RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 585 Seduta del 01/10/2018

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali

FABRIZIO SALA *Vice Presidente*	GIULIO GALLERA
STEFANO BOLOGNINI	STEFANO BRUNO GALLI
MARTINA CAMBIAGHI	LARA MAGONI
DAVIDE CARLO CAPARINI	ALESSANDRO MATTINZOLI
RAFFAELE CATTANEO	SILVIA PIANI
RICCARDO DE CORATO	FABIO ROLFI
MELANIA DE NICHILO RIZZOLI	MASSIMO SERTORI
PIETRO FORONI	CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera di concerto con l'Assessore Stefano Bolognini

Oggetto

APPROVAZIONE PROGRAMMA DI ATTIVITA' PER IL CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO – ATTUAZIONE D.G.R. N. 159 DEL 29/05/2018 E D.C.R. N. 1497 DEL 11/04/ 2017 (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE BOLOGNINI)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Direttori Generali Luigi Cajazzo Giovanni Daverio

I Dirigenti Laura Lanfredini Liliana Coppola Ilaria Marzi

L'atto si compone di 68 pagine

di cui 9 pagine di allegati

parte integrante

VISTI:

- il d.p.r 9 ottobre 1990, n. 309 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope per prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";
- la legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcool e di problemi alcool correlati";
- il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502." e, in particolare, l'articolo 35 che reca le disposizioni in tema di assistenza sociosanitaria residenze alle persone con dipendenze patologiche;
- l'art. 1, comma 946 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, "Legge stabilità 2016", il quale prevede che, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da gioco d'azzardo patologico (GAP), come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico, ripartito tra le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministero della Salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano. Per la dotazione del Fondo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016;
- il Decreto del Ministero della Salute del 06 ottobre 2016 con il quale viene disposta la ripartizione alle Regioni del Fondo per il gioco d'azzardo patologico (art. 1, comma 946 legge 28/12/2015 n.208) che attribuisce alla Lombardia 8.222.103 euro per la prima annualità;
- la legge regionale 21 ottobre 2013, n. 8 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico";

VISTA la L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" che:

- ai comma 1 e 2 dell'art. 4 bis (Piano regionale della prevenzione) stabilisce che "Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie" e che "(…) Le attività di prevenzione sanitaria (…), vengono svolte dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS (…) che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica, in coerenza con il piano

regionale della prevenzione (PRP)";

- al comma 1 dell'art. 53 bis (Obiettivi di salute dell'area della salute mentale) identifica tra gli obiettivi della promozione della salute mentale in ogni età della vita i seguenti:
  - la diagnosi e il trattamento appropriato dei disturbi mentali, dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, dei disturbi da uso di sostanze e altri comportamenti da dipendenza, del disagio psicologico individuale e familiare, la prevenzione delle loro conseguenze nella vita personale e di relazione tramite interventi e percorsi di riabilitazione specifici, a partire dall'età evolutiva;
  - la promozione di percorsi di cura e assistenza per i pazienti con patologie emergenti nell'ambito psicologico, delle dipendenze e dei disturbi psichiatrici di tutte le età, assicurando l'accesso a specifici programmi innovativi, compresi i percorsi a tutela della salute fisica;

- e ai commi 1 e 2 dell'Art. 57 (Competenze delle ATS), assegna:
  - alle ATS il compito di svolgere attività di prevenzione e controllo dei fattori di rischio per la popolazione e i lavoratori e di promozione della salute secondo un approccio intersettoriale che valorizza il contributo di altre istituzioni e di soggetti, quali associazioni e organizzazioni, a vario titolo coinvolte, nel raggiungimento di obiettivi comuni di prevenzione;
  - ai dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con il piano regionale della prevenzione, la governance e l'orientamento dell'offerta di prestazioni di prevenzione erogate dalle ASST e da altri soggetti accreditati e lo svolgimento della promozione di programmi di contrasto alle dipendenze;

VISTI:

- il Piano Regionale della Prevenzione 2014- 2018, adottato con d.c.r. 11 aprile 2017 - n. X/1497 "Piano regionale di prevenzione 2014 – 2018, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 e della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità) e s.m.i." e relativa proroga con d.c.r. XI/67 del 17 luglio 2018, che individua obiettivi ed azioni anche in relazione alla prevenzione delle diverse forme di dipendenza, incluse le dipendenze comportamentali;
- la d.g.r. n. 159 del 29 maggio 2018 "Stato di attuazione della legge regionale 21 ottobre 2013, N. 8 "*Norme per la prevenzione e il trattamento*

del gioco d'azzardo patologico" – Relazione annuale 2017";

RICHIAMATE inoltre le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 12621 del 7 aprile 2003 "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per la assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze";
- n. 5509 del 10 ottobre 2007 "Determinazioni relative ai servizi accreditati nell'area dipendenze";
- n. 6219 del 19 dicembre 2007, di approvazione delle Linee Guida prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale, che fissa i principi per il miglioramento della qualità della programmazione e della progettazione della prevenzione, individuando, tra l'altro, l'urgenza di far fronte alla precocizzazione dei fenomeni di abuso con il progressivo abbassamento dell'età della popolazione destinataria degli interventi preventivi;
- n. 10158 del 16 settembre 2009, di approvazione delle Linee Guida per la prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione generale, che individua negli interventi integrati multilivello e nel coinvolgimento attivo del maggior numero di attori della comunità lo strumento principe per il raggiungimento di obiettivi di prevenzione e promozione della salute;
- n. 4225 del 25 ottobre 2012, concernente il piano di azione regionale per le dipendenze;
- n. 6907 del 24 luglio 2017, concernente lo stato di attuazione della legge regionale 21 ottobre 2013, n.8 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico" – Relazione annuale 2016";
- n. 7600 del 20 dicembre 2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018";

RICHIAMATA la risoluzione del Consiglio regionale della Lombardia n. X/1279 del 25 ottobre 2016 "Risoluzione concernente le determinazioni in merito alle comunità terapeutiche e pedagogiche del sistema sociosanitario lombardo";

VISTI:

- la nota a firma del DG Welfare protocollo G1.2017.0006018 del 14/02/2017 al Ministero della Salute di trasmissione del programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo della Regione Lombardia ai sensi del D.M.

06.10.2016 – "Riparto fondo per il gioco d'azzardo patologico (art 1, comma 946 legge stabilità 2016)";

- la nota 0013924-05/05/2017–DGPRE- MDS-P del Ministero della Salute (Ufficio 6 – Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria) ad oggetto "Decreto del Ministro della Salute del 6 ottobre 2016, di riparto del Fondo di cui all'art.1, comma 946, della Legge 28 dicembre 2015, n.208, per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da gioco d'azzardo patologico" con la quale il Ministero comunica che i documenti contenenti le azioni previste per il contrasto al gioco d'azzardo trasmessi dalle Regioni sono stati valutati positivamente ed approvati dall'Osservatorio per il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave nella riunione del 27/04/2017, e che pertanto procede ad avviare gli accreditamenti delle somme previste dal citato decreto ministeriale;
- la sentenza del TAR del Lazio n. 10525/2017, che ha decretato l'illegittimità della procedura di approvazione dei documenti regionali elaborati ai sensi del Decreto del Ministero Salute del 06/10/2016 contenenti le azioni per il contrasto al Gioco d'Azzardo patologico poiché avvenuta in difetto di una adeguata analisi dei medesimi da parte dei componenti dell'Osservatorio;
- l'Intesa, ai sensi dell'art.1, comma 133, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2014, n.190 sullo schema di regolamento del Ministero della salute e adozione delle "Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), approvata nella seduta delle Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie autonome di Trento e di Bolzano in data 06/12/2017;
- il documento regionale contenente le azioni per il contrasto al gioco d'azzardo inviato alla attenzione della Direzione Generale Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute con nota a firma del DG Welfare prot. G1.2018.0007510 del 20/02/2018 ad oggetto "Regione Lombardia - (Decreto del Ministro della Salute 6 ottobre 2016) – Versione rimodulata come da indicazioni nota del Ministero della Salute (prot. 0038310 – 20/12/2017 – DGPRE – MDS)" e allegato quale parte integrante della presente deliberazione;
- la nota del Ministero della Salute (Ufficio 6 – Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria) del 04/05/2018 prot. DGPRE0013289-P con la quale viene comunicato che:

- sentito l'osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave nella riunione del 3 maggio 2018, i documenti regionali contenenti le azioni per il contrasto al Gioco d'azzardo di cui al Decreto del Ministero Salute del 06/10/2016, sono stati valutati positivamente e pertanto le quote del fondo per il gioco d'azzardo patologico erogate alle Regioni con Decreto Dirigenziale della stessa DG del Ministero in data 28/06/2017 sono diventate disponibili alla spesa;
- con riferimento a quanto previsto dal Decreto del Ministro della Salute del 07/12/2017 (Decreto di riparto del fondo per il gioco d'azzardo patologico per l'anno 2017) all'art.2 comma 1, le Regioni sono tenute a presentare entro il 30/09/2018 la seguente documentazione:
  - apposita d.g.r. di approvazione del programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico;
  - formale certificazione dell'avvio delle attività;
  - relazione a cura dei referenti scientifici sullo stato di attuazione delle attività previste;

- la nota del CODACONS dell'11 maggio 2018, loro protocollo n.53/IST/2018, ad oggetto "Diffida ex art. 2 della L.241/1990, istanza di annullamento in autotutela ex artt. 21-nonies, comma 1, della L. 241/1990 e 1, comma 136, L.311/2004 e contestuale istanza di accesso agli atti e documenti amministrativi ai sensi degli artt. 22 ss. della L. 241/1990 e 2 del D.P.R. 184/2006"-;

CONSIDERATO che il Programma di Attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico elaborato dagli uffici regionali ed approvato secondo l'iter descritto (Allegato "A") ha le caratteristiche di programmazione strategica e come tale non descrive attività di dettaglio operativo;

PRESO ATTO del fatto che gli uffici regionali per le motivazioni di cui al punto precedente hanno provveduto ad elaborare un proprio "Programma Operativo Regionale", riportato nell'Allegato "B" parte integrante della presente deliberazione;

CONSIDERATO che tale Programma contribuisce a sostenere la continuità dell'azione regionale in riferimento alla l.r. 8/2013, e che, in tale prospettiva, saranno garantiti specifici percorsi di confronto e collaborazione inter direzionale tra la DG Welfare e la DG Politiche sociali, abitative e disabilità finalizzati:

- all'integrazione delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali che

sostengano, anche nell'ambito della realizzazione del Programma operativo, la presa in carico globale della persona nel proprio contesto di vita;
- al coinvolgimento delle diverse tipologie di attori interessati alla realizzazione delle azioni (SSR, Enti locali, Soggetti del Terzo settore, Impresa, Scuola, ecc.);
- alla valorizzazione delle azioni dimostratesi di maggiore efficacia ed impatto;

PRESO ATTO dei lavori effettuati dagli uffici della DG Welfare con un gruppo di erogatori delle dipendenze istituito al fine di proporre una revisione del sistema di offerta ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale;

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro di cui al precedente punto ha ritenuto utile proporre di introdurre nel sistema di offerta di servizi per le dipendenze nuove unità di offerta finalizzate al trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo, e che ha sintetizzato tale proposta nel documento "Allegato C" parte integrante della presente deliberazione;

PRESO ATTO che nessuna delle attività previste dal Programma è stata avviata in data precedente alla sua approvazione definitiva, avvenuta il 3 maggio 2018 e che alla data delle presente deliberazione nessuna spesa è stata fatta a carico del Fondo del Fondo di cui all'art.1, comma 946, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

RAVVISATA la necessità di conferire alle Agenzie Territoriali Sanitarie il compito di procedere sul proprio territorio alla attivazione degli interventi previsti dal programma operativo di cui all'allegato "B";

STABILITO di ripartire le risorse da destinare al programma di cui al presente provvedimento, per un totale di euro 8.442.103,00, come meglio definiti nell'allegato "D", parte integrante, secondo il criterio della popolazione residente;

PRECISATO che le risorse destinate al finanziamento del programma sono garantite per euro 8.222.103,00 dal finanziamento statale vincolato 2016, già disponibile nel bilancio regionale ed attualmente impegnato a favore della G.S.A. al capitolo 12987 – impegno 2017/14584, mentre la restante somma di euro 220.000,00 relativa ai costi per il personale dipendente delle aziende sanitarie coinvolte, è già nelle disponibilità economico-finanziarie delle medesime;

CONSIDERATA la necessità di ripartire i fondi di cui all'art.1, comma 946, della Legge 28 dicembre 2015, n.208 secondo il criterio oggettivo della popolazione residente come riportato nell'Allegato "D";

RICHIAMATI infine i seguenti documenti di programmazione regionale:

- "Programma Regionale di Sviluppo della XI Legislatura" approvato con d.c.r. n. XI/64 del 10 luglio 2018 ;
- "Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014" approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17/11/2010, la cui validità è stata prorogata dalla d.g.r. n. X/2989 del 23/12/2014 fino all'approvazione di un nuovo Piano;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette valutazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

Per tutte le motivazioni espresse in premessa:

1) di approvare il "Programma regionale per il contrasto al Gioco d'Azzardo patologico", così come inviato con nota a firma del DG Welfare prot. G1.2018.0007510 del 20/02/2018 alla attenzione della Direzione Generale Prevenzione del Ministero della Salute, allegato A parte integrante della presente delibera;

2) di approvare gli allegati "B" (Programma Operativo Regionale), "C" (Sperimentazione) e "D" (Riparto dei fondi), parte integrante della presente delibera, precisando che le risorse, per un totale di euro 8.442.103,00 sono state ripartite secondo il criterio della popolazione residente;

3) di precisare che le risorse destinate al finanziamento del programma sono garantite per euro 8.222.103,00 dal finanziamento statale vincolato 2016 già disponibile nel bilancio regionale ed attualmente impegnato a favore della G.S.A. al capitolo 12987-impegno 2017/14584, mentre la restante somma di euro 220.000,00 relativa ai costi per il personale dipendente delle aziende sanitarie coinvolte, è già nelle disponibilità economico-finanziarie delle medesime;

4) di disporre che ciascuna ATS proceda ad emettere un bando di manifestazione di interesse per la individuazione di strutture presenti nel territorio lombardo disponibili a partecipare alla sperimentazione di cui all'allegato "C" entro il 30/11/2018;

5) di disporre che le ATS procedano alla predisposizione, secondo le indicazioni di cui all'allegato B e sulla base degli esiti della manifestazione di interesse di cui al punto precedente, dei Piani Locali, che invieranno entro il 15/01/2019 a Regione Lombardia per la verifica di congruenza con la programmazione regionale;

6) di disporre che sulla base degli esiti delle attività effettuate nel primo anno di attività si potrà procedere, previo accordo tra gli uffici regionali e il Ministero competente, ad eventuali rimodulazioni del Programma, per assicurarne una migliore efficienza ed efficacia;

7) di dare mandato alle Direzioni competenti di adottare ogni successivo provvedimento in attuazione alla presente delibera;

8) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul Portale di Regione Lombardia www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO

FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Allegato A

PROGRAMMA DI ATTIVITA' PER IL CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

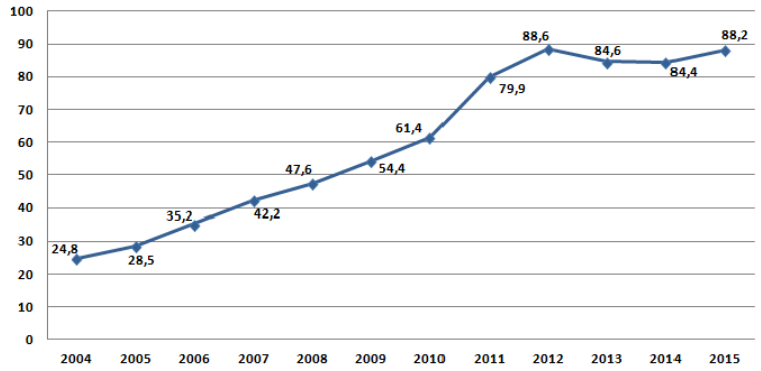
Regione Lombardia

Revisione 20/02/2018 (nota prot. G1.2018.0007510)

Dati di contesto

Secondo i più recenti dati dell' Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (cfr. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2015) la raccolta nel complesso dei giochi d'azzardo in Italia – raggruppati nelle seguenti categorie: apparecchi, VLT, bingo, giochi a base ippica, giochi a base sportiva, giochi numerici a totalizzatore, lotterie, lotto, giochi di abilità a distanza a torneo, giochi di carte in forma diversa dal torneo e giochi di sorte a quota fissa, scommesse virtuali – ammonta, nel 2015, a oltre 88 miliardi di euro. Negli ultimi quattro anni il volume del gioco legale si è consolidato su valori compresi tra gli 84 e gli 88 miliardi, dopo un trend di crescita molto più deciso registrato tra il 2008 (quando la raccolta era pari a 49,1 miliardi) e il 2012 (87,6 mld).

Andamento storico della raccolta nazionale
(soldi investiti nel gioco d'azzardo lecito – miliardi di euro)



Fonte: Andamenti 2004-2007, DPA (relazione al Parlamento 2013), 2008-2015 AAMS

Nella tabella sottostante si rilevano i dati di raccolta, vincita e spesa divisi per regione

(rif. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2015, Organizzazione, Attività e Statistica. Anno 2015

:

Volumi di gioco ripartiti per regione (*) dati in milioni di Euro

REGIONE	Raccolta (**)			Vincite			Spesa (**)		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
ABRUZZO	1.877	1.869	1.875	1.445	1.442	1.452	419	421	416
BASILICATA	469	468	486	351	352	367	114	115	117
CALABRIA	1.610	1.590	1.651	1.206	1.196	1.254	391	388	390
CAMPANIA	6.244	6.611	6.821	4.638	5.006	5.231	1.580	1.593	1.576
EMILIA ROMAGNA	5.932	5.914	5.994	4.626	4.639	4.679	1.265	1.245	1.293
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.317	1.302	1.348	1.055	992	1.035	257	306	311
LAZIO	7.754	7.668	7.611	6.008	5.935	5.914	1.726	1.723	1.687
LIGURIA	1.890	1.867	1.880	1.444	1.437	1.455	440	428	422
LOMBARDIA	13.840	13.868	14.065	10.722	10.760	10.944	3.087	3.094	3.107
MARCHE	1.797	1.800	1.818	1.376	1.381	1.402	409	405	412
MOLISE	375	354	352	289	270	269	84	82	82
PIEMONTE	4.908	4.923	5.060	3.776	3.804	3.917	1.118	1.113	1.136
PUGLIA	3.886	3.969	4.074	2.941	3.037	3.122	926	922	941
SARDEGNA	1.494	1.504	1.542	1.089	1.133	1.149	392	366	385
SICILIA	3.903	3.836	3.890	2.884	2.859	2.934	994	969	941
TOSCANA	4.425	4.446	4.566	3.417	3.466	3.554	982	966	1.000
TRENTINO ALTO ADIGE	1.209	1.164	1.180	953	921	935	251	241	243
UMBRIA	1.031	1.031	1.029	797	796	792	231	233	235
VALLE D'AOSTA	129	127	132	98	95	99	31	32	32
VENETO	5.523	5.670	5.850	4.266	4.395	4.551	1.231	1.256	1.284
Totale	69.612	69.982	71.225	53.381	53.916	55.053	15.929	15.898	16.010

(*) Il dato ripartito territorialmente riguarda solo i giochi distribuiti su rete fisica e, con riferimento alle Vincite e alla Spesa (ottenuta per differenza tra la Raccolta e le Vincite), è soggetto ad assestamento.

