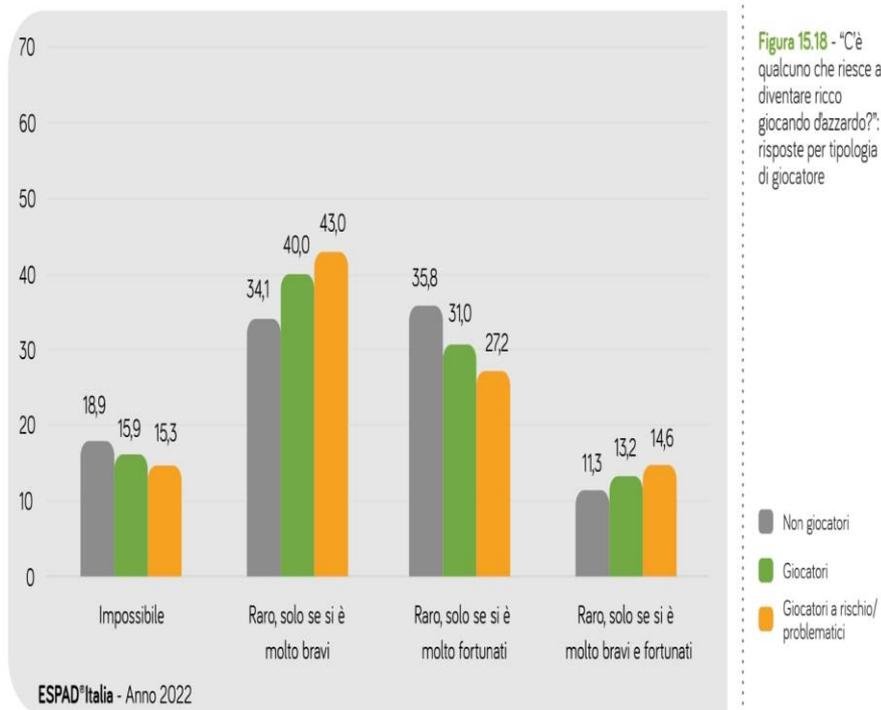
Figura 15.17 - Percezione del rischio associato alla frequenza di gioco per tipologia di giocatore

Tra gli studenti con profilo di gioco d'azzardo "a rischio" o "problematico" risulta più diffusa l'opinione che il gioco d'azzardo comporti un rischio minimo o non

■ Non giocatori  
■ Giocatori  
■ Giocatori a rischio/ problematici



ESPAD Italia - Anno 2022



I giocatori con profilo a rischio o problematico mostrano una maggiore propensione a considerare l'abilità un fattore necessario o comunque utile al fine di arricchirsi con il gioco d'azzardo. Queste credenze sono presenti sia nei giochi strategici che in quelli non strategici.

Secondo gli ultimi dati della Relazione Annuale al Parlamento sul Fenomeno delle Tossicodipendenze 2024 (dati 2023) quasi 1 milione e 500 mila ragazzi, pari al 59% degli studenti, afferma di aver giocato d'azzardo nella propria vita e 1 milione 300 mila ragazzi (53%) nel corso dell'ultimo anno. Tra i giochi maggiormente praticati ci sono il Gratta&Vinci (74%), le scommesse calcistiche (35%), altri giochi quali poker, roulette e dadi (28%) e le *slot machine/videolottery* (24%). Rispetto alle coetanee, i ragazzi giocano in percentuale maggiore a quasi tutti i giochi analizzati. In ascesa anche il gioco online: nel 2023 sono 270 mila i ragazzi che riferiscono di aver giocato d'azzardo tramite *Internet*, pari all'11% della popolazione studentesca, il valore più alto mai registrato. A risultare in crescita sono, infine, anche gli studenti con un profilo di gioco "a rischio" (6,1%) e quelli con un profilo di gioco "problematico" (4,8%). In particolare, gli studenti con un profilo di gioco "problematico" sono quasi raddoppiati nel 2023 rispetto al 2022 e raggiungono i valori più elevati mai osservati dal 2008.

### 1.3 Il gioco d'azzardo al tempo del Covid-19

Lo studio GAPS#iorestoacasa condotto dall'Istituto di fisiologia clinica del CNR di Pisa rileva il cambiamento dei comportamenti di gioco nel periodo di lockdown. È stata registrata una generale diminuzione del gioco fisico, con più del 35% dei giocatori che ha ridotto le puntate e quasi il 23% che ha smesso, mentre un intervistato su tre dichiara di aver aumentato le giocate online. Tra gli habitués del gioco fisico il 12% ha continuato anche durante l'isolamento e circa il 10% ha puntato sul web.

Le stime epidemiologiche sul gioco d'azzardo in Italia indicano che gioca per soldi metà della popolazione adulta, mentre le quote di gioco problematico hanno visto un aumento negli ultimi anni nella popolazione 15-74 anni e in particolare tra i giovani adulti. Ma cosa è cambiato durante il lockdown, con la chiusura dei luoghi fisici di gioco e la sospensione di estrazioni e scommesse? L'Agenzia dei Monopoli evidenzia una forte contrazione della raccolta derivante dal comparto, come in tutti i periodi di crisi economica quali il 2008, d'altronde è lecito ipotizzare che la perdita di lavoro e di riferimenti spinga parte della cittadinanza a cercare fortuna proprio nell'azzardo.

L'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR-IFC), sollecitato dall'Associazione Nazionale Comuni italiani (ANCI), da alcune Regioni e da altri soggetti istituzionali coinvolti nel monitoraggio e nella prevenzione dei rischi correlati al gioco d'azzardo ha sviluppato, sotto la guida di Sabrina Molinaro, uno strumento ad hoc per la rilevazione del fenomeno in questo particolare periodo: il questionario online *GAPS#iorestoacasa*.

Come si sono modificati i comportamenti di gioco durante il lockdown? Come atteso, lo studio rileva una generale diminuzione del gioco fisico per il 35,4% e una interruzione totale per il 22,8%. Il 26,6% riferisce di non aver cambiato abitudini e il 13,9% ha addirittura aumentato le occasioni di gioco fisico.

Per quanto riguarda il gioco online, il 33,8% riporta di aver aumentato le occasioni di gioco, il 28,8% di non aver modificato le proprie abitudini e l'11,3% di aver iniziato in questa modalità proprio durante l'isolamento. Questi giocatori hanno preferito poker texano, slot machine virtuali e scommesse sportive online. Nei giocatori online la frequenza di gioco è maggiore: il 30,5% ha giocato una o più volte al giorno, altrettanti più volte a settimana, il 39% da una a quattro volte nel mese. La spesa online nel periodo in questione si rivela più consistente, con il 14,6% che riferisce di aver speso oltre 500 euro e l'11% tra i 200 e i 500 euro. Il 56,8% ammette di essere in perdita.

“Sebbene queste siano le prime analisi, sembra evidente che gli habitués del gioco in luoghi fisici sono passati solo in minima parte al gioco online e che le due popolazioni di giocatori on-site e online restino ben distinte”, conclude Sabrina Molinaro.

#### **1.4 Dipendenza da gioco d'azzardo: i numeri in Campania**

Quali sono i numeri del *gioco d'azzardo in Campania*? Vediamoli insieme:

- **3.334** sono le persone in Campania che nel 2023 si sono rivolte ai Servizi per le Dipendenze (Ser.D) dal gioco d'azzardo delle Asl delle 5 province.
- di cui si stima circa il 15% nell'ASL Napoli 1 centro
- **10.482,37** milioni è la raccolta nel gioco online in Campania con una spesa pro capite di **1.874** euro. Numeri che posizionano la Campania al primo posto a livello nazionale.
- oltre **3 milioni** di conti di gioco su concessioni di giochi online, gestiti dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM) aperti da residenti in Campania che conquista il primato.
- **7.014** miliardi di euro come raccolta del gioco fisico. In questo la Campania è seconda solo alla Lombardia

- **2.460,8** euro spesi da ogni giocatore campano nel 2021. **794,5** per le giocate fisiche e **1.666,3** per le telematiche. La raccolta complessiva è stata di **4.680** milioni di euro a fronte di vincite di 3.430 milioni di euro.

La Campania è inoltre la prima regione italiana per rapporto tra giocate nel gioco online e su PIL regionale pro capite più elevato (analisi Federconsumatori CGIL su dati ADM, 2022).

### **1.5 I giochi preferiti nella Regione Campania:**

Quali sono i giochi preferiti dai giocatori campani? Il rapporto ci dice che:

- al primo posto ci sono **slot**, **new slot** e **video lottery**, per le quali sono stati puntati 1.531 milioni di euro
- al secondo posto ci sono il **lotto** (per il quale sono stati raccolti 1.134 milioni di euro) le **Lotterie** (che contano 925,33 milioni di euro puntati) e i **giochi a base sportiva** (con 944,24 milioni di euro puntati)
- I giocatori campani non disdegnano le **scommesse virtuali** che hanno beneficiato di 295 milioni di euro, giochi numerici a totalizzazione sui quali sono stati puntati 150,85 milioni di euro, il **Bingo** con 117,40 milioni di euro, le scommesse a base ippica con 26,25 milioni di euro.

### **1.6 Situazione del gioco d'azzardo online in Campania:**

Il primato nel settore del gioco online in Italia spetta alla Campania, che nel 2022 ha registrato una spesa complessiva di 10.482.000 euro da parte dei cittadini, corrispondenti a una media di 1.874 euro per persona. La regione campana si distingue anche per il numero più elevato di conti online di gioco aperti, superando i tre milioni. Tali dati costituiscono l'oggetto di studio dell'Osservatorio Regionale sul DAG, istituito dall'articolo 5 della Legge Regionale N.2/2020. Questo osservatorio ha focalizzato la propria attenzione sul fenomeno del gioco d'azzardo in occasione della "Giornata regionale dedicata alla sensibilizzazione e alla consapevolezza sui rischi e i danni correlati al fenomeno del gioco d'azzardo", evento approfondito presso la sede della Regione Campania (24 maggio 2024). Una vera e propria Emergenza Sociale fonte di preoccupazione riguardo alla diffusione della dipendenza dal gioco d'azzardo, che coinvolge non solo la popolazione adulta ma anche adolescenti e giovanissimi.

## **2. Analisi del contesto aziendale**

Nel Contesto Aziendale dell'ASL Napoli 1 Centro, descritto nell'attuale Atto Aziendale del 2023 - Delibera n° 1308 del 13/07/2023, si inserisce il Dipartimento Dipendenze (precedentemente noto come O.P. "Leonardo Bianchi", situato in Calata Capodichino n. 230, con numeri telefonici 081/2547681-82-53 e indirizzi e-mail [dip.dipendenze@aslnapoli1centro.it](mailto:dip.dipendenze@aslnapoli1centro.it) e [farmacodipendenze@pec.aslna1centro.it](mailto:farmacodipendenze@pec.aslna1centro.it)).

Il Dipartimento si distingue per la sua organizzazione territoriale, articolata in numerose strutture come definito nell'Atto Aziendale del 2023 (Fig. 1 *Organizzazione Dipartimentale*; Fig. 2. *Organizzazione Territoriale*).

**Fig. 1 Organizzazione Dipartimentale**



*Una squadra al lavoro per garantire Salute*

## DIPARTIMENTO DIPENDENZE

Il Dipartimento Dipendenze è la macro-articolazione aziendale sotto la cui direzione ricadono i Servizi e le Strutture che garantiscono l'assistenza e le diverse prestazioni per la tutela della salute dei cittadini che consumano droghe e sostanze psicoattive, alcol, tabacco e/o sono interessati al Disturbo da gioco d'Azzardo.

### UNITÀ OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

#### UOSD UNITÀ DI STRADA

- Unità Mobile
- Drop In

L'U.O.S. Dipartimentale **Unità di Strada** è nata dal confluire di due progetti del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Napoli 1 Centro, l'uno realizzato attraverso una struttura mobile (**Camper**) che mira a raggiungere i consumatori di sostanze che vivono in condizioni di marginalità nei luoghi dove vivono e consumano, l'altro costituito da una struttura di accoglienza a bassissima soglia (**Drop in**), che offre accoglienza diurna e servizi di carattere socio sanitario di primo livello alla popolazione suddetta. Si rivolge quindi in particolare a senza dimora e a consumatori di strada.

#### UOSD NUOVI MODELLI DI CONSUMO

- Spazio Emmeci
- Hybrid

La UOSD Nuovi modelli di consumo si compone di due servizi: Spazio Emmeci si rivolge a persone che usano sostanze con sede nel centro storico della città; si accede previo appuntamento telefonico o via e-mail. Opera con orari e modalità che favoriscono l'accesso di persone con impegni lavorativi e familiari; è collocato in un contesto di particolare tutela della privacy e riservatezza. Il servizio accoglie anche solo i familiari. *Hybrid* opera con una unità mobile prevalentemente in orari serali e notturni nei contesti cittadini di divertimento, dove rivolge interventi informativi e di consulenza a persone che usano sostanze. Promuove consapevolezza e modifica dei comportamenti a rischio.

#### UOSD STRUTTURE INTERMEDIE

- Centro Diurno **Aleph** via Ben Hur 71
- **Villa Aleph Struttura Residenziale** via dell'Auriga 160
- Centro Diurno **Arteteca MP** Via Janfolla 440 **Polo DGA Area Nord**
- Centro Diurno **Lilliput** Via dei Mosaici Lotto 0 **Polo DGA Area Est**
- Centro Diurno **Palomar** Via A. Manzoni 249

Le Strutture Intermedie realizzano attività e programmi di tipo socio-riabilitativo di accompagnamento per persone che consumano sostanze, giocatori d'azzardo, persone con misure alternative alla detenzione, che ne fanno richiesta diretta attraverso i servizi afferenti al Dipartimento. Promuovono, inoltre, interventi di coinvolgimento e di attivazione delle risorse e delle reti del territorio.

### UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE

#### UOC DIPENDENZE EST

- Ser.D 28 viale delle Resistenza 25
- Ser.D 30 Via Janfolla 446
- Ser.D 32 Via dei Mosaici Lotto 0
- Ser.D 33 Vico I Casanova 24

#### UOC DIPENDENZE NORD

- Ser.D 24 Via A. Manzoni 249
- Ser.D 27 Via Pansini c/o P.O. Cardarelli
- UOS Ser.D Area Penale C.C. Poggioreale e C.C. Secondigliano
- Progetto Quarto Piano C.C. Poggioreale

#### UOC DIPENDENZE OVEST

- Ser.D 25 via G. Marino/Sottopasso Claudio
- Ser.D 26 Via Canonico Scherillo 21
- Ser.D 29 Via Fontanelle 66
- Ser.D 31 Via Tarsia - P.O. Gesù e Maria

### SERVIZI SOVRADISTRETTUALI

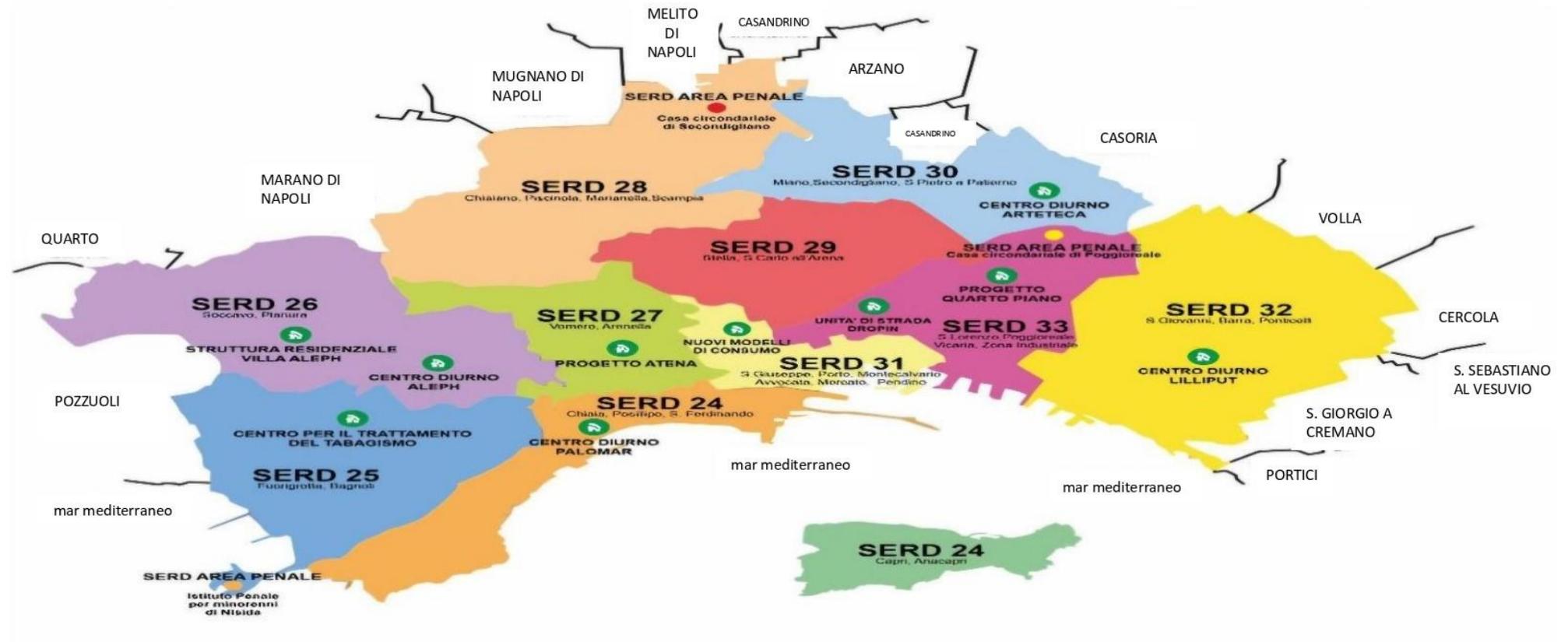
#### CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

#### PROGETTO ATENA PER IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

#### PROGETTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

**Fig. 2 Organizzazione Territoriale**

Fonte: Osservatorio Demetra, Dipartimento Dipendenze, ASL Napoli1 Centro



Si riportano di seguito le tabelle informative delle strutture dipartimentali per la presa in carico e la gestione dei pazienti con DGA:

- **U.O.C Dipendenze NORD** - Tel.081/2547681-82-53

E-mail [dipendenze.nord@asnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.nord@asnapoli1centro.it) - Pec [dipendenze.nord@pec.asnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.nord@pec.asnapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO Ser.D 24/73  (Chiaia Posillipo San Ferdinando Isola di Capri)	Via Manzoni, 249	Lun - Ven	8.00-15.30	0812547687-  7652	sert24@asnapoli1centro.it
UO Ser.D 27 - (Vomero Arenella)	Via Pansini c/o Ospedale Cardarelli	Lun - Ven	8.00-15.30	08125459773-  9775	sert.27@asnapoli1centro.it
UOS Ser.D Area Penale	C.C. Poggioreale  C.C. Secondigliano	7 giorni/7  7 giorni/7	8.00-15.30  8.00-15.30	0812542421/2417/9694  0812546492/6491/6360	serd.areapenale@asnapoli1centro.it
Progetto IV Piano	C.C. Poggioreale	Lun - Ven	8.00-15.30		serd.areapenale@asnapoli1centro.it

- **U.O.C Dipendenze EST** – Tel.081/2543917-27

E-mail [dipendenze.est@asnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.est@asnapoli1centro.it) - Pec [dipendenze.est@pec.asnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.est@pec.asnapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO Ser.D 28  (Scampia Marianella Chiaiano Piscinola)	Viale della Resistenza, 25	Lun- Ven	8.00-15.30	0812546509- 6571	serd.ds28@asnapoli1centro.it
UO Ser.D 30  (Miano Secondigliano San Pietro a Patierno)	Via Ianfolla, 446	Lun - Ven	8.00-15.30	0812546805-  6828-6824- 6812	uosert.ds30@asnapoli1centro.it
UO Ser.D 32  (San Giovanni Barra Ponticelli)	Via dei Mosaici, lotto 0	Lun- Ven	8.00- 20.00	0812543917- 3921-3927	sert.ds32@asnapoli1centro.it
UO Ser.D 33  (San Lorenzo Vicaria Poggioreale-ferrovia )	Vico I Casanova, 24	Lun - Ven	8.00-15.30	0812549256- 9244	sert.33@asnapoli1centro.it

- **U.O.C Dipendenze OVEST** - Tel.081/2542418-07

E-mail [\\_dipendenze.ovest@asnapoli1centro.it](mailto:_dipendenze.ovest@asnapoli1centro.it) - Pec [dipendenze.ovest@pec.asnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.ovest@pec.asnapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO SerD 25 Fuorigrotta Bagnoli	Via Giambattista Marino/Sottopasso Claudio(complesso La Piramide)	Lun - Ven	8.00- 15.30	081/2548119- 05-18-06-07	serd.ds25@asnapoli1centro.it
UO SerD 26 Soccavo Pianura	Via Canonico Scherillo, 21	Lun - Ven	8.00- 15.30	0812548428- 8426-8425	sert.ds26@asnapoli1centro.it
UO SerD 29 Colli Aminei San Carlo All'Arena Stella -Sanità	Via Fontanelle, 174	Lun - Ven	8.00- 15.30	0812545114- 5737	serd.ds29@asnapoli1centro.it
UO SerD 31 Avvocata Montecalvario Mercato Pendino San Giuseppe Porto	Via Tarsia – Presidio Ospedaliero Gesù e Maria	Lun - Ven	8.00- 15.30	0812542407- 2418-2420- 2423	sert.ds31@asnapoli1centro.it

- **U.O.S.D. Strutture Intermedie** E-mail [strutture.intermedie@asnapoli1centro.it](mailto:strutture.intermedie@asnapoli1centro.it) PEC [farmacodipendenze@pec.aslna1centro.it](mailto:farmacodipendenze@pec.aslna1centro.it) via Janfolla n. 446 Napoli (NA) Tel. 081/2546828 -05

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
Centro Diurno Arteteca	Via Janfolla n. 446 Napoli (NA) (U.O. SerD 30)	Lun - Ven	9.00- 17.00	0812546828 -05- 12	silvana.caruso@asnapoli1c entro.it
Centro Diurno Aleph	Via Ben Hur 71 Napoli	Lun - Ven	9.00- 17.00	0817677396	assunta.capriello@asnapoli1 centro.it
Villa Aleph	Via dell'Auriga 160 –Soccavo- Napoli	Sempre su moduli programmati	H24	0815888534	assunta.capriello@asnapoli1 centro.it
Centro Diurno Lilliput	Via dei Mosaici Lotto 0, Napoli  (U.O. SerD 32)	Lun - Ven	9.00- 17.00	0812543921	luigia.cappuccio@asnapoli1c entro.it
Centro Diurno Palomar	Via Alessandro Manzoni, 249, Napoli (U.O. SerD 24)	Lun - Ven	9.00- 17.00	0812547689/85	biancamaria.greco@asnapoli 1centro.it

- **U.O. S. D.- Nuovi Modelli di Consumo** - Telefono **081/2544671-4673-4674-4675**  
E-mail [modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it](mailto:modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it) PEC [uosd.nuovimodelli@pec.aslna1centro.it](mailto:uosd.nuovimodelli@pec.aslna1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
Spazio Emmeci	Sede in alta riservatezza si accede previo appuntamento telefonico o via e-mail	Lunedì - Venerdì	Mattina e pomeriggio orari flessibili	081/2544671-4673-4674-4675	<a href="mailto:modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it">modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it</a>
Unità Mobile Hybrid	Interventi territoriali di riduzione dei rischi nei contesti del divertimento	Sempre su programmazione	19.00 – 02.00		<a href="mailto:modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it">modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it</a>

- **U.O. S. D. – Unità di Strada** Tel. **081/2549307 – 081/2549304**

E-mail [unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it](mailto:unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it) PEC [unistradadipendenze@pec.aslna1centro.it](mailto:unistradadipendenze@pec.aslna1centro.it)

Via Postica alla Maddalena, 42 Napoli

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-Mail
Unità Mobile-UDS	itinerante	Lunedì - Venerdì	8.30-15.00		
<b>Drop-In</b> Struttura a Bassa Soglia per persone che usano droghe in esclusione sociale	Via Postica alla Maddalena n. 42	Lunedì- Venerdì	8.30-16.00	081/2549307-930404	<a href="mailto:unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it">unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it</a>

• **Spazi/Offerta dedicati al Disturbo da Gioco di Azzardo:**

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-Mail
U.U.O.O. Ser.D 24/33	Vedi Sopra	Vedi Sopra	Vedi Sopra	Vedi Sopra	Vedi Sopra
Polo DGA Area Est	Via dei Mosaici Lotto 0, Napoli c/o Centro Diurno "Lilliput" (U.O. Ser.D 32)	Lun - Ven	Lunedì, Giovedì:  8.30-19.30  Mart-Merc- Ven  08.30- 16.00	0812543916-  3453702356	<a href="mailto:luigia.cappuccio@asnapoli1centro.it">luigia.cappuccio@asnapoli1centro.it</a>  cdlilliput@libero.it
Polo DGA Area Nord	Via Janfolla n.  446 Napoli  c/o Centro Diurno "Aerteteca" (U.O. Ser.D 30)	Lun - Ven	9.00- 17.00	0812546828 - 05-12-  3775211321	<a href="mailto:silvana.caruso@asnapoli1centro.it">silvana.caruso@asnapoli1centro.it</a>
Progetto Atena - Spazio Sovradistrettuale	Via Belvedere, 113	Lunedì - Ven	Mattina e/o pomeriggio  previo appuntamento	Tel. Mobile:  3516432616  Fisso: 081 /2549907-9901- 9933-9941- 9937-9986-9951	<a href="mailto:atenaprogetto@asnapoli1centro.it">atenaprogetto@asnapoli1centro.it</a>  <a href="mailto:luigia.cappuccio@asnapoli1centro.it">luigia.cappuccio@asnapoli1centro.it</a>

**Centri per la Prevenzione e il Trattamento del Tabagismo**

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-Mail
c/o U.O. Ser.D 25  Fuorigrotta Bagnoli	Via Giambattista Marino/Sottopas so Claudio (complesso La Piramide)	Lun - Ven   Lun - Merc	8.30-13.00  previo appuntamento	0812548112  Num. Verde: 800278330	<a href="mailto:elvio.marcuccio@asnapoli1centro.it">elvio.marcuccio@asnapoli1centro.it</a>  serd.ds25@asnapoli1centro.it

**Progetti di Promozione della Salute**

PROGETTI	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-Mail
Divertimento garantito  'O SPA' Marea Unplugged	c/o Dipartimento Dipendenze ex O.P. "Leonardo Bianchi" Calata Capodichino n.230	In base alle attività progettuali	In base alle attività progettuali	081/2547681-82- 53	<a href="mailto:dip.dipendenze@asnapoli1centro.it">dip.dipendenze@asnapoli1centro.it</a>

### ***3. Scopo e campo di applicazione***

Il presente documento ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza per le persone che presentano problematiche di dipendenza da Gioco d'Azzardo, uniformando e ottimizzando il percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale per i giocatori patologici e i loro familiari, come delineato nelle sue varie componenti. Inoltre, intende fornire un supporto concreto agli operatori dei Ser.D e del Privato Sociale, attraverso la definizione di procedure operative mirate.

Lo scopo del PDTA D.G.A., dunque, è definire la presa in carico del paziente adulto e minore con DGA e di garantire un'assistenza efficiente, coordinata e omogenea in tutto il territorio di competenza della ASL Napoli 1 Centro.

Sulla base di quanto emerso dal tavolo di lavoro sul PDTA D.G.A., si individuano i tre principi ai quali i servizi per le Dipendenze si riferiranno per la valutazione, la diagnosi, la presa in carico e l'accompagnamento dei soggetti che presentano un D.G.A.: universalità, equità, solidarietà. Questi tre principi guida del nostro Servizio Sanitario Nazionale prevedono l'unitarietà dei livelli di assistenza su tutto il territorio, l'equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini e la solidarietà fiscale quale forma fondamentale di finanziamento del sistema. In particolare l'equità in salute è uno dei principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale italiano, in base al quale a tutti i cittadini e tutte le cittadine deve essere garantita parità di accesso ai servizi sanitari al fine di superare le disuguaglianze.

