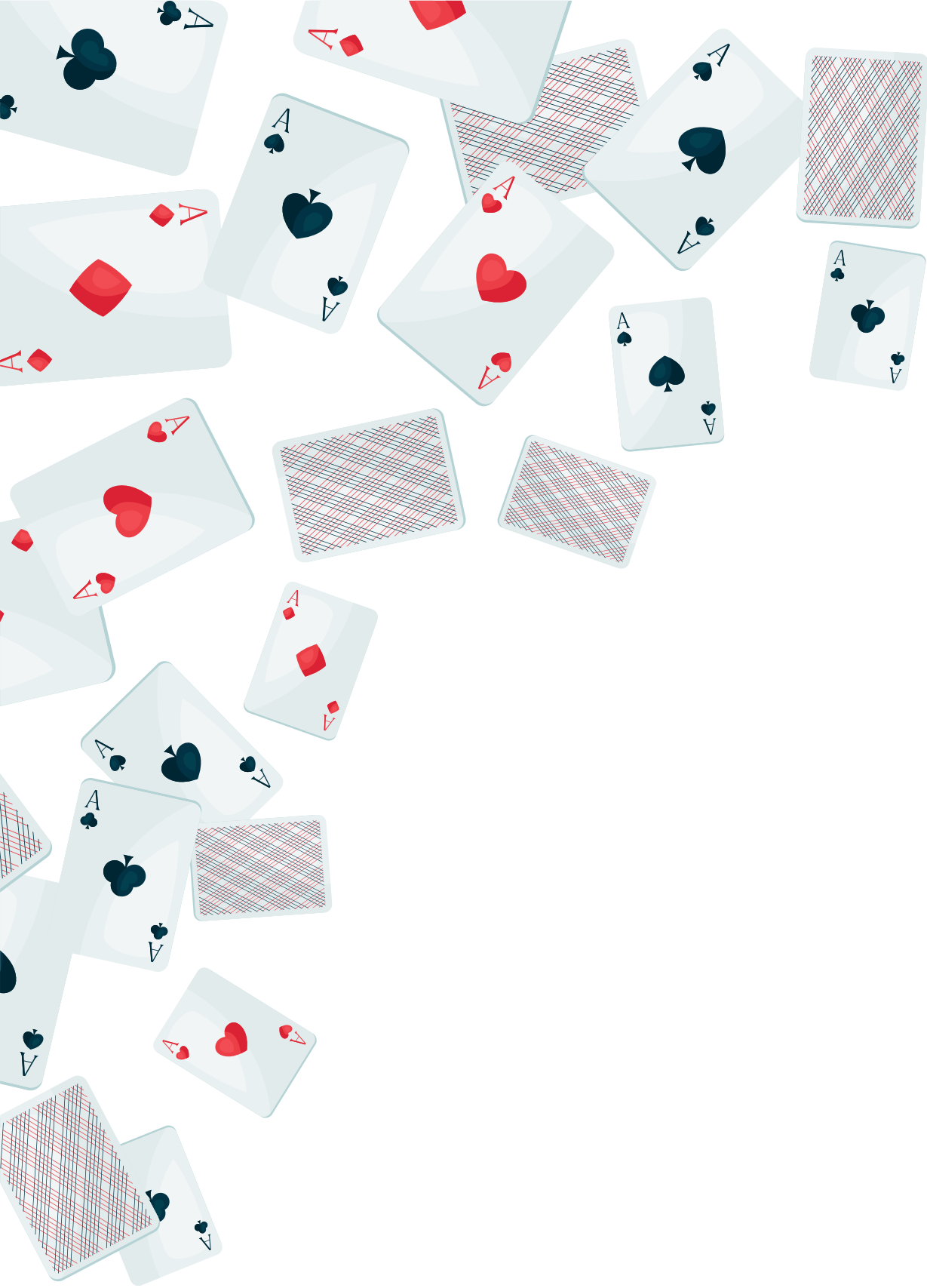


DGA VALUTAZIONE E STRATEGIE DI INTERVENTO

Dott.ssa Elisa Zamagni
Psicologa Psicoterapeuta PhD
Ausl Romagna

U.O.C. Dipendenze Patologiche - Rimini



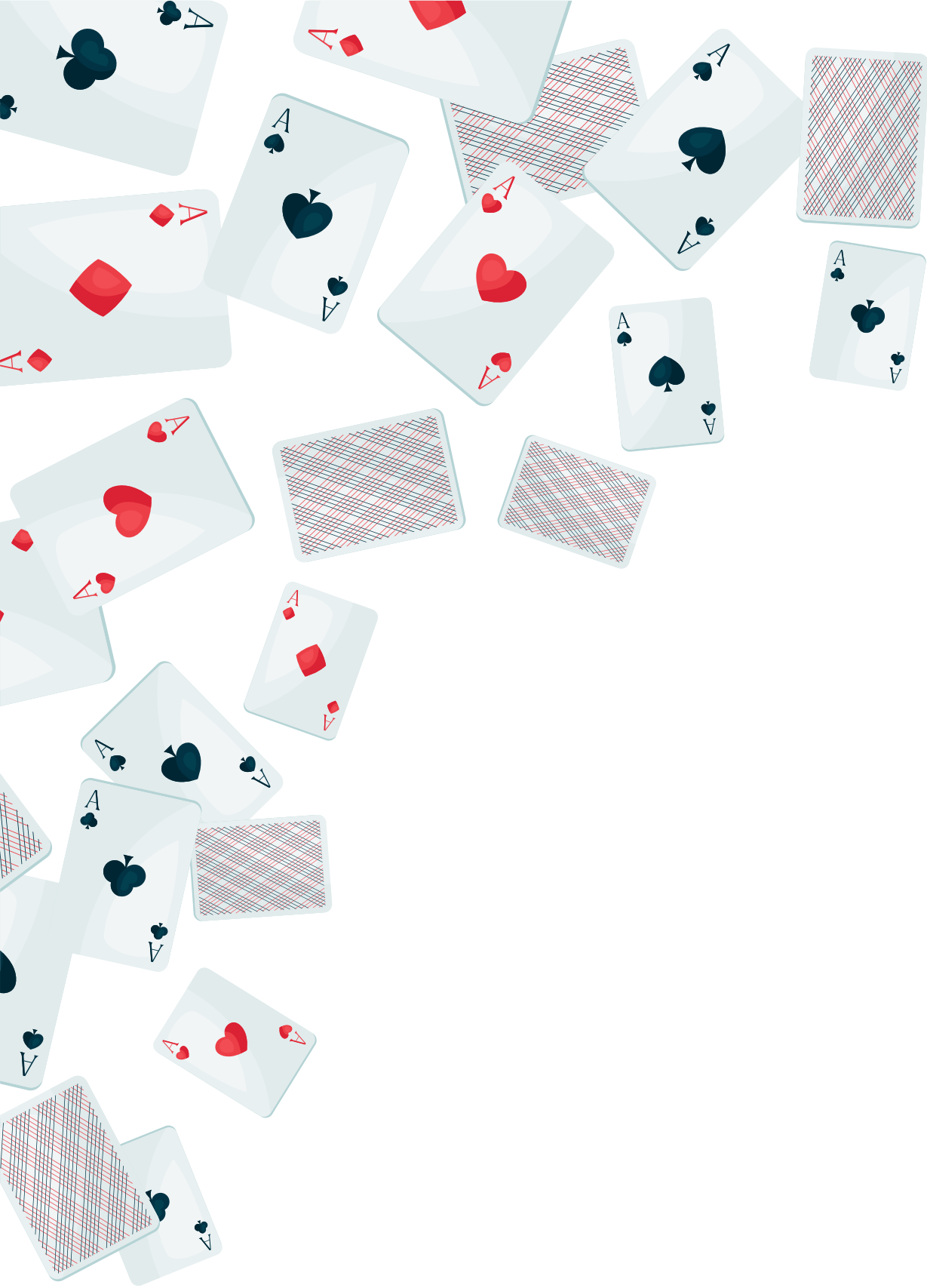


**MA I GIOCATORI
D'AZZARDO SONO
TUTTI UGUALI?**

**IN BASE A QUALI
PARAMETRI
CLASSIFICHERESTI I
GIOCATORI?**

—





No!

**Eterogenità dei giocatori:
età, sesso, caratteristiche individuali,
vulnerabilità diverse sono coinvolte nella
patogenesi del disturbo**

UNA PRIMA CLASSIFICAZIONE

I SETTE TIPI DI GIOCATORI (Rosenthal e Rugle, 1994):

- Euforia, desiderio forte di impressionare gli altri
- Provocazione onnipotente, coinvolgersi in attività ad alto rischio come giocare per far sì che le sensazioni forti legate al gioco superino sentimento di depressione o di vuoto
- Competitività
- Desiderio di ribellarsi o di rompere le regole
- Desiderio di avere indipendenza economica
- Desiderio di accettazione sociale
- Forma di auto-medicazione o per scappare da emozioni dolorose o intollerabili.

IL MODELLO DI BLASZCZYNSKY E NOWER (2002)

—



1. GIOCATORI CONDIZIONATI DAL COMPORTAMENTO

- privi una specifica psicopatologia
- sviluppano il disturbo per la presenza significativa di credenze erranee o di distorsioni cognitive.
- Il comportamento patologico può essere innescato da un'esposizione al gioco (dovuta a forti stimoli ambientali)
- Possono manifestare ansia, depressione e abuso di alcol secondari al gioco
- Buona **compliance al trattamento**
- Spesso sono presenti familiari collaboranti che mettono in atto un sistema di controllo della gestione del denaro

IL MODELLO DI BLASZCZYNSKY E NOWER (2002)

■
