

Fare un gioco pericoloso. Gambling: gioco d'azzardo patologico 16.11.2006

DATI MAPPATURA GAP

Ricerca realizzata da Dr.ssa De Carlo Maria Novella, Dr.ssa Di Fabio Manuela, Dr.ssa Lo Nardo Valeria

Introduzione all' Analisi della Mappatura

I dati che di seguito andremo a presentare sono relativi alla mappatura sul fenomeno del Gambling effettuata su Parma e Provincia, in particolare sono stati contattati i servizi e le comunità terapeutiche che lavorano nel campo delle dipendenze patologiche.

L'idea di far partire questa ricerca è nata da una necessità di far fronte ad un nuovo fenomeno che si sta affermando anche nelle nostre realtà.

Ma soprattutto è nata dal bisogno da parte degli operatori di conoscere più a fondo il fenomeno dal suo livello problematico fino a quello patologico, e verificare se anche il GAP può rispondere ai criteri dati dall'OMS riguardo la definizione delle dipendenze patologiche come croniche e recidivanti.

La ricerca è stata così condotta: abbiamo costruito un questionario, somministrato sotto forma di intervista telefonica ad un referente per ogni servizio contattato.

Il questionario è stato strutturato in due sezioni: la prima riguarda l'utente, ed in particolare è possibile suddividerla in tre campi d'indagine

1. una prima parte di domande è rivolta a definire le caratteristiche personali e cliniche dell'utente affetto da GAP;
2. in seguito si è indagato il tipo di intervento effettuato, le modalità con cui è stato condotto e le figure professionali coinvolte nella gestione del singolo caso;
3. infine si è verificato il possibile utilizzo di test psicologici e soprattutto la possibile presenza di comorbidità.

La seconda sezione è rivolta agli operatori e vuole rilevare il loro interesse a conoscere ed approfondire ulteriormente l'argomento del Gambling.

Il fine ultimo di questa mappatura è quindi di capire cosa è già presente nel territorio a livello di accoglienza e di intervento verso questa nuova tipologia di utenza nelle strutture interessate dal fenomeno. Inoltre, partendo dall'analisi dei dati raccolti, abbiamo voluto fornire degli spunti di riflessione riguardo a quanto ancora si può, ed è necessario, fare per fronteggiare nel migliore dei modi questa nuova patologia.

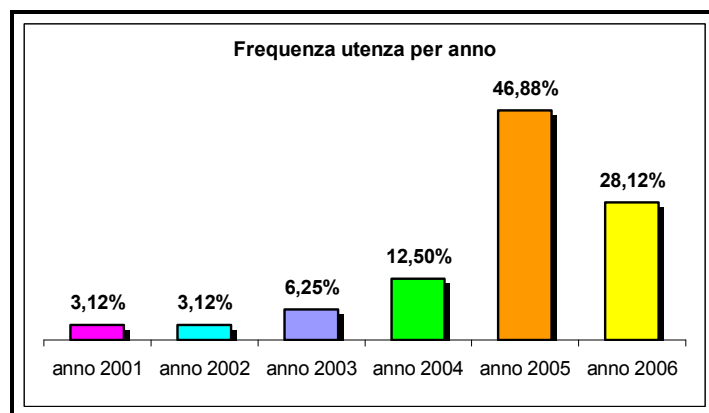
SEZIONE UTENTI

DOMANDA 1-2: QUANTI UTENTI AVETE ACCOLTO? IN CHE PERIODO?

SERVIZI	N. UTENTI	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SER.T. PARMA	17				2	12	3
SER.T. FIDENZA	3	1				2	
SER.T. BORGO TARO	1		1				
SER.T. COLORNO	2				1	1	
VILLA MARIA LUGIA	4						4
ASS. AMICI LODESANA	4			2	1		1
SAN CRISTOFORO	1						1
COMUNITÀ BETANIA	0						
CENTRO ORIZZONTE	0						
TOTALE	32	1	1	2	4	15	9
%		3,12	3,12	6,25	12,5	46,88	28,12

Analizzando i dati emersi si può notare un andamento crescente negli anni con un picco del 46,88% di frequenza nell'anno 2005.