In tale ottica sarà, dunque, compito del Direttore del Dipartimento Dipendenze:

- seguire, facilitare e valutare in itinere il processo di attuazione del presente PDTA D.G.A. nei servizi, anche assicurando il proprio coinvolgimento diretto nelle questioni più complesse e nelle eventuali criticità che si potranno presentare;
- favorire incontri periodici tra i Responsabili delle UU.OO. Ser.D e delle altre strutture di servizio di riferimento, comprese le Strutture Intermedie, l'Unità di Strada, finalizzati all'analisi degli eventuali nodi problematici che si saranno evidenziati nel corso della collaborazione tra i Servizi afferenti al Dipartimento Dipendenze, alla verifica e valutazione comune delle esperienze di presa in carico ed accompagnamento degli utenti con D.G.A., alla individuazione di ipotesi di riadeguamento, implementazione e miglioramento dell'attuazione del PDTA D.G.A.;
- promuovere ed implementare il lavoro di collaborazione e di condivisione delle strategie cliniche e di servizio attraverso gruppi di lavoro per l'approfondimento di specifiche questioni e l'elaborazione di proposte relative alle diverse indicazioni e principi oggetto del PDTA D.G.A.;
- programmare ed implementare incontri ed iniziative di formazione e di aggiornamento comuni su tematiche di rilevanza clinica ed organizzativa tesi a migliorare le competenze professionali e le prassi di intervento nell'ambito di una cultura di garanzia dei diritti di cittadinanza;
- promuovere eventi pubblici di interesse culturale più ampio tesi a diffondere una cultura critica nei confronti dei processi di stigmatizzazione e di emarginazione culturale e sociale tra la popolazione ed a facilitare processi di partecipazione degli utenti e della cittadinanza alla vita dei servizi pubblici;

● coinvolgere in modo attivo le Agenzie e gli operatori del Terzo Settore impegnati nei diversi servizi e strutture di tutte le aree di attuazione del presente PDTA con particolare riferimento alle attività dei gruppi di lavoro ed alla programmazione e partecipazione alle attività di formazione e degli eventi pubblici. Gli obiettivi ultimi di questo PDTA sono quelli di realizzare una rete di tutte le forze in campo (Ser. D, UUOSSDD, Centro per il Trattamento del D.G.A.) le quali devono condividere le informazioni della presenza e dello stato di avanzamento della gestione dei pazienti con D.G.A. e adottare una strategia diagnostico – terapeutica – assistenziale integrata, comune e condivisa. Il PDTA D.G.A. si applica integralmente per tutti i pazienti in carico ai Servizi territoriali del Dipartimento Dipendenze.

I destinatari principali di questo documento sono:

- I pazienti
- I loro familiari
- Gli operatori dei servizi pubblici per le dipendenze e del privato sociale.

Altri soggetti potenzialmente interessati includono: amministratori pubblici, professionisti dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, operatori del sistema giudiziario, nonché gestori ed esercenti di giochi leciti, e tutte le figure che, a vario titolo, si occupano di gioco d'azzardo.

Infine, per i bisogni complessi degli utenti con D.G.A. (Senza Dimora), che non possono essere risolti esclusivamente con un PDTA D.G.A., si rimanda all'imminente elaborazione di PDTA specifico per i bisogni ad alta complessità di questo target di utenza. Attualmente la sola mancanza di alloggio non è sufficiente per definire una Persona come deprivata al punto di essere a rischio personale. La Persona Senza Dimora, ha delle caratteristiche che si possono definire peculiari, che la rendono fortemente a rischio espulsione dalle strutture preposte per il supporto sanitario. Congiuntamente a tale condizione è sicuramente degno di nota la condizione degli stranieri e i diritti legati alle modalità di accesso al SSN.

#### **4. Acronimi**

<b>❖ ACRONIMI</b>	
<b>A.O.U</b>	Azienda Ospedaliera Universitaria
<b>A.O.R.N.</b>	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
<b>AAMS</b>	Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato
<b>ADM</b>	Agenzia delle Dogane e dei Monopoli
<b>ANCI</b>	Associazione Nazionale Comuni italiani
<b>CNR</b>	Consiglio Nazionale delle Ricerche

<b>CUP</b>	Centro Unico di Prenotazione
<b>DGA</b>	Disturbo da Gioco d'Azzardo
<b>DSM</b>	Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali
<b>EBM</b>	<i>Evidence Based Medicine</i>
<b>EBHC</b>	<i>Evidence Based Health-Care</i>
<b>ESPAD</b>	<i>European School Survey Project on Alcohol and other Drugs</i>
<b>GRC</b>	Gestione Rischio Clinico
<b>ICD</b>	Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati
<b>IPSAD</b>	Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs
<b>LEA</b>	Livelli Essenziali di Assistenza
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale
<b>PLS</b>	Pediatri di Libera Scelta
<b>PDTA</b>	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
<b>PTI</b>	Percorso Terapeutico Individualizzato
<b>PTRI</b>	Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
<b>Ser.D</b>	Servizi per le Dipendenze
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>UDS</b>	Unità Mobile Di Strada
<b>UO</b>	Unità Operativa
<b>UOS</b>	Unità Operativa Semplice
<b>UOSD</b>	Unità Operativa Semplice Dipartimentale

## ***5. Riferimenti Normativi***

Il contrasto al mercato degli stupefacenti, focalizzato sulla salute individuale, si caratterizza a livello internazionale per la sua **plurioffensività**, in quanto orientato alla protezione di beni collettivi come l'ordine pubblico e la sicurezza sociale. In Italia, tali principi di tutela si concretizzano nel **Testo Unico in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope**, contenuto nel **D.P.R. 309/1990**, che regola le normative relative alla prevenzione, cura e riabilitazione della tossicodipendenza.

Il **D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990** è una legge organica composta da 136 articoli, che disciplina l'uso e la gestione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, e definisce un percorso di cura per le

persone dipendenti. L'articolo 120 del Decreto sancisce il diritto alle cure, affermando che chiunque faccia uso personale di sostanze stupefacenti può richiedere al Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze di essere sottoposto a diagnosi e a un programma terapeutico e socio-riabilitativo, senza incorrere in danni o svantaggi sociali.

Anche il DGA è stato riconosciuto dal legislatore nazionale come un problema di salute pubblica, con un primo accenno nella **Legge 220 del 13 dicembre 2010** (Legge di Stabilità 2011), che ha identificato la “**ludopatia**” come una dipendenza che richiede azioni specifiche di prevenzione, contrasto e recupero. In seguito, la **Legge 8 novembre 2012, n. 189** (Decreto Balduzzi) ha incluso il Gioco d'Azzardo Patologico nei LEA, sancendo l'obbligo di interventi mirati per il trattamento di questa dipendenza.

Nel 2014, la **Legge 23 dicembre 2014, n. 190** (Legge di Stabilità 2015) ha previsto il finanziamento di 50 milioni di euro annui a partire dal 2015, destinati alla **prevenzione, cura e riabilitazione** delle persone con dipendenza da gioco d'azzardo, come riconosciuto dall'OMS. Inoltre, la stessa legge ha disposto il trasferimento dell'**Osservatorio Nazionale sul Gioco d'Azzardo** al Ministero della Salute, per il monitoraggio e l'efficacia delle politiche di cura e prevenzione.

Il **Decreto Ministeriale 25 giugno 2015** ha quindi istituito l'**Osservatorio Nazionale per il Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico**, che si occupa di monitorare l'evoluzione del fenomeno e di aggiornare le linee di azione basate su evidenze scientifiche, al fine di garantire l'efficacia delle azioni terapeutiche. La **Legge 28 dicembre 2015, n. 208** (Legge di Stabilità 2016) ha ulteriormente rafforzato il sistema, creando un **Fondo per il Gioco d'Azzardo Patologico** destinato a sostenere azioni di prevenzione e cura, con una dotazione annuale di 50 milioni di euro.

Il contrasto al gioco d'azzardo patologico ha ricevuto un ulteriore impulso con il **Decreto Legge 12 luglio 2018 n. 87**, noto come **Decreto Dignità**, che ha introdotto il divieto assoluto di pubblicità e sponsorizzazioni relative a giochi con vincite in denaro, con l'obiettivo di limitare la promozione del gioco d'azzardo, anche in contesti indiretti come eventi sportivi e trasmissioni televisive.

In ambito regionale, la **Legge Regionale della Campania 2 marzo 2020 n. 2**, modificata il 24 giugno 2020 con la legge regionale n. 13, ha introdotto misure specifiche per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze da gioco con vincite in denaro. La legge ha previsto la regolamentazione della distanza degli esercizi di gioco da luoghi sensibili, il monitoraggio delle attività di gioco, e la creazione di un **Osservatorio Regionale sul DGA**, che coordina azioni di prevenzione e cura, promuovendo il supporto psicologico e sociale per le persone affette da dipendenza e per le loro famiglie.

Inoltre, è stato previsto l'**istituto di un numero verde regionale** per segnalazioni e richieste di aiuto, il quale dovrà essere affisso su tutte le apparecchiature da gioco e nei luoghi in cui si offre il gioco in concessione. La Regione, attraverso il **Servizio Sanitario Regionale**, svolge un ruolo centrale

nell'informazione e nella formazione degli operatori coinvolti, compresi gli esercenti, gli operatori sociali e sanitari, con l'obiettivo di sensibilizzare e garantire un intervento tempestivo e qualificato.

Più recentemente, il **Piano Regionale della Campania**, approvato il 29 agosto 2024 dal **Ministero della Salute**, ha stabilito il potenziamento dei **Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D)**, mirato al contrasto del disturbo da gioco d'azzardo attraverso azioni integrate di prevenzione, cura, riabilitazione e formazione degli operatori sanitari.

## ***6. Modalità operative***

Le modalità operative che seguiranno, rappresentate successivamente anche graficamente tramite dei diagrammi di flusso (*flow chart*, vedi pag.45), derivano dall'esperienza consolidata nei nostri Servizi e dalla riflessione, supportata anche dall'approccio *Evidence Based*, che evidenzia l'importanza di garantire risposte tempestive ai bisogni complessi di cura degli utenti, garantendo al contempo un'organizzazione dei Servizi efficiente e conforme agli standard. Questo approccio non solo assicura un'assistenza di qualità, ma diventa anche un catalizzatore di cambiamento, fiducia e cura per gli utenti.

### ***6.1 Accoglienza***

La fase di accoglienza rappresenta il primo contatto tra il giocatore, o il suo familiare, e il servizio, e richiede capacità di ascolto empatico, attenzione alle richieste esplicite e implicite, nonché alle specifiche caratteristiche del singolo utente o del caso. La qualità di questo incontro iniziale può influenzare in modo significativo l'evoluzione del percorso terapeutico successivo, sia in senso positivo che negativo.

Il primo contatto può avvenire in spazi appositamente dedicati, con orari ampi e adattati alle esigenze lavorative degli utenti, oppure all'interno degli ambienti dei Ser.D, garantendo il rispetto della riservatezza. È anche possibile l'accesso alle strutture sovradistrettuali, dislocate in tre punti della città: Polo DGA area Est (Lilliput), Polo DGA area Nord (Arteteca) e Polo DGA Centro (Progetto Atena).

L'accesso al servizio è diretto, sia per il giocatore che per i familiari, e può avvenire con o senza appuntamento, anche telefonico. Non sono previste liste di attesa.

Al momento del primo accesso, inizia immediatamente la fase di accoglienza. Un operatore dell'équipe multidisciplinare (medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore o operatore del Privato Sociale) compila la scheda di primo contatto, raccoglie e analizza la domanda dell'utente o della sua famiglia, acquisisce informazioni socio-anagrafiche e registra i dettagli dei documenti sanitari. Nei casi specifici, si rileva anche chi è il soggetto inviante, per garantire una maggiore continuità nell'intervento terapeutico.

Successivamente, viene condotto un colloquio di orientamento, con la partecipazione del giocatore, del familiare e/o di entrambi. Questo colloquio permette un'esplorazione più approfondita della situazione della persona e dei suoi bisogni, e offre informazioni dettagliate sui servizi dedicati al trattamento del DGA, sull'organizzazione e sul percorso diagnostico-terapeutico proposto.

## **6.2 Assessment Multidimensionale**

La valutazione diagnostica multidimensionale, o *assessment*, è un processo complesso che include lo screening, la valutazione e le attività diagnostiche. Fondamentale in questo approccio è l'integrazione delle competenze di diverse figure professionali all'interno dell'équipe multidisciplinare, con l'obiettivo di ottenere una visione completa della situazione del paziente. L'*assessment* si articola attraverso colloqui individuali, familiari e l'utilizzo di strumenti diagnostici specifici, puntando a raggiungere i seguenti obiettivi clinici:

- Stabilire un'alleanza terapeutica con il paziente e/o i familiari;
- Comprendere appieno i bisogni e le risorse della persona, nonché della sua rete relazionale;
- Valutare in dettaglio il problema del gioco d'azzardo e il suo livello di gravità;
- Identificare la presenza di eventuali disturbi o patologie concomitanti;
- Fornire informazioni cliniche utili alla pianificazione di un programma terapeutico individualizzato (PTI);
- Creare riferimenti per il monitoraggio continuo del trattamento e il *follow-up*.

Per raggiungere questi obiettivi, l'*assessment* si articola nelle seguenti fasi operative:

1. **Raccolta anamnestica:** una raccolta di informazioni generali e specifiche relative al disturbo da gioco d'azzardo.
2. **Analisi del comportamento di gioco:** valutazione del comportamento attuale di gioco e rilevazione dell'indice di gravità, con riferimento alla classificazione del DSM-5 e l'uso di specifici strumenti di *screening* e valutazione.
3. **Analisi dei fattori di vulnerabilità e resilienza:** esame delle risorse e dei punti di forza del paziente e delle dinamiche familiari.
4. **Ricostruzione della storia del comportamento di gioco:** analisi delle esperienze e dei pattern di gioco d'azzardo nel tempo.
5. **Verifica dell'impatto del gioco:** valutazione degli effetti del gioco d'azzardo sul funzionamento individuale, familiare e sociale.
6. **Valutazione del sistema familiare:** analisi del funzionamento e delle dinamiche familiari.
7. **Valutazione delle risorse relazionali:** esplorazione delle risorse sociali e di supporto a disposizione del paziente.
8. **Identificazione di eventi traumatici e comportamenti violenti:** rilevazione di esperienze traumatiche o comportamenti aggressivi correlati.

9. **Analisi delle abilità socio-lavorative e situazione economica:** valutazione delle competenze socio-lavorative, delle difficoltà economiche e della presenza di eventuali debiti o problematiche legali.
10. **Valutazione delle distorsioni cognitive e delle credenze irrazionali:** esame delle convinzioni disfunzionali e della loro flessibilità nel modificarsi, con l'uso di *checklist* o questionari standardizzati.
11. **Motivazione al cambiamento:** valutazione della disponibilità e motivazione del paziente a intraprendere il percorso terapeutico.
12. **Identificazione di altre dipendenze:** rilevazione di eventuali disturbi da dipendenza concomitanti o pregressi.
13. **Comorbilità:** valutazione di eventuali comorbilità fisiche o psichiche.
14. **Storia clinica:** valutazione di eventuali patologie 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.

L'*assessment* multidimensionale può coinvolgere anche un familiare o una figura significativa, qualora sia disponibile e con il consenso dell'utente. Questo approccio consente una valutazione completa e personalizzata, finalizzata a un intervento terapeutico mirato e integrato.

### 6.2.1 La Valutazione Diagnostica

La valutazione diagnostica multidimensionale si associa alla compilazione della cartella clinica, che ne dovrà contenere tutti gli elementi costitutivi<sup>4</sup>.