(**) I dati territoriali 2015, relativi agli apparecchi da intrattenimento, vengono rilevati provvisoriamente sulla base dei contatori di sala. Tale modalità di rilevazione differisce da quella utilizzata per i dati nazionali. Ciò comporta un temporaneo disallineamento, ma consente di disporre tempestivamente di un dato territoriale ancorché suscettibile di una successiva revisione. I dati vengono riconciliati nell'arco di un biennio.

AGENZIA DELLE DOGANE E DEI MONOPOLI

Nel confronto tra le regioni si evidenzia che la Lombardia è la prima per volumi in relazione alla raccolta, alla vincita e alla spesa. Nel corso del triennio 2013- 2015 i volumi in Lombardia sono cresciuti come di seguito specificato:

	2013	2014	2016
Raccolta	13.840	13.868	14.065
Vincite	10.722	10.760	10.944
Spesa	3.087	3.094	3.107

Di seguito, a titolo esemplificativo, sono riportati i dati[1] della raccolta (2014) divisi per Regione. Nella prima tabella son riportati i dati in assoluto, nella seconda calcolati in base alla popolazione e nella terza in base al PIL. Si assiste quindi a un ridimensionamento della posizione della Lombardia in termine di volume di gioco.

Valore assoluto

13.847	**LOMBARDIA**
7.655	LAZIO
6.579	CAMPANIA
5.929	EMILIA ROMAGNA
5.703	VENETO
4.935	PIEMONTE
4.461	TOSCANA
3.969	PUGLIA
3.826	SICILIA
1.886	LIGURIA
1.885	ABRUZZO
1.808	MARCHE
1.584	CALABRIA
1.507	SARDEGNA
1.305	FRIULI VENEZIA GIULIA
1.176	TRENTINO ALTO ADIGE
1.036	UMBRIA
467	BASILICATA
351	MOLISE
129	VALLE D'AOSTA

Su abitanti

1415,62	ABRUZZO
1384,34	**LOMBARDIA**
1332,21	EMILIA ROMAGNA
1299,13	LAZIO
1191,21	LIGURIA
1188,76	TOSCANA
1165,85	MARCHE
1157,85	UMBRIA
1157,36	VENETO
1122,40	CAMPANIA
1120,16	MOLISE
1115,39	PIEMONTE
1113,71	TRENTINO ALTO ADIGE
1063,46	FRIULI VENEZIA GIULIA
1005,47	VALLE D'AOSTA
970,39	PUGLIA
906,04	SARDEGNA
809,89	BASILICATA
801,36	CALABRIA
751,36	SICILIA

% su PIL

6,60	CAMPANIA
6,15	ABRUZZO
5,99	PUGLIA
5,96	MOLISE
5,17	CALABRIA
4,82	SARDEGNA
4,75	UMBRIA
4,68	MARCHE
4,55	SICILIA
4,43	BASILICATA
4,10	TOSCANA
4,10	EMILIA ROMAGNA
4,10	LAZIO
3,94	LIGURIA
3,91	PIEMONTE
3,86	VENETO
3,81	**LOMBARDIA**
3,72	FRIULI VENEZIA GIULIA
3,03	TRENTINO ALTO ADIGE
2,73	VALLE D'AOSTA

Considerando le tipologie di gioco[2,] si rileva che a fronte di un incremento generale del volume di gioco, si modifica l'interesse per le diverse tipologie. In generale scendono la lotteria, i giochi di abilità a distanza e i giochi a base ippica, i giochi numerici a totalizzatore. Crescono i giochi a base sportiva, il lotto (solo raccolta e vincite) e il betting exchange (dati biennali). Mostrano un andamento altalenante nel tempo le Vlt, le scommesse virtuale e i giochi di carte.

[1] Regione Lombardia – Tavolo Dipendenze (ATS Brescia), 2017

[2]Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2015, Organizzazione, Attività e Statistica. Anno 2015

Giochi Riepilogo nazionale

Volumi di gioco (dati in milioni di Euro)

Gioco	RACCOLTA			VINCITE			Spesa dei Giocatori (*)			ERARIO (**)		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Apparecchi	25.428	25.396	25.963	19.041	18.939	19.279	6.386	6.457	6.683	3.229	3.225	3.375
VLT	21.963	21.348	22.198	19.231	18.782	19.534	2.732	2.566	2.664	1.098	1.067	1.110
Comma 7 (***)	303	231	230	-	-	-	303	231	230	24	1	18
Bingo (****)	1.663,9	1.624	1.598	1.055	1.068	1.124	609	555	474	183	179	176
Gioco a base ippica (****)	812,8	682	636	572	484	455	241	198	181	39	32	30
Gioco a base sportiva (****)	3.822,2	4.250	5.592	3.041	3.437	4.807	782	814	785	162	170	203
Giochi numerici a totalizzatore (****)	1.376,2	1.188	1.055	580	517	380	796	671	676	642	549	487
Lotterie (****)	9.612,2	9.442	9.063	6.956	6.833	6.603	2.656	2.609	2.460	1.486	1.462	1.353
Lotto (****)	6.332,7	6.629	7.077	4.128	4.473	4.794	2.205	2.156	2.283	1.210	1.114	1.179
Giochi di abilità a distanza a torneo	852,0	734	727	755	655	656	97	79	71	26	22	22
Giochi di carte organizzata in forma diversa dal torneo e giochi di sorte a quota fissa	12.428,6	11.584	12.502	12.052	11.219	12.091	377	365	411	74	72	82
Scommesse Virtuali (****)	16,5	1.148	1.067	14	963	887	3	186	180	1	37	36
Betting Exchange	-	205	541	-	204	538	-	1	3	-	0,20	0,50
Totale	**84.611**	**84.460**	**88.249**	**67.424**	**67.572**	**71.147**	**17.186**	**16.888**	**17.102**	**8.174**	**7.930**	**8.071**

(*) E' data dalla differenza tra la raccolta e le vincite. La spesa del giocatore non comprende il prelievo sui conti dormienti e l'imposta del 6% sulle vincite pari complessivamente a circa: 300 Mln per il 2013, 324 Mln per il 2014 e 372 Mln per il 2015.

(**) Il dato relativo all'Erario non comprende il prelievo sui conti dormienti e l'imposta del 6% sulle vincite e della quota aggiuntiva prevista dall'art. 1, comma 649, legge 190/2014, complessivamente pari a: oltre 300 Mln per il 2013 e il 2014 e oltre 700 Mln per il 2015.

(***) Trattandosi di premi in natura, il dato delle vincite non è disponibile.

(****) Il dato di raccolta e di vincita è il risultato dalla somma della parte fisica e di quella telematica.

Dai dati sui punti di vendita del gioco d'azzardo legale nel triennio si rilevano andamenti decrescenti, in particolare per i punti di gioco ippico che si riducono del 28% in Lombardia e del 35% in Italia e i punti di gioco sportivo che si riducono del 20% in Lombardia e del 16% in Italia. Fanno eccezione Lotto e lotterie (che crescono sia in Regione che in Italia) e delle Sale dedicate alle Video Lotterie che crescono a livello nazionale

Rete di vendita Lombardia vs Italia anni 2013-2015

Direzione territoriale	ANNO	Bingo	Concorsi pronostici	Giochi numerici a totalizzatore	Gioco ippico	Gioco sportivo	Lotto e lotterie	New Slot	VLT
		Sale	Punti vendita	Punti vendita	Punti gioco Negozi Agenzie	Punti gioco Negozi Agenzie	Ricevitorie Punti vendita	n°esercizi con Nslot	n° sale VLT
Lombardia	2013	32	1.522	5.772	790	1.033	14.507	16.004	868
	2014	31	1.407	5.462	725	925	14.747	14.721	857
	2015	**27**	**1.365**	**5.296**	**569**	**830**	**14.854**	**13.439**	**795**
ITALIA	2013	221	10.229	39.141	5.657	7.059	98.945	96.245	4.588
	2014	218	9.935	36.540	5.817	6.446	99.229	88.922	4.834
	2015	**208**	**9.758**	**35.073**	**3.687**	**5.935**	**98.487**	**83.307**	**4.863**

Fonte: AAMS (nostra elaborazione)

Il gioco d'azzardo nella popolazione generale

Dati del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri
I risultati dell'indagine GPS-DPA 2014 (cfr. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, 2014) mostrano che la prevalenza di gioco nella popolazione 18-64 anni risulta pari a 62,6%, con un valore maggiore nella popolazione maschile (66,9%). Analizzando i dati secondo la fascia d'età, circa il 70,0% dei soggetti da 18 a 34 anni negli ultimi 12 mesi ha partecipato ad almeno uno dei giochi presi in considerazione nell'indagine, dato questo che scende al 59,1% nella fascia più adulta.
I residenti nell'area meridionale/insulare si caratterizzano per una prevalenza di gioco maggiore (69,0%), a fronte di una forte omogeneità rilevata nelle altre aree d'Italia. La valutazione del comportamento di gioco, per i soggetti che hanno riposto indicando la partecipazione negli ultimi 12 mesi ad almeno uno dei giochi elencati, è stato valutato attraverso il calcolo di un indice di gravità. Questo è stato stimato tramite la somministrazione della versione italiana validata del questionario South Oaks Gambling Screen (SOGS). Utilizzando questa scala di misura, è stato possibile identificare una quota di giocatori problematici e a rischio di gioco patologico pari al 2,1% e una quota di giocatori d'azzardo patologici pari all'1,9%. Si stima, quindi, che circa il 4% dei giocatori rispondenti di 18-64 anni abbia un approccio problematico o addirittura patologico al gioco d'azzardo, manifestato nei 12 mesi precedenti l'intervista (percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%).

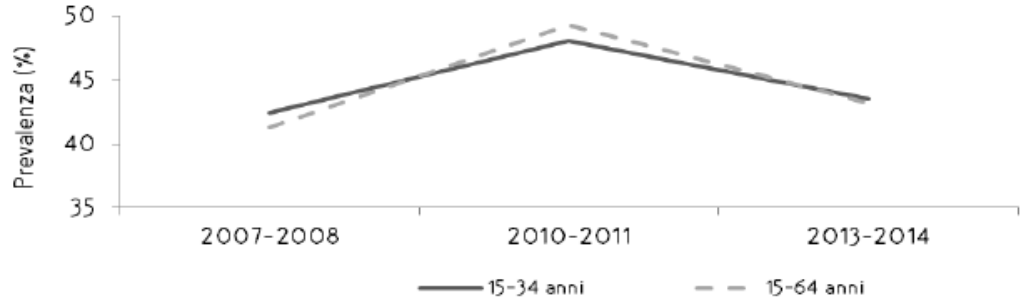
Dati del Sistema di sorveglianza nazionale sul disturbo da gioco d'azzardo[3]
L'Istituto Superiore di Sanità ha implementato il progetto Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da gioco d'azzardo e ha realizzato un'indagine demoscopica su 3.000 soggetti con età superiore ai 15 anni. Dallo studio emerge che il numero dei giocatori (ossia coloro che hanno praticato almeno un gioco negli ultimi 12 mesi) è pari al 49,7% degli intervistati. Si tratta prevalentemente di soggetti di genere maschile (56,0%), di età compresa tra i 25 e i 44 anni. Molti di loro sono fumatori (61,7%).

L'indagine ha anche l'obiettivo di rilevare la percezione della popolazione italiana rispetto al gioco d'azzardo. Ne risulta che:
- il 36% delle persone intervistate si definisce gioco d'azzardo il "gioco in cui la vincita e la perdita di denaro o altri valori non dipendono dall'abilità del giocatore ma sono prevalentemente casuali".
- il poker è considerato in assoluto "IL" gioco d'azzardo, seguito dal videopoker (79%). Più della metà degli intervistati non ritiene gratta e vinci (56%), lotto (54%) ewin for life (51%) giochi d'azzardo.
- i giocatori (intesi come coloro che hanno praticato almeno un gioco negli ultimi 12 mesi) è pari al 49,7%, con punte di 56,0% tra gli uomini, 57,6% nella fascia d'età 25-44 anni e 61,7% tra i fumatori, evidenziando una correlazione piuttosto evidente tra l'abitudine al fumo e la pratica di giochi d'azzardo.
- la dipendenza da gioco d'azzardo è considerata dalla popolazione italiana una dipendenza grave, che può essere curata con l'aiuto dello psicologo (31,1%) e presso associazioni/comunità specializzate (28,4%).
- per gli italiani, le principali cause che possono favorire il gioco d'azzardo sono: le difficoltà economiche (35,2%), il disagio sociale (31,9%) e il desiderio di sfidare la sorte (27,4%).
- Sempre secondo gli italiani, gli strumenti migliori per ridurre il gioco d'azzardo sono:
    - l'eliminazione delle slot da bar e locali pubblici (51,8%)
    - il divieto di fare pubblicità (34,3%)
    - la prevenzione nelle scuole (30,6%)
    - l'introduzione di limiti negli importi delle giocate (28,5%),
    - fornire maggiori informazioni sui danni del gioco (27,0%)
    - limitare il numero delle sale giochi (26,6%).

I dati dello Studio IPSAD[4]
Dall'ultima indagine IPSAD®2013-2014 risulta che il 42,9% della popolazione di 15-64 anni, che corrisponde a quasi 17 milioni di persone, ha giocato almeno una volta somme di denaro; di questi oltre 5milioni e mezzo sono giovani adulti di 15-34 anni, con una prevalenza equivalente al 42,7%.
Rispetto allo studio 2011 i tassi standardizzati (utilizzati per il confronto negli anni) riferiti sia alla popolazione di 15-64 anni sia a quella dei giovani adulti, risultano diminuiti, allineandosi al valore rilevato nello studio 2008.

[3] FONTE: Relazione al Parlamento 2016
[4] Relazione al Parlamento 2015

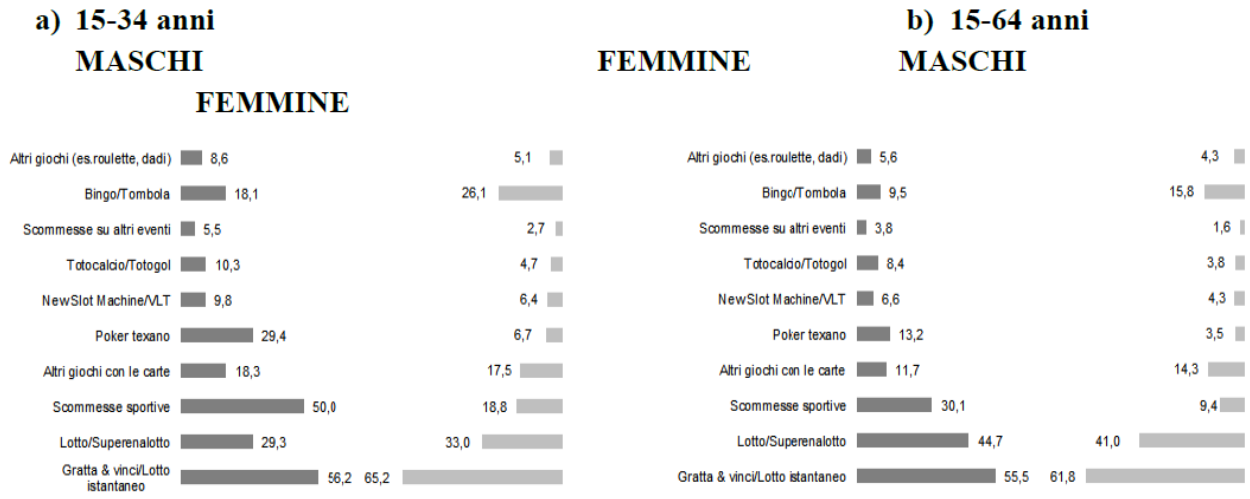
Andamento temporale del gioco d'azzardo nella popolazione 15-34 anni e 15-64 anni



IPSAD©2013-2014

Il genere maschile mostra una maggiore attrazione per il gioco d'azzardo: il 55,7% degli uomini di entrambe le classi di età ha giocato somme di denaro, contro il 30,3% delle donne 15-64enni e il 29,3% delle 15-34enni.
I Gratta & Vinci e Lotto istantaneo sono i giochi maggiormente praticati nell'anno, sia se si considerano tutti i giocatori 15-64enni (58%) sia i giovani adulti (59%); seguono, anche se con percentuali e ordine di preferenza diversi nelle due classi di età, il gioco del Lotto/Superenalotto (15-64enni: 44%; 15-34enni: 31%) e le scommesse sportive (15-64enni: 22%; 15-34enni: 39%). Tra i giovani adulti che hanno giocato d'azzardo nell'anno, circa 1 ogni 5 ha puntato soldi giocando a Poker Texano e/o a Bingo/Tombola o ancora facendo altri giochi a carte, rapporto che tra tutti i giocatori 15-64enni risulta inferiore (rispettivamente 9%, 11% e 12%). Tra i giocatori, gli uomini che, nell'ultimo anno, hanno scommesso soldi su eventi sportivi e/o giocando a Poker Texano oppure a Totocalcio/Totogol risultano in quota superiore a quella delle donne; queste ultime, invece, risultano in quota maggiore per i giochi non strategici quali Gratta & Vinci e/o Bingo/Tombola.

Distribuzione percentuale dei giochi praticati da coloro che hanno giocato d'azzardo nell'anno (2013-2014)



IPSAD © 2013-2014
In generale, tra i giocatori, i bar/tabacchi sono i luoghi prescelti per giocare (15-34enni: 44%; 15-64enni: 49%), seguiti dall'abitazione propria o di amici (15-34enni: 30%; 15-64enni: 19%) e dalle sale scommesse (rispettivamente 21% e 11%), queste ultime frequentate in particolar modo dai maschi. I giocatori di 15-34 anni preferiscono, inoltre, giocare on-line (18% vs 11% dei 15-64enni). Se giocare d'azzardo collegandosi in internet è particolarmente presente nei giocatori di genere maschile, le sale Bingo sono invece preferite dalle donne.
La maggior parte di chi ha giocato d'azzardo non ha speso più di 10 euro nei trenta giorni antecedenti lo svolgimento dello studio, per meno di un terzo la spesa è stata tra 11 e 50 euro e meno di un decimo ha speso oltre 50 euro.