Confrontando l'andamento delle frequenze negli anni e il numero specifico di utenza accolta all'interno dei singoli servizi, emerge una netta predominanza di utenti nel Ser.T. di Parma (n° 17 utenti), probabilmente dovuta all'uscita di un'intervista relativa al fenomeno del Gambling in generale, avvenuta nel 2005 che ha portato alla luce il fenomeno su Parma e Provincia. Infatti osservando le percentuali di frequenza si ha un inversione di tendenza a partire dall'anno 2005, la quale si mantiene su un livello medio-alto anche nel 2006 (28,12%), ed è quindi possibile ipotizzare che l'utilizzo di mass-media per la diffusione di informazioni in merito al G.A.P. possa costituire un valido mezzo per sensibilizzare la popolazione al problema.

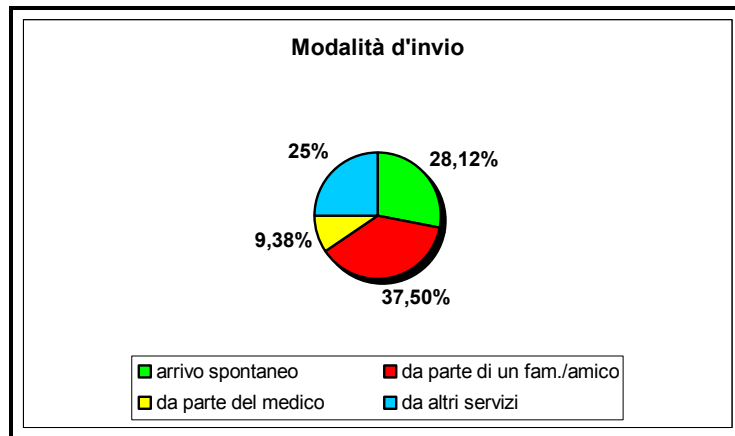


DOMANDA 3: QUAL È STATA LA MODALITÀ D'INVIO?

MODALITÀ D'INVIO	FREQUENZA	%
ARRIVO SPONTANEO	9	28,12
DA PARTE DI UN FAMILIARE/AMICO	12	37,5
DA PARTE DEL MEDICO DI BASE	3	9,38
DA ALTRI SERVIZI SANITARI/SOCIALI	8	25

SERVIZI SANITARI/SOCIALI INVIANI: NOA MILANO
 CIM LANGHIRANO
 SER.T.
 VILLA MARIA LUIGIA

Dai dati ottenuti emerge che la modalità d'invio maggiormente rilevata (37,5%) è quella effettuata da parte di un familiare o da un amico; tuttavia anche l'arrivo spontaneo ha una percentuale (28,12%) rilevante: infatti raccogliendo le testimonianze degli operatori che hanno risposto alla mappatura, è possibile ipotizzare l'emergere di una nuova modalità d'invio il **“passa parola”** tra gli utenti. Un altro dato interessante ai fini della nostra mappatura è la percentuale rilevata (25%) nella modalità d'invio “da altri servizi sanitari/sociali”, probabilmente dovuta al fatto che il GAP generalmente presenta un'alta comorbilità con altri disturbi.