La valutazione diagnostica -già attivata durante la fase di accoglienza- si basa su una valutazione multidisciplinare integrata, comprendendo il colloquio individuale, familiare e altri strumenti di valutazione psicometrica.

- Inquadramento diagnostico del disturbo da gioco d'azzardo applicando i criteri indicati dal DSM-5/DSM-5-TR:
- 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

<sup>4</sup> A tal proposito, è stata redatta dal Dipartimento Dipendenze una cartella apposita con la quale il clinico è in grado di tracciare gli elementi costitutivi del Disturbo da Gioco D'azzardo secondo i più aggiornati modelli di riferimento nosografici e clinici.

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) 26 - 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 risollevarne situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo

- B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale.
- C. 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.

## **- Il Modello Patogenetico**

Il Modello Patogenetico (MP) di Blaszczynski e Nower (2002) ha l'obiettivo di integrare i fondamentali fattori di rischio di DGA secondo un'ottica trans-teorica e bio-psico-sociale. Esso delinea tre differenti percorsi patogenetici e, di conseguenza, descrive tre corrispondenti tipologie di giocatori problematici (Blaszczynski, 2000).

I tre percorsi hanno una radice comune rappresentata dalla esposizione al gioco d'azzardo e dalla emersione dei fenomeni cognitivi e comportamentali costitutivi dell'abitudine all'azzardo. Da questa radice si diparte una linea evolutiva di base sulla quale potranno innestarsi fattori complicanti di natura biologica e/o psicologica.

Il modello distingue tre sottogruppi di giocatori:

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.

Un secondo sottogruppo di giocatori 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 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.

Di seguito una tabella sintetica dei sottogruppi:

**Sottogruppi di Blaszczynski, Nower (2002).**

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

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

**Tipo III** - Giocatori impulsivi antisociali: → Condizionamento e schemi cognitivi distorti → Predisposizione biologica all'impulsività anche al di fuori del contesto di gioco → Bassi livelli di funzionamento generale e/o comportamenti antisociali → Gravità elevata, prognosi severa → Bassa motivazione e compliance → Risposta scarsa anche a trattamenti a lungo termine → Difficoltà a mantenere l'astinenza.

**- Strumenti di valutazione:**

1) Colloquio clinico

Il **colloquio clinico** è una tecnica di osservazione e di studio del comportamento umano per raccogliere informazioni (fine diagnostico), motivare (fine terapeutico), ed informare (orientamento). Rispetto all'intervista, all'anamnesi ed all'esame psichiatrico, la caratteristica principale del colloquio clinico è quella dello studio e dell'utilizzo del comportamento globale del paziente all'interno di una relazione: "il processo mediante il quale i clinici pervengono alla comprensione del paziente necessaria a prendere delle decisioni consapevoli" (Korchin, 1976).

È importante sottolineare che dei vari strumenti di cui ci si può avvalere nel processo di valutazione clinica, il colloquio si delinea come il più importante e completo, l'unico che permetta di cogliere la complessità del paziente all'interno di una prospettiva nuova e significativa: la relazione umana con il clinico. Il clinico esperto sa attingere informazioni preziose non solo dal contenuto esplicito delle risposte, ma anche da una più generale capacità di ascolto e di osservazione del comportamento, oltre che dalla consapevolezza delle emozioni evocate in lui dall'incontro con il paziente.

## 2) Questionari e Interviste strutturate:

Si elencano alcuni degli strumenti più utilizzati per un inquadramento psicodiagnostico e clinico multidimensionale delle condotte di gioco d'azzardo:

- GPQ - *Gambling Pathways Questionnaire* (Nower & Blaszczynski, 2022): l'approfondimento scientifico, l'esperienza clinica e il lavoro sul campo hanno permesso di comprendere che l'estrema eterogeneità del DGA in termini di avvio, sviluppo e manifestazioni comportamentali, richiede che il paziente sia sottoposto ad un inquadramento più complesso e a percorsi di cura differenziati. Il GPQ contribuisce a rispondere a questa necessità e individua tre tipologie di giocatori patologici. La sua finalità più importante è fornire indicazioni sia ai clinici che ai pazienti circa i fattori eziologici individuali e su come questi si manifestano progressivamente fino alla comparsa del Disturbo da Gioco d'Azzardo;
- CPGI - *Canadian Problem Gambling Index* (Ferris & Wynne 2001) adattato e validato a livello nazionale (Colasante et al. 2013)<sup>5</sup>;
- GABS - *Gambling Attitudes and Belieft Survey* (Breen & Zuckerman 1999 trad. it. Capitanucci & Carlevaro 2004);
- UPPS - *Impulsive Behavior Scale* (Whiteside & Lynam, 2001), BIS-11 - *Barratt Impulsiveness Scale* (Barratt, 1994);
- SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised* (Derogatis, 1994).

A seconda delle esigenze di approfondimento, ci si può avvalere di altri strumenti testologici sia di più ampio spettro che più specifici.

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. Si restituiscono al paziente informazioni sulla diagnosi. In questa fase si tende al consolidamento dell'alleanza terapeutica, si individuano insieme al paziente e ai suoi familiari i primi obiettivi verso cui indirizzare il programma terapeutico e gli interventi indicati in base ai rilievi emersi dalla valutazione. Tale fase clinica potrà concludersi quindi con l'accettazione del PTI da parte del paziente, ovvero con la sua presa in carico terapeutica, e dei familiari o persona significativa, oppure con la non presa in carico.

<sup>5</sup> Il CPGI nasce sotto la spinta a superare alcuni problemi derivati dall'uso del South Oaks Gambling Screen-SOGS di Lesieur & Blume (1987) nelle ricerche epidemiologiche sulla popolazione generale. Il SOGS è probabilmente il questionario più conosciuto e utilizzato nella clinica del disturbo da gioco d'azzardo. Ispirato ai criteri della terza edizione del Manuale Diagnostico Statistico (DSM-III e III-R), era stato sviluppato per supportare i clinici nella diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico. Successivamente il SOGS è stato impiegato anche in ricerche epidemiologiche nella popolazione generale, sia adulta che adolescente. In questi casi però si evidenziava che esso tendeva a sovrastimare significativamente i dati di prevalenza, e inoltre si mostrava per varie ragioni inadatto allo studio della popolazione adolescente.

Nel tentativo di superare questi problemi, i ricercatori canadesi Ferris e Wynne (2001) svilupparono un nuovo questionario, il Canadian Problem Gambling Index-CPGI, a partire da una visione più olistica in grado di leggere meglio il fenomeno del gioco d'azzardo problematico (GP) nel contesto sociale. Quindi gli Autori non guardarono al GP da un punto di vista unicamente clinico, in termini di comportamenti e cognizioni della persona, bensì come fenomeno a valenza sociale, costituito sia dai comportamenti che dalle conseguenze dannose per l'individuo e per il suo ambiente. Sulla base di tale concezione ne è risultato un questionario di 31 item, 9 dei quali ricevono un punteggio atto a misurare la prevalenza del gioco problematico nella popolazione, mentre i rimanenti 22 item rappresentano degli indicatori di coinvolgimento del soggetto nell'azzardo, in grado di arricchire la descrizione e consentire di individuare differenti profili di giocatore d'azzardo. Si tratta quindi di un questionario originariamente non destinato alla clinica e che non individua una diagnosi, bensì un livello di problematicità. In questo senso era obiettivo degli Autori che gli item del CPGI riuscissero a intercettare anche quei giocatori d'azzardo che non rispondono al profilo prototipico del paziente in carico ai servizi.

### **6.3 Il Trattamento**

Con il Decreto Balduzzi del 2012 e con l'aumento della domanda di aiuto dei giocatori relativa al gioco d'azzardo, è maturata l'esigenza di strutturare percorsi specifici dedicati alle persone che hanno un problema di gioco d'azzardo.

Le evidenze teoriche, unite all'esperienza realizzata sul campo, suggeriscono che, data la complessità del fenomeno in oggetto, non è possibile intervenire sul comportamento di gioco d'azzardo problematico focalizzando l'attenzione su un unico ambito, ma è necessario costruire interventi che agiscano su più livelli: i fattori che spingono la persona ad assumere un comportamento di gioco problematico, così come le conseguenze che scaturiscono da tale comportamento, sono da considerarsi come la risultante dell'interazione di variabili legate alla persona (*Set*), al contesto (*Setting*) e alla tipologia di gioco d'azzardo (*Gambling*). Tale teorizzazione affonda le sue radici nel modello di Zinberg (1984), che nasce all'interno dello studio del fenomeno del consumo delle sostanze e che, a nostro avviso, può essere utilizzato anche per l'interpretazione e la comprensione del fenomeno del gioco d'azzardo.

Da tale premessa teorica, ne consegue che il trattamento del DGA richiede un approccio personalizzato e multidisciplinare che tenga conto delle diverse dimensioni coinvolte: individuali, familiari, sociali ed economiche. I servizi, quindi, sono orientati ad accogliere il giocatore, i suoi familiari ed eventuali figure di riferimento, che sono individuate come possibile supporto al percorso terapeutico.

Avvalendosi di un'équipe multidisciplinare composta da diverse figure professionali (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori e consulenti legali), sulla base della valutazione diagnostica multidimensionale, il programma terapeutico prevede interventi che agiscano su tutti e tre i livelli, favorendone un'integrazione.

Pertanto, oltre alla presa in carico medica, psicologica e sociale, il percorso offre: gruppi di supporto psicologico rivolti ai giocatori, gruppi di supporto psicologico rivolti ai familiari, colloqui di tutoraggio economico e finanziario, colloqui di orientamento al lavoro, colloqui di mediazione familiare, orientamento alla consulenza legale, laboratori di psicoeducazione, percorsi trattamentali del Centro Diurno, interventi di sensibilizzazione del fenomeno del gioco d'azzardo nelle diverse realtà territoriali.

La peculiarità del modello di intervento proposto dai servizi sta nel fatto che si realizza un'offerta complessa articolata in più interventi, flessibile e sostenibile, in quanto permette ai soggetti di mantenere un percorso terapeutico in integrazione con le loro attività di vita quotidiana.

Nel sistema dei servizi della Asl Napoli 1 Centro del Dipartimento Dipendenze, la persona con problemi di gioco d'azzardo può rivolgersi a tutti gli ambulatori Ser.D e ad alcune realtà specifiche dedicate ai giocatori: il Polo Area Nord presso il Centro diurno Arteteca, il Polo Area Est presso il Centro Diurno Lilliput, lo Spazio sovradistrettuale Progetto Atena.

Successivamente alla fase di accoglienza e valutazione diagnostica, in base ai bisogni emersi e alle risorse possibili, viene definito, in accordo con il soggetto, un PTI.

L'esistenza di alcuni servizi specifici risponde all'esigenza di offrire spazi protetti, con orari differenziati e protratti, e con attività specialistiche e integrative, con l'obiettivo di offrire programmi più strutturati e complessi. In questi spazi, gestiti da operatori del settore pubblico e del privato sociale, è possibile ampliare l'offerta del percorso terapeutico garantendo attività diversificate sia sul piano terapeutico-riabilitativo sia sul piano sociale.

#### Obiettivi del percorso di cura:

- Promozione dell'autoregolazione della persona rispetto al comportamento di gioco problematico che si traduce in un controllo totale/parziale:
  - della frequenza e della durata del tempo dedicato al gioco d'azzardo
  - della quantità di denaro utilizzato per l'azzardo
- Consapevolizzazione e rielaborazione del significato della sintomatologia DGA all'interno dell'economia psichica e della storia di vita del soggetto
- Promozione di strategie di gestione dello stress: focalizzazione di fattori di rischio e di protezione
- Promuovere nuove strategie di *coping* al fine di migliorare le dinamiche relazionali socio-familiari del giocatore d'azzardo
- Migliorare il livello di autonomia personale, sociale e delle risorse di rete dei giocatori
- Evidenziare i danni economici e legali eventualmente conseguiti alla condotta di gioco disfunzionale per promuovere possibili percorsi di fronteggiamento (orientamento)
- Migliorare la qualità della vita del giocatore e dei significativi coinvolti.

Il trattamento si articola in una serie di interventi specifici e complementari adeguati al bisogno del giocatore, **non necessariamente consequenziali** e proposti a seconda di quanto emerso dalla valutazione clinico-diagnostica:

- **trattamenti rivolti al giocatore:**
  - colloqui motivazionali,
  - colloqui di sostegno psicologico
  - psicoterapia individuale
  - trattamenti farmacologici e colloqui di monitoraggio associati
  - gruppi di supporto psicologico
  - interventi effettuati per forme di *addiction* concomitanti e/o per patologie psichiatriche concomitanti
  - psicoeducazione individuale e di gruppo
  - tutoraggio economico e finanziario (strategie di gestione economica)
  - interventi di supporto sociale (es., bilancio di competenze, orientamento al lavoro, percorsi di formazione professionale)
  - collegamento e accompagnamento alla rete sociale

- orientamento verso programmi residenziali o semiresidenziali limitatamente alle situazioni e per il tempo in cui si valuti clinicamente appropriato.

• **trattamenti rivolti ai familiari o altre figure di riferimento:**

- interventi di sostegno psicologico e di psicoterapia
- colloqui di supporto educativo
- gruppi di sostegno psicologico
- psicoeducazione individuale e di gruppo
- tutoraggio economico e finanziario

Periodicamente sono previsti incontri giocatore/altro significativo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi concordati.

### **6.3.1 Psicoeducazione**

La Psicoeducazione si configura come un intervento breve, individuale/familiare o di gruppo, proposto nella fase successiva alla valutazione diagnostica, rivolto sia ai giocatori che ai loro familiari. L'obiettivo è quello di fornire informazioni sul complesso fenomeno del gioco d'azzardo e riflettere sulle variabili che intervengono nel determinare un comportamento problematico.

Obiettivi generali del lavoro di Psicoeducazione:

- consente di accrescere la consapevolezza del problema, alimentando la motivazione e favorendo l'aggancio al trattamento successivo.
- favorisce l'identificazione delle strategie di coping disfunzionali che autoalimentano il comportamento problematico del giocatore e del familiare.

#### Psicoeducazione Individuale/familiare

L'intervento si svolge con il giocatore e i suoi familiari di riferimento, quando presenti. Ha una durata predefinita che varia dai 2 e i 4 incontri, nei quali l'educatore esperto o lo psicologo, fornisce informazioni e promuove una riflessione sulle tematiche sopra descritte, rileggendole nel qui ed ora dello specifico nucleo familiare.