L'autocompilazione del test di screening CPGI nell'ultima rilevazione ha evidenziato che poco meno del 15% dei giocatori ha un comportamento definibile "a basso rischio", il 4% "a rischio moderato" e per l'"1,6% è

"problematico". Nell'ultima indagine sono gli uomini ad avere una percentuale maggiore di gioco a rischio moderato/problematico (6% contro 4% delle donne).
Il confronto negli anni della percentuale di giocatori fa registrare nell'ultimo studio un lieve incremento dei soggetti con profilo di gioco problematico (Bastiani et al., 2013; Bastiani et al., 2015).

Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio moderato e problematico tra i giocatori di 15-64 anni

IPSAD ©

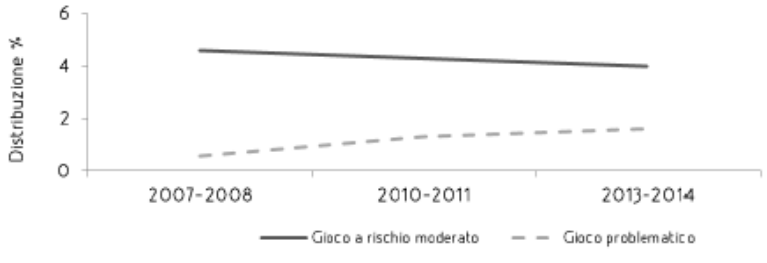
Il "sentiment online" del gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo ha una sostanziale accettabilità sociale, pur prevalendo un limitato "sentiment" negativo nella popolazione italiana, come emerge in una recente analisi sui social media condotta da Éupolis Lombardia in collaborazione con Università degli Studi di Milano -VOICES from the Blogs (cfr. Éupolis Lombardia, 2015a e Éupolis Lombardia, 2015b). In particolare, mentre il sentiment sul consumo di alcol è molto positivo (74,8% di commenti positivi, al netto di quelli neutri), quello sulle droghe negativo (66,4% di commenti negativi, al netto di quelli neutri), quello relativo al gioco d'azzardo è solo limitatamente negativo (57,1%, al netto di quelli neutri). Ma si deve notare che i che i commenti neutri sono una percentuale limitata nel caso di alcol e droghe (20% nel caso delle droghe, 15,5% per l'alcol) mentre risultano maggioritari per il gioco d'azzardo (56,9%), indicando così una sostanziabile accettabilità del gioco d'azzardo nelle opinioni degli italiani espresse sui social media.
Sempre nei risultati della citata indagine, il motivo principale per il quale il gioco d'azzardo viene apprezzato, secondo il 40,2% dei commenti, è per il fatto che favorisce lo stare in compagnia; il secondo motivo per il quale il gioco viene apprezzato è il fatto che si vincono dei soldi (37,5%) mentre il 18,8% ritiene che l'aspetto più bello sia quel sentimento di invincibilità e eccitazione che si prova quando si vince al gioco.
Ciò che piace di meno del gioco d'azzardo secondo più della metà dei commenti (52%) è il fatto che porta a sprecare denaro; strettamente legato a quanto appena detto, la seconda caratteristica ritenuta peggiore è il fatto che il gioco dia dipendenza (23,2%) ed è difficile autoimporsi dei limiti rischiando così di perdere il controllo del portafogli e dell'orologio. In terzo luogo il gioco non piace in quanto viene associato alla criminalità (10,1%), più in particolare al racket del gioco d'azzardo che secondo chi commenta è peggiorato parallelamente alla crescita degli introiti economici del settore avvenuta negli ultimi anni. Infine il 5,1% ritiene che il gioco faccia perdere troppo tempo.

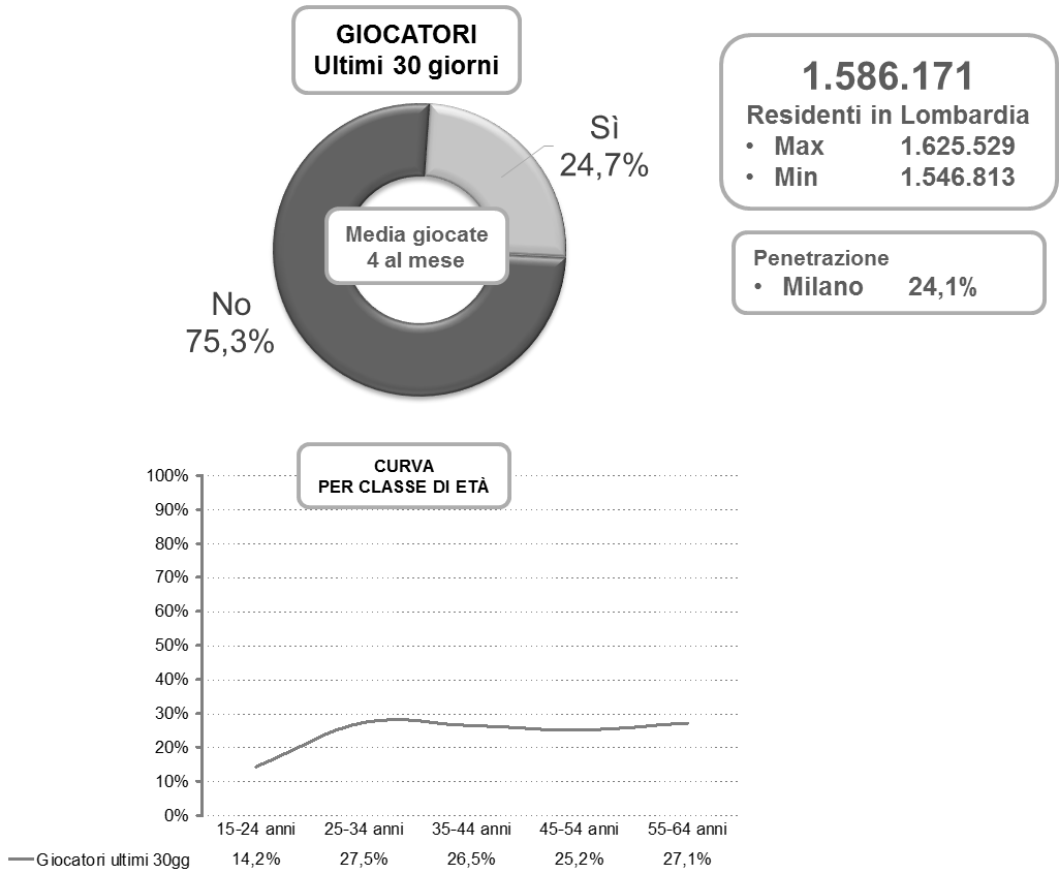
Le rilevazioni a livello regionale prodotte da Siapad (Sistema Integrato Analisi e Previsioni Abuso Dipendenze) promosso da Regione Lombardia, attraverso una indagine mediante questionari somministrati a un campione rappresentativo della popolazione 15-65enne dell'intera regione, realizzata nei primi mesi del 2016, mostrano che:

- giocano d'azzardo, in qualsiasi modalità (videopoker, casinò, slot machine, lotto/superenalotto, gratta e vinci, Video lottery), circa il 25% del campione intervistato (pari a circa 1.600.000 residenti in Lombardia).
- la curva dell'età mostra uno scarso interesse tra i giovani, mentre dopo i 25 anni vi è una sostanziale stabilità comportamentale.

Figura 74: Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio moderato e problematico tra i giocatori di 15.64 anni



IPSAD®



Il gioco d'azzardo fra i giovani e giovanissimi

I dati di ESPAD-Italia® (studenti 15-19enni)

Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo fra gli adolescenti è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica e un campo emergente di ricerca (Blinn-Pike, 2010). Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a comportamenti criminali, depressione e persino suicidio (Derevensky, 2004). D'altra parte il gioco d'azzardo è diventato ormai, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti, tanto che i dati riferiscono come fino all'80% dei ragazzi sia stato coinvolto in qualche forma di gambling nel corso della vita, un altro 10-15% sia a rischio e il 4-8% abbia già seri problemi con questo vizio (Derevensky, 2000).

Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di società, variabili socio-economiche e media nell'influenzare valori, credenze e comportamento rispetto a questo vizio.

Lo studio ESPAD Italia realizzato nel 2015 si basa su un campione di studenti in età compresa fra i 15 e i 19 anni. I risultati di tale ricerca hanno messo in evidenza che il 49% dei ragazzi riporta di aver giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e il 42% di averlo fatto nell'ultimo anno.

I dati relativi alla diffusione del gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 16-19enne (si ricorda che i giochi d'azzardo sono vietati ai minori di età.) offerti da ESPAD-Italia®, evidenziano che

- il 41,3% degli studenti lombardi nel 2013 ha praticato giochi in cui si puntano soldi, in particolare i maschi (50,7% contro il 32,2% delle ragazze).
- Le prevalenze aumentano progressivamente con il crescere dell'età (dal 34,3% dei 15enni al 50,3% dei 19enni).

Prevalenze di studenti che hanno praticato giochi in cui si vincono/perdono soldi (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) nella popolazione studentesca di 15-19 anni. Distribuzione per genere e età. Lombardia. Anni 2010-2013

		15-19 anni			Età				
					15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni
Praticare giochi in cui si vincono/ perdono soldi	ANNI	M	F	T	T	T	T	T	T
	2010	54,0	35,8	44,8	39,3	41,3	45,7	48,3	50,1
	2011	50,3	31,9	41,0	36,6	40,7	40,5	41,1	46,6
	2012	50,3	35,2	42,7	36,6	41,4	42,6	45,3	48,0
	2013	50,7	32,2	41,3	34,3	40,7	39,2	43,1	50,3

ESPAD®Italia 2010 – 2011 – 2012 – 2013

- Le prevalenze di gioco negli ultimi 12 mesi nel periodo 2010-2013 sono inferiori nel campione lombardo rispetto a quello nazionale.
- nel periodo 2010-2014 a livello nazionale un calo della prevalenza di coloro che hanno giocato negli ultimi 12 mesi (dal 47,1% del 2011 al 39,3% nel 2014). Anche a livello regionale si evidenzia un trend in diminuzione.

Prevalenze di studenti che hanno praticato giochi in cui si vincono/perdono soldi (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) nella popolazione studentesca di 15-19 anni. Confronto Italia - Lombardia. Anni 2010-2013

Anni	ITALIA	LOMBARDIA
2010	47,1	44,8
2011	46,8	41,0
2012	45,3	42,7
2013	44,0	41,3
2014	39,3	N.D.

ESPAD®Italia 2010 – 2011 – 2012 - 2013

Distribuzione gioco d'azzardo a rischio e problematico (attraverso SOGS-Ra) tra gli studenti di 15-19 anni che hanno giocato almeno una volta durante l'anno. Confronto Italia - Lombardia. Anno 2013

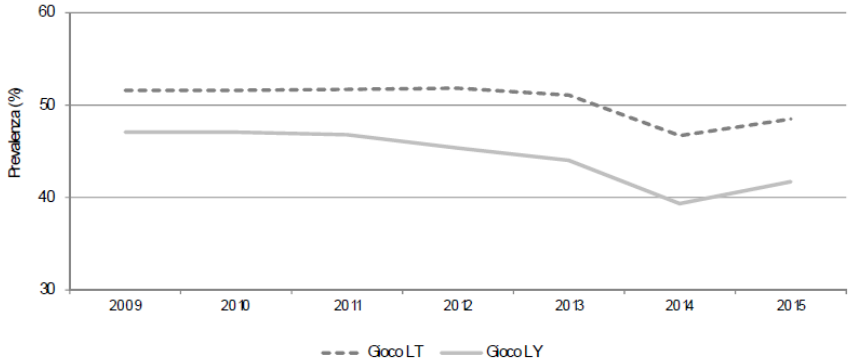
Gioco d'azzardo	15-19 anni	
	A rischio	Problematico
ITALIA	11,6	7,5
LOMBARDIA	9,4	5,7

ESPAD®Italia 2010 – 2011 – 2012 – 2013

- In Lombardia, nella rilevazione 2013, tra coloro che negli ultimi 12 mesi hanno praticato giochi in cui si scommette denaro è risultato essere giocatore a rischio il 9,4% (contro l'11,6% a livello nazionale), mentre il 5,7% (contro il 7,5% a livello nazionale) è risultato essere giocatore problematico.
- Le prevalenze di giocatori a rischio e di giocatori problematici registrano un calo dal 2011 e al 2012 ed un successivo incremento nel 2013, attestandosi comunque su valori inferiori a quelli del 2011.

Il trend dei dati fra il 2009 e il 2015 evidenzia che dopo un periodo di invariabilità delle prevalenze, si osserva un decremento fino all'anno 2014 (anno in cui la prevalenza del gioco nella vita risulta del 47% e del 39% quella riferita all'anno) per tornare ad aumentare nell'ultima rilevazione.

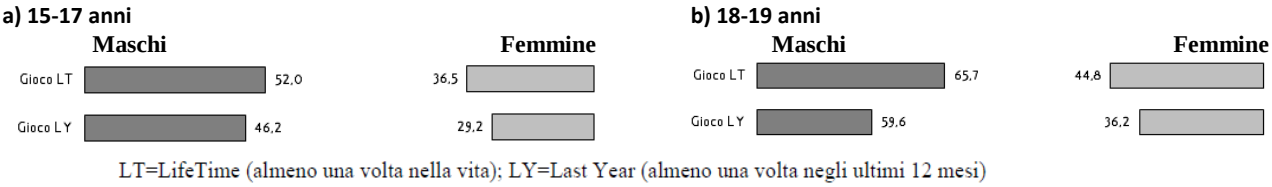
Stime di prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)
ESPAD © Italia anni 2009-2015

In particolare sono gli studenti di genere maschile ad essere maggiormente attratti dalla pratica del gioco d'azzardo (52%; femmine: 32%) con prevalenze che crescono in corrispondenza dell'età (48% dei maggiorenni vs il 38% dei minorenni nonostante la legge italiana lo vieti).

Stime di prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo. Anno 2015



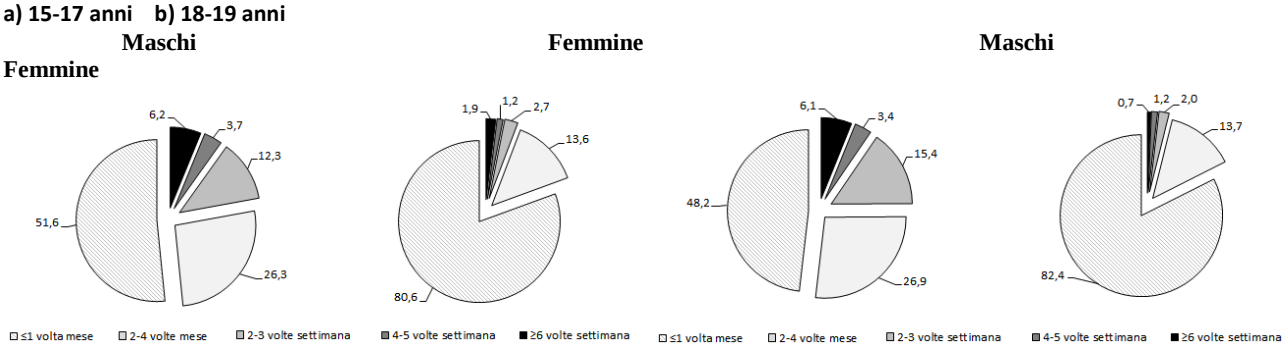
LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

ESPAD © Italia 2015

Prossimità fisica dei contesti di gioco:
Il 48% di chi non ha giocato d'azzardo durante l'anno riferisce di non avere contesti di gioco nelle vicinanze della propria abitazione o della scuola che frequenta, quota che risulta, invece, pari al 24% tra coloro che hanno giocato.
Circa il 44% degli studenti giocatori abita e/o frequenta una scuola a meno di 5 minuti da un luogo dove è possibile giocare d'azzardo (contro il 30% circa dei non giocatori).

Frequenza di gioco
La maggior parte degli studenti che hanno giocato d'azzardo durante l'anno lo ha fatto per non più di una volta al mese (62%), quasi il 22% lo ha ripetuto da 2 a 4 volte; sono il 12%, invece, coloro che hanno giocato più assiduamente, da 2 a 5 volte alla settimana. e oltre il 4% ha giocato 6 o più volte, con differenze non sostanziali a livello di età (minorenni: 4,5%; maggiorenni: 4%) bensì di genere (6%; femmine: 1%).

Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo LY. Anno 2015

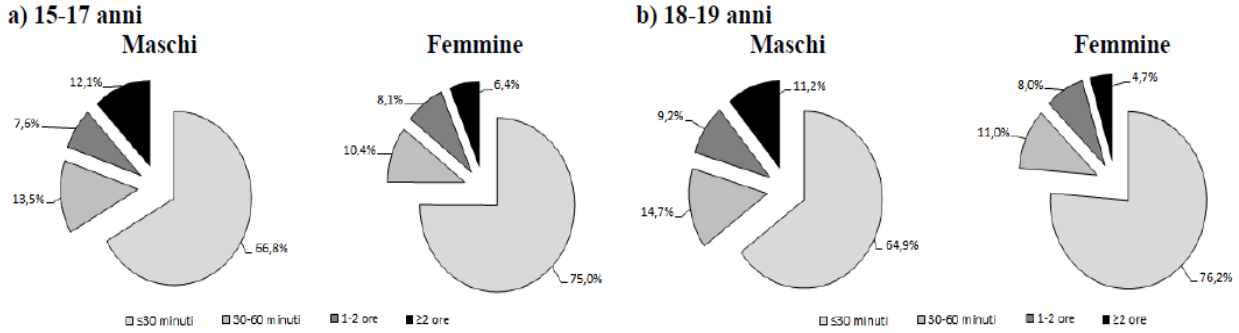


ESPAD © Italia 2015

Durata media di gioco

Il 69% degli studenti che hanno giocato durante l'anno ha riportato una durata media di gioco inferiore a 30 minuti, il 13% da 30 a 60 minuti e il 10% di 2 ore o più. A giocare d'azzardo per un tempo prolungato sono stati in particolar modo i maschi (12%; femmine: 6%), senza tuttavia rilevare differenze tra minorenni e maggiorenni (rispettivamente 10% e 9%).