IL GIOCO PARTE DEL BISOGNO (PIU' O MENO
CONSAPEVOLE) DI MODULARE GLI STATI
AFFETTIVI O DI COMPENSARE UN DISAGIO
PSICOLOGICO PRE-ESISTENTE



2. GIOCATORI EMOTIVAMENTE VULNERABILI:

- Presentano, come i primi, le stesse variabili di tipo ambientale e cognitivo
- **Presentano anche alti livelli di ansia e depressione,**
- **I problemi psicopatologici sono in genere pre-esistenti la problematica di gioco.**
- Scarse abilità di coping, difficoltà di adattamento e di fronteggiamento delle difficoltà
- Storia familiare caratterizzata vissuti negativi
- Frequente il concomitante abuso di alcool
- Possono essere presenti alti livelli di impulsività
- Spesso sono donne esordio in età adulta/anziani

IL MODELLO DI BLASZCZYNSKY E NOWER (2002)

IL GIOCO COME TENTATIVO DI
■ RISPOSTA AL BISOGNO DI
EVITAMENTO DEL DISAGIO
MEDIANTE L'ALTERAZIONE DEGLI
STATI EMOTIVI

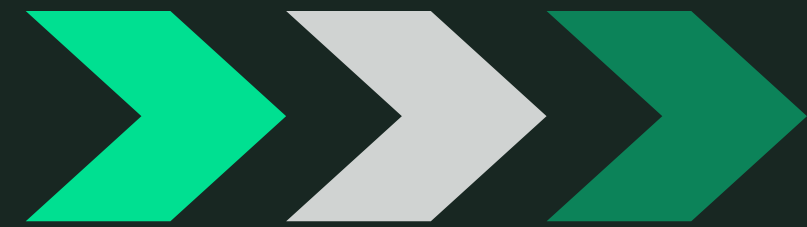


3. GIOCATORI CON CORRELATI BIOLOGICI:

- Caratterizzati da **disturbi psichici, vulnerabilità biologica, disfunzioni neurocognitive, impulsività, ADHD, tendenza all'antisocialità e alla ricerca di sensazioni**
- Presentano **diversi problemi**: suicidio, irritabilità, scarsa tolleranza alle frustrazioni, l'impulsività è alimentata dallo stress e dalla presenza di emozioni negative (incapacità a dilazionare le gratificazioni).
- Frequente l'abuso di alcool e di sostanze (spesso pre-esistenti)
- Frequenti problemi con la giustizia
- Storia familiare connotata dall'abuso di alcool e dall'antisocialità
- Scarsa motivazione al trattamento, scarsa compliance, prognosi peggiore
- Netta prevalenza maschile con esordio precoce

PDTA: una possibile risposta?