#### Psicoeducazione di gruppo

Oltre alla psicoeducazione individuale/familiare viene proposto anche un intervento di gruppo. La dimensione gruppale, rappresenta un elemento innovativo in quanto:

- Permette l'esperienza di condivisione di particolari stati emotivi (rabbia, senso di colpa, senso di impotenza, tradimento, sfiducia), attraverso l'ascolto dell'altro che svolge un'importante funzione di rispecchiamento e di alleviamento dell'ansia (funzione catartica).
- Facilita e predispone al riconoscimento, sia degli stimoli target interni ed esterni che innescano il desiderio di giocare, sia dei *bias* cognitivi più comuni all'esperienza dei giocatori.

Gli interventi di gruppo facilitano le prese in carico per il servizio e garantiscono una riduzione dei costi in termini di risorse umane.

#### Articolazione dell'intervento di gruppo:

La Psicoeducazione di gruppo è strutturata in 5 incontri. Nei primi due, giocatori e familiari sono suddivisi in due gruppi diversi, mentre negli ultimi tre si riuniscono in un unico gruppo.

Gli spazi rivolti ai soli giocatori e ai soli familiari sono finalizzati a favorire un primo livello di narrazione della propria esperienza, sia nel ruolo di giocatore che in quello di familiare. Nel definire che cos'è l'azzardo emerge spesso la dicotomia tra il gioco d'azzardo come vizio e il gioco d'azzardo come patologia. Ci si sofferma, inoltre, sui *bias* cognitivi e fattori di rischio e protezione che possono determinare una perdita di controllo.

Il terzo incontro, che vede riuniti i gruppi di giocatori e familiari, fornisce informazioni sul ruolo giocato dal contesto, inteso sia come luoghi di gioco (fisici e online), sia come norme culturali e sociali che influenzano il fenomeno.

Il quarto incontro ha come obiettivo quello di fornire ai partecipanti degli stimoli utili a riconoscere e comunicare i propri stati d'animo e le proprie emozioni (alfabetizzazione emotiva), rimodulando la narrazione legata al gioco d'azzardo e il disturbo ad esso associato.

Il quinto e ultimo incontro propone un'attività laboratoriale: attraverso la sperimentazione di varie tipologie di giochi, familiari e giocatori si confrontano con le dinamiche legate al piacere attivate dallo spazio ludico. Quest'ultima attività risulta particolarmente significativa per i familiari che sperimentano in prima persona le funzioni di svago e regolazione degli stati d'animo.

#### **6.3.2 Tutoraggio Economico-Finanziario**

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. In alcuni casi è necessario prevedere misure per la "messa in sicurezza" in relazione a eventuali fenomeni di usura.

I giocatori, infatti, presentano spesso una difficoltà nella gestione delle proprie risorse economiche. In molti casi, dall'anamnesi psicologica emerge un atteggiamento di continua ricerca di soldi o la tendenza a effettuare spese eccessive, mostrando esigenze superiori alle proprie possibilità economiche, in una logica del "tutto e subito" comune alle problematiche di dipendenza. Spesso il rapporto con il denaro diventa oggetto di analisi e di discussione, in quanto la persona si ritrova a vivere una condizione in cui i soldi perdono completamente valore: cento euro o mille euro sono considerati alla stessa stregua.

I problemi nel rapporto con il denaro:

- possono essere presenti ancor prima che si sviluppi un comportamento di gioco problematico, quando la persona non riesce a gestire le proprie risorse economiche;

- possono essere successivi allo sviluppo di un comportamento di gioco problematico o acuirsi nel contesto stesso, attraverso il fenomeno del *chasing* (bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per recuperare i debiti o per raggiungere l'eccitazione desiderata).

Il tutoraggio prevede la partecipazione di tre figure:

- l'educatore;
- il giocatore;
- il familiare (o una persona in cui il giocatore ripone fiducia)<sup>6</sup>.

La pratica del tutoraggio è condotta da un educatore formato ad hoc che fa parte di un'équipe multidisciplinare. In una fase iniziale, quando l'équipe valuta la necessità di tale intervento, l'educatore incontra la famiglia con cadenza settimanale, per definire gli obiettivi e monitorare il processo di gestione economica. Successivamente, attraverso la valutazione dei traguardi raggiunti, l'educatore può decidere insieme alla famiglia di ridurre il numero degli incontri mensili, in una prospettiva che vede il nucleo familiare sempre più autonomo nella gestione finanziaria.

A seconda della situazione in cui il paziente si trova, il tutoraggio può lavorare su due macro-obiettivi:

- co-costruzione di un piano di rientro economico per il risanamento dei debiti;
- riorganizzazione della gestione economica individuale e familiare, strutturando una riflessione su eventuali ruoli e dinamiche disfunzionali intrinseche alla famiglia sulla gestione economica.

In riferimento al primo obiettivo, questo passaggio è necessario, in quanto la situazione debitoria rappresenta la maggiore fonte di ansia per il giocatore e per la famiglia e, se non viene affrontata, da un lato non predispone il giocatore a concentrarsi su un percorso di cura, dall'altro può diventare uno stimolo esterno che potrebbe determinare una ricaduta.

Il familiare, coinvolto nella co-costruzione del piano di risanamento dei debiti, agisce una funzione di controllo finalizzata al raggiungimento dell'autonomia del giocatore, che, partecipando al processo decisionale, è stimolato a recuperare gradualmente un proprio ruolo attivo nella gestione economica. In quest'ottica, si evita il rischio che la famiglia, estromettendo il giocatore da ogni responsabilità, si accoli tutto il carico di questo processo, assumendo una funzione solo riparatoria. Infatti, il recupero dei debiti, che deve essere condiviso e accettato in famiglia, deve acquisire all'interno del tutoraggio una valenza trasformativa, non riducendosi esclusivamente a una copertura dei debiti fine a sé stessa, che potrebbe essere addirittura controproducente.

---

<sup>6</sup> Nei casi particolari in cui il giocatore non ha alcun familiare/altro significativo presente si può offrire un percorso di tutoraggio individuale adattato alle esigenze.

Se la famiglia, o chi per essa, è disponibile a risolvere nell'immediato e in prima persona i debiti, rischia di colludere con l'idea magica del "tutto e subito" e di rafforzare nel giocatore la credenza che "in un modo o nell'altro la soluzione si trova sempre". Risulta lampante come tale condizione, per un giocatore che si trova in una fase di contemplazione rispetto al cambiamento (Prochaska e Di Clemente, 1984), potrebbe ripristinare uno stato di tranquillità e di falso equilibrio. Al contrario, compito dell'educatore è quello di accompagnare l'organizzazione di un piano di rientro debitorio, concreto e aderente alla realtà, in cui il giocatore assuma un ruolo primario nella risoluzione del problema. Vanno, per questo motivo, individuate: le reali possibilità di pagamento del debito, le risorse e le strategie (economiche e non) che il giocatore può mettere in atto, i tempi per la realizzazione del rientro e le eventuali conseguenze che il piano avrà sull'economia della famiglia.

In relazione al secondo obiettivo, anche in assenza di situazioni debitorie, il tutoraggio svolge una funzione di supporto al giocatore e al sistema familiare, soprattutto in quelle situazioni di conflitto legate alle scelte economiche e al budget di cui la famiglia dispone. L'obiettivo è di accompagnare il sistema familiare a recuperare un metodo razionale di gestione del proprio denaro (Fiorin e Bellio, 2014). Il percorso con l'educatore, in tal senso, aiuta il nucleo familiare a sviluppare una comunicazione più fluida, a riflettere sui ruoli di gestione economica assunti all'interno della famiglia e a condividere i bisogni economici di tutti i membri, focalizzandosi sulle priorità e le possibilità concrete.

La co-costruzione di un piano di rientro economico per il risanamento dei debiti prevede:

- la quantificazione della situazione debitoria:  
far emergere la storia debitoria del giocatore (debiti pregressi e attuali), le fonti e i canali deiprestiti ricevuti per giocare (banche, finanziarie, usurai, amici, parenti, ecc.) e aiutare a comunicare tale condizione al nucleo familiare;
- la scelta di un familiare o di una persona significativa che faccia da "tutor economico":  
il piano di rientro può funzionare a patto che il giocatore ridimensioni in maniera significativa il comportamento di gioco d'azzardo e il conseguente impegno economico che esso comporta. Al giocatore si consiglia di affidare le proprie carte bancomat e di credito al familiare designato, il quale si occuperà, temporaneamente, di gestire ogni pagamento;
- la negoziazione di un piano di rientro:  
carta, penna e calcolatrice alla mano, il giocatore e il familiare predispongono un piano finanziario che, nel tempo, possa portare a risanare la situazione economica. In base alla gravità dell'impegno debitorio, può essere necessario rivolgersi a un consulente specializzato - un commercialista o un legale. In alcuni casi, infatti, la perdita di controllo sul comportamento di gioco e il fenomeno del *chasing* possono portare il giocatore patologico e la sua famiglia a contrarre una situazione debitoria significativa. In tali circostanze può essere necessario un orientamento del giocatore e/o del nucleo familiare verso una consulenza legale favorendo collaborazioni con associazioni di tutela economica che accompagnino le persone nell'attivazione di procedure di esdebitamento economico e

di percorsi antiusura (es.: centri antiusura). Nella maggior parte dei casi, tuttavia, è sufficiente trovare degli accordi bonari con i creditori.

La riorganizzazione della gestione economica individuale e familiare consiste nel:

- verificare le spese del giocatore (utilizzando anche uno strumento apposito, per es. un quaderno di registrazione), definendo, quando possibile, un budget giornaliero/settimane/mensile da gestire autonomamente;
- restituire al giocatore la responsabilità di partecipare attivamente alle decisioni rispetto all'utilizzo dell'intero budget familiare, favorendo il confronto dei membri della famiglia e incoraggiando una gestione condivisa;
- sostenere il giocatore nella ricerca di interessi e di attività di piacere alternative al gioco d'azzardo.

Lo strumento del tutoraggio, perseguendo gli obiettivi sopracitati, contribuisce a realizzare un miglioramento del clima familiare, riducendo il livello di conflittualità e favorendo lo sviluppo di modalità di comunicazione più funzionali tra i membri. Questo intervento si configura come un vero e proprio sostegno al giocatore e alla famiglia e diventa una buona pratica che favorisce la ritenzione in trattamento.

### **6.3.3 Psicoterapia rivolta al giocatore**

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

#### **Obiettivi generali**

Il percorso di psicoterapia è finalizzato:

- alla comprensione e alla rielaborazione del sintomo nell'economia psichica del soggetto;
- alla comprensione delle dinamiche legate alla dipendenza;
- al riconoscimento e alla gestione dei fattori di rischio e di protezione rispetto alla condotta di gioco e alla individuazione delle risorse interne ed esterne a cui la persona può fare riferimento;
- all'individuazione e al riconoscimento di idee e/o convinzioni irrazionali che contribuiscono e predispongono alla perdita di controllo;
- alla focalizzazione e rielaborazione degli aspetti emotivi e delle dinamiche relazionali che contraddistinguono il funzionamento del soggetto;
- al percorso di crescita e di cambiamento del soggetto, che contribuiscono al miglioramento della sua qualità di vita.

#### **6.3.4 I Gruppi dedicati ai giocatori problematici**

Nell'ambito del trattamento, **il gruppo di sostegno psicologico e/o psicoterapico** rivolto ai giocatori d'azzardo problematici, costituisce uno strumento d'elezione per la sua efficacia ai fini terapeutici e per l'ottimizzazione delle risorse professionali che esso consente. È uno strumento che facilita la condivisione delle esperienze, promuovendo il supporto reciproco tra i partecipanti, e l'individuazione di strategie di autoregolazione rispetto al comportamento di gioco d'azzardo. Il confronto, la coesione e il rispecchiamento possibile nel gruppo favoriscono il lavoro di riconoscimento e rielaborazione delle dinamiche legate alla dipendenza. Il contenitore grupppale, promuovendo una metacomunicazione sull'esperienza di cura, ne restituisce il senso, ridefinendo, di volta in volta, la domanda terapeutica.

Presso i Poli e all'interno dello spazio Progetto Atena, l'intervento di gruppo si configura come di seguito.

Viene proposto un gruppo per giocatori d'azzardo che ha una cadenza settimanale della durata di un'ora e mezza ed è condotto da uno psicologo e un educatore. Il gruppo lavora su due macro-aree, quella cognitiva e quella emotivo-relazionale.

Rispetto alla dimensione cognitiva, l'intervento di gruppo si concentra su tutti quei fattori che in letteratura (Blaszczynski e Nower, 2002) vengono riconosciuti come elementi trasversali che determinano il processo di perdita di controllo nelle diverse tipologie di giocatori problematici. Pertanto, il lavoro terapeutico si focalizza:

- sulla presa di consapevolezza dei processi di condizionamento classico e operante;
- sull'individuazione degli stimoli interni ed esterni che sollecitano il *craving*;
- sul riconoscimento dei *bias* cognitivi specifici legati al gioco d'azzardo (illusione di controllo, *overconfidence*, *self-serving bias* etc..).

Parallelamente, rispetto alla dimensione emotiva-relazionale, i conduttori:

- aiutano i partecipanti a riconoscere le modalità relazionali riproposte nel qui ed ora, utili ad attivare un processo di riflessione sulle dinamiche di interazione agite nei propri contesti di vita;
- facilitano il riconoscimento e l'espressione delle emozioni;
- lavorano sull'*empowerment* della persona, anche attraverso il potenziamento dell'autostima.

#### **6.3.5 I Gruppi dedicati ai familiari:**

Un gruppo di supporto psicologico per familiari di persone con disturbo da gioco d'azzardo può essere un'importante risorsa di accompagnamento al percorso di intervento. Questi gruppi offrono uno spazio sicuro dove i familiari possono condividere le loro esperienze, emozioni e preoccupazioni, ricevendo anche informazioni utili su come gestire le fasi critiche. Gli incontri si svolgono con

cadenza regolare, sotto forma di sessioni di gruppo guidate da almeno due terapeuti, generalmente con cadenza quindicinale.

Regole del *setting* gruppale:

- Essere aperti e onesti: La condivisione sincera può essere molto terapeutica.
- Rispetto reciproco: Ogni esperienza è unica e merita rispetto.
- Non sentirsi obbligati a parlare: È perfettamente normale ascoltare e riflettere.
- Impegno e apertura: Essere disposti a condividere e ascoltare.
- Rispetto per la *privacy*: Mantenere la riservatezza delle esperienze condivise nel gruppo.
- Flessibilità: Essere pronti a imparare e adattarsi alle esigenze del gruppo.