Distribuzione percentuale della durata media di gioco, in una giornata tipo, degli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno

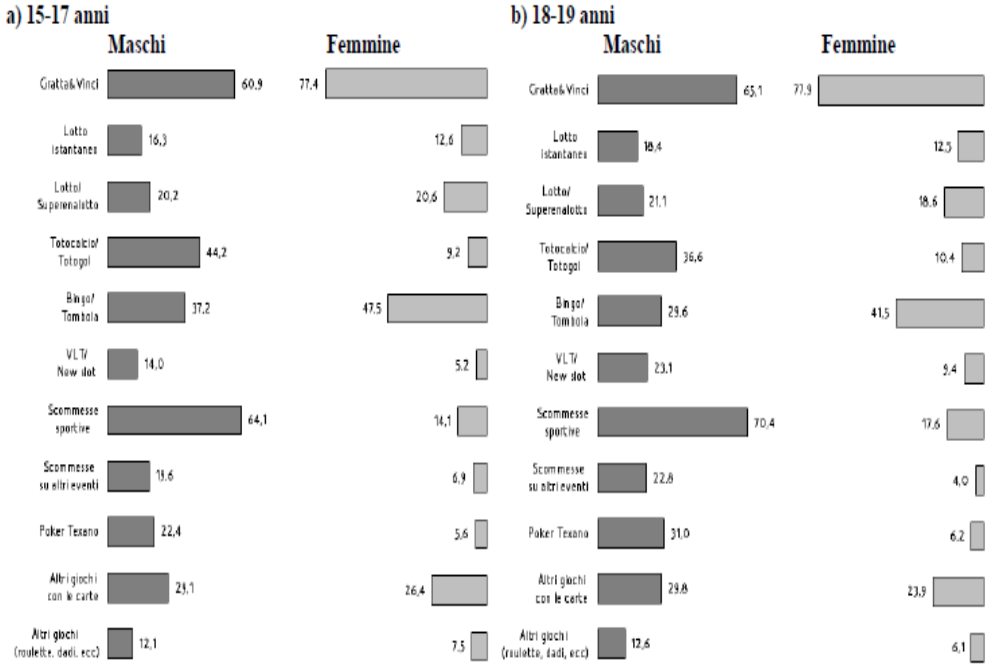


ESPAD © Italia 2015

Tipologie giochi d'azzardo

Tra gli studenti giocatori, il 69% ha preferito i Gratta&Vinci, il 47% ha scommesso sull'esito di eventi sportivi, il 38% ha giocato a Bingo/Tombola e il 29% a Totocalcio/Totogol; il 28% ha puntato soldi giocando a carte, il 18% a Poker Texano, il 20% a Lotto/Superenalotto, il 15% a Lotto istantaneo e il 14% alle New Slot/VLT. Tra le studentesse i giochi preferiti sono quelli non strategici, come Gratta&Vinci e Bingo/Tombola, mentre i ragazzi, oltre a quelli praticati dalle coetanee, preferiscono scommettere su eventi sia sportivi che di altro genere, così come giocare a Totocalcio/Totogol e a Poker Texano.

Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno



ESPAD © Italia 2015

Contesti di gioco maggiormente frequentati
bar/tabaccherie (35%) e sale scommesse (28%), ma anche a casa propria o di amici (37%) e via web (19%). Le studentesse giocatrici, sia minorenni che maggiorenni, giocano quasi esclusivamente presso abitazioni private (a casa propria o di amici) e/o presso bar/tabacchi, mentre i ragazzi, oltre a quelli frequentati dalle coetanee, preferiscono giocare presso le sale scommesse e/o via internet.
Spesa
La spesa sostenuta nel mese antecedente l'indagine è inferiore ai 10 euro per il 76% dei giocatori, mentre per l'8% è di oltre 50 euro. Se la spesa sostenuta non si differenzia tra minorenni e maggiorenni (10 euro o meno: minorenni: 78%; maggiorenni: 73%; 50 euro o più: minorenni: 9%; maggiorenni: 7%), è a livello di genere che si rilevano le differenze più consistenti: sono i maschi a riferire di aver speso 50 euro o più nell'ultimo mese (9%; femmine: 4%), mentre sono le coetanee a non averne speso più di 10 (89%; maschi: 71%).

Gioco on line
La maggior parte agli studenti che hanno giocato on line durante l'anno (64%) sono giocatori occasionali: non più di 5 volte nell'anno, soprattutto le ragazze (80%; maschi: 60%). Il 18% l'ha fatto 20 o più volte e, in questo caso, sono soprattutto i maschi (20%; femmine: 7%).
Lo strumento maggiormente utilizzato per giocare on line è il computer (47%), sia dai maschi sia dalle femmine (rispettivamente 51% e 30%), sia dai minorenni sia dai maggiorenni (rispettivamente 42% e 53%). Seguono gli smartphone (34%), senza sostanziali differenze di genere (maschi: 36%; femmine: 27%) e di età (34% tra i minorenni e 35% tra i maggiorenni).
I giochi online più praticati sono: Totocalcio/Scommesse sportive (56%), Poker Texano (33%) e Gratta&Vinci/Lotto istantaneo (23%). Le ragazze hanno giocato on line soprattutto ai Gratta & Vinci/Lotto istantaneo (34%; maschi: 21%), i ragazzi, oltre a Totocalcio/Scommesse sportive, hanno preferito il Poker Texano (rispettivamente 62% e 35%; femmine: 26% e 22%).

Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo online

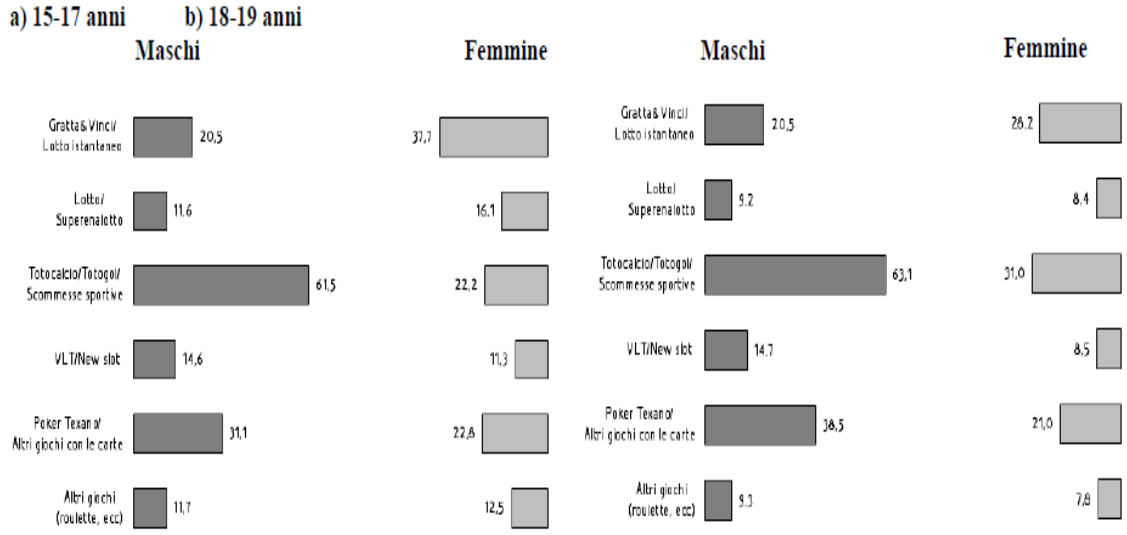


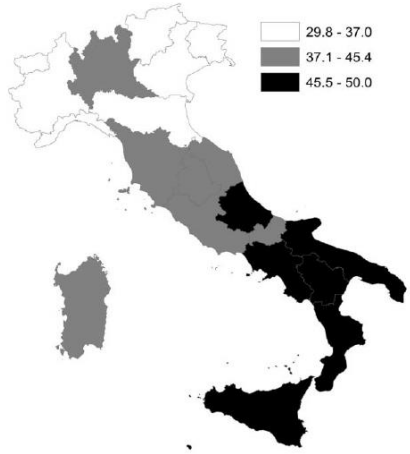
Figura 114 Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo on line nell'anno. ESPAD®Italia 2015

ESPAD © Italia 2015

Confronto fra Regioni

Un confronto fra le diverse regioni evidenzia che la prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo durante l'anno è superiore rispetto alla media (valori che oscillano tra 46% e 50%) nelle regioni meridionali (fatta eccezione per il Molise). Nelle regioni settentrionali, ad eccezione della Lombardia, si osservano i valori inferiori (compresi tra 30% e 37%).

Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno



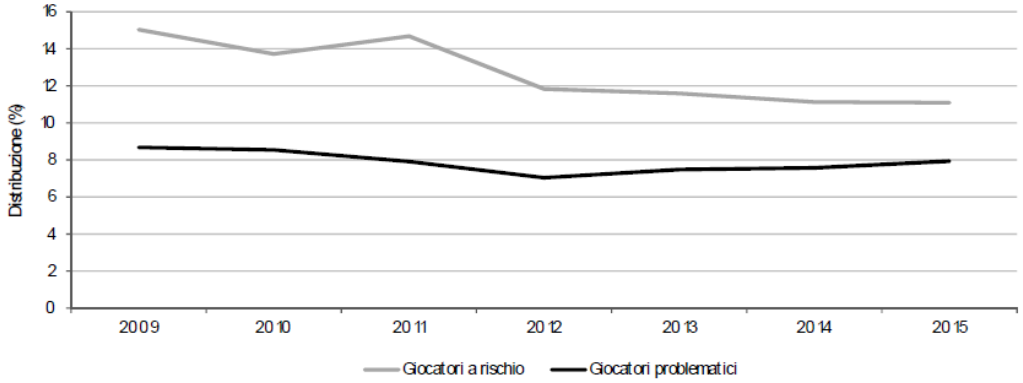
ESPAD © Italia 2015

Gioco problematico

Al fine di indagare il grado potenziale di problematicità del gioco d'azzardo, lo studio ESPAD®Italia include anche un test di screening sul gioco specificatamente rivolto agli adolescenti, il test Sogs-Ra - South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (Winters et al., 1993; Poulin, 2002), validato a livello nazionale (Colasante et al., 2014). La somministrazione del test ha rilevato che l'11% degli studenti tra i giocatori d'azzardo nell'ultimo anno ha un comportamento definibile "a rischio" e l'8% circa "problematico", senza alcuna variazione rispetto alla rilevazione precedente.

Nel corso degli anni le percentuali di giocatori a rischio mostrano un progressivo decremento (dal 14-15% degli anni 2009-2011 si passa a quasi il 12% nel 2012-2013), mentre quelle riferite ai giocatori problematici, pur diminuendo fino al 2012 (la percentuale dal 9% del 2009 raggiunge il 7% nel 2012), si mantengono stabili nell'ultimo triennio.

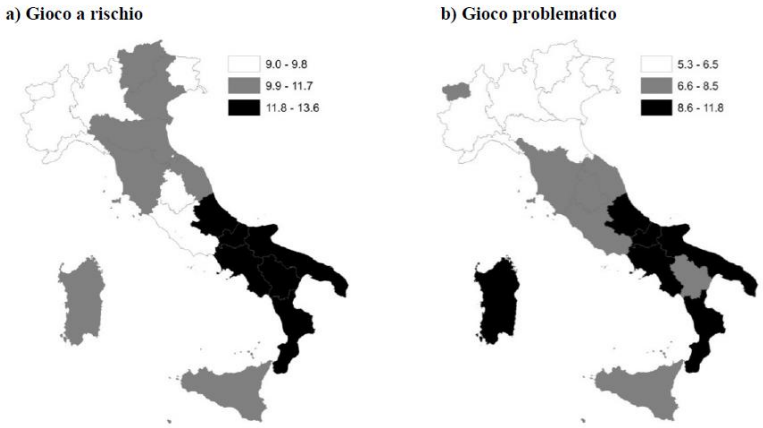
Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio e problematico tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno



ESPAD © Italia anni 2009-2015

Le regioni con le percentuali di giocatori a rischio superiori alla media nazionale sono quelle meridionali (con valori compresi tra 12% e 14%). Rispetto ai giocatori con un profilo di gioco problematico è nelle regioni meridionali (Puglia, Calabria, Abruzzo, Molise e Campania) e in Sardegna che si registrano i valori superiori alla media nazionale (con un range di valori compresi tra 9% e 12%).

Distribuzione percentuale degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno e che hanno un profilo di gioco definibile a rischio e problematico

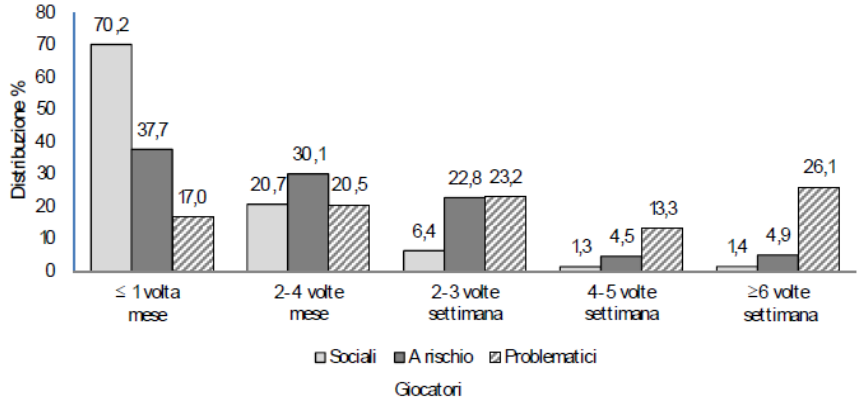


ESPAD © Italia 2015

Profili di gioco (sociali, a rischio o problematici): frequenza

I diversi profili di gioco (sociali, a rischio o problematici) si distinguono innanzitutto per la frequenza di gioco, che si intensifica all'aumentare del grado di problematicità del comportamento: se il 70% degli studenti con un profilo di gioco definibile sociale ha giocato al massimo una volta al mese durante l'anno, per più di un giocatore problematico su 4 la frequenza è stata giornaliera o quasi.

Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno secondo il profilo di gioco.



ESPAD © Italia 2015

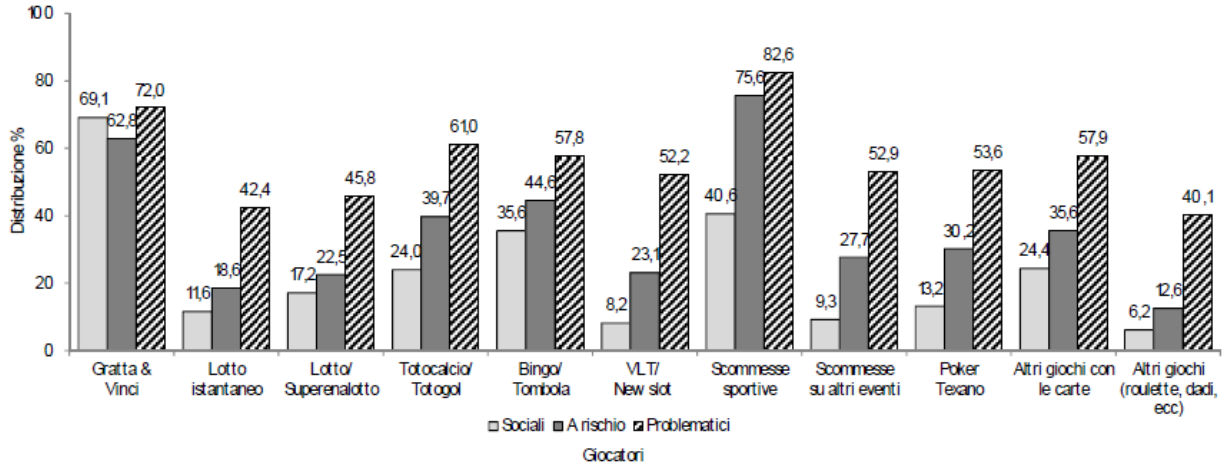
Profili di gioco (sociali, a rischio o problematici): tempo

I profili di giocatore si differenziano anche sulla base del tempo trascorso a giocare d'azzardo nell'arco di una giornata tipo: mentre il 77% dei giocatori sociali non gioca più di 30 minuti al giorno (55% tra i giocatori a rischio e 28% tra i problematici), il 36% dei giocatori problematici dedica a questa attività almeno 2 ore giornaliere (13% dei giocatori a rischio e 6% di quelli sociali).

Profili di gioco (sociali, a rischio o problematici): tipologia

Rispetto si giochi praticati, fatta eccezione per i Gratta&Vinci, giocati da tutti e tre i profili di giocatore, e per le scommesse sportive, preferite dai giocatori a rischio e problematici, le altre tipologie sono praticate da gran parte dei giocatori problematici, i quali giocano in larga misura sia ai giochi come Totocalcio/Totogol, carte, Poker texano e Lotto/Superenalotto sia a quelli a vincita immediata (es. Lotto Istantaneo e VLT/New Slot). Del resto il numero di giochi praticati durante l'anno aumenta in corrispondenza della problematicità di gioco: se il 72% dei giocatori sociali non ha praticato più di 3 tipi di gioco d'azzardo durante l'anno (52% tra i giocatori a rischio e 25% tra quelli problematici), sono il 52% i problematici che hanno scommesso soldi su 6 o più tipi di gioco (il 22% dei giocatori a rischio e il 7% di quelli sociali).

Distribuzione percentuale dei giochi praticati degli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno, secondo il profilo di gioco

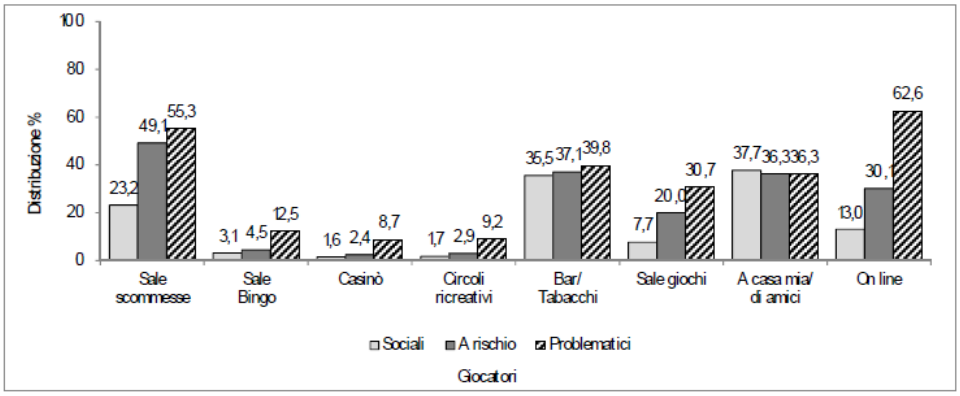


ESPAD © Italia 2015

Profili di gioco (sociali, a rischio o problematici): contesti

Rispetto ai contesti di gioco, se le percentuali di coloro che giocano d'azzardo presso bar/tabacchi e/o abitazioni private (propria o di amici) risultano del tutto simili tra i diversi profili di giocatori, sono le sale scommesse ad essere preferite dai giocatori a rischio e problematici. Sale giochi e internet, invece, diventano contesti di gioco frequentati in particolar modo dai giocatori problematici

Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno secondo il profilo di gioco

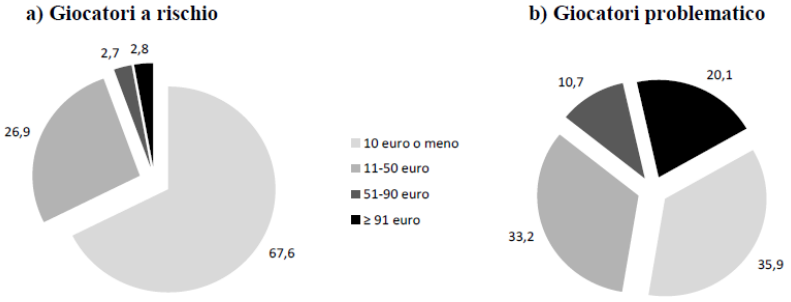


ESPAD © Italia 2015

Profili di gioco (sociali, a rischio o problematici): spesa

Un ulteriore aspetto che contraddistingue i giocatori problematici è la spesa sostenuta per giocare d'azzardo: nel mese precedente lo svolgimento dello studio, poco meno di 1 studente con un profilo di gioco definibile problematico ogni 3 ha speso oltre 50 euro, cifra spesa da quasi il 6% dei giocatori a rischio. La spesa sostenuta dai giocatori sociali nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è prevalentemente al di sotto dei 10 euro (87%).