- IL DGA COME OGNI ALTRA FORMA DI DISTURBO DI ADDICTION È CARATTERIZZATO DALLA COMPLESSITÀ DEI BISOGNI COMPRESENTI, CHE NECESSITANO DI UNA RISPOSTA ARTICOLATA SU PIÙ VERSANTI SIA NELLA FASE DIAGNOSTICA, SIA SUL PIANO TERAPEUTICO LADDOVE È SPESSO OPPORTUNO INTEGRARE TRA LORO INTERVENTI DIVERSI.
- I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) SONO STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO ADOTTATI IN SANITÀ PROPRIO PER RAZIONALIZZARE L'INTERVENTO SOCIO-SANITARIO APPLICATO NEI CONFRONTI DI DISTURBI AD ALTA COMPLESSITÀ.
- RICOMPREDONO INTERVENTI COMPLESSI PER GRUPPI SPECIFICI DI PAZIENTI, ATTRAVERSO IL COORDINAMENTO E L'ATTUAZIONE DI ATTIVITÀ CONSEQUENZIALI STANDARDIZZATE DA PARTE DI UN TEAM MULTIDISCIPLINARE.

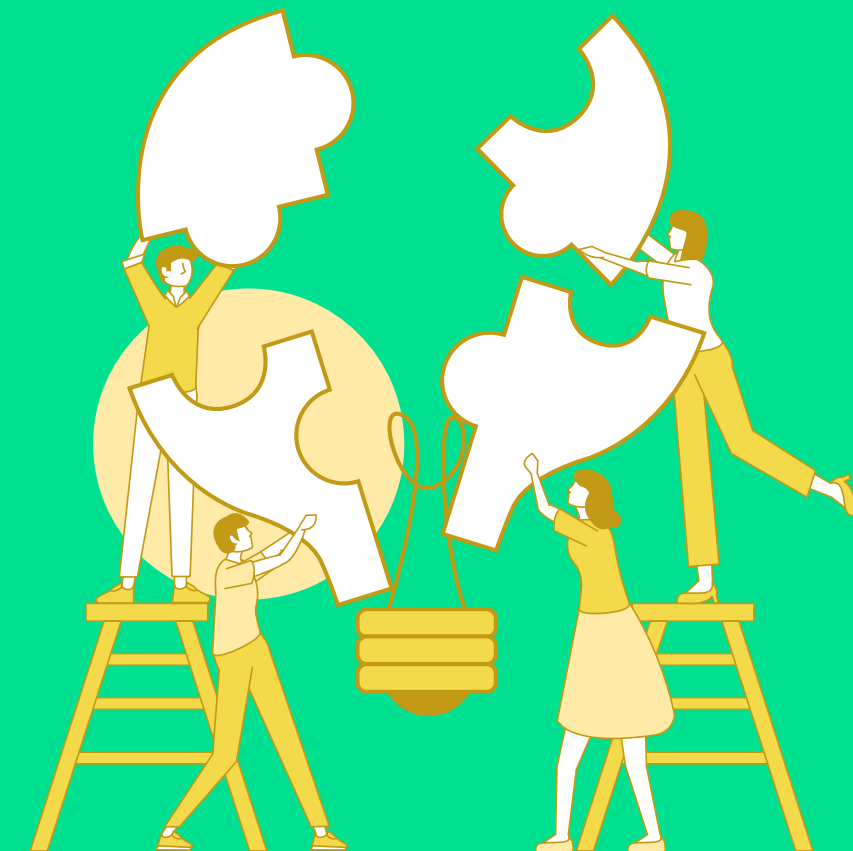


IL PUNTO DI PARTENZA: L'EQUIPE

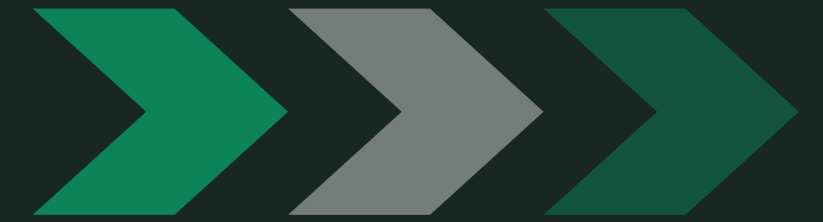
L' Equipe DGA multidisciplinare opera non come mera sommatoria di competenze professionali separate tra loro, ma con una concreta integrazione dei saperi intorno ai bisogni della persona, dotandosi di opportuni strumenti a livello organizzativo e funzionale.

L'equipe DGA è costituita dalle seguenti figure professionali:

- Psicologo-Psicoterapeuta,
- Assistente sociale,
- Educatore Professionale,
- Medico



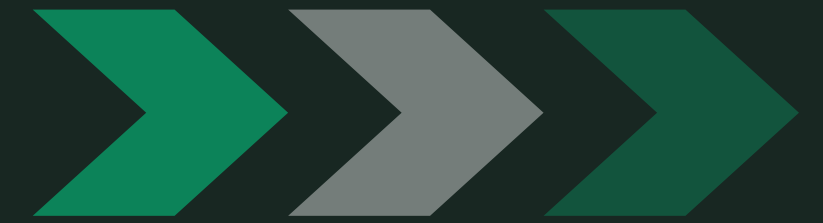
OBIETTIVI:



- **centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino**
- **promuovere la continuità assistenziale**
- **favorire l'integrazione fra gli operatori**
- **ridurre la variabilità clinica non determinata da variabilità diagnostica,**
- **utilizzare in modo congruo ed ecologico le risorse, aumentare l'appropriatezza**



OBIETTIVI SPECIFICI:



- **Aumentare l'appropriatezza**
- **Affrontare e rispondere alle richieste di cura di questa tipologia di utenza.**
- **Ridurre la variabilità di gestione e uniformare la procedura nelle diverse sedi dell'unità operativa.**
- **Integrare la rete dei servizi: SERDP, CSM, MMG, Neurologie, Servizi specialistici, associazioni, privati che affrontano tale problematica a diversi livelli.**



4 FASI DEL PDTA



ACCETTAZIONE

La fase dell'accettazione costituisce il primo contatto del giocatore e/o del familiare con il servizio.