DOMANDA 4: DATI PERSONALI

ETÀ'	FREQUENZA	%
20-30	6	18,75
31-40	8	25
41-50	7	21,88
51-60	5	15,62
61-70	6	18,75

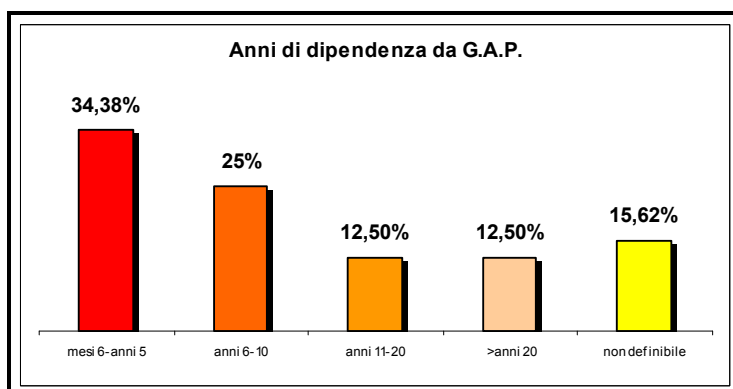
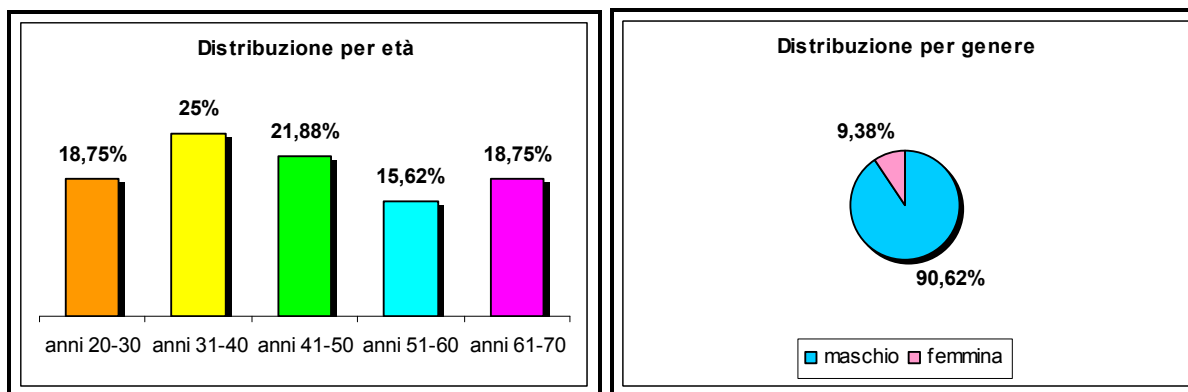
GENERE	FREQUENZA	%
MASCHIO	29	90,62
FEMMINA	3	9,38

DOMANDA 4-B: DA QUANTI ANNI È AFFETTO DA GAP?

ANNI DI DIPENDENZA	FREQUENZA	%
6 MESI- 5 anni	11	34,38
6-10 anni	8	25
11-20 anni	4	12,5
>20 anni	4	12,5
N.P.	5	15,62

I dati ottenuti riguardo al genere mostrano una netta superiorità di maschi affetti da GAP (90,62%); questo dato riflette la generale tendenza di predominanza maschile nell'abuso di sostanze. Per quanto riguarda i dati relativi all'età, quasi il 50% del campione si colloca nella fascia di età adulta media, tra i 30 e i 50 anni, ma è interessante notare la presenza di GAP anche nella fascia di età più giovane, tra i 20 e i 30 anni, con il

18,75%. La nostra preoccupazione relativa a quest'ultimo dato viene avvalorata dai dati ottenuti circa gli anni di dipendenza da GAP: sebbene il 34,38% presenta una dipendenza da 6 mesi a 5 anni, il 50%, invece, presenta una dipendenza a lungo termine che va dai 6 ai 20 anni e oltre. Questo ci porta a ipotizzare che vi sia un avvicinamento al gioco già nella tarda adolescenza; allo stesso tempo in presenza di una dipendenza con durata maggiore di 5 anni, si può ipotizzare un forte rischio di cronicità del disturbo.



DOMANDA 5: QUALE TIPOLOGIA D'INTERVENTO È STATA ATTUATA?