Spesa sostenuta nell'ultimo mese dagli studenti che hanno giocato d'azzardo durante l'anno secondo il profilo di gioco



ESPAD © Italia 2015

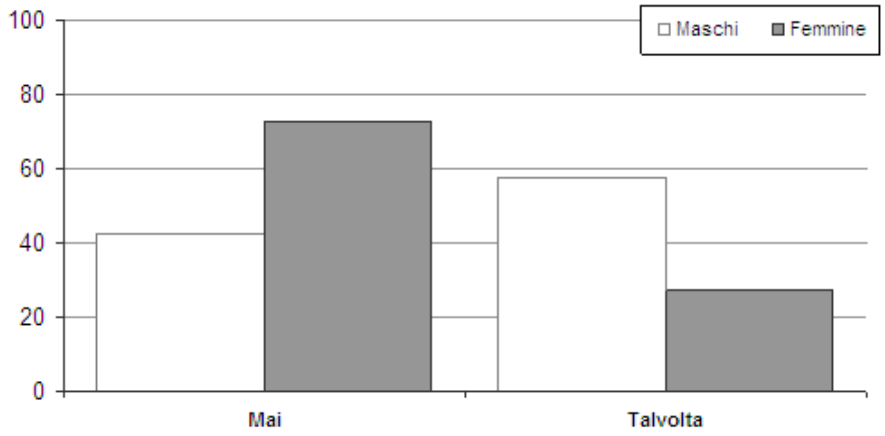
Nell'ultimo report europeo di ESPAD (2015)[5] emerge che in Italia il 15% dei ragazzi ha giocato almeno una volta d'azzardo (a fronte di una media europea del 14%). Ha giocato frequentemente il 6% (a fronte di una media europea del 7%). In entrambi i casi l'esperienza di gioco è prevalentemente maschile. Non sono, invece, disponibili dati di trend[6]

I dati HBSC (studenti 11, 13 e 15enni) - Lombardia

La ricerca HBSC realizzata nel 2014 ha delineato un quadro di rischio così articolato:

- il 42.7% dei 15enni ha scommesso o giocato denaro almeno una volta nella loro vita. In particolare, il 18.9% lo ha fatto 1-2 volte e l'8.2% 3-5 volte. Vi è, inoltre, una differenza consistente tra le affermazioni dei ragazzi e quelle delle ragazze (Figura 6.5.1): il 57.7% dei maschi dichiara di aver scommesso o giocato denaro almeno una volta nella vita mentre le femmine la percentuale è pari a 27.1%.

Percentuale di ragazzi quindicenni che hanno provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita, per genere

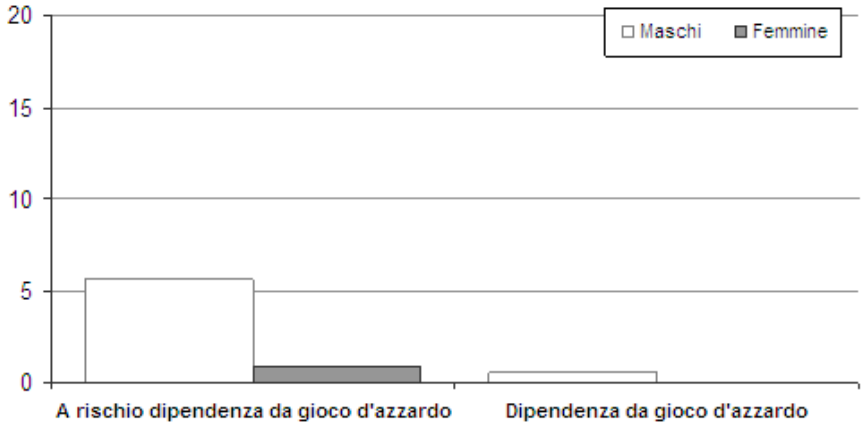


Nel questionario sono stati inseriti anche due strumenti volti a rilevare la problematicità del gioco. Nella Figura sottostante sono riportati i risultati del Lie/Bet questionnaire (Johnson et al., 1997). Il 3.3% degli studenti di 15 anni mostra un gioco a rischio e il 0.3% problematico. Il livello di problematicità è, tuttavia, molto più diffuso tra i maschi: sono a rischio il 5.6% dei 15enni (contro lo 0.9% delle femmine) e hanno un gioco problematico lo 0.6% (contro nessuna ragazza).

[5] https://www.ifc.cnr.it/images/spotlight/2016/ESPAD%202015%20Report.pdf

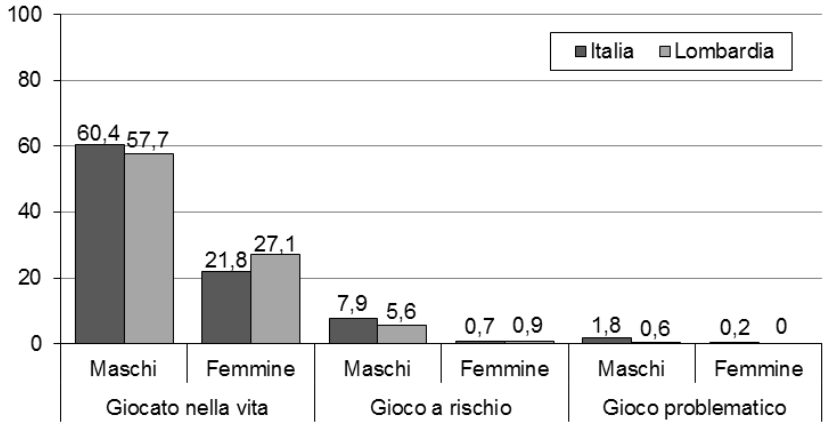
[6] ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs The ESPAD Group

Percentuale di ragazzi quindicenni a rischio o con seri problemi di gioco, per genere



Dal confronto tra i dati lombardi e la media nazionale emerge un quadro diversificato per genere. Sebbene si mantenga la netta differenza tra il coinvolgimento nel gioco d'azzardo maschile e femminile, le percentuali di studentesse che hanno giocato almeno una volta nella vita è maggiore in Lombardia rispetto al resto d'Italia. D'altro canto, le percentuali di giocatori a rischio o problematici sono inferiori in Lombardia sia per quanto riguarda i maschi che le femmine.

Studenti e gioco d'azzardo – HBSC Lombardia e HBSC Italia



Azioni già intraprese e programmate

Riconoscendo la complessità dei fenomeni che sottendono il GAP, la Lombardia ha attivato un coerente processo programmatorio fortemente orientato alla appropriatezza, alla integrazione ed alla intersettorialità delle azioni. In tal senso, con la legge regionale 8/2013 Regione Lombardia ha sviluppato una azione di governance regionale fondata sulla sinergia di tutti gli attori del sistema socio-sanitario, gli enti locali, i soggetti del terzo settore, le imprese e le associazioni di categoria.

Tale approccio si è ancorato agli indirizzi di programmazione ed alle azioni del SSR con particolare riferimento alle strategie ed ai programmi di Promozione della Salute e Prevenzione di cui al PRP 2015 – 2018, nonché ai percorsi di presa in carico.

Azioni intraprese da Regione e SSR per la prevenzione e contrasto

Regione Lombardia ha previsto, nell'ambito delle politiche di prevenzione delle dipendenze (Misura 5 – Azione 1 ex d.g.r. 856/13 e Circolare 1/14 della Direzione Generale Famiglia, Volontariato, Conciliazione e Solidarietà Sociale) la predisposizione in ogni (ex) ASL di Piani finalizzati a contrastare i fenomeni di dipendenza dal gioco d'azzardo, tutelare le fasce fragili della popolazione e favorire il benessere della collettività. Le azioni hanno mirato a integrare e valorizzare programmi strategici già in campo a livello regionale e territoriale.

Tali Piani hanno previsto aree di intervento diversificate:

- interventi di prevenzione specifici;
- interventi di sensibilizzazione rivolti alla generalità della popolazione;
- attività informative rivolte a target selezionati della popolazione sui trattamenti di cura esistenti e i gruppi di auto mutuo aiuto realizzati dalle ex ASL;
- attività formative/informative rivolte ad esercenti, associazioni di consumatori e utenti, polizia locale, sportelli welfare, operatori sociali, sociosanitari e sanitari.

In tale programmazione, attenzione particolare è stata rivolta alla sensibilizzazione dei decisori politici sulle metodologie di provata efficacia, al potenziamento delle reti dei moltiplicatori dell'azione preventiva (ad es. opinion leader, docenti, medici, pediatri), alla fascia infantile della popolazione, all'individuazione delle strategie comunicative più efficaci, alla stipula di partnership, al coinvolgimento di sponsor.

Dal 2015 i contenuti operativi di questi Piani sono stati integrati all'interno della più ampia programmazione nell'area della Promozione della Salute e Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali, attraverso i "Piani Integrati Locali di Promozione della Salute" che rappresentano lo strumento di programmazione annuale che le Agenzie di Tutela della Salute definiscono per l'attuazione di interventi e programmi di provata efficacia e/o raccomandati, in modo da ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili massimizzandone sinergia (quindi superando la "frammentazione tematica" degli interventi) e ampliando l'impatto di popolazione.

Il Piano Regionale Prevenzione 2015-18 – PRP (d.g.r. X/3654/2015) ha inserito il GAP fra le dipendenze da sostanze e comportamenti da prevenire e contrastare attraverso azioni specifiche e generali, trasversali ai quattro setting individuati:

- Setting "Luoghi di lavoro" (PRP - Programma 1)
- Setting "Scuola (PRP - Programma 2)
- Setting "Comunità locale" (PRP -Programma 4)
- Setting "Sanitario" (PRP- Programma 6)

Trasversalmente alla programmazione per setting il PRP declina le azioni specifiche riferite alla prevenzione di sostanze e comportamenti, tra i quali il GAP, nel Programma 7 "Rete regionale prevenzione dipendenze"

Le azioni programmate nel setting "luoghi di lavoro" e "scuola", che trovano ambiti di declinazione specifica riferita alla prevenzione del GAP nella presente proposta di Piano, possono essere così sintetizzate.

"Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro" (PRP - Programma 1)
Le aziende che aderiscono al programma si impegnano a costruire, attraverso un processo partecipativo, un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute. A tal fine attivano un percorso di miglioramento, fondato su una specifica analisi di contesto che permetta l'emersione di criticità e la definizione di priorità, che prevede la messa in atto di interventi efficaci (raccomandati per tale setting) e sostenibili (cioè strutturali) finalizzati a sostenere scelte salutari (abitudini alimentari, stile di vita attivo) e contrastare fattori di rischio comportamentali (tabagismo, alcool,) e dipendenze patologiche **- GAP compreso,** oltre a promuovere la conciliazione casa – lavoro.
Il processo di diffusione e sviluppo del programma è sostenuto dalla attività di orientamento metodologico e organizzativo da parte degli operatori ATS, che si concretizza in:

- Supporto metodologico alla costituzione del gruppo di lavoro interno alle Aziende aderenti, composto dal datore di lavoro o delegato con poteri decisionali, RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Settore Risorse Umane (e altri soggetti eventualmente individuati)
- Supporto alle aziende nella analisi di contesto/profilo di salute interno e nella valutazione delle priorità in relazione alle "Pratiche Raccomandate" dal Programma
- Supporto informativo finalizzato al raccordo tra Medico competente/Azienda e strutture/offerte SSR (CTT, Screening, SERT, Centri IST/MTS, Consultori, Ambulatori dietologici, ecc.) del territorio
- Promozione processi di comunicazione, formazione e di rete per diffondere e dare sostenibilità alle pratiche
- Attività di monitoraggio e di valutazione

Le Aziende aderenti al Programma sono passate da n. 140 nel 2013 a n. 464 nel 2016, il programma attualmente raggiunge circa 220.000 lavoratori.

"Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS – SHE Lombardia" (PRP - Programma 2)
Il Programma "Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia" si basa su un Accordo di collaborazione formalizzato tra Regione e MIIUR – USR Lombardia, e prevede che le Scuole si impegnino a gestire fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili ad: ambiente formativo, ambiente sociale, ambiente fisico ed organizzativo, promuovendo nella loro programmazione ordinaria iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti in campo (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, fornitori ecc.). In questo senso sono promosse in quanto strategiche le alleanze con i diversi Attori della comunità locale (Comuni, Soggetti Terzo Settore), così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali (in particolare famiglie).
Le Scuole, con il supporto tecnico scientifico delle ATS, attivano un processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che bersagliano contestualmente:
1) lo sviluppo di competenze individuali (life skills)
2) la qualificazione dell'ambiente sociale
3) il miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo
4) il rafforzamento della collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.)
Ne discende l'avvio ed il radicamento di azioni sostenibili e fondate su criteri Evidence Based o raccomandate (definite "Buone Pratiche") per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali, coerenti al setting.
Le Scuole (IC) aderenti al Programma nell'A.S. 2016 – 2017 sono circa 400, con un impatto su circa 400.000 giovani e relative famiglie.
Oltre allo sviluppo della Rete, con specifico riferimento alla prevenzione delle dipendenze, alle Scuole lombarde sono offerti due programmi evidence based mirati al potenziamento delle "Life Skills", (competenze di vita indicate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità come efficaci antidoti allo strutturarsi di comportamenti non salutari), denominati "Life Skills Training – Lombardia" (target scuole secondarie di primo grado) e Unplugged (scuole secondarie di secondo grado). Nell'ambito di tali programmi sono stati formati, dal 2009, circa 5000 docenti e attualmente sono coinvolti oltre 51.000 studenti.
Sempre con specifico riferimento ai fattori di rischio comportamentali, sono inoltre attive sul territorio regionale iniziative di "peer education".

Per quanto riguarda la prevenzione ed il contrasto al gioco d'azzardo nelle comunità locali il setting di Comunità identifica le azioni intraprese e previste dalla strategia regionale mediante lo sviluppo di attività integrate con le policy territoriali, con particolare riferimento a quanto previsto nella programmazione territoriale dei Comuni in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore.

Tra le azioni realizzate si colloca il bando della Direzione Generale Territorio per "Lo sviluppo e il consolidamento di azioni di prevenzione e contrasto alle forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito – l.r. 8/2013". Il Bando rivolto alle Amministrazioni comunali, Comunità Montane e Unioni di Comuni ha permesso di finanziare (DDG Territorio 5149/2015) 68 progetti degli 88 presentati su tutto il territorio regionale.
La disponibilità dei finanziamenti regionali (per un importo di € 2.756.917,82) ha permesso alle Amministrazioni locali di avviare un insieme consistente di iniziative sul proprio territorio, in partenariato con altri Enti e soggetti della società civile, relativamente a sei ambiti: informazione/comunicazione, Formazione, ascolto e orientamento, mappatura, azioni No slot,e controllo e vigilanza.
I progetti effettuano un monitoraggio del fenomeno e realizzano, per citare alcune azioni:

- formazione nei confronti degli operatori della Polizia locale e degli altri soggetti interessati;
- realizzazione di iniziative informative rivolte in particolare alle scuole e ai soggetti più deboli ed esposti agli effetti del gioco d'azzardo patologico;
- ascolto e orientamento dei cittadini e delle categorie più a rischio;
- mappatura dei locali con apparecchiature per il gioco d'azzardo e dei luoghi sensibili;
- azioni rivolte ai gestori dei locali pubblici dedicate a diffondere una diversa cultura del gioco e l'attenzione alle fasce deboli, riflettere sugli effetti negativi della dipendenza dal gioco d'azzardo;
- avviare iniziative di controllo e vigilanza da parte della Polizia Locale.

Inoltre Regione Lombardia ha promosso una campagna di sensibilizzazione, rivolta alla popolazione lombarda, contro il gioco d'azzardo patologico ("Non giocarti gli affetti").
Sempre nell'ottica di perseguire concretamente a livello territoriale gli obiettivi della l.r. 8/13, è stata recentemente approvata la d.g.r. del 08/11/2016 n. 5777 che ha previsto l'attivazione di un nuovo bando per le annualità 2017/2018 dedicato agli enti locali per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di contrasto al gioco d'azzardo

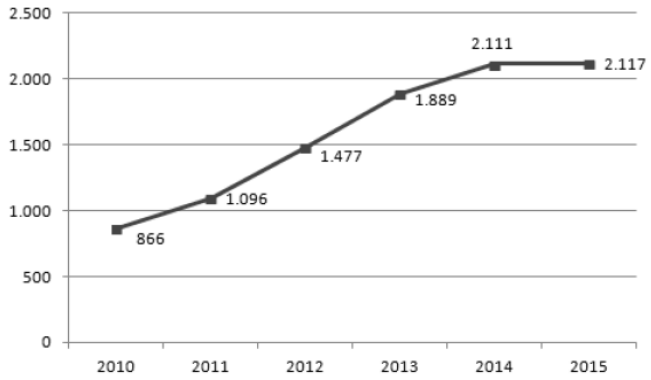
Le azioni intraprese dal SSR in relazione alla presa in carico delle persone con problemi di GAP da parte dei servizi territoriali

In linea con l'impegno regionale per il contrasto del GAP, la d.g.r. 116/2013 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili" ha previsto tra i destinatari prioritari "le "persone affette da ludopatia".
Il primo provvedimento attuativo di questa d.g.r. è stata la d.g.r. 856/13 (attuata secondo le indicazioni della Circolare 1/14 della DG Famiglia), che in riferimento alla "Presa in carico ambualtoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico" ha previsto l'avvio di un processo sperimentale di presa in carico prevedendo l'attivazione in seno a ogni Dipartimento Dipendenze delle ASL

- di una equipe multi professionale per la valutazione multidimensionale del bisogno secondo scale e strumenti condivisi a livello regionale
- di programmi specifici di presa in carico articolati secondo le diverse tipologie di bisogno, anche in collaborazione con organizzazioni del Privato sociale presente sul territorio
- un meccanismo di remunerazione delle prestazioni erogate per il tramite di voucher di importo graduato (fino ad un massimo di 200 euro mensili) per periodi semestrali, rinnovabili.