L'accesso al servizio è diretto, sia per il giocatore che per i familiari.



ACCOGLIENZA

Con la fase dell'accoglienza prende avvio la relazione tra giocatore e/o familiare con il servizio. La qualità dei primi colloqui di accoglienza può condizionare in maniera positiva o negativa l'evoluzione del percorso successivo.



VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E DIAGNOSI

Volta d avviare un'alleanza terapeutica con il pz e/o i suoi familiari, a delineare il quadro dei bisogni e delle risorse della persona e della sua rete di relazioni, a comprendere il problema del gioco d'azzardo, nonché a verificare l'eventuale compresenza di altri disturbi o patologie.

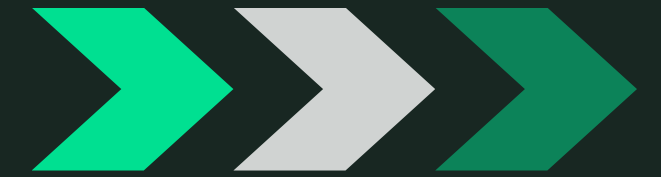


TRATTAMENTO

L'Equipe DGA definisce il Programma Terapeutico Individuale (PTI), integrato e personalizzato, rivolto al giocatore e ai suoi familiari.

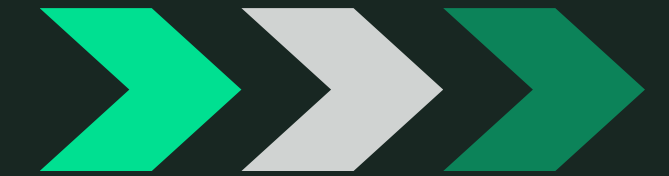
Il programma terapeutico viene presentato al paziente e al terzo (familiare, amico etc) durante un colloquio di restituzione della fase valutativa,.

VALUTAZIONE E DIAGNOSI



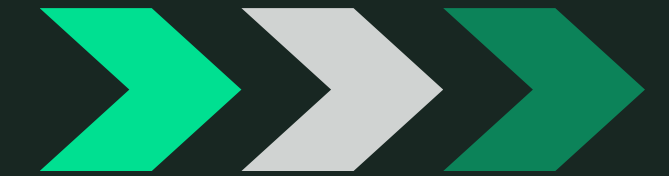
- ANAMNESI GENERALE E MIRATA ALLE PROBLEMATICHE SPECIFICHE DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO E DELL'EVENTUALE ASSOCIAZIONE CON IL CONSUMO PROBLEMatico DI SOSTANZE PSICOATTIVE LEGALI E ILLEGALI (OPERATORE ACCOGLIENZA)
- ANALISI DEL COMPORTAMENTO ATTUALE DI GIOCO E LA RILEVAZIONE DELL'INDICE DI GRAVITÀ CON RIFERIMENTO ALLA CLASSIFICAZIONE ADOTTATA DALL'ICD 10 CON L'AUSILIO DI SPECIFICI STRUMENTI DI SCREENING E DI VALUTAZIONE (PSICOLOGO)
- RILEVAZIONE DI PATOLOGIE PREGRESSE IN PARTICOLARE NELL'AREA SALUTE MENTALE E DI EVENTUALI TERAPIE FARMACOLOGICHE ASSUNTE (PSICOLOGO/MEDICO)
- INDAGINE APPROFONDITA IN CASO DI EVENTUALE USO CONCOMITANTE DI SOSTANZE PSICOATTIVE (MEDICO)
- ANALISI DEI FATTORI DI VULNERABILITÀ E DI RESILIENZA (TUTTI)
- RICOSTRUZIONE DELLA STORIA DEL COMPORTAMENTO, DELLE ESPERIENZE E DELLE CONDOTTE DI GIOCO D'AZZARDO (TUTTI)

VALUTAZIONE E DIAGNOSI



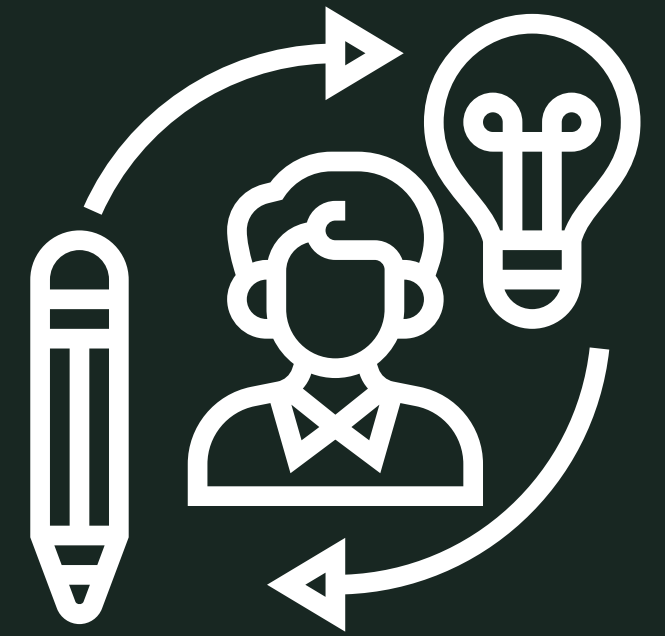
- VERIFICA DELL'IMPATTO DEL GIOCO D'AZZARDO SUL FUNZIONAMENTO INDIVIDUALE, INTERPERSONALE, FAMILIARE E SOCIALE (TUTTI);
- VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA FAMILIARE (TUTTI);
- VALUTAZIONE DELLE RISORSE DELLA RETE (TUTTI);
- RILEVAZIONE DELLA PRESENZA DI EVENTUALI EVENTI TRAUMATICI (PSICOLOGO) E DI COMPORTAMENTI VIOLENTI (TUTTI);
- ANALISI DELLE ABILITÀ SOCIO-LAVORATIVE E DELLA SITUAZIONE ECONOMICA, DEBITORIA E LEGALE (OPERATORE SOCIO-EDUCATIVO)
- VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO (TUTTI);
- ANALISI DELLA SITUAZIONE LEGALE, ECONOMICO, PATRIMONIALE E DEBITORIA (OPERATORE SOCIO-EDUCATIVO);
- VALUTAZIONE SUI RISCHI IN PRESENZA DI MINORI E SOGGETTI DEBOLI (TUTTI);.