Obiettivi:

1. **Supporto emotivo:** Offrire spazi di ascolto e sostegno emotivo favorendo un “ambiente” dove i partecipanti si sentano compresi e accolti. Creare una “mente di gruppo” che faciliti il supporto tra i membri e la possibilità di elaborare la sensazione di trovarsi soli ad affrontare la crisi.
2. **Condivisione di esperienze:** Permettere ai membri di condividere storie personali e strategie di *coping*. Offrire uno spazio dove i familiari possono esprimere le proprie emozioni e ricevere supporto da altri che vivono situazioni simili.
3. **Informazione:** Approfondire il lavoro di riconoscimento relativo ai meccanismi e alle caratteristiche del disturbo da gioco e ai fattori di rischio e protezione. Aiutare i familiari a identificare le risorse disponibili.
4. **Sviluppo di strategie di coping:** aiutare i familiari ad elaborare e gestire i propri sentimenti e a focalizzare nuove modalità più funzionali di interazione familiare.

**Metodologia di Intervento:**

- Discussioni guidate su temi specifici, come la gestione della rabbia o il perdono
- **Sviluppo di empatia:** Comprendere meglio il comportamento del proprio familiare e le sue difficoltà attraverso *role-playing*
- Esercizi di autoconsapevolezza e rilassamento
- Momenti di riflessione di gruppo
- **Promozione di una modalità di comunicazione** utile a migliorare le relazioni all'interno della famiglia
- **Pianificazione di interventi** atti a sperimentare le nuove modalità di gestione apprese per verificarne l'efficacia nella relazione con il familiare e nel promuovere il cambiamento.

### 6.3.6 Le terapie farmacologiche

A oggi non esistono terapie psicofarmacologiche specifiche per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo approvate ufficialmente ma ne è invece indicata la prescrizione per agire sull'eventuale sintomatologia psicopatologica presente come ansia, deflessione del tono dell'umore, irritabilità, discontrollo degli impulsi, ideazione dominante, pensieri ossessivi.

- **Il trattamento di eventuali disturbi psichiatrici o da *addiction* concomitanti**

Spesso i sintomi rilevati soddisfano i criteri per un disturbo psichiatrico, pertanto, se in fase di assessment si sospetta l'eventuale presenza di comorbidità psichiatrica o anche un'ulteriore forma di *addiction*, il programma terapeutico individuale va integrato con richiesta di consulenza ai servizi sanitari deputati, che valuteranno l'eventuale possibilità di specifico trattamento. Ciascun servizio coinvolto nel programma terapeutico individuale entra a far parte del gruppo di lavoro sul caso con un proprio operatore referente.

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; tali farmaci potrebbero favorire comportamenti compulsivi anche rispetto al gioco d'azzardo ("Sindrome da Disregolazione Dopaminergica" - Avanzi, Cabrini 2014).

- **Agopuntura – Neuroauricoloterapia**

L'agopuntura e la neuroauricoloterapia rappresentano una proposta terapeutica innovativa, di supporto al percorso di cura, che ha dimostrato essere efficace e scevra di effetti indesiderati. L'agopuntura e in particolare la neuroauricoloterapia, che si effettua sugli orecchi mediante infissione di aghi o con applicazioni puntiformi di azoto liquido, hanno un'azione diretta sui circuiti cerebrali e sui neurotrasmettitori, incidendo così sia sul *craving* che sulla sintomatologia che accompagna e, a volte, caratterizza il disturbo da gioco d'azzardo, così come riportato nella classificazione di Blaszczynski e Nower (2002). Le sedute terapeutiche vengono effettuate in contesto ambulatoriale ma, per quanto riguarda la Neuroauricoloterapia e alcune tecniche di agopuntura come la cosiddetta "*scalp acupuncture*", che non necessitano di un setting particolare, possono essere effettuate anche durante le sedute di terapia di gruppo, favorendo, in questo caso, una maggiore partecipazione e aderenza alla terapia.

Nella ASL Napoli 1 centro è attivo il Progetto "DaYing", un Progetto di Agopuntura per la cura delle dipendenze, dedicato all'utenza di tutte le articolazioni del Dipartimento Dipendenze, a cui ci si può riferire per un'eventuale richiesta di trattamento.

### **6.3.7 Gli interventi di accompagnamento educativo al giocatore e alla famiglia**

Tali interventi, condotti da un educatore, si configurano come uno spazio di ascolto che si pone l'obiettivo principale di facilitare una comunicazione più aperta e costruttiva tra il giocatore e il suo familiare di riferimento, riducendo il livello di conflittualità e migliorando la coesione e le capacità di adattamento del nucleo familiare. Si possono proporre colloqui con cadenza quindicinale a cui partecipano il giocatore e il nucleo familiare. Vengono utilizzate le tecniche dell'ascolto empatico e del *problem solving*. Inoltre, tali incontri si rivelano essere efficaci per monitorare l'andamento del percorso terapeutico e per l'eventuale ridefinizione degli obiettivi del programma.

### **6.3.8 Bilancio delle Competenze**

Il bilancio di competenze è un percorso di orientamento formativo/professionale volto a promuovere una riflessione su se stessi e sulla fase di vita evidenziando le proprie attitudini, abilità, interessi e potenzialità spesso sconosciute al soggetto stesso.

L'utente è guidato da un tutor, ma è protagonista delle proprie scelte e del proprio progetto di vita.

Il bilancio di competenze è uno strumento che mira alla strutturazione di progetti personalizzati rivolti all'utenza, delle capacità della persona, che oltre a fornire una fotografia aggiornata permette di sviluppare un maggiore senso critico e di autostima.

Metodologia:

#### Fase 1

- Colloquio accoglienza: conoscenza del percorso
- Somministrazione di questionari e test di autovalutazione (numero di incontri variabili)
- Colloquio di confronto sui test di autovalutazione
- Colloquio di restituzione per l'analisi dei documenti di bilancio

#### Fase 2

- Ricerca di enti formatori e progetti sul territorio
- Scelta dell'utente sul percorso formativo volto alla ricollocazione lavorativa

Aree d'intervento:

- Esperienza scolastica e formazione
- Esperienze professionali e non
- Familiare e socio relazionale
- Benessere fisico e psicologico
- Lavoro
- Autovalutazione (autostima, abilità, limiti, etc.)
- Vissuto della storia personale

### **6.3.9 Gli interventi residenziali e semiresidenziali**

In alcuni casi la complessità e la gravità del quadro clinico, che si manifestano in itinere, sono tali che può essere valutata la opportunità di un trattamento di tipo residenziale e/o semiresidenziale. Nella Asl Napoli 1 Centro, per i programmi semiresidenziali o per effettuare dei brevi periodi di time out vengono utilizzati i Centri Diurni e il residenziale della U.O.S.D. Strutture Intermedie del Dipartimento Dipendenze.

Questi interventi risultano essere parti integranti del programma terapeutico personalizzato, complementari al percorso ambulatoriale del paziente e dei suoi familiari.

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.

### **6.4 Monitoraggio e verifica**

L'efficacia del programma terapeutico viene monitorata e verificata almeno con cadenza trimestrale dall'inizio del programma stesso attraverso colloqui congiunti tra i vari operatori dell'èquipe multidisciplinare, il giocatore e gli eventuali significativi coinvolti nel percorso.

L'esito della verifica viene discusso nelle riunioni di équipe con eventuale ridefinizione degli obiettivi inerenti il percorso terapeutico.

Utile follow-up testistico, in particolare attraverso il GPQ.

### **6.5 Durata del trattamento e conclusione**

La durata del percorso terapeutico può variare a causa della complessità clinica presentata, della motivazione e della partecipazione del giocatore e della famiglia.

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.

### **6.6 Follow-up**

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

### **6.7 Gli interventi di Promozione della Salute**

In Italia, il fenomeno del Gioco d'Azzardo continua a manifestarsi in maniera massiccia e rilevante. Vista la grossa diffusione del fenomeno trasversale a tutte le fasce d'età, è fondamentale attivare interventi che coinvolgano tutti i livelli della prevenzione, universale, indicata, selettiva e ambientale.

I dati dell'ADM (2020) rilevano che, per quanto riguarda il numero di punti vendita per "giochi numerici a totalizzatore", "lotterie" e "lotto", la Regione Campania, insieme al Lazio e alla Lombardia, detiene la quantità maggiore di numero di punti vendita.

Il proliferarsi del gioco online introduce nuovi fattori di rischio e nuove dinamiche di gioco a cui gli operatori dei servizi sono chiamati a rispondere. Nella fase conclusiva dell'Azione 1 del Progetto

Porre<sup>7</sup> già nel 2017 sono stati mappati 705 esercizi commerciali registrati nella città di Napoli (dati ADM). Le conclusioni finali della ricerca in oggetto evidenziano come il gioco d'azzardo a Napoli emerga come fenomeno di regolazione comunitaria. Pertanto, si legittima un punto di vista e una modalità di intervento che non tratti solo la patologia del singolo soggetto, ma che individui anche strumenti operativi di intervento comunitario, promuovendo e intensificando le collaborazioni con le differenti agenzie del territorio (Municipalità, Polizia di Stato, Parrocchie, Associazioni culturali, ecc.) che possano intervenire sui *setting* istituzionali e non. Di conseguenza, il Dipartimento delle Dipendenze della ASL Napoli 1 Centro, a fianco ad un'offerta di cura e di presa in carico, si pone l'obiettivo di mantenere una linea di azione in direzione degli interventi sulla prevenzione e sulla diffusione di una cultura del fenomeno Gioco d'Azzardo, finalizzata all'*empowerment* delle strategie di autocontrollo. Tale proposta da implementare è inserita negli obiettivi di un'organizzazione dei Ser.D e dei Poli DGA.

Le azioni di prevenzione da poter attuare rispetto al fenomeno sono molteplici e differenziate, in riferimento a strategie e strumenti da utilizzare e in relazione ai diversi target da raggiungere. La complessità degli interventi di promozione del benessere nella popolazione, finalizzati al contenimento dei comportamenti di dipendenza, richiede un lavoro a tappeto nelle varie aree del territorio cittadino. È, inoltre, necessaria l'integrazione, attraverso accordi di collaborazione, con le associazioni no profit più accreditate del territorio cittadino e con le Municipalità del Comune di Napoli.

Le azioni di prevenzione sono così suddivise:

- prevenzione universale, rivolta a tutta la popolazione. Attraverso la diffusione di materiale informativo, sia cartaceo che multimediale, i cittadini verranno orientati e informati sul fenomeno del Gioco d'Azzardo e sui servizi di cura a cui rivolgersi;
- prevenzione selettiva, rivolta a un target di pre-adolescenti/adolescenti, da realizzare nelle scuole e nei luoghi di aggregazione.

In linea con tali forme di prevenzione, nell'ambito del progetto "Divertimento garantito" (progetto di promozione della salute promosso dal Dipartimento delle Dipendenze, Asl Napoli 1 Centro), è previsto un incontro informativo sul fenomeno del gioco d'azzardo. L'incontro è suddiviso in due momenti: in una prima parte, dopo un confronto con gli studenti attraverso cui è possibile farsi un'idea della loro rappresentazione del fenomeno, vengono fornite informazioni sul gioco d'azzardo (definizione; fattori di rischio e fattori di protezione); in una seconda parte, a seguito di un iniziale momento di discussione sui fattori di rischio e protezione legati all'azzardo, gli studenti partecipano a un'attività laboratoriale finalizzata alla produzione di materiale informativo privilegiando i canali comunicativi più vicini al target (meme, video, giochi di ruolo interattivi...)

---

<sup>7</sup> Ricerca effettuata dal Dipartimento delle Dipendenze della ASL NAPOLI 1 CENTRO, in collaborazione con l'Università degli Studi di Napoli Federico II, nell'ambito del Progetto "A che gioco giochiamo 2"

Su richiesta della scuola, è possibile prevedere un ulteriore incontro di approfondimento, che si focalizza sui *bias* cognitivi e sulle caratteristiche e il funzionamento dei giochi d'azzardo.

- prevenzione indicata, rivolta:
  - \* ai cittadini che iniziano ad assumere comportamenti di gioco d'azzardo problematico (attraverso attività di tutoraggio finanziario, orientamento lavorativo, tirocini formativi ecc.);
  - \* ai gestori di sale gioco con offerta formativa *ad hoc*;
  - \* agli operatori dei servizi sanitari e del privato sociale, al fine di ampliare le conoscenze funzionali alle strategie di intervento del fenomeno della città di Napoli;
  
- prevenzione ambientale: nell'ottica di promuovere una regolamentazione dell'offerta di gioco d'azzardo, fisico e online, è auspicabile, oltre alla partecipazione all'Osservatorio Regionale, riproporre la costituzione di un tavolo di discussione che veda impegnate le differenti figure istituzionali, deputate al monitoraggio e al controllo della diffusione del fenomeno del gioco d'azzardo.

Tipo di prevenzione	Target principale	Specifiche	Macro indicatori di rischio	Condizioni incrementanti il rischio	Principali Obiettivi delle azioni di prevenzione
<b>Universale</b>	Tutti i soggetti	si rivolge alla totalità della popolazione; è orientata principalmente verso aspetti preventivi informativi generali attraverso raccomandazioni di base, tese a comunicare i rischi e i pericoli legati al gioco d'azzardo al possibile sviluppo della dipendenza.	Assenza di informazioni preventive di base fruibili	Alta presenza di pubblicità o occasioni di gioco	Comunicazione ed informazione generale sulla pericolosità gioco e sulle bassissime probabilità di vincita dei rischi connessi Appoggia, favorisce e struttura interventi orientati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute, rivolti a tutta la popolazione.
<b>Indicata</b>	Soggetti che <b>hanno giocato d'azzardo e giocano ancora in modo "sperimentale" e discontinuo</b> ma in assenza di dipendenza	Soggetti che giocano occasionalmente e/o periodicamente sostanze (es. weekend gamblers) in una fase iniziale ma con un rischio evolutivo verso forme di gioco problematico o forme di dipendenza	Precoce gioco Comparsa di disturbi dell'umore Cambiamenti comportamentali ed abitudinari Calo del rendimento scolastico Alterazione del ritmo sonno veglia Alterazione della abitudini alimentari	Pregressi disturbi comportamentali o dell'attenzione Povertà, Ambiente sociale problematico, Alta offerta di gioco, Famiglia problematica, Gruppo sociale dei pari a rischio (gioco d'azzardo diffuso), Eventi stressanti Bassa presenza di interventi preventivi	Individuazione precoce dell'uso e corretta gestione in famiglia e a scuola <b>(Early detection and Early intervention → gioco patologico)</b> Diagnosi precoce della possibile dipendenza Riduzione del rischio evolutivo Supporto educativo alla famiglia
<b>Selettiva</b>	Soggetti che <b>non hanno ancora giocato d'azzardo</b> ma che presentano un rischio specifico di malattia superiore alla media, legato alla presenza di fattori individuali e/o ambientali	Soggetti che presentano disturbi comportamentali o dell'attenzione (fatt. di vulnerabilità individuale che comportano un rischio incrementale di sviluppo di percorsi evolutivi verso l'addiction se giocheranno d'azzardo	Insuccessi scolastici Aggressività Difficoltà relazionali Iperattività Deficit cognitivi Figli di genitori giocatori d'azzardo	Povertà Ambiente sociale problematico Alta offerta di occasioni di gioco d'azzardo Famiglia problematica con basso controllo parentale Bassa presenza di interventi preventivi Eventi stressanti	Individuazione precoce dei disturbi e dei fattori di rischio e corretta gestione in famiglia e a scuola <b>(Early detection and Early intervention → fatt. rischio)</b> Supporto educativo alla famiglia
<b>Ambientale</b>	Tutti i soggetti, le amministrazioni, gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione	Si tratta di creare una coerenza comunicativa e di comportamento preventivo anti gioco d'azzardo in tutti gli ambienti che il giovane frequenta e vive	Assenza di campagne e programmi preventivi ufficiali strutturati, coordinati e coerenti tra loro	Incoerenza dei messaggi e delle azioni nei vari ambienti e nelle azioni delle varie amministrazioni ed organizzazioni di riferimento del giovane (stato, regione, comune, scuola, società, ecc.)	Rendere coerenti i messaggi, le azioni e le caratteristiche ambientali (a vari livelli) con le strategie anti gioco d'azzardo

Tabella tratta da G. Serpelloni, 2013.