I volumi relativi a questo filone di attività del SSR sono riassunti nelle tabelle che seguono:

Soggetti assistiti ASL Lombardia: serie storica



Fonte:
Tavolo tecnico degli osservatori provinciali delle dipendenze (TTRO) "L'utenza con problematiche di gioco d'azzardo patologico in carico ai servizi per le dipendenze in Lombardia – 2014" - Dipartimento Politiche Antidroga, Relazioni al Parlamento anni 2012, 2013 e 2014, flusso GAP-DPA – Rel 69/2016

L'utenza GAP è rappresentata in larga maggioranza da uomini (79%) maggiorenni in età lavorativa (80%). Fonte: TTRO, anno 2014

Soggetti assistiti ASL lombardia: anno 2015

ASL	Totale assistiti (SERT e SMI)	Prestazioni *	Quantificazione economica prestazioni
Asl Bergamo	209	4.001	124.781,63
Asl Brescia	348	12.013	423.265,24
Asl Como	126	3.500	88.597,01
Asl Cremona	63	1.233	34.140,14
Asl Lecco	94	1.857	34.323,44
Asl Lodi	96	2.295	75.281,45
Asl Mantova	85	1.056	23.996,68
Asl Milano	307	5.997	162.143,38
Asl Milano 1	162	4.160	122.121,40
Asl Milano 2	80	1.464	40.712,48
Asl Monza e Brianza	162	2.991	53.113,43
Asl Pavia	102	1.824	41.542,42
Asl Sondrio	54	626	12.371,20
Asl Valcamonica	14	475	12.842,04
Asl Varese	215	4.161	92.968,60
REGIONE LOMBARDIA	2.117	47.653	1.342.200,54

* Ad esempio: valutazione diagnostica , psicoterapia, interventi di gruppo, colloqui con familiari, prese in carico di tipo sociale

L'utenza GAP in carico ai servizi lombardi, ammontava nel 2016 a 2.282 persone; in larga maggioranza si tratta di uomini (79%) maggiorenni in età lavorativa (80%). Il trend, nel periodo 2010 – 2016 è in crescendo[7].

Soggetti presi in carico/ anni 2010 – 2016

ASL	Anno 2010		Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014		Anno 2015	ATS	Anno 2016
BG	121		182		223		228		209	**Bergamo**	210
BS	92		nd		nd		274		348		
CO	55		61		96		163		126	**Brescia**	373
CR	54		84		85		101		63		
LC	57		79		85		62		94	**Insubria**	275
LO	51		76		99		89		96		
MN	0		31		65		95		85	**Montagna**	67
MI	56		291		329		334		307		
MI 1	97		145		187		202		162	**Milano**	834
MI 2	43		82		96		62		80		
MB	65		119		177		184		162	**Pavia**	78
PV	0		86		105		110		102		
SO	28		40		52		68		54	**Val Padana**	171
VA	131		169		184		205		215		
VCS	16		32		45		45		14	**Brianza**	274
REGIONE	**866**		**1.477**		**1.828**		**2.222**		**2.117**		**2.282**

[7] Relazione 69/2016 del 22 settembre 2016 sull'attuazione della L.r. 8/2013

FINALITÀ E OBIETTIVI

Finalità della presente proposta di Piano di Attività è rafforzare la strategia regionale in relazione al complesso di interventi di prevenzione e contrasto al GAP attraverso l'implementazione di azioni integrate, intersettoriali e multistakeholder, fondate su criteri di appropriatezza e sostenibilità, anche a carattere innovativo, al fine di potenziare l'azione su tutto il territorio anche attraverso l'individuazione e la disseminazione di "buone pratiche".
Il Piano si articola su obiettivi di ordine generale così sintetizzabili:

1. Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target
2. Potenziare l'attività di prevenzione e contrasto del GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali
3. Accrescere le opportunità di Diagnosi precoce, Cura e Riabilitazione a livello territoriale **attraverso azioni anche innovative**

STRATEGIA

Come già indicato in premessa il Piano si caratterizza quale documento programmatorio di sistema, che individua i macro obiettivi strategici cui puntano i programmi e le azioni (regionali e territoriali) che, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nel processo di sinergia e confronto proprio della governance regionale sulla base di quanto definito dalla l.r.8/2013, saranno sviluppati dal Programma Operativo Regionale elaborato conseguentemente all'approvazione dei contenuti del presente Piano da parte del Ministero della Salute.

Premesso che le attività integrano e potenziano il grande patrimonio di energie organizzative, tecniche, professionali e finanziarie già messe in campo da Regione Lombardia, la proposta di Piano punta quindi alla attivazione del più ampio coinvolgimento delle diverse tipologie di Attori coinvolti nelle azioni (SSR, Enti locali, Soggetti del Terzo settore, Scuola, ecc.) e la partecipazione della popolazione nella logica dell'empowerment delle persone e delle comunità.

TARGET

La declinazione operativa delle attività, di livello regionale e locale, permetteranno di raggiungere in modo mirato e capillare diversi segmenti della popolazione, nei loro differenti setting di vita, con particolare riferimento a:

- Popolazione generale (selezionando segmenti specifici: ad es. genitori, over 65 anni, lavoratori)
- Popolazione specifica (gruppi fragili, detenuti, utenza servizi, ecc.)
- Famiglie
- Popolazione scolastica (dirigenti, studenti, genitori)

Nonché soggetti a vario titolo coinvolti quali operatori SSR (servizi, pediatri, medici di famiglia, ecc.), operatori dei Comuni, Amministratori Locali, Datori di lavoro, Polizia locale, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Terzo Settore, Enti Accreditati, Gestori/Esercenti, Avvocati, ecc..)

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

AZIONI

Le azioni saranno realizzate, coerentemente al contesto, alle evidenze di efficacia ed agli obiettivi generali, nonché in continuità con la sinergia (collaborazione – confronto) intersettoriale e multistakeholder proprie del processo di governance in essere.

AZIONI	CARATTERE REGIONALE	CARATTERE LOCALE
- Campagne di comunicazione – informazione orientate al marketing sociale in una ottica di health equity (attenzione a vulnerabilità, fragilità)	**X**	**X**
- Attività di natura informativo sulla rete dei servizi di cura, di ascolto – orientamento, di consulenza	**X**	**X**
- Attività formative rivolte a specifiche categorie (es. esercenti, associazioni di consumatori e utenti, polizia locale, sportelli welfare, operatori sociali, ecc.)	**X**	**X**
- Attività formativa mirata agli operatori del SSR	**X**	**X**
- Produzione di materiale didattico e contenuti formativi per le attività nel setting scolastico e luoghi di lavoro	**X**	
- Realizzazione di survey regionali sui dati di contesto regionale sia in relazione ai trend che alla valutazione di impatto delle attività	**X**	
- Produzione di strumenti per la rilevazione delle esperienze presenti sul territorio e la relativa documentazione e diffusione di Buone Pratiche	**X**	**X**
- Produzione di strumenti web 2.0 (app) per l'informazione – supporto – accompagnamento di cittadini e diversi attori a vario titolo coinvolti	**X**	
- Azioni di supporto alle attività degli Enti Locali di partnership tra Enti Locali, Terzo Settore, MIUR- USR, SSR	**X**	**X**
- Attività per il miglioramento dell'offerta di servizi e di programmi di presa in carico integrati Ospedale-territorio	**X**	**X**
- Attività di prevenzione indicata nei programmi di presa in carico individuali	**X**	**X**
- Attività di prevenzione indicata rivolti a specifici target di popolazione	**X**	**X**

Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori

Obiettivi generali	**Obiettivi specifici**	**Indicatori**	**Valore regionale atteso 2017**
1. Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target	1.1 Promuovere conoscenze, competenze e consapevolezze mediante opportunità di comunicazioni "protette", servizi di consulenza agli EELL, ecc.	Copertura popolazione	Tutta la regione
	1.2 Promuovere l'aumento di conoscenze nei diversi target (giovani, famiglie, anziani)	Realizzazione di iniziative di comunicazione target oriented	Progettazione generale e iniziative su almeno 2 target
	1.3 Promuovere la conoscenza dell'offerta e delle modalità di accesso alla rete dei servizi territoriali anche sociali	Copertura popolazione	Tutta la regione
2. Potenziare l'attività di prevenzione e contrasto del GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali,	2.1 Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting Luoghi di lavoro	Incremento n. aziende che partecipano al programma regionale Rete WHP	> valore 2016
		Incremento n. lavoratori raggiunti	> valore 2016
	2.2 Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting scolastico	Incremento n. Scuole che partecipano al programma regionale Rete SPS	> valore 2016
		Incremento n. docenti e studenti raggiunti dai programmi regionali di potenziamento delle Life Skills	> valore 2016
	2.3 Aumentare la copertura territoriale delle iniziative attivate dagli Enti Locali in partnership con Soggetti Terzo Settore	Incremento n. Comuni coinvolti nelle azioni	> valore 2016
		Numero di iniziative a carattere socio-culturale-ludiche alternative al gioco d'azzardo	> valore 2016
	2.4 Promuovere la capacity building di decisori/reti locali e la diffusione di Buone Pratiche	Incremento della disponibilità di strumenti di analisi, valutazione, accountability	1
3. Potenziare le opportunità di Diagnosi precoce, Cura e Riabilitazione in linea con l'assetto organizzativo previsto dalla l.r. 23/15 **anche attraverso azioni innovative**	3.1 Attività **innovativa** di collegamento tra Ospedale e territorio, in applicazione alla l.r. 23/15, per diffondere la cultura del GAP come patologia curabile nei Servizi territoriali	Implementazione delle attività di diagnosi, informazione e ascolto all'interno degli Ospedali per accompagnare pazienti e familiari ai Servizi Territoriali	=>4 attività
	3.2 Implementazione nei Servizi di percorsi di cura per il GAP finalizzati all'ottimizzazione delle risorse	Aumento delle attività che ottimizzino risorse nella presa in carico di pazienti affetti da GAP e familiari (ad es interventi di gruppo e relativa formazione, orari dedicati)	> valore 2016

	3.3 Implementazione nei Servizi di modelli di cura innovativi per pazienti polidipendenti, affetti sia da GAP che da Disturbo da Uso di Sostanze	Aumento delle attività di presa in carico di pazienti polidipendenti affetti sia da GAP che da Disturbo da Uso Sostanze	> valore 2016
	3.4 Avvio attività diagnosi e cura del GAP negli Istituti Penitenziari, per i pazienti affetti da Disturbo da Abuso di Sostanze	Avvio di 4 poli in Istituti Penitenziari per la implementazione di percorsi di diagnosi e cura per soggetti affetti da GAP e da Disturbo da Uso di Sostanze	=>4 attività > valore 2016

Tabella 2: Dettaglio azioni

<table>
<tr><td colspan="6">Obiettivo generale: 1 - Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target</td></tr>
<tr><td colspan="6">Razionale: L’attività di comunicazione, informazione e sensibilizzazione, declinata coerentemente alle diverse tipologie di target rappresenta un fattore di base in relazione all’obiettivo di sostenere processi di “health literacy” (WHO Health Promotion Glossary, 1999) in relazione all’adozione consapevole di scelte che incidono sulla salute e, nello specifico, di prevenire comportamenti a rischio. Il razionale dell’obiettivo è quello di sostenere i processi di empowerment individuale e di comunità, razionalizzando, anche in relazione alle azioni già messe in campo, un piano di comunicazione integrato a supporto dei diversi obiettivi del Piano e diversificato per target e che si sviluppi su una tempistica di medio – lungo termine anche mediante la predisposizione/utilizzo di strumenti web 2.0</td></tr>
<tr><td colspan="6">Evidenze: Review internazionali rispetto all’efficacia degli interventi preventivi in tema di GAP (Evans, 2003, DPA 2013) evidenziano che nell’ ambito delle molteplici iniziative di prevenzione che riflettono diversi approcci verso il gioco problematico, ciò che determina l’efficacia è la contestualizzazione in una programmazione integrata che agisce su più piani (organizzativi, dell’offerta, ecc.). L’efficacia di azioni di comunicazione/informazione è quindi potenziata se le stesse sono collocate in strategie di medio-lungo periodo e all’interno di piani di azione integrati, puntando a rinforzare, il bagaglio di competenze degli individui e delle comunità.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: Popolazione generale, target specifici</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: Comunità locale, SSR, Luoghi di lavoro, Scuola</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto attuatore</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
<tr><td colspan="2">1.1 Promuovere conoscenze, competenze e consapevolezze mediante opportunità di comunicazioni “protette”, di informazione agli EELL, ecc.</td><td rowspan="3">Copertura popolazione</td><td rowspan="3">Regione
SSR
EELL
Terzo Settore</td><td rowspan="3">Atti</td><td rowspan="3">Tutta la regione</td></tr>
<tr><td>Risultati</td><td>Sostegno ai familiari
Emersione della domanda</td></tr>
<tr><td>Azioni</td><td>Call center
Servizi informazioni consulenza</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto attuatore</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
<tr><td colspan="2">1.2 Promuovere l’aumento di conoscenze nei diversi target (giovani, famiglie, anziani)</td><td rowspan="3">Presenza di iniziative di comunicazione target oriented</td><td rowspan="3">Regione
SSR
EELL
MIUR - USR
Terzo Settore</td><td rowspan="3">Atti</td><td rowspan="3">Progettazione generale e iniziative declinate sui diversi target</td></tr>
<tr><td>Risultati</td><td>– Supporto all’aumento delle conoscenze finalizzate a sostenere competenze decisionali
– Accompagnamento al cambiamento
– Supporto alle famiglie</td></tr>
<tr><td>Azioni</td><td>– Attività comunicative, coerente a contesti e target
– Produzione strumenti (anche web2.0: app, ecc.)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto attuatore</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
<tr><td colspan="2">1.3 Promuovere la conoscenza dell’offerta e delle modalità di accesso alla rete dei servizi territoriali anche sociali</td><td rowspan="2">Copertura popolazione</td><td rowspan="2">Regione
SSR
EELL
Terzo Settore</td><td rowspan="2">Atti</td><td rowspan="2">Tutta la regione</td></tr>
<tr><td>Risultati</td><td>– Aumento delle opportunità di accesso ai servizi del sistema socio-sanitario e sociale regionale
– Riduzione del rischio di cronicizzazione
– Sostegno ai familiari</td></tr>
</table>

Azioni	– Attività comunicative, coerenti a contesti e target, – Attivazione strumenti per diversi canali/setting – Implementazione dei contenuti informativi mirati nelle pagine web istituzionali regionali e locali, SSR- Enti Accreditati, degli EELL				

Obiettivo generale: 2 - Potenziare l'attività di prevenzione e contrasto GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali

Razionale: Da anni Regione Lombardia fonda e orienta le sue strategie preventive su criteri di efficacia, multidisciplinarietà, intersettorialità, multifattorialità/integrazione, sostenibilità (economica e organizzativa) puntando quindi allo sviluppo di programmi multistakeholder con l'obiettivo di sostenere processi di empowerment individuali e di comunità, di capacity building da parte dei decisori delle politiche che impattano nei diversi setting (Dirigenti Scolastici, Datori di Lavoro, Amministratori Locali) e di alleanze e collaborazione con tutti gli Attori sociali e soggetti della comunità locali (Associazioni, ecc.). In questo contesto programmatorio, definito nel Piano regionale della Prevenzione 2015 – 2018 in coerenza con gli indirizzi nazionali, che si colloca la definizione dell'obiettivo (oltre che del Piano di Attività nel suo complesso) che punta al potenziamento rinforzo delle azioni/interventi riferiti alla prevenzione del GAP

Evidenze: L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi. Il lavoro a rete dà l'opportunità di influenzare le politiche attraverso: lo sviluppo di partnership e di relazioni sociali utili allo scopo, l'organizzazione di contesti di dialogo e la facilitazione della mobilitazione della comunità. Infine, sono da preferire programmi di prevenzione orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto - da un approccio promozionale (Health Promotion) , che perseguano (capacity building) la costruzione di capacità individuali e collettive. La prevenzione del GAP ricade nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e, per questo, deve orientare tutte le politiche; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo, la letteratura evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, quali:

- avere linee programmatorie comuni entro cui operano, in partnership gruppi di lavoro locali supportati da un sistema organizzativo formale
- implementare programmi di provata efficacia
- valutare e monitorare la qualità dell'implementazione e l'efficacia dei risultati
- fornire occasioni di aggiornamento e formazione ai gruppi di lavoro coinvolti
- offrire strumenti di protezione economica agli individui ed alle famiglie

Target: Popolazione generale, target specifici (studenti, insegnanti, famiglie, lavoratori, datori di lavoro, Amministratori, Operatori SSR- Enti Accreditati, EELL, Avvocati, ecc.)