VALUTAZIONE E DIAGNOSI



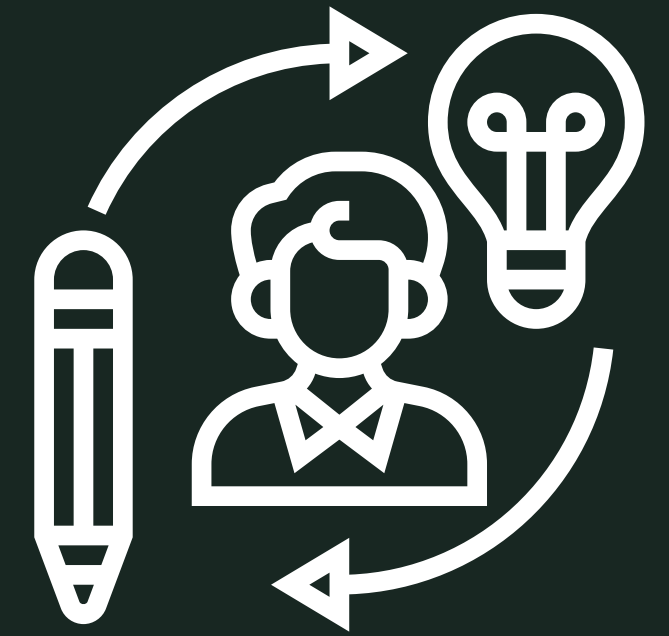
- VALUTAZIONE SUI RISCHI IN PRESENZA DI MINORI E SOGGETTI DEBOLI (TUTTI)
- VALUTAZIONE DI EVENTUALI COMORBILITÀ IN CONSIDERAZIONE DEL FATTO CHE IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PRESENTA UNA FREQUENTE ASSOCIAZIONE CON ALTRI DISTURBI, CHE POSSONO COMPRENDERE (MEDICO/PSICOLOGO)
- DISTURBI CORRELATI AD USO DI SOSTANZE LEGALI ED ILLEGALI E ALTRI DISTURBI DA ADDICTION
- ALTRI DISTURBI DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI DISTURBI DELL'UMORE, DISTURBI D'ANSIA, DISTURBI DI PERSONALITÀ, VIOLENZA FAMILIARE, IDEAZIONE SUICIDARIA.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE



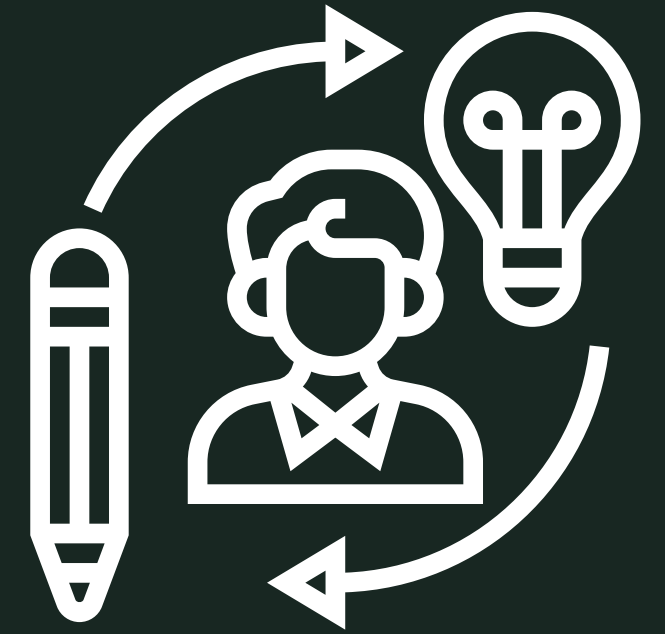
- COLLOQUIO CLINICO
- CRITERI INDICATI ICD-10/DSM 5 PER L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO
- RICOGNIZIONE DELL'AREA LAVORATIVA, RELAZIONALE.
- ANALISI DELLA SITUAZIONE LEGALE, ECONOMICO, PATRIMONIALE E DEBITORIA
- EVENTUALI ESAMI EMATOCHIMICI E SCREENING INFETTIVOLOGICO NEL CASO DI COMPORTAMENTI A RISCHIO;
- SOMMINISTRAZIONE DI TEST PER LA VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO DI GIOCO E PER LA PSICODIAGNOSTICA GENERALE E DEI TRATTI DI PERSONALITÀ;

STRUMENTI DI VALUTAZIONE



- GPQ GAMBLING PATHWAYS QUESTIONNAIRE (NOWER & BLASZCZYNSKI, 2017, - ADATTAMENTO ITALIANO CASCIANI & PRIMI, 2022)
- ABQ ADDICTIVE BEHAVIOR QUESTIONNAIRE (CARETTI ET AL. 2016)
- CORE-OM CLINICAL OUTCOME ROUTINE EVALUATION OUTCOME MEASURE (CHRIS EVANS ET AL., 2000, ADATTAMENTO ITALIANO PALMIERI ET AL., 2006)
- MMPI 2 - MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (HATHAWAY, MCKINLEY, 1989 – ADATTAMENTO ITALIANO PANCHERI, SIRIGATTI 1995)
- SCID 5 CV-PD STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM 5 (FIRST, WILLIAMS, JANET ET AL, 2017)
- PID 5 PERSONALITY INVENTORY FOR DSM (VERSIONE ITALIANA A CURA DI FOSSATI, BORRONI, SOMMA 2021)

STRUMENTI DI VALUTAZIONE



- BDI BECK DEPRESSION INVENTORY (BECK A. T., STEER R. A. 1993)
- BIS-11 BARRAT IMPULSIVENESS RATING SCALE (PATTON ET AL. 1995 – ADATTAMENTO ITALIANO, FOSSATI ET AL. 2001)
- TAS 20-TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAYLOR, BAGBY, PAKER 2003, – ADATTAMENTO ITALIANO, BRESSI ET AL. 1996 IN CARETTI, LA BARBERA 2005)
- WAIS IV WECHSLER ADULT INTELLIGENCE SCALE. SAN ANTONIO, TX: PEARSON (WECHSLER, 2008).
- VINELAND II (SARA, SPARROW, CICCHETTI, BALLA, 2005)