TIPOLOGIA D'INTERVENTO	FREQUENZA	%
PSICOLOGICO	27	84,38
MED-FARMACOLOGICO	14	43,75
EDUCATIVO	4	12,5
SOCIALE	5	15,62
GRUPPI AMA	2	6,25
ALTRO	4	12,5

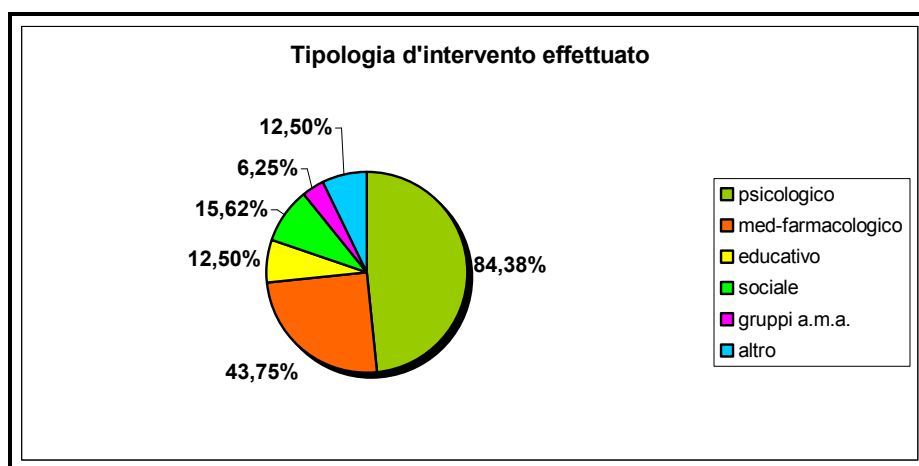
INTERVENTO PSICOLOGICO: COLLOQUI INDIVIDUALI E FAMILIARI

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
 GRUPPO PSICO-EDUCATIVO
 INSERIMENTO-ACCOGLIENZA IN COMUNITÀ
 VALUTAZIONE TESTISTICA
 SOSTEGNO

ALTRO TIPO D'INTERVENTO: SEGUITO DAL SER.T. DI PARMA

NEUROLOGICO
 COLLOQUIO INTRODUTTIVO

Come si può notare dal grafico la maggioranza degli utenti (84,38%) ha ricevuto un trattamento psicologico; tuttavia guardando ai dati nel loro insieme, considerando che più di un utente ha ricevuto diversi trattamenti, è possibile concludere che l'intervento è stato condotto secondo la modalità di lavoro d'equipe, che caratterizza l'approccio dei diversi servizi sanitari, e anche delle CT, portando a guardare la persona nel suo complesso.

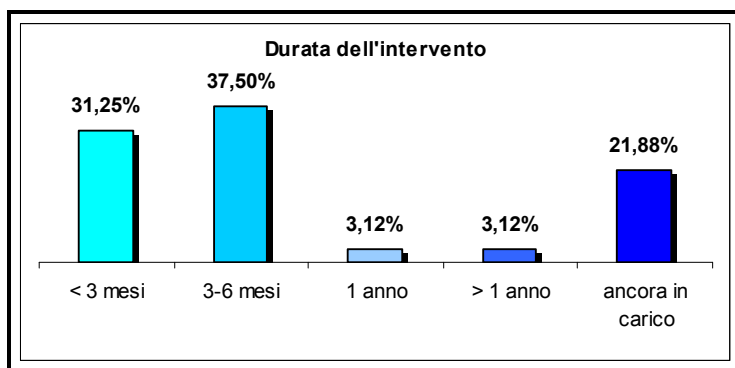


DOMANDA 6: DURATA DELL'INTERVENTO

DURATA DELL'INTERVENTO	FREQUENZA	%
< 3 MESI	10	31,25
3-6 MESI	12	37,5
1 ANNO	1	3,12
> 1 ANNO	1	3,12
ANCORA IN CARICO	7	21,88

NOTA: UN UTENTE HA SOSTENUTO SOLO IL PRIMO COLLOQUIO, QUINDI NON È STATO ANCORA PRESO IN CARICO.

Dai dati emersi si può osservare come la maggioranza degli interventi (68,75%) durano o meno di 3 mesi (31,25) o massimo 6 mesi (37,5%), questo è probabilmente dovuto al fatto che gli utenti abbandonano il servizio senza terminare il percorso terapeutico intrapreso, ma è possibile che alcuni utenti siano da considerare solo “problematici” e non “patologici, quindi soggetti a una possibile remissione a breve termine.