Setting: Scuola, Luoghi di Lavoro, Comunità locale

Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
2.1 Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting Luoghi di lavoro		Incremento n. aziende che partecipano al programma regionale Rete WHP Incremento n. lavoratori raggiunti Incremento	Regione SSR con il coinvolgimento (coerentemente con quanto previsto dal PRP 2014-18) di Imprese, Aziende pubbliche e private,	Survey regionale, (Indicatori PRP)	> valore 2016
Risultati	– Ingaggio di fasce di popolazione adulta di profilo socio – economico diversificato – Aumento responsabilità sociale d'impresa verso problematiche specifiche – Ingaggio individuale GAP anche attraverso azione del medico competente				

Azioni	- Formazione soggetti aziendali - Formazione Operatori del SSR, EELL, Enti Accreditati, Terzo Settore - Produzione manualistica - Adattamento del programma preventivo "Team Awareness"	operatori degli Enti Locali	Organizzazioni datoriali, Sindacati, Associazioni di categoria, ecc.		
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
2.2 Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting scolastico		Incremento n. Scuole che partecipano al programma regionale Rete SPS. Incremento n. docenti e studenti raggiunti dai programmi regionali di potenziamento delle Life Skills (LST e Unplugged adattati)	Regione SSR MIUR – USR con il coinvolgimento (coerentemente con quanto previsto dal PRP 2014-18) di Direzioni scolastiche, Enti locali, Erogatori Accreditati, Associazioni genitori, Enti/Organizzazioni già coinvolti in azioni preventive GAP in essere e/o nell'ambito di Protocolli di collaborazione, ecc..	Survey regionale (indicatori PRP)	> valore 2016
Risultati	– Aumento delle opportunità di sviluppo di competenze "di vita" e "di cittadinanza" nei giovani – Promozione del valore culturale (target "giovani") di stili di vita positivi e prevenzione GAP – Orientamento delle policy delle singole scuole				
Azioni	- Formazione soggetti scolastici - Formazione SSR - Produzione manualistica - Adattamento GAP dei programmi regionali "Life Skills Training" e "Unplugged" - Azioni di supporto alle Reti di Scopo delle Scuole (Legalità, SPS)				
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
2.3 Aumentare la copertura territoriale delle iniziative attivate dagli Enti Locali in partnership con Terzo Settore, Scuole, SSR -Enti Accreditati		Incremento dei Comuni che attivano azioni Incremento dell'attivazione di partnertship	Regione SSR- Enti Accreditati EELL MIUR - USR Terzo Settore	Atti (Indicatori PRP)	> valore 2016
Risultati	– Riduzione dell'accesso all'offerta (gioco) – Incremento di iniziative – Miglioramento contesti urbani				

Azioni	– Azioni di supporto agli EELL – Accordi di collaborazione e protocolli (ANCI, Ordine degli Avvocati) – Formazione Operatori del SSR- Enti Accreditati, EELL, Terzo Settore, Avvocati, Famiglie – Diffusione modelli Buone Pratiche relativi ad iniziative a carattere socio-culturale-ludiche alternative al gioco d'azzardo	da parte dei Comuni	(Coerentemente con linee di indirizzo e Programmi regionali in attuazione della LR 8/2013 "*Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico*")		
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
2.4 Promuovere la capacity building di decisori/reti locali dei diversi setting e la diffusione di Buone Pratiche		Disponibilità di strumenti di analisi, valutazione, accountability	Regione SSR EELL (Coerentemente con linee di indirizzo e Programmi regionali in attuazione della LR 8/2013 *"Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico")*	Atti (Indicatori PRP)	Disponibilità strumenti e report
Risultati	- Coerenza con analisi di contesto/bisogni della programmazione integrata - Diffusione di azioni di prevenzione e contrasto efficaci/raccomandate - Sviluppo di Reti (diffusione BP)				
Azioni	- Promozione attività di Rete - Creazione strumenti dedicati per raccolta delle iniziative, rilevazione Buone Pratiche prevenzione GAP - Produzione report regionali (trend, epidemiologia, dati di contesto) - Formazione Operatori del SSR - Enti Accreditati, EELL, Terzo Settore				

Obiettivo generale: 3 - Potenziare le opportunità di Diagnosi precoce, Cura e Riabilitazione a livello territoriale in linea con l'assetto organizzativo

Razionale: La cura e la riabilitazione dei pazienti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico deve affrontare in via prioritaria la questione che il GAP non è ancora del tutto riconosciuto come patologia né nella popolazione generale né dagli operatori sociosanitari: è quindi necessario un profondo mutamento culturale che può essere facilitato dall'applicazione della L. 23/15 e dalla stretta connessione che si sta creando tra Ospedale e Servizi di Cura territoriali e penitenziari

I Servizi di Cura preposti devono essere rinforzati per far fronte ai nuovi pazienti che chiederanno accesso alle cure, sia a seguito delle attività di informazione e prevenzione che verranno implementate, sia a seguito del recentissimo inserimento del GAP nei LEA.

E' necessario, a tal fine individuare modalità di presa in carico che ottimizzino le risorse e che considerino congiuntamente il GAP e i Disturbi da Uso di Sostanze, all'interno di protocolli finalizzati alla presa in carico globale della persona e della famiglia che affrontino in modo integrato le problematiche sanitarie, sociali, legali e finanziarie (sovra-indebitamento) GAP-correlate.

Negli Istituti Penitenziari, a causa dell'esiguità delle risorse attivabili e di un quadro normativo definito, non è finora stato possibile seguire tali pazienti in modo sistematico e attraverso percorsi di cura definiti. A seguito dell'introduzione della patologia nei LEA è quindi necessario prevedere specifiche azioni sia dal punto di vista preventivo che da quello terapeutico che considerino anche congiuntamente il GAP e i Disturbi da Uso di Sostanze

<table>
<tr><td colspan="6">Evidenze:
Il GAP è stato solo recentemente inserito nei LEA
Il GAP è ancora fortemente oggetto di stigma e pregiudizio e considerato più un vizio che una patologia
Entrambe le precedenti evidenze contribuiscono a far si che solo una minima parte dei pazienti affetti da GAP usufruisca oggi di percorsi di cura
I servizi di cura vanno attrezzati per far fronte alla domanda emergente, anche all’interno degli Istituti Penitenziari</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: I soggetti affetti da Gioco d’Azzardo Patologico (secondo i criteri del DSM 5) e i loro familiari
I soggetti affetti da polidipendenza (Disturbo da Uso di Sostanze e GAP secondo i criteri del DSM 5) e i loro familiari</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: SSR: ambiti ospedaliero e territoriale, servizi di cura degli Istituti Penitenziari</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto attuatore</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
<tr><td colspan="2">3.1 Rafforzare il collegamento tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale (ASST) per diffondere la consapevolezza del GAP come patologia curabile accedendo all’offerta dei Servizi presenti sul territorio</td><td rowspan="3">N° 4 attività di informazione e diagnosi all’interno degli Ospedali per accompagnare pazienti e familiari ai Servizi Territoriali</td><td>Regione
SSR – Enti accreditati</td><td>Atti</td><td>=>4</td></tr>
<tr><td>Risultati</td><td>– Diffusione della cultura del GAP come patologia prevenibile, curabile e guaribile nei Servizi di Cura secondo le indicazioni OMS
– Implementazione attività di connessione Ospedale /territorio
– Incremento pazienti e familiari accompagnati dalle realtà ospedaliere ai Servizi Territoriali</td></tr>
<tr><td>Azioni</td><td>– Formazione personale in relazione alle modalità di sinergia Ospedale/territorio, alla cultura da diffondere relativamente al GAP, alle possibilità di cura presso i Servizi
– Implementazione all’interno degli Ospedali di 4 punti di informazione e ascolto che illustrino ai pazienti e ai loro familiari le possibilità di cura
- Definizione di modalità di accompagnamento dei pazienti e dei loro familiari ai Servizi Territoriali</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto attuatore</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
<tr><td colspan="2">3.2 Implementare nella rete dei servizi (ASST) percorsi di cura per il GAP finalizzati alla ottimizzazione delle risorse</td><td rowspan="3">Aumento attività che ottimizzino risorse per presa in carico pazienti e familiari quali ad esempio interventi di gruppo
Aumento soggetti presi in carico per GAP da SerT/SMI</td><td>Regione
SSR – Enti Accreditati</td><td>Atti</td><td>> valore 2016</td></tr>
<tr><td>Risultati</td><td>– Ottimizzazione delle risorse attraverso modalità di accoglienza e presa in carico più economiche (ad es gruppi informativi e terapeutici)
– Rispetto dei tempi di accoglienza e presa in carico come per le altre dipendenze LEA correlate
– Aumento soggetti affetti da GAP presi in carico dai Servizi</td></tr>
<tr><td>Azioni</td><td>- Formazione del personale relativamente all’utilizzo di tecniche di gruppo/ riduzione delle ricadute
- Attivazione percorsi di cura comprensivi di gruppi informativi e terapeutici
- Monitoraggio</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
</table>

			attuatore		
3.3 Implementare nella rete dei servizi (ASST) modelli di cura per pazienti polidipendenti, affetti sia da GAP sia Disturbo da Uso di Sostanze		Aumento attività per presa in carico pazienti polidipendenti affetti sia da GAP che da Disturbo da Uso Sostanze Aumento soggetti polidipendenti presi in carico da SerT/SMI	Regione SSR – Enti Accreditati	Atti	> valore 2016
Risultati	- Presa in carico congiunta per pazienti polidipendenti con Disturbo da Uso di Sostanze e GAP - Definizione strumenti di valutazione multidimensionale per diagnosi polidipendenza e del bisogno - Aumento soggetti affetti sia da Disturbo da Uso di Sostanze che da GAP presi in carico dai Servizi				
Azioni	– Formazione del personale relativamente alla valutazione multidimensionale del bisogno – Implementazione modelli di diagnosi multidimensionali finalizzati alla presa in carico unica per pazienti affetti sia da Disturbo da Uso di Sostanze che da GAP				
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
3.4 Avviare attività di diagnosi e cura del GAP negli Istituti Penitenziari, in specifico per i pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze		Implementazione percorsi di diagnosi e cura per soggetti affetti da GAP e da Disturbo da Uso di Sostanze Aumento soggetti presi in carico da Servizi all'interno Istituti Penitenziari per GAP e Disturbo da Uso di Sostanze	Regione SSR – Enti Accreditati	Atti	=>4 > valore 2016
Risultati	- Implementazione Attività di diagnosi all'interno degli Istituti Penitenziari in particolare per soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze - Aumento soggetti affetti da Disturbo da uso di Sostanze e GAP presi in carico dai Servizi che operano all'interno Istituti Penitenziari				
Azioni	– Formazione del personale relativamente alla diagnosi e alla cura del Gioco d'Azzardo Patologico nel particolare contesto carcerario - Implementazione percorsi di diagnosi e cura per soggetti affetti da GAP e da Disturbo da Uso di Sostanze all'interno degli Istituti Penitenziari				

RISORSE E PIANO FINANZIARIO

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	FONDO GAP	FONDO SANITARIO INDISTINTO	TOTALE
OG 1	Obiettivo specifico 1.1	Comunicazione Strumenti	400.000		
	Obiettivo specifico 1.2	Formazione Comunicazione Strumenti web	425.000		
	Obiettivo specifico 1.3	Comunicazione	200.000		
Gestione progettuale			**-**	60.000	60.000
Totale per obiettivo generale 1			**1.025.000**	**60.000**	**1.085.000**
OG 2	Obiettivo specifico 2.1	Formazione Produzione manualistica Produzione strumenti	150.000		
	Obiettivo specifico 2.2	Formazione Produzione manualistica	150.000		
	Obiettivo specifico 2.3	Supporto alle azioni EELL in partnership con Scuole, Terzo settore, SSR	3.500.103		
	Obiettivo specifico 2.4	Comunicazione Produzione strumenti	100.000		
Gestione progettuale			**-**	80.000	80.000
Totale per obiettivo generale 2			**3.900.103**	**80.000**	**3.980.103**
OG 3	Obiettivo specifico 3.1	Acquisizione risorse Formazione Informazione – ascolto	257.000		
	Obiettivo specifico 3.2	Acquisizione risorse Formazione Attivazione percorsi di cura comprensivi di gruppi informativi e terapeutici	1.570.000		
	Obiettivo specifico 3.3	Acquisizione risorse Formazione Implementazione modelli di diagnosi multidimensionali finalizzati alla presa in carico unica per pazienti affetti sia da Disturbo da Uso di Sostanze che da GAP	1.000.000		
	Obiettivo specifico 3.4	Acquisizione risorse Formazione Implementazione percorsi di diagnosi e cura per soggetti affetti da GAP e da Disturbo da Uso di Sostanze	470.000		
Gestione progettuale			-	80.000	80.000
Totale per obiettivo generale 3			**3.297.000**	**80.000**	**3.377.000**
Totale complessivo			**8.222.103**	**220.000**	**8.442.103**

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO

La valutazione del piano sarà improntata a criteri di accountability, in relazione ai singoli obiettivi sarà effettuato monitorando gli indicatori individuati, anche in parallelo agli indicatori del Piano regionale della Prevenzione 2014 – 2018; inoltre, in sede di pianificazione operativa successiva all'approvazione del piano, sarà individuato un più completo set di elementi osservabili in relazione a criteri di efficienza , attivazione intersettoriale e sostenibilità organizzativa di quanto realizzato.

Allegato C

SPERIMENTAZIONE

Per il contrasto al DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Premessa

La Giunta Regionale con Deliberazione n° X/7600 del 20/12/2017 nell'ambito della programmazione per l'anno 2018 in tema di gioco d'azzardo patologico (GAP) indica che "nel nuovo Piano d'azione GAP sarà previsto l'avvio di sperimentazioni di servizi residenziali".

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

Nell'ultima edizione del Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali (DSM 5) il GAP è stato inserito nel capitolo "Disturbi da uso di sostanze e disturbi da addiction", quindi a tutti gli effetti è considerato una patologia assimilabile a quelle indotte dall'uso di sostanze con effetto stupefacente e psicotropo. L'adozione del DSM 5, che abbandona la classificazione di abuso e dipendenza ma considera il disturbo come un continuum misurato da lieve a grave, è pertanto un elemento propedeutico fondamentale ai fini di connotare nosograficamente il problema e sviluppare la relativa proposta di strutture di intervento residenziale e semiresidenziale innovative.

Il documento presente quindi, in linea con le più recenti prassi cliniche, identifica la dipendenza da gioco d'azzardo secondo la dizione generale di Disturbo da Gioco d'Azzardo (acronimo DGA). Di seguito, per mera necessità di continuità con il glossario utilizzato a livello nazionale, si utilizzerà l'acronimo ormai superato di GAP (gioco d'azzardo patologico), ma si deve intendere che l'approccio al tema è affrontato in questo ambito facendo esclusivamente riferimento alla più recente definizione del DSM 5, come sopra riportato "Disturbo da Gioco d'Azzardo".

Obiettivo principale della sperimentazione è quello della definizione di un sistema di servizi relativo al GAP che si caratterizzi relativamente all'essere:

- precoce;
- flessibile;
- integrato;
- specializzato.

Gli esiti della sperimentazione saranno utili anche per la ridefinizione ed aggiornamento della normativa regionale di riferimento per le dipendenze, tra cui, ad esempio, la formulazione di un nuovo modello di certificazione in relazione a nuove Unità di Offerta e all'adozione del DSM 5.

Gestione della richiesta

La gestione della richiesta considera come oggi risulti talvolta critico il coinvolgimento di servizi differenti e il passaggio dell'utente da un servizio all'altro (ad esempio: da ambulatoriale a residenziale o viceversa): al fine di agevolare l'inserimento dell'utente nei servizi

residenziali/semiresidenziali è utile che siano individuate modalità di presentazione e accompagnamento dell'utente realizzate in collaborazione con i servizi ambulatoriali.
La medesima esigenza è rilevata rispetto all'accompagnamento e alla condivisione dell'intervento con il servizio residenziale/semiresidenziale durante il percorso e alla conclusione dello stesso.
Questa modalità deve essere realizzata in una visione di sistema di servizi precoce, integrato e flessibile al fine di agevolare la fruizione di tutti i servizi di cui il sistema dispone. In considerazione di quanto appena posto, si ritiene utile che tutti gli attori del sistema (formali e informali) siano nelle condizioni di intercettare e promuovere la richiesta di intervento, gestendola, orientandola e accompagnandola ai servizi preposti attraverso lo sviluppo del lavoro di rete.
Il sistema relativo al GAP prevede due possibilità di accesso: i servizi ambulatoriali (Sert / SMI) e il servizio di diagnosi, valutazione dell'esigenza e primo trattamento. Sebbene si privilegi la modalità di accesso tramite valutazione e segnalazione da parte dei servizi ambulatoriali di riferimento dell'utente (Sert / SMI), l'accesso diretto al servizio di diagnosi, valutazione dell'esigenza e primo trattamento risulta possibile e utile nei casi di urgenza[1] ed emergenza[2]. Una volta accolto l'utente nel servizio si segnalerà l'accesso al servizio ambulatoriale di riferimento che entro 30 giorni provvederà a valutare l'appropriatezza della richiesta. Nel caso in cui la valutazione del servizio residenziale risultasse impropria, l'utente dovrà essere dimesso e accompagnato al sistema di servizi appropriato.

La valutazione della appropriatezza dell'inserimento nei servizi residenziali e/o semiresidenziali è comunque responsabilità dei Sert / SMI: a tal proposito risulta determinante una accurata valutazione effettuata dal servizio rispetto alla appropriatezza della domanda di accesso che deve essere prioritariamente orientata alla diagnosi di disturbo da GAP come elemento unico o nettamente rilevante in caso siano presenti altri disturbi da addiction o psichiatrici in genere.

VALUTAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Una volta intercettata la richiesta di intervento da parte dei servizi ambulatoriali e/o da parte del servizio di diagnosi, valutazione dell'esigenza e primo trattamento inizia il processo di valutazione della richiesta al fine di definire un progetto di intervento volto al cambiamento e alla valutazione della tipologia di servizio che potrà essere attivato per la realizzazione al progetto stesso. Nel Diagramma 2 è illustrato il flusso di gestione della richiesta dell'utente da parte del sistema dei servizi.

Considerata la appropriatezza della richiesta, il servizio ambulatoriale valuterà se sussistano condizioni che soddisfino i criteri per i quali si attivi un servizio residenziale o semiresidenziale.
I criteri di inserimento dell'utente nei servizi residenziali o semiresidenziali sono i seguenti:
1. Esigenza di allontanamento temporale dell'utente dalla realtà di vita;
2. Esigenza di un contesto protetto e tutelante rispetto al GAP.

[1] Urgenza: quando nella vita della persona sta assumendo sempre più rilevanza il gioco, la persona sta iniziando a rapportarsi al gioco attraverso delle modalità che fanno anticipare una evoluzione del quadro nella direzione di una situazione di emergenza se non si interviene.

[2] Emergenza: quando la totalità della vita della persona ruota attorno al gioco, diventando l'unico aspetto importante per la persona; quest'ultimo vive e struttura le proprie giornate in funzione del gioco ed è disposta a fare qualsiasi azione pur di soddisfare la possibilità di giocare.

Nel caso in cui si verifichi una delle seguenti condizioni potrà essere avviato un progetto che preveda l'attivazione di servizi residenziali e semiresidenziali, altrimenti i servizi ambulatoriali adotteranno altri strumenti e strategie di intervento.

Gli obiettivi previsti per i Servizi Residenziali e Semiresidenziali sono i seguenti:

1. *Definire e condividere l'esigenza dell'utente a fronte della domanda / bisogno esplicito;*
2. *Valutare l'appropriatezza della richiesta di inserimento nel progetto terapeutico;*
3. *Realizzare i progetti di intervento individualizzati*

I servizi residenziali e semiresidenziali si dividono in due categorie principali: Sevizio di diagnosi, definizione dell'esigenza e primo trattamento e Servizi di trattamento.

La valutazione della tipologia di servizio residenziale o semiresidenziale da attivare considererà i criteri riportati nella tabella di seguito.