SET MINIMO



- GPQ GAMBLING PATHWAYS QUESTIONNAIRE (NOWER & BLASZCZYNSKI, 2017, - ADATTAMENTO ITALIANO CASCIANI & PRIMI, 2022)
- CORE-OM CLINICAL OUTCOME ROUTINE EVALUATION OUTCOME MEASURE (CHRIS EVANS ET AL., 2000, ADATTAMENTO ITALIANO PALMIERI ET AL., 2006)
- SCALA ANALOGICA DELLA MISURAZIONE DEL CRAVING (VAS)
- SCHEDA MAPPA FINANZIARIA



STRATEGIE DI INTERVENTO CLINICO



➤ **1° TIPOLOGIA**
BLASZCZYNSKI
E NOWER

GIOCATORI CONDIZIONATI NEL COMPORTAMENTO

TRATTAMENTI BREVI E FOCALIZZATI QUALI:

- RINFORZO MOTIVAZIONALE
- PSICOEDUCAZIONE INDIVIDUALE E FAMILIARE
- INTERVENTI FINALIZZATI A LIMITARE L'ACCESSO AL DENARO
- COUNSELLING DI GESTIONE FINANZIARIA
- INVIO GRUPPI DI AUTO-MUTUO – AIUTO

➤ 2° TIPOLOGIA BLASZCZYNSKI E NOWER

GIOCATORI ANSIOSI/DEPRESSI, EMOTIVAMENTE DISTURBATI, VULNERABILI
EMOTIVAMENTE

TRATTAMENTI PIÙ A LUNGO TERMINE SIA PER LA PROBLEMATICHE DEL DGA
CHE PER LA PSICOPATOLOGIA DI BASE:

- CONSULENZA PSICOLOGICA INDIVIDUALE
- PSICOEDUCAZIONE INDIVIDUALE E FAMILIARE
- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE, DI COPPIA O FAMILIARE
- TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA COMORBILITÀ PSICHIATRICA E DEL DGA
- CONSULENZA FAMILIARE;
- INTERVENTI FINALIZZATI A LIMITAZIONE ALL'ACCESSO AL DENARO
- COUNSELLING DI GESTIONE FINANZIARIA
- PREVENZIONE DELLE RICADUTE
- RINFORZO LIFE-SKILLS, GESTIONE DEL TEMPO LIBERO
- INVIO GRUPPI DI AUTO-MUTUO – AIUTO

GIOCATORI PATOLOGICI, ANTISOCIALI / PSICHIATRICI

QUESTA TIPOLOGIA DI GIOCATORI PATOLOGICI, IMPULSIVI, CON DISTURBI DI PERSONALITÀ DI GRAVITÀ ELEVATA CHE RICHIEDONO INTERVENTI CONDIVISI CON IL CSM:

- **CONSULENZA PSICOLOGICA INDIVIDUALE E FAMILIARE;**
- **INTERVENTI FINALIZZATI ALLA LIMITAZIONE ACCESSO AL DENARO;**
- **CONSULENZA PSICHIATRICA, TOSSICOLOGICA E ALCOLOGICA;**
- **PSICOEDUCAZIONE FAMILIARE (SE POSSIBILE);**
- **COUNSELLING DI GESTIONE FINANZIARIA;**
- **GESTIONE DEL TEMPO LIBERO;**
- **INVIO GRUPPI DI AUTO-MUTUO – AIUTO**
- **PROGRAMMI DI SUPPORTO E DI REINSERIMENTO SOCIALE/LAVORATIVO**

ALCUNE OPZIONI DI TRATTAMENTO

INTERVENTI MOTIVAZIONALI

L'APPROCCIO MOTIVAZIONALE (PROCHASKA E DI CLEMENTE, GUELFY E SPILLER, 1986; MILLER E ROLLNICK, 2014), AMPIAMENTE UTILIZZATO NEL TRATTAMENTO DEI DISURBI DA ADDICTION, HA COME OBIETTIVI PRINCIPALI QUELLI DI RIDURRE LE RESISTENZE DEL PAZIENTE E AUMENTARE LA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO, MIGLIORANDO L'ALLEANZA TERAPEUTICA.

REQUISITI DI ACCESSO: AMBIVALENZA, RESISTENZA AL CAMBIAMENTO, SCARSA CONSAPEVOLEZZA DELLA PROBLEMATICITA.

ARTICOLAZIONE: MODULI DI 3-6 INCONTRI RIPETIBILI

ESITI ATTESI: PROGRESSIONE NEGLI STADI DEL CAMBIAMENTO (DALLA PRE - CONTEMPLAZIONE ALL'AZIONE). AUMENTO DELLA DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO E NELLA AUTOEFFICACIA.