DOMANDA 7: VI È STATA COLLABORAZIONE CON ALTRI SERVIZI NELLA GESTIONE DEL CASO?

COLLABORAZIONE CON ALTRI SERVIZI	FREQUENZA	%
SI	12	37,5
NO	20	62,5

SERVIZI COINVOLTI: SER.T.

ASS. VOLONTARIATO

CIM

VILLA MARIA LUIGIA

NOA

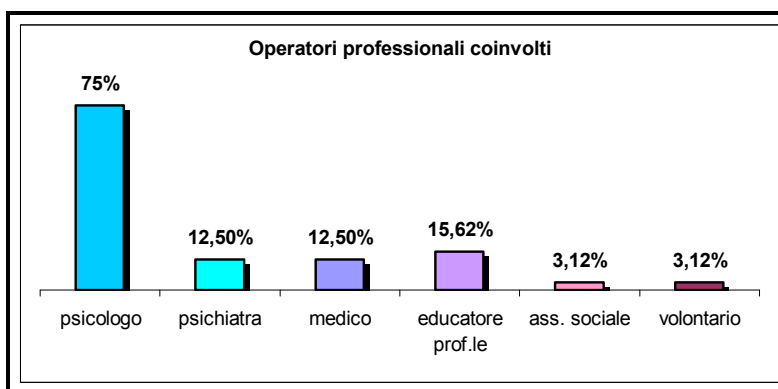
Dall'analisi dei dati emerge che nella maggioranza dei casi (62,5%) non vi è stata collaborazione con altri servizi nella gestione del caso. Questo dato ci porta a supporre che nonostante ci sia collaborazione nell'invio, una volta preso in carico l'utente, questo venga gestito in autonomia dai singoli servizi.



DOMANDA 8: QUALE OPERATORE HA SEGUITO L'UTENTE?

OPERATORE COINVOLTO	FREQUENZA	%
PSICOLOGO	24	75
PSICHIATRA	4	12,5
MEDICO	4	12,5
EDUCATORE PROF.LE	5	15,62
ASS.SOCIALE	1	3,12
VOLONTARIO	1	3,12

In accordo con i dati emersi nella domanda 5, l'operatore maggiormente coinvolto rimane lo psicologo, che con una percentuale del 75% ha seguito la quasi totalità dell'utenza. Ciononostante anche qui si può rilevare la presenza di un lavoro d'equipe, riscontrabile nel fatto che la maggioranza degli utenti è stato seguito da più operatori contemporaneamente. Inoltre il coinvolgimento delle figure del medico (12,5%) e dello psichiatra (12,5%) nel 25% dell'utenza, ci porta a ipotizzare la presenza di una sofferenza psichica negli utenti.



DOMANDA 9: NELLA VALUTAZIONE PSICOLOGICA DELL'UTENTE SONO STATI UTILIZZATI TEST PSICOLOGICI?

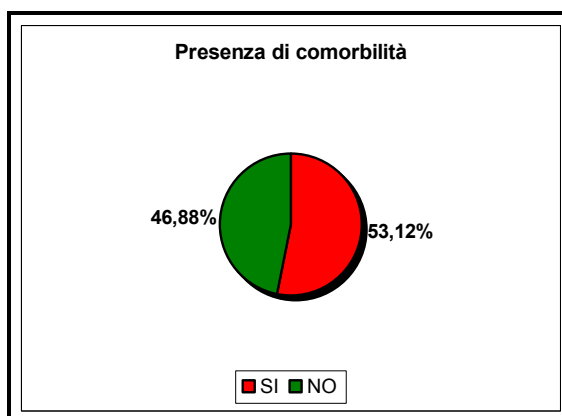
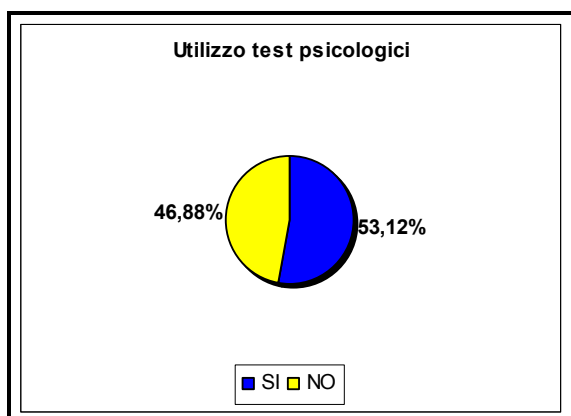
SOMMINISTRAZIONE TEST	FREQUENZA	%
SI	17	53,12
NO	15	46,88