Sevizio di diagnosi, definizione dell'esigenza e primo trattamento	Servizi di trattamento
Emergenza: quando la totalità della vita della persona ruota attorno al GAP, diventando l'unico aspetto importante per la persona; quest'ultimo vive e struttura le proprie giornate in funzione del GAP ed è disposta a fare qualsiasi azione pur di soddisfare la possibilità di giocare Criticità nella condivisione dell'esigenza dell'utente in ambito ambulatoriale *Nella valutazione /diagnosi il servizio può sfruttare una differenziazione di situazioni in cui rilevare le modalità che caratterizzano il rapporto con il GAP da parte della persona che non necessariamente si riescono a rilevare attraverso lo strumento del colloquio*	Criticità nella realizzazione delle strategie necessarie agli obiettivi in ambito ambulatoriale;
Urgenza: quando nella vita della persona sta assumendo sempre più rilevanza il GAP, la persona sta iniziando a rapportarsi al GAP attraverso delle modalità che fanno anticipare una evoluzione del quadro nella direzione di una situazione di emergenza se non si interviene	Esigenza di applicazione di un progetto di intervento volto al cambiamento
Criticità nella condivisione dell'esigenza dell'utente in ambito ambulatoriale *Nella valutazione /diagnosi il servizio può sfruttare una differenziazione di situazioni in cui rilevare le modalità che caratterizzano il rapporto con il GAP da parte della persona che non necessariamente si riescono a rilevare attraverso lo strumento del colloquio*	
Necessità di definizione di un progetto di intervento volto al cambiamento	

Se sono soddisfatti i criteri per il Servizio di diagnosi, definizione dell'esigenza e primo trattamento, l'utente potrà essere inserito in questi servizi, gli obiettivi di questo intervento sono i seguenti:

1. *Diagnosi: individuare quali sono le convinzioni che mantengono la persona ancorata a modalità di GAP totalizzante e quali sono le dinamiche interattive che hanno concorso a generare e mantenere questa situazione.*
2. *Definire l'esigenza dell'utente a fronte della domanda / bisogno esplicito: aiutare la persona a individuare quali sono gli aspetti che è utile trattare a partire dalla richiesta di aiuto che viene avanzata;*
3. *Definire l'obiettivo personalizzato per l'utente: definire un obiettivo che restituisca centralità alla persona e non più al GAP, nel quale la persona possa riconoscere un senso nel perseguirlo e che permetta di riattivare nel tempo nuovi nuclei generativi (nuovi discorsi rispetto a sé)*
4. *Definire e condividere il progetto di intervento volto al cambiamento*

Per la valutazione dell'efficacia dell'intervento volto al perseguimento degli obiettivi sopra riportati sono stati definiti i seguenti indicatori:

1. *Presenza di una diagnosi: rilevazione degli ostacoli al cambiamento e delle modalità pratiche nel mantenimento della definizione di sé;*
2. *Condivisione di un progetto volto al cambiamento;*
3. *Presenza di linee di implementazione del progetto*

Questa tipologia di servizio potrà essere attivata in forma residenziale o semiresidenziale.

Nel caso in cui siano, invece, soddisfatti i criteri per i Servizi di Trattamento, l'intervento nei confronti dell'utente perseguirà il seguente obiettivo:
Modificare la posizione di centralità che il GAP ha nella storia della persona, ovvero generare un cambiamento nella definizione di sé dell'utente da una posizione nella quale il GAP risulta centrale, pervasivo ai ruoli e riferimento esaustivo delle possibilità di azione verso una definizione di sé inedita, orientata ad una dimensione progettuale in cui il GAP risulti marginale o assente.

La valutazione dell'efficacia dell'intervento dei Servizi di Trattamento (in riferimento all'obiettivo sopra riportato) sono i seguenti:

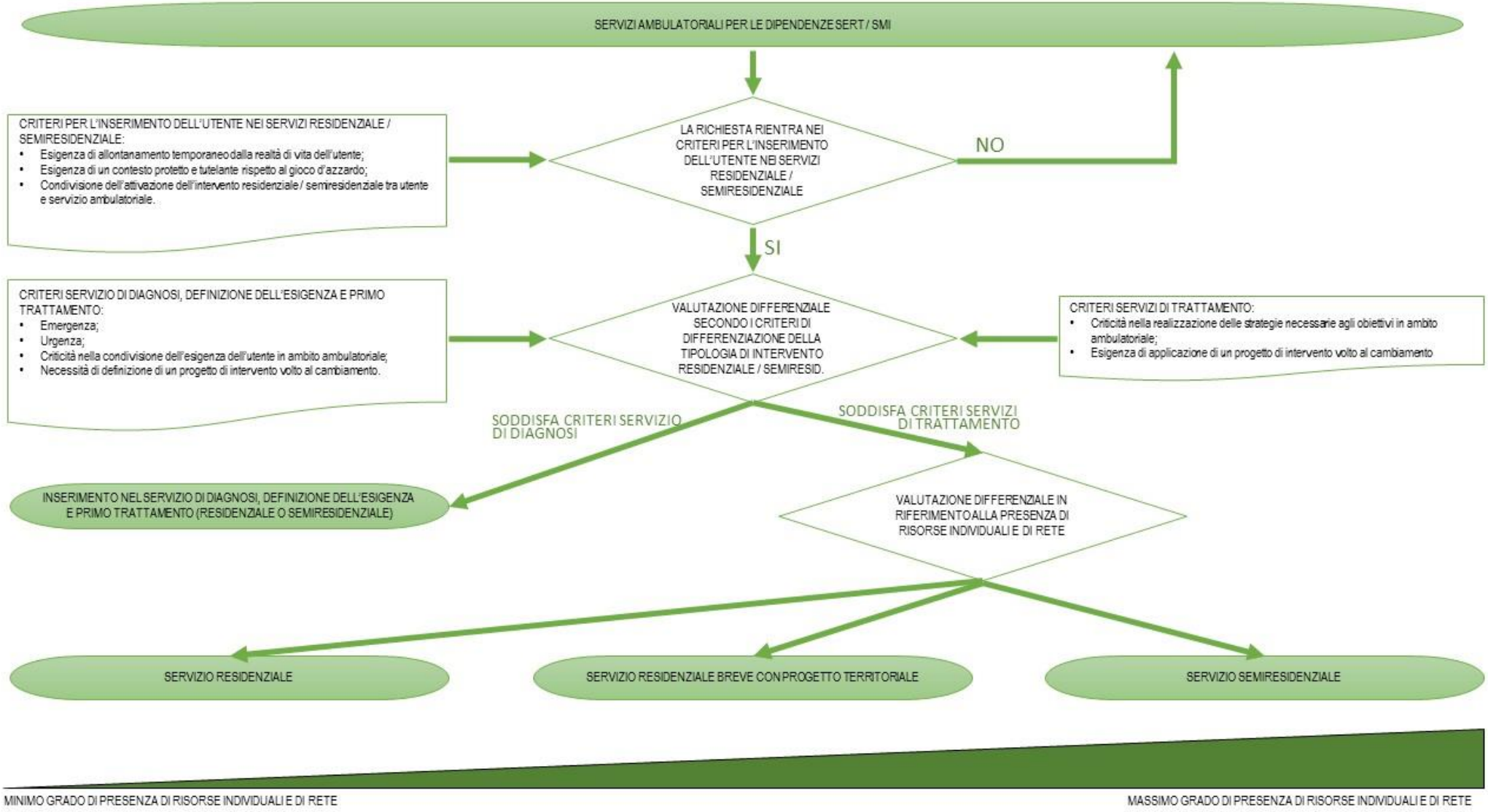
1. *Presenza di una dimensione progettuale entro la quale il GAP risulti marginale e si sviluppano per sé prospettive che ruotano attorno a questioni differenti dal GAP;*
2. *Riduzione / cessazione / gestione del GAP (gestione in una direzione di salute);*
3. *Presenza di possibilità biografiche entro le quali il GAP risulti assente o marginale;*
4. *Messa in atto di ruoli inediti, differenti da quello del giocatore patologico e orientati alla salute e /o modalità inedite di agire i ruoli esistenti.*

I Servizi di trattamento sono suddivisi in tre tipologie in considerazione delle strategie elettive previste nella realizzazione dell'intervento:

- **Servizio Residenziale;**
- **Servizio Residenziale breve con Progetto Territoriale;**
- **Servizio Semiresidenziale.**

La valutazione della tipologie di intervento da attivare si fonda su una valutazione delle risorse individuali e di rete dell'utente.
Le specifiche dei differenti servizi sono riportate nelle schede di riepilogo conclusive.

DIAGRAMMA 2. PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI SERVIZIO



I DIFFERENTI SERVIZI SPERIMENTALI

Con il presente atto si dispone la attivazione di unità di offerta a regime sperimentale, al fine di fornire nuove risposte ai bisogni di salute emergenti, anche in relazione ai contenuti del DPCM del 12.01.2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza , di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502.*".

1. SERVIZIO DI DIAGNOSI E DEFINIZIONE DELL'ESIGENZA
Servizio residenziale o semiresidenziale

a. Criteri per l'inserimento dell'utente nel servizio
L'intervento di diagnosi e definizione dell'esigenza di configura come un intervento che viene attivato sulla base dei seguenti criteri:

1. Esigenza di allontanamento temporaneo dalla realtà di vita dell'utente;
2. Esigenza di un contesto protetto e tutelante rispetto al GAP;
3. Emergenza: quando la totalità della vita della persona ruota attorno al GAP, diventando l'unico aspetto importante per la persona; quest'ultimo vive e struttura le proprie giornate in funzione del GAP ed è disposta a fare qualsiasi azione pur di soddisfare la possibilità di giocare
4. Urgenza: quando nella vita della persona sta assumendo sempre più rilevanza il GAP, la persona sta iniziando a rapportarsi al GAP attraverso delle modalità che fanno anticipare una evoluzione del quadro nella direzione di una situazione di emergenza se non si interviene
5. Criticità nella condivisione dell'esigenza dell'utente in ambito ambulatoriale
   Nella valutazione /diagnosi il servizio può sfruttare una differenziazione di situazioni in cui rilevare le modalità che caratterizzano il rapporto con il GAP da parte della persona che non necessariamente si riescono a rilevare attraverso lo strumento del colloquio
6. Necessità di definizione di un progetto di intervento volto al cambiamento

b. Obiettivi del progetto individualizzato

1. Diagnosi: individuare quali sono le convinzioni che mantengono la persona ancorata a modalità di GAP totalizzante e quali sono le dinamiche interattive che hanno concorso a generare e mantenere questa situazione.
2. Definire l'esigenza dell'utente a fronte della domanda / bisogno esplicito: aiutare la persona a individuare quali sono gli aspetti che è utile trattare a partire dalla richiesta di aiuto che viene avanzata;
3. Definire l'obiettivo personalizzato per l'utente: definire un obiettivo che restituisca centralità alla persona e non più al GAP, nel quale la persona possa riconoscere un senso nel perseguirlo e che permetta di riattivare nel tempo nuovi nuclei generativi (nuovi discorsi rispetto a sé)
4. Definire e condividere il progetto di intervento volto al cambiamento

c. Indicatori di efficacia

1. Presenza di una diagnosi: rilevazione degli ostacoli al cambiamento e delle modalità pratiche nel mantenimento della definizione di sé;
2. Condivisione di un progetto volto al cambiamento;
3. Presenza di linee di implementazione del progetto.

d. Prestazioni

Le prestazioni previste da questa tipologia di servizio sono le seguenti:

- Colloquio di valutazione della appropriatezza della richiesta in riferimento alla tipologia di servizio;
- Valutazione psicologica;
- Valutazione psichiatrica;
- Valutazione sociale;
- Valutazione medico / sanitaria;
- Valutazione educativa;
- Consulenza psicologica ed educativa per la condivisione di un progetto di intervento;
- Consulenza e valutazione familiare;
- Interventi motivazionali;
- Attività occupazionale;
- Consulenza legale;
- Consulenza finanziaria.

e. Modalità di accesso

L'accesso al servizio avviene tramite certificazione di Disturbo da GAP da parte del Sert/SMI, che accompagna la presa in carico nel servizio residenziale. In caso di urgenza o emergenza l'accesso a questa tipologia di servizio è possibile anche in assenza di una valutazione da parte del servizio ambulatoriale (Sert / SMI). In questo caso l'ingresso dell'utente nel servizio verrà segnalato al Sert / SMI di riferimento entro 24 ore, il Servizio Ambulatoriale valuterà l'appropriatezza dell'inserimento entro 30 giorni dalla segnalazione. Nel caso in cui l'inserimento non verrà valutato appropriato l'utente dovrà essere accompagnato al sistema appropriato di servizi e dimesso.

f. Durata

La durata massima di permanenza di un utente in questa tipologia di servizio è di 90 giorni non prorogabili. Al termine di questo periodo l'utente potrebbe usufruire di altre tipologie di intervento ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali in considerazione del progetto che sarà definito e condiviso con l'utente stesso e il servizio ambulatoriale di riferimento.
Al termine del primo mese è prevista una valutazione condivisa con il servizio inviante rispetto alla modalità di prosecuzione dell'intervento.

2. SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE BREVE E ACCOMPAGNAMENTO TERRITORIALE
Servizio residenziale / territoriale

a. Criteri per l'inserimento dell'utente nel servizio
L'intervento di diagnosi e definizione dell'esigenza di configura come un intervento che viene attivato sulla base dei seguenti criteri:

1. Esigenza di allontanamento temporaneo dalla realtà di vita dell'utente;
2. Esigenza di un contesto protetto e tutelante rispetto al GAP;
3. Criticità nella condivisione dell'esigenza dell'utente in ambito ambulatoriale;
4. Esigenza di applicazione di un progetto di intervento volto al cambiamento.

b. Obiettivo del progetto individualizzato
Modificare la posizione di centralità che il GAP ha nella storia della persona, ovvero generare un cambiamento nella definizione di sé dell'utente da una posizione nella quale il GAP risulta centrale, pervasivo ai ruoli e riferimento esaustivo delle possibilità di azione verso una definizione di sé inedita, orientata ad una dimensione progettuale in cui il GAP risulti marginale o assente.

c. Indicatori di efficacia
1. Presenza di una dimensione progettuale entro la quale il GAP risulti marginale e si sviluppano per sé prospettive che ruotano attorno a questioni differenti dal GAP;
2. Riduzione / cessazione / gestione del GAP (gestione in una direzione di salute);
3. Presenza di possibilità biografiche entro le quali il GAP risulti assente o marginale;
4. Messa in atto di ruoli inediti, differenti da quello del GAP e orientati alla salute e /o modalità inedite di agire i ruoli esistenti.

d. Prestazioni
Le prestazioni previste da questa tipologia di servizio sono le seguenti:

- Colloquio di valutazione della appropriatezza della richiesta in riferimento alla tipologia di servizio;
- Valutazione psicologica;
- Valutazione psichiatrica;
- Valutazione sociale;
- Valutazione medico / sanitaria;
- Valutazione educativa;
- Consulenza psicologica ed educativa per la condivisione di un progetto di intervento;
- Consulenza e psicoterapia familiare;
- Psicoterapia individuale e di gruppo;
- Interventi domiciliari / territoriali;
- Interventi motivazionali;
- Attività occupazionale;
- Consulenza legale;
- Consulenza finanziaria.

e. Modalità di accesso
L'accesso a questa tipologia di servizio è possibile dopo una valutazione e diagnosi di disturbo da GAP effettuata dal Sert / SMI di riferimento, e con una certificazione rilasciata dal Sert / SMI con

indicazione terapeutica per un servizio di trattamento residenziale breve e accompagnamento territoriale.
La presa in carico avviene attraverso l'accompagnamento al servizio dal parte del servizio ambulatoriale di riferimento al fine di agevolare l'accesso al servizio stesso.

f. Durata
La durata massima dell'intervento residenziale è di 6 mesi ai quali può seguire un trattamento / progetto territoriale realizzato dal medesimo servizio per una durata massima di 12 mesi che può prevedere anche brevi rientri residenziali nel servizio.

3. SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE
Servizio residenziale

a. Criteri per l'inserimento dell'utente nel servizio

L'intervento di diagnosi e definizione dell'esigenza di configura come un intervento che viene attivato sulla base dei seguenti criteri:

1. Esigenza di allontanamento temporaneo dalla realtà di vita dell'utente;
2. Esigenza di un contesto protetto e tutelante rispetto al GAP;
3. Criticità nella condivisione dell'esigenza dell'utente in ambito ambulatoriale;
4. Esigenza di applicazione di un progetto di intervento volto al cambiamento.

b. Obiettivo del progetto individualizzato

Modificare la posizione di centralità che il GAP ha nella storia della persona, ovvero generare un cambiamento nella definizione di sé dell'utente da una posizione nella quale il GAP risulta centrale, pervasivo ai ruoli e riferimento esaustivo delle possibilità di azione verso una definizione di sé inedita, orientata ad una dimensione progettuale in cui il GAP risulti marginale o assente.

c. Indicatori di efficacia

1. Presenza di una dimensione progettuale entro la quale il GAP risulti marginale e si sviluppano per sé prospettive che ruotano attorno a questioni differenti dal GAP;
2. Riduzione / cessazione / gestione del GAP (gestione in una direzione di salute);
3. Presenza di possibilità biografiche entro le quali il GAP risulti assente o marginale;
4. Messa in atto di ruoli inediti, differenti da quello del giocatore patologico e orientati alla salute e /o modalità inedite di agire i ruoli esistenti.

d. Prestazioni

Le prestazioni previste da questa tipologia di servizio sono le seguenti:

- Colloquio di valutazione della appropriatezza della richiesta in riferimento alla tipologia di servizio;
- Valutazione psicologica;
- Valutazione psichiatrica;
- Valutazione sociale;
- Valutazione medico / sanitaria;
- Valutazione educativa;
- Consulenza psicologica ed educativa per la condivisione di un progetto di intervento;
- Consulenza e psicoterapia familiare;
- Psicoterapia individuale e di gruppo;
- Interventi motivazionali;
- Attività occupazionale;
- Consulenza legale;
- Consulenza finanziaria.

e. Modalità di accesso

L'accesso a questa tipologia di servizio è possibile dopo una valutazione e diagnosi di disturbo da GAP effettuata dal Sert / SMI di riferimento, e con una certificazione rilasciata dal Sert / SMI con indicazione terapeutica per un servizio di trattamento residenziale.

La presa in carico avviene attraverso l'accompagnamento al servizio dal parte del servizio ambulatoriale di riferimento al fine di agevolare l'accesso al servizio stesso.

f. Durata

L'intervento è articolato in moduli della durata massima di sei mesi rinnovabili fino ad un massimo di 18 mesi complessivi ai quali può seguire un progetto territoriale della durata di sei mesi.

4. SERVIZIO DI TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE
Servizio semiresidenziale

a. Criteri per l'inserimento dell'utente nel servizio

L'intervento di diagnosi e definizione dell'esigenza di configura come un intervento che viene attivato sulla base dei seguenti criteri:

1. Esigenza di allontanamento temporaneo dalla realtà di vita dell'utente;
2. Esigenza di un contesto protetto e tutelante rispetto al GAP;
3. Criticità nella condivisione dell'esigenza dell'utente in ambito ambulatoriale;
4. Esigenza di applicazione di un progetto di intervento volto al cambiamento.

b. Obiettivo del progetto individualizzato

Modificare la posizione di centralità che il GAP ha nella storia della persona, ovvero generare un cambiamento nella definizione di sé dell'utente da una posizione nella quale il GAP