INTERVENTI PSICOLOGICI E PSICOTERAPICI INDIVIDUALI, DI COPPIA O FAMILIARI

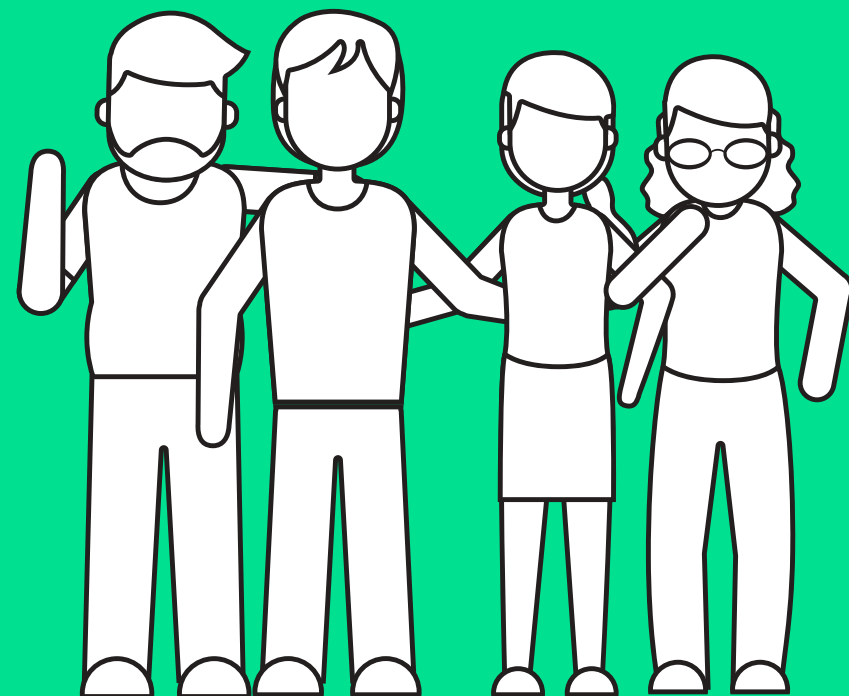


L'ELEGGIBILITÀ AL TRATTAMENTO DIPENDE DALLA PRESENZA DI CONDIZIONI PSICOPATOLOGICHE RILEVANTI CHE SONO ALLA BASE DEL COMPORTAMENTO DI GIOCO, IN PARTICOLARE RELATIVAMENTE A PROBLEMATICHE DELL'AREA AFFETTIVA, O ALLA GESTIONE DEI SINTOMI DI DISTURBI O TRATTI DI PERSONALITÀ.

PER IL DISTURBO GRAVE BORDERLINE DI PERSONALITÀ, SECONDO LE LINEE GUIDA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA E DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA, È BUONA PRASSI, ALTAMENTE RACCOMANDATA, LA PRESA IN CARICO INTEGRATA DI RETE CON I CSM TERRITORIALI

**CRITERI DI ESCLUSIONE.
NON POSSONO ACCEDERE A QUESTO TRATTAMENTO:
PAZIENTI ANTISOCIALI GRAVI, DISTURBI PSICOPATOLOGICI, SIA DI STATO CHE DI TRATTO, IN FASE DI SCOMPENSO ACUTO DA INVIARE PER COMPETENZA A VALUTAZIONE PSICHIATRICA PRESSO IL CSM.**

GRUPPO PER FAMILIARI - MODELLO 5 STEP



GRUPPO GESTITO DA PROFESSIONISTI RIVOLTO AI FAMILIARI DI GIOCATORI E FINALIZZATO A:

- 1- ASCOLTO NON GIUDICANTE**
- 2- FORNIRE INFORMAZIONI SUL PROBLEMA**
- 3- ESPORARE LE STRATEGIE DI COPING**
- 4- ESPORARE IL SUPPORTO SOCIALE DI CUI DISPONGONO**
- 5- ESPORARE ALTRE NECESSITÀ E ALTRI AIUTI DI CUI LA FAMIGLIA POSSA AVERE BISOGNO.**

CRITERI DI ACCESSO: IL FAMILIARE NON DEVE ESSERE LUI STESSO UN GIOCATORE PROBLEMATICO E NON DEVE ESSERE IN CARICO PRESSO UN SERD

ARTICOLAZIONI: 6 INCONTRI DI GRUPPO

ESITI ATTESI: INSEGNARE AL FAMILIARE DELLE COMPETENZE PER FRONTEGGIARE LA DINAMICA DI GIOCO PRESENTE IN FAMIGLIA E AIUTARE IL FAMILIARE A MOTIVARE IL GIOCATORE AD ACCEDERE AL SERVIZIO COMPETENTE.

GRUPPO MINDFULNESS PER PREVENZIONE DELLE RICADUTE



BOWEN (BOWEN E COLL. 2012) HA INTRODOTTO LA MINDFULNESS NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE, REALIZZANDO UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA RICADUTA DENOMINATO MBRP – MINDFULNESS BASED RELAPSE PREVENTION.

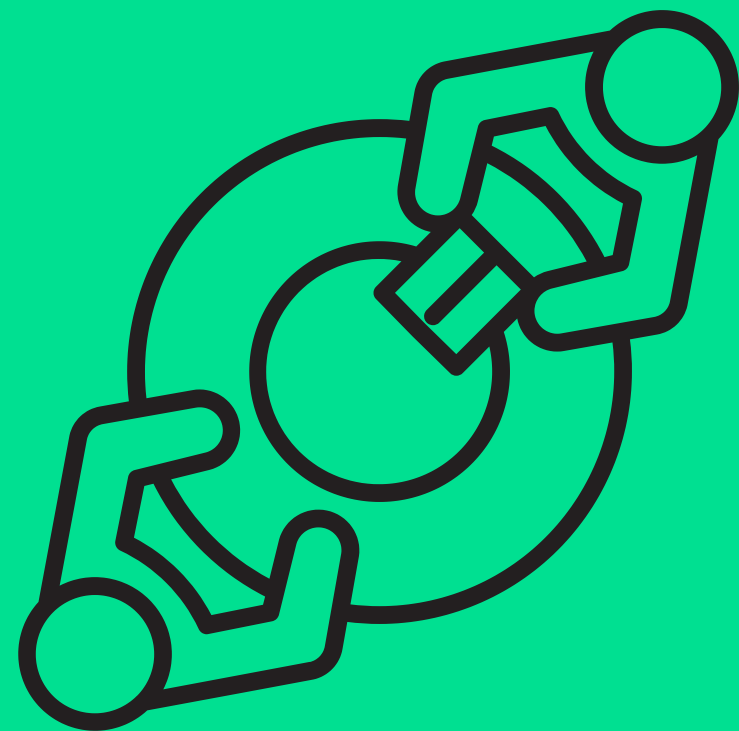
OBIETTIVI:

1. DIMINUIZIONE DEGLI EPISODI DI RICADUTE E CONTENIMENTO DELLE CONSEGUENZE NEGATIVE. GESTIONE DEL CRAVING E DEL DISCONTROLLO DEL COMPORTAMENTO DEL GIOCO (GRANT, J. E., & KIM, S. W. 2003).

2. RI-ORIENTAMENTO DEL SISTEMA DELLA GRATIFICAZIONE: RICERCA DI SOLUZIONI ALTERNATIVE AL GIOCO

CRITERI DI INCLUSIONE: GIOCATORI INQUADRABILI ALLE PRIME DUE TIPOLOGIE INDIVIDUATE DA BLASZCZYNSKI (2002): CONDIZIONATO NEL COMPORTAMENTO ED EMOTIVAMENTE VULNERABILE.