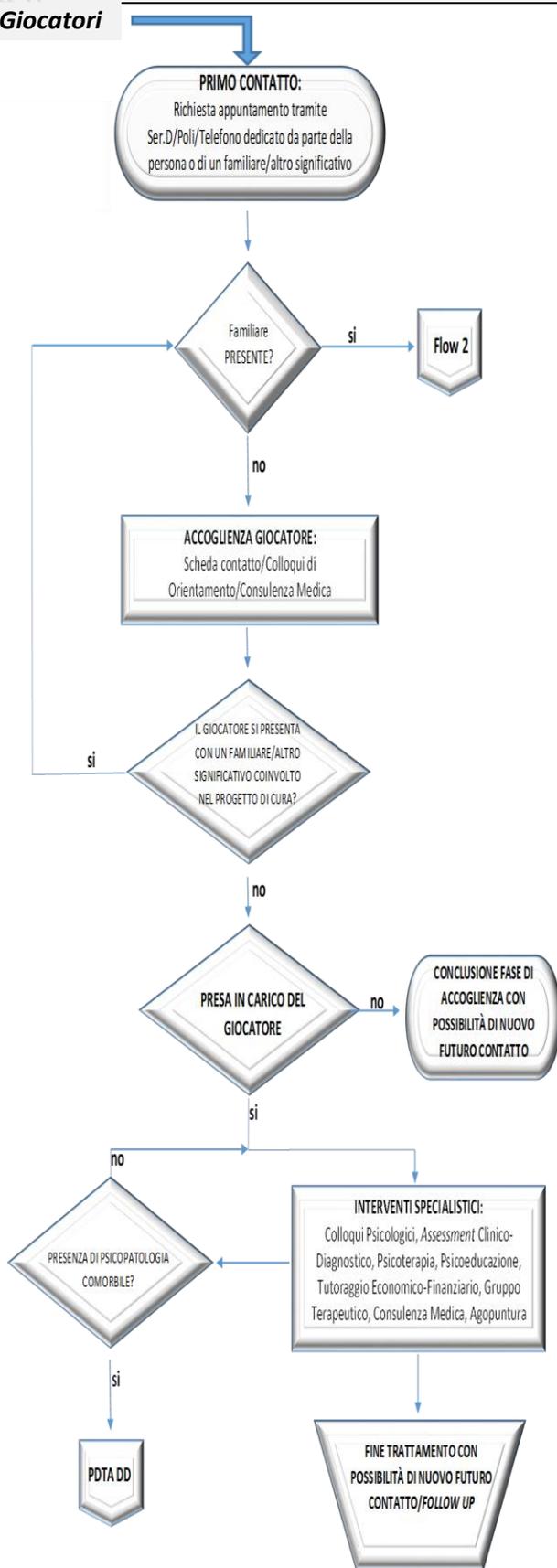
# Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PDTA-D.G.A.  
REV. 00  
Ed. 06/2025

## PRESA IN CARICO E GESTIONE DEI PAZIENTI CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (D.G.A.)

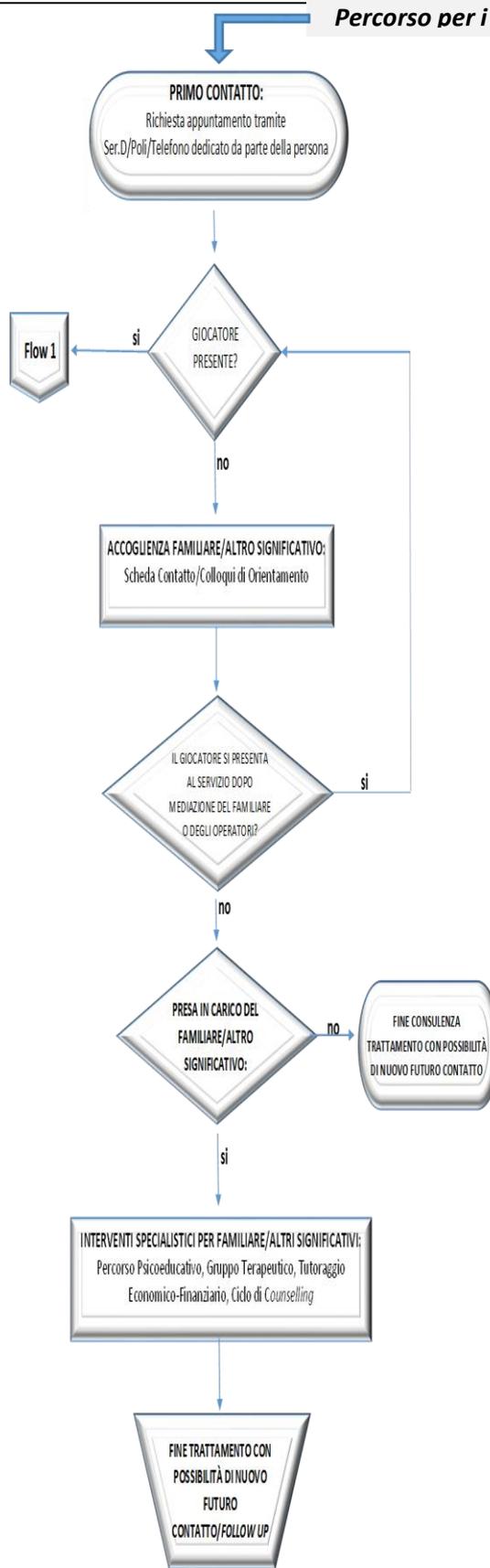
PDTA DGA  
Flow Chart 1:

Percorso per i Giocatori



PDTA DGA  
Flow Chart 2:

Percorso per i Familiari



## ***7. Matrice delle Responsabilità***

<b>RESPONSABILITÀ</b>  <b>ATTIVITÀ</b>	<b>Assistente Sociale</b>	<b>Educatore Professionale</b>	<b>Infermiere Professionale</b>	<b>Medico</b>	<b>Psicologo/Psicoterapeuta</b>	<b>Operatore Privato Sociale (Poli DGA, ATENA)</b>
<b>Accoglienza</b>	R	R	R	R	R	R
<b>Assessment</b>	R	R	R	R	R	R
<b>Progetto Terapeutico</b>	R	R	R	R	R	R
<b>Psicoeducazione</b>	I	R	I	I	R	R
<b>Colloqui Psicologici/Psicoterapia Individuale</b>	I	I	I	I	R	I
<b>Gruppo dedicato ai giocatori</b>	I	C	C	I	R	C
<b>Gruppo dedicato ai familiari</b>	I	C	C	I	R	C
<b>Consulenza Medica</b>	I	I	C	R	I	I
<b>Agopuntura/ Neuroauricoloterapia</b>	I	I	C	R	I	I
<b>Tutoraggio Economico</b>	I	R	I	I	I	R
<b>Contatto per l'orientamento legale</b>	R	R	I	I	R	R
<b>Bilancio delle Competenze</b>	I	I	I	I	I	R
<b>Monitoraggio e Verifiche del Percorso</b>	C	R	I	I	R	R
<b>Follow Up</b>	C	R	I	I	R	R
<b>Attività di Promozione alla Salute/Formazione</b>	R	R	R	R	R	R

RESPONSABILITÀ ATTIVITÀ	Direttore Dipartimento Dipendenze	Direttore U.O.C.: -Dip. Nord -Dip. Est -Dip. Ovest	Referente Responsabile U.O. Ser.D	IOCR Infermiere UU.OO. Ser.D	Sociologo UU.OO. Ser.D	U.O.C. G.R.C.
<b>Diffusione PDTA DGA</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>			
<b>Vigilanza sulla corretta applicazione del PDTA DGA</b>		<b>R</b>	<b>R</b>			
<b>Organizzazione Percorsi Formativi/Informativi</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>			<b>I</b>
<b>Raccolta e analisi dei dati semestrali e trasmissione al dipartimento</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	
<b>Monitoraggio e valutazione percorso</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
<b>Elaborazione annuale del report</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	

*Legenda:*

**R:** responsabile **C:** collabora **I:** informato

## **8. Formazione**

Relativamente alla formazione degli operatori, è essenziale garantire un aggiornamento continuo e sistematico, sia per gli operatori dei **Ser.D** che per quelli del **privato sociale**, al fine di rispondere adeguatamente alle crescenti esigenze legate al **DGA**.

A tal fine, si riconosce la necessità di una **formazione articolata su tre livelli**, pensata per rispondere alle diverse competenze e necessità degli operatori coinvolti:

1. **Primo livello:** Formazione di base rivolta a tutti gli operatori dei Ser.D e del privato sociale, con l'obiettivo di sensibilizzarli sulle problematiche legate al gioco d'azzardo patologico. Questo livello si propone di fornire una visione generale del fenomeno, evidenziando i suoi rischi e le problematiche sociali, sanitarie ed economiche ad esso correlate.
2. **Secondo livello:** Approfondimento rivolto a quegli operatori che da tempo sono impegnati nell'assistenza e nella cura delle persone con disturbo da gioco d'azzardo e dei loro familiari. Questa formazione mira a perfezionare le competenze specifiche, offrendo strumenti teorico-

pratici per una gestione più efficace del paziente e per un approccio integrato con i familiari e la rete territoriale.

3. **Terzo livello:** Formazione per operatori di **altre istituzioni**, come le **Forze dell'Ordine**, i **Servizi Sociali** del territorio, le **associazioni antiusura**, le **Misericordie** e altri soggetti che lavorano a stretto contatto con persone vulnerabili. L'obiettivo di questo livello è promuovere la costituzione di **gruppi locali interistituzionali** sul disturbo da gioco d'azzardo, rafforzando la rete di supporto e il coordinamento tra istituzioni pubbliche e private, per favorire azioni programmate di prevenzione, cura e sostegno alla persona con disturbo da gioco d'azzardo e ai suoi familiari.

In ogni caso, si ritiene che la formazione rappresenti uno strumento **indispensabile** per favorire lo scambio di conoscenze e buone pratiche a livello regionale, nonché per fornire agli operatori le competenze di base necessarie per una valutazione adeguata del disturbo da gioco d'azzardo. Inoltre, la formazione contribuirà a migliorare l'integrazione tra i vari soggetti coinvolti nel trattamento e nel supporto delle persone portatrici di questa dipendenza.

Il **gruppo di lavoro** che ha redatto il documento relativo al "**PDTA Gestione del Paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo**" si occuperà di presentare il percorso agli **operatori interessati**. La **responsabilità dell'organizzazione dei percorsi formativi e informativi** sarà affidata al **Direttore del Dipartimento delle Dipendenze**, che coordinerà le attività per garantire una formazione omogenea e di qualità, che risponda alle esigenze specifiche di ogni livello e di ogni categoria di operatori coinvolti.

## ***9. Diffusione***

Il presente documento, unitamente alla delibera di adozione, è disponibile sul portale aziendale nella sezione **Intranet**, alla pagina dedicata alla "**Gestione del Rischio Clinico e PDTA**"- "**PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI**"

- **Regione Campania**, Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale
- **Direttore del Dipartimento Dipendenze**, che provvederà a diffondere il documento ai Direttori/Responsabili delle **UU.OO.** coinvolte nell'applicazione del percorso, assicurando una diffusione capillare tra gli operatori
- **Direttore del Dipartimento Attività Ospedaliera**, che, a sua volta, invierà il documento ai Direttori/Responsabili delle **UU.OO.** pertinenti, garantendo una distribuzione capillare tra gli operatori
- **Direttore Dipartimento Salute Mentale** e per suo tramite ai Direttori/Responsabili delle **UU.OO.** interessate all'applicazione del percorso con diffusione capillare agli operatori
- **Direttore U.O.C. Attività Assistenza Primaria**, che provvederà alla diffusione del documento alle strutture coinvolte nell'applicazione del percorso e alla condivisione con i

**Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli specialisti ambulatoriali, nell'ambito del comitato ex art. 13**

- **Al Direttore U.O.C. Coordinamento attività sociosanitarie** per la diffusione capillare agli operatori
- **Direzione Generale A.O.U. Federico II**
- **Direzione Generale A.O.R.N. Santobono-Pausilipon**
- **Al Direttore U.O.C. Flussi Informativi, Analisi e monitoraggio LEA e P.N.E., CUP e Liste d'attesa.**

### ***10. Monitoraggio e Valutazione***

Come illustrato nella Matrice delle Responsabilità, il Sociologo del Servizio, in collaborazione con il coordinatore infermieristico, è responsabile della raccolta dei dati afferenti alla U.O. Ser.D.

Il Direttore del Dipartimento Dipendenze è responsabile del monitoraggio periodico del percorso e dell'elaborazione del report annuale; i Direttori delle UU.OO.CC. e i Referenti Dirigenti dei Ser.D sono responsabili di vigilare la corretta applicazione del presente PDTA DGA.

Per verificare l'appropriatezza del percorso, evidenziare eventuali aree di miglioramento e apportare gli adeguamenti necessari, sono stati definiti gli indicatori – di processo e di esito- di seguito riportati. Questi permetteranno di valutare l'efficienza e la riproducibilità dell'attivazione del PDTA-DGA nei servizi:

<b>Indicatori di PROCESSO:</b>	<b>FONTE del DATO</b>
N° di riunioni di équipe multiprofessionali PDTA DGA effettuate per ciascun paziente ogni 6 mesi/ N° totale di riunioni programmate	Verbale Equipe Multiprofessionali
N° di pazienti arruolati nel percorso dall'équipe multiprofessionale / N° totale di pazienti valutati con rischio sviluppo DGA	Allegato 1 - Scheda Accoglienza Allegato 2 - Cartella Clinica

<b>Indicatori di ESITO:</b>	<b>FONTE del DATO</b>
N° di eventi critici (ricadute/altro) nel corso di 6 mesi dalla presa in carico nel percorso PDTA DGA/ N° totale di pazienti inseriti nel percorso PDTA DGA	Allegato 2 - Cartella clinica
N° di pazienti che abbandona il PTI a 6 mesi/ N° totale di pazienti inseriti nel percorso PDTA DGA	Allegato 2 - Cartella Clinica

## **11. Revisione**

Le presenti linee di indirizzo saranno oggetto di un continuo monitoraggio per verificarne l'efficace applicazione e valutare i risultati ottenuti. Qualora emergano necessità di modifiche, saranno effettuati opportuni aggiustamenti al fine di migliorare il processo.