TEST UTILIZZATI: MMPI-2, BDI, BDHI, PBI, SOGS, MOC (OSSESSIVO-COMPULSIVO), SCID, TEST PROGRAMMA ALCOLOGIA, INTERVISTA SEMISTRUTTURATA DI LADACEUR, TCI.

DOMANDA 10: L'UTENTE PRESENTAVA COMORBILITÀ CON ALTRI DISTURBI?

COMORBILITÀ	FREQUENZA	%
SI	17	53,12
NO	15	46,88

Dall'analisi dei dati vi è una lieve maggioranza di utenti a cui sono stati somministrati test psicologici (53,12%) e allo stesso modo emerge una medesima percentuale di utenti (53,12%) che presenta comorbilità con altri disturbi. La coincidenza di dati potrebbe far pensare che la somministrazione dei test sia stata effettuata sugli stessi pazienti con comorbilità con disturbi psicologici. In realtà incrociando le risposte date ai due quesiti, tale coincidenza è presente solo in 9 casi: quindi la somministrazione testistica non viene limitata ai soli utenti che presentano una conclamata comorbilità, ma sono utilizzati come strumento di valutazione dell'intera persona.



TIPO DI COMORBILITÀ: DISTURBO DELL'UMORE

DISTURBO D'ANSIA

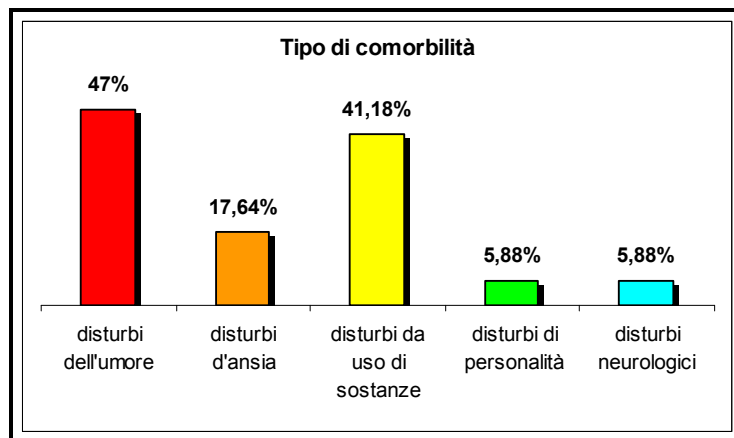
DIPENDENZA DA SOSTANZA (EROINA, CANNABINOIDI)

ALCOLISMO

TENTATO SUICIDIO
 DEPRESSIONE
 DISTURBO BIPOLARE
 ATTACCHI DI PANICO
 DOC
 DISTURBO DI PERSONALITÀ
 MORBO DI PARKINSON

TIPO DI COMORBILITÀ	FREQUENZA	%
DISTURBI DELL'UMORE	8	47
DISTURBI D'ANSIA	3	17,64
DISTURBI DA USO DI SOSTANZE	7	41,18
DISTURBI DI PERSONALITÀ	1	5,88
DISTURBI NEUROLOGICI	1	5,88

Un'ulteriore doverosa considerazione da fare riguarda la distinzione tra le diverse tipologie di comorbilità collegate al GAP, raggruppate secondo la classificazione data nel DSM-IV. Si nota una netta maggioranza di disturbi dell'umore (47,05%), di disturbi da uso di sostanze (41,18%) e di disturbi d'ansia (17,64%) nei 17 casi riscontrati. Le specifiche categorie di disturbi maggiormente presenti ci fanno ipotizzare che la possibile diagnosi di GAP riscontrabile negli utenti, possa essere una conseguenza della presenza già di altri disturbi negli stessi.



SEZIONE OPERATORI

DOMANDA 11-12: AVETE MAI PARTECIPATO A CORSI DI FORMAZIONE RIGUARDANTI IL GAP? VORRESTE INIZIARE A CONOSCERE O APPROFONDIRE ULTERIORMENTE L'ARGOMENTO?

	PARTECIPAZIONE FORMAZIONE		DESIDERIO DI APPROFONDIMENTO	
	SI	NO	SI	NO
SERVIZI				
SER.T. PARMA	X		X	
SER.T. FIDENZA		X	X	
SER.T. BORGO TARO	X		X	
SER.T. COLORNO	X		X	
VILLA MARIA LUGIA		X	X	
ASS. AMICI LODESANA		X	X	
SAN CRISTOFORO		X	X	
TOTALE	3	4	7	/

Nei servizi contattati, considerati come singole unità, abbiamo indagato il desiderio di approfondire ulteriormente l'argomento in questione ed è emerso che la totalità ha risposto positivamente al quesito.

Contemporaneamente a questa indagine si sta svolgendo, all'interno dei servizi, un'indagine sulla soddisfazione e l'interesse verso gli eventi formativi fino ad oggi condotti; alla richiesta di quali argomenti si vogliono approfondire in futuro è emerso che un 35% degli operatori intervistati ha indicato il GAP come uno dei possibili argomenti.

Conclusioni Mappatura

Dai dati, relativi alla mappatura sul territorio dell'utenza affetta da gambling, emerge la cronicità ovvero, la maggioranza degli utenti richiede aiuto dopo aver sviluppato una dipendenza da 6-20 anni.

L'accesso ai servizi con una dipendenza già cronicizzata si potrebbe attribuire ai seguenti fattori: una limitata visibilità dei servizi ai quali è possibile rivolgersi; una tardiva consapevolezza del problema da parte del giocatore ed una insidiosa e graduale escalation del GAP da problematico a patologico. Questi tre elementi possono spiegare la cronicità del gambling, considerata un fattore prognostico negativo.

Considerando che la cronicità rappresenta un fattore prognostico negativo rispetto alla remissione dei sintomi, emerge la necessità di un potenziamento dell'informazione riguardo i servizi che si occupano di questa nuova dipendenza e di una sensibilizzazione pubblica rispetto al problema del gambling e ai rischi legati al gioco patologico.

Riguardo alla presa in carico dell'utenza è emerso che l'intervento psicologico e quello medico risultano i più frequenti; ma, data la tipologia del disturbo e le conseguenze sociali ed economiche, il ruolo professionale dell'educatore risulta di fondamentale importanza per la gestione del rientro finanziario attraverso un'attività di tutoraggio del paziente e di affiancamento dei famigliari nel tutoraggio.

Riguardo alla fase di trattamento, dai dati della mappatura, si rileva una breve durata del percorso terapeutico intrapreso dai giocatori all'interno dei servizi. Si può ipotizzare che la durata del trattamento sia dovuta ad una remissione dei sintomi in pochi mesi; altrimenti il drop out si può interpretare come conseguenza di una bassa motivazione al trattamento da parte del paziente o dell'assenza di un protocollo convalidato sul gioco d'azzardo patologico e di una carenza nell'esperienza con questi pazienti. Quest ultimo dato ci suggerisce l'importanza di una formazione sul gambling rivolta alle varie figure professionali presenti nei servizi, con la conseguente necessità di stilare un protocollo terapeutico.

Un altro punto risultato significativo dalla mappatura riguarda la sostanziale mancanza di collaborazione tra i servizi nella gestione dell'utenza. Si può supporre che ciò sia dovuto alla mancanza di una rete trattamentale e di una visione chiara sui percorsi che vengono seguiti dai pazienti negli altri servizi e/o strutture, probabilmente a questi elementi può aggiungersi una scarsa comunicazione tra operatori dei servizi diversi.