TUTORAGGIO ECONOMICO



- TRACCIARE LA SITUAZIONE FINANZIARIA DEL GIOCATORE NEL MODO PIÙ PRECISO POSSIBILE (DEBITI E LA LORO ENTITA', CREDITORI, IPOTIZZARE UN PIANO DI RISANAMENTO DEBITI, ESSERE AL CORRENTE DELLE FONTI DI REDDITO)
- INDIVIDUARE UN REFERENTE INTERNO ALLA FAMIGLIA CHE ACCETTI DI PRENDERSI CARICO DELLA SITUAZIONE
- RACCOGLIERE LE RICEVUTE DI SPESA DEL GIOCATORE RICOSTRUI PER RICOSTRUIRE I MOVIMENTI
- FARE IN MODO CHE IL GIOCATORE MANEGGI POCO DENARO AL GIORNO E IN VISTA DI SPESE GIÀ DEFINITE, IN MODO DA EVITARE "TENTAZIONI" AL GIOCO OPPURE SPESE INUTILI E SUPERFLUE.
- RESTITUIRE AL GIOCATORE LA TOTALE RESPONSABILITÀ DI CIÒ CHE FA.
- È BUONA PRASSI CHE I FAMILIARI, I PARENTI E GLI AMICI VENGANO AVVISATI DEL FATTO CHE IN FUTURO NON VERRANNO LORO RESTITUITI I SOLDI CHIESTI IN PRESTITO DAL GIOCATORE (CIÒ SIGNIFICA CHE LA FAMIGLIA NON COPRIRÀ PIÙ I SUOI DEBITI, ANCHE SE IN PASSATO CIÒ È CAPITATO) E CHE LUI STESSO SARÀ RESPONSABILE IN PRIMA PERSONA DEL RIPIANAMENTO DEI DEBITI.

OBIETTIVO DEL PERCORSO DI CURA



- RIDUZIONE TOTALE O PARZIALE DELLA QUANTITÀ DI DENARO, DELLA FREQUENZA E DELLA DURATA DEL TEMPO DI GIOCO
- PREVENZIONE DELLA RICADUTA I PAZIENTI CHE GIUNGONO AL SERVIZIO GIÀ IN REMISSIONE PRECOCE DA MENO DI 6 MESI
- MIGLIORARE IL QUADRO DI STRESS PSICOPATOLOGICO CHE ACCOMPAGNA IL DGA
- MIGLIORARE LE DINAMICHE RELAZIONALI SOCIO-FAMILIARI DEL GIOCATTORE OVE POSSIBILE
- MIGLIORARE IL LIVELLO DI AUTONOMIA PERSONALE, SOCIALE E DELLE RISORSE DI RETE DEI GIOCATTORE
- AFFRONTARE\RI Solvere\RIDURRE I DANNI ECONOMICI E LEGALI DEL DGA
- MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DEL GIOCATTORE E DELLA SUA FAMIGLIA

TERMINE DEL PERCORSO DI CURA



IL TRATTAMENTO HA TERMINE QUANDO SI VERIFICANO LE SEGUENTI CONDIZIONI:

- ASTENSIONE DAL GIOCO D'AZZARDO O RITORNO AD UN GIOCO 'SOCIALE' CONTROLLATO, DEFINITO DAI PARAMETRI CONCORDATI IN FASE DI CONDIVISIONE DEL PROGETTO, DA ALMENO 6 MESI;
- RIDUZIONE SIGNIFICATIVA DEI RISCHI DI RICADUTA (CAMBIAMENTO DELLE CONDIZIONI ESISTENZIALI, PSICHICHE, PSICOLOGICHE, SOCIALI CORRELATE AL DGA, CONSAPEVOLEZZA DEI MECCANISMI SOTTOSTANTI LA PROBLEMATICHE DEL GIOCO D'AZZARDO, ACQUISIZIONE DI CAPACITÀ DI FRONTEGGIARE LE DIFFICOLTÀ).
- IN TAL CASO IL CASE MANAGER PRENOTA IL PRIMO INCONTRO DI MONITORAGGIO E DI STABILIZZAZIONE DEGLI ESITI A 3 MESI, E SUCCESSIVAMENTE UN FOLLOW-UP A 6 MESI, DOPO CHIUSURA DEL PROGETTO DI CURA.

MONITORAGGIO, VERIFICA E RIDEFINIZIONE DELLA PROPOSTA TRATTAMENTALE E FOLLOW-UP

A1) VERIFICA INTERMEDIA DI PROCESSO

ES. INTERVENTI PREVISTI EFFETTIVAMENTE IMPLEMENTATI E PROSEGUITI O CONCLUSI , INTERVENTI PREVISTI INTRAPRESI E POI INTERROTTI PREMATURAMENTE (E PER QUALE MOTIVO); INTERVENTI PREVISTI NON INTRAPRESI (E PER QUALE MOTIVO); INTERVENTI NON PREVISTI NEL PROGRAMMA MA INTRAPRESI (E PER QUALE MOTIVO).

A2) VERIFICA INTERMEDIA DI RISULTATO

ES. N OBIETTIVI PREVISTI NEL PROGRAMMA INIZIALE EFFETTIVAMENTE RAGGIUNTI SECONDO IL TEMPO DATO, OPPURE OBIETTIVI PREVISTI NEL PROGRAMMA INIZIALE NON EFFETTIVAMENTE RAGGIUNTI O RAGGIUNTI PARZIALMENTE

A3) RIDEFINIZIONE PROGRAMMA E NUOVA TEMPISTICA

IL CASE MANAGER UNITAMENTE AGLI OPERATORI CHE HANNO CONDOTTO I DIVERSI INTERVENTI TECNICI PROCEDE A DEFINIRE:

- LA LISTA TRATTAMENTI RINNOVATA
- L'ESPLICITAZIONE DEI NUOVI OBIETTIVI
- IL CONFEZIONAMENTO PROGRAMMA RIDEFINITO

A4) COMUNICAZIONE, CONDIVISIONE CON IL PAZIENTE E ATTIVAZIONE





elisa.zamagni@auslromagna.it