Il documento sarà inoltre revisionato periodicamente, in corrispondenza con l'emergere di nuove evidenze scientifiche che possano richiedere modifiche sostanziali o aggiornamenti.

## **12. Bibliografia**

1. Agenzia Dogane e Monopoli (ADM). (2020). Dati sul numero di punti vendita per giochi numerici a totalizzatore, lotterie e lotto in Italia, con riferimento alla Regione Campania, Lazio e Lombardia.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
4. Barratt, E. S. (1994). Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). In *Advances in Psychological Assessment*, 7, 159–170.
5. Bastiani, L., Ferris, J., & Wynne, H. (2013). Problem gambling and its relationship with sociodemographic characteristics in Italy. [Studio ESPAD® 2017-2018]. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.
6. Bastiani, L., Ferris, J., & Wynne, H. (2015). The increasing prevalence of problematic gambling among young adults: Results from the 2013-2014 IPSAD survey. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.
7. Blaszczynski, A. (2000). "The psychological treatment of problem gambling." *Journal of Gambling Studies*, 16(1), 51-65.
8. Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). "A pathways model of problem and pathological gambling." *Addiction*, 97(5), 487-499.
9. Breen, R. B., & Zuckerman, M. (1999). Gambling Attitudes and Belief Survey (GABS).
10. Capitanucci, D., & Carlevaro, M. (2004). Traduzione italiana di Gambling Attitudes and Belief Survey (GABS).
11. V. Caretti, G. Craparo, A. Schimmenti (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche *Noos* 14(2):107-116.
12. Colasante, E., Miele, A., & Marino, M. (2013). Validation of the Canadian Problem Gambling Index (CPGI) in Italy. *Journal of Gambling Studies*, 29(4), 573–587. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9364-1>
13. Colasante, T., Laforgia, A., Sferrazza, D., Satta, G., Palmieri, A., Bravaccio, C., & Cipollini, M. (2013). Adattamento e validazione del Canadian Problem Gambling Index (CPGI) a livello nazionale.
14. Custer, R. L. (1984). Gambling and its impact on families. *Journal of Gambling Behavior*, 1(4), 81-88.
15. Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised. Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
16. Dipartimento delle Dipendenze, ASL Napoli 1 Centro. (2020). "Linee di intervento per la prevenzione e la cura del gioco d'azzardo patologico".

17. Fiorin, G., & Bellio, M. (2014). *La gestione economica familiare nei percorsi di recupero dal gioco d'azzardo patologico*. Roma: Franco Angeli.
18. Ferris, J., & Wynne, H. (2001). Canadian Problem Gambling Index (CPGI).
19. Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2010). The neurobiology of gambling disorder and other behavioral addictions. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 757-776.
20. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. (2017-2018). *Studio ESPAD® 2017-2018: Gioco d'azzardo e comportamenti correlati tra i giovani*. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.
21. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. (2024). *Comportamenti digitali tra i giovani italiani: Videogiochi e social media*. Studio ESPAD®, relazione annuale. Recuperato da [www.espad.it](http://www.espad.it).
22. IPSAD® Italia. (2017-2018). Prevalenza del gioco d'azzardo patologico e problematico nella popolazione italiana di età 15-64 anni. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.
23. Korchin, S. J. (1976). *The psychodiagnostic interview: A clinical approach*. New York: Wiley-Interscience.
24. Ministero della Salute (Italia). (2020). "Linee guida per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico".
25. Molinaro, S. (2019, 5 aprile). Giornata congressuale "Addiction First". Presentazione dello studio ESPAD®2018, Napoli, Italia.
26. Molinaro, S., & Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. (2020). *GAPS #iorestoacasa: Il cambiamento dei comportamenti di gioco durante il lockdown*. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. Recuperato da [www.cnr.it](http://www.cnr.it).
27. Nower, L., & Blaszczynski, A. (2022). Gambling Pathways Questionnaire (GPQ).
28. Picone, P. (2010). Trattamenti psicoterapeutici per il disturbo da gioco d'azzardo. In G. Monti (a cura di), *La cura delle dipendenze* (pp. 175-189). Milano: Franco Angeli.
29. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). The Transtheoretical Model of Behavior Change. *Journal of Substance Abuse*, 2(4), 355-365.
30. Progetto Porre. (2017). "Mappatura del fenomeno del gioco d'azzardo a Napoli". Dati ADM.
31. Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The UPPS Impulsive Behavior Scale: Measuring five personality pathways to impulsive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 1041-1057.
32. Serpelloni, G. (2013). *Gioco d'azzardo problematico e patologico: Inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*. [Editore/ISBN se disponibile].
33. Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.

### **12.1 Sitografia:**

34. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM). (2020). Dati sul numero di punti vendita per giochi numerici a totalizzatore, lotterie e lotto in Italia, con riferimento alla Regione Campania, Lazio e Lombardia. Recuperato da [www.adm.gov.it](http://www.adm.gov.it)
35. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. (2014). Rapporto sui volumi di gioco e tendenze del mercato del gioco d'azzardo in Italia. AAMS. Recuperato da [www.adm.gov.it](http://www.adm.gov.it)
36. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. (2017). Raccolta e statistiche sul gioco d'azzardo in Italia. AAMS. Recuperato da [www.adm.gov.it](http://www.adm.gov.it)
37. ESPAD. (2017-2018). Il gioco d'azzardo tra i giovani italiani: risultati dello studio ESPAD®. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. Recuperato da [www.espad.it](http://www.espad.it)
38. Federconsumatori CGIL. (2022). Gioco d'azzardo in Campania: Un'analisi dei dati regionali e nazionali sui comportamenti di gioco e il rapporto con il PIL regionale pro capite. Federconsumatori CGIL. Recuperato da [www.federconsumatori.it](http://www.federconsumatori.it)
39. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. (2015). Osservatorio Nazionale sul Gioco d'Azzardo: Monitoraggio e politiche di prevenzione e cura. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR. Recuperato da [www.cnr.it](http://www.cnr.it)
40. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. (2024). Comportamenti digitali tra i giovani italiani: Videogiochi e social media. Studio ESPAD®, relazione annuale. Recuperato da [www.espad.it](http://www.espad.it)
41. Ministero della Salute. (2024). Piano Regionale della Campania per il contrasto al disturbo da gioco d'azzardo: Potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D). Ministero della Salute. Recuperato da [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
42. Molinaro, S., & Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. (2020). GAPS #iorestoacasa: Il cambiamento dei comportamenti di gioco durante il lockdown. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa. Recuperato da [www.cnr.it](http://www.cnr.it)
43. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2018). Il Gioco d'Azzardo come Dipendenza: Linee guida per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze da gioco. Organizzazione Mondiale della Sanità. Recuperato da [www.who.int](http://www.who.int)

### **12.2 Sintesi Normativa:**

- **D.P.R. 309/1990** - Testo Unico in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope.
- **Decreto Legge 12 luglio 2018, n. 87 (Decreto Dignità)** - Introduce il divieto di pubblicità e sponsorizzazioni relative a giochi con vincite in denaro.
- **Decreto Ministeriale 25 giugno 2015** - Istituisce l'Osservatorio Nazionale per il Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico.
- **Legge 220 del 13 dicembre 2010 (Legge di Stabilità 2011)** - Identifica la ludopatia come una dipendenza da trattare con azioni di prevenzione, contrasto e recupero.
- **Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Legge di Stabilità 2015)** - Prevede il finanziamento per la prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con dipendenza da gioco d'azzardo.
- **Legge 8 novembre 2012, n. 189 (Decreto Balduzzi)** - Include il Gioco d'Azzardo Patologico nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- **Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016)** - Crea un Fondo per il Gioco d'Azzardo Patologico e finanzia azioni di prevenzione e cura.

- **Legge Regionale della Campania 2 marzo 2020, n. 2** - Prevede misure specifiche per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze da gioco.
- **Legge Regionale 24 giugno 2020, n. 13** - Modifica la Legge Regionale n. 2/2020 per rafforzare le misure contro il gioco d'azzardo patologico.
- **Piano Regionale della Campania 2024** - Piano per il potenziamento dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D) e azioni di prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo.

### ***13. Allegati***

- ✓ Allegato 1: Scheda di Accoglienza D.G.A.
- ✓ Allegato 2: Cartella Clinica D.G.A.
- ✓ Allegato 3: CPGI
- ✓ Allegato 4: GPQ

**Allegato 1: Scheda di Accoglienza D.G.A.**

(2 volte click sull'immagine sotto per aprire il relativo file .pdf)



REGIONE CAMPANIA  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro  
una Squadra al lavoro per garantire salute

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro  
Dipartimento Dipendenze  
Direttore: Dott. Gennaro Pastore

**Scheda di Accoglienza D.G.A.** Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATI UTENTE**

COGNOME ..... NOME .....

Data di nascita ...../...../..... Luogo .....

Indirizzo di residenza ..... Città .....

C.F..... N. Telefono.....

E-Mail..... Stato Civile.....

Liv. Istruzione..... Attività Lavorativa.....

**MODALITA' DI ACCESSO:**

SPONTANEA

ALTRO:.....

**Modalità di presentazione della domanda (chi, come):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tipo di domanda:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Note Rilevanti:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La/Il sottoscritto/a ..... C.F. .... Doc. Id. ....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(Si allega copia del documento di riconoscimento)

**IL DICHIARANTE:**

\_\_\_\_\_

Operatore che svolge l'accoglienza (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_  
U.O. Ser.D d.s.b. n./Sede \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_

**Allegato 2: Cartella Clinica D.G.A.**

(2 volte click sull'immagine sotto per aprire il relativo file .pdf)

**CARTELLA CLINICA DGA**

1



**CARTELLA CLINICA DGA**

**U.O.C. DIPENDENZE ASL NA1 CENTRO**

**USB SER.D N. \_\_\_\_\_**

<b>Cognome</b> _____	<b>Nome</b> _____
<b>Luogo e data di Nascita</b> _____	

<b>Cartella n°</b> _____	<b>Data apertura</b> _____
--------------------------	----------------------------

**Allegato 3: CPGI**

(2 volte click sull'immagine sotto per aprire il relativo file .pdf)

**Canadian Problem Gambling Index - CPGI (Ferris J., Wynne H., 2001)**

*Pensando agli ultimi 12 mesi, leggi le domande e metti una crocetta in base alla frequenza con la quale ti sono capitate le situazioni in oggetto (mai, talvolta, la maggior parte delle volte, quasi sempre).*

		MAI	TALVOLTA	LA MAGGIOR PARTE DELLE VOLTE	QUASI SEMPRE
1	Hai scommesso più di quanto potessi realmente permetterti di perdere?	0	1	2	3
2	Hai avuto bisogno di giocare più soldi per ottenere la stessa sensazione di eccitazione?	0	1	2	3
3	Sei tornato a giocare col proposito di recuperare il denaro perso per "rifarti"?	0	1	2	3
4	Hai chiesto prestiti o hai venduto qualcosa per avere i soldi da giocare?	0	1	2	3
5	Hai pensato di avere un problema col gioco d'azzardo?	0	1	2	3
6	Il gioco ti ha causato problemi di salute, inclusi stress o ansia?	0	1	2	3
7	Alcune persone ti hanno criticato per il tuo modo di giocare o ti hanno accusato di avere un problema di gioco, a prescindere dal fatto che tu ritieni che ciò sia vero o meno?	0	1	2	3
8	Hai pensato che il gioco ti ha causato problemi economici o ne ha causati al tuo bilancio familiare?	0	1	2	3
9	ti sei sentito in colpa per il tuo modo di giocare o per ciò che accade quando giochi?	0	1	2	3
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>					

Punteggio totale ottenuto	Classificazione
0	Giocatore NON problematico
Da 1 a 2	Giocatore a rischio
Da 3 a 7	Giocatore problematico di gravità media
8 o maggiore	Giocatore problematico di gravità elevata

- Se hai totalizzato zero punti (giocatore non problematico) probabilmente le preoccupazioni di avere problemi con l'azzardo sono eccessive: confrontati con un operatore e cerca di

**Allegato 4: GPQ**

(2 volte click sull'immagine sotto per aprire il relativo file .pdf)

Appendice I

Nome:	Cognome:
Età:	Genere: M F
Data:	Servizio

**GAMBLING PATHWAYS QUESTIONNAIRE (GPQ)**

(Versione originale: Nower & Blaszczynski, 2017; versione italiana a cura di Casciani & Primi, 2020)

Istruzioni

Le seguenti affermazioni si riferiscono alle sue opinioni sul gioco d'azzardo e alle credenze che ha su se stesso/a e sulla sua vita.  
Si ricorda che per *gioco d'azzardo* si intende scommettere denaro o beni materiali in modo irreversibile su un evento dall'esito incerto. Esempi di giochi d'azzardo sono Slot-machine, Gratta e Vinci, lotterie, scommesse sullo sport o su altro, giochi a soldi sulle carte, giochi da Casinò e quelli on-line.  
Per favore, per ogni affermazione, barri la casella che meglio riflette il suo grado di accordo.

	Fortemente In disaccordo			Fortemente d'accordo		
	1	2	3	4	5	6
1. Gioco d'azzardo principalmente per alleviare la tensione, "per sfogarmi"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi piace fare o dire cose assurde solo per impressionare gli altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Giocare d'azzardo mi da uno scopo nella vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Spesso dico cose meschine e offensive quando sono arrabbiato/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando gioco d'azzardo, posso dimenticare le mie responsabilità per un po'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Per fare sesso sono disposto/a pagare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una grande vincita al gioco d'azzardo darebbe senso alla mia vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Spesso faccio cose rischiose anche se è pericoloso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spesso compro cose d'impulso anche se non posso permettermele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando sono arrabbiato/a, mi sento meglio se colpisco o scaglio qualcosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se avessi vinto al gioco d'azzardo, non mi sentirei così un fallimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sono spesso impaziente quando sono in fila o sto aspettando altre persone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Seguo le regole solamente se penso di essere "beccato/a."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gioco d'azzardo principalmente per far fronte allo stress e alle pressioni della vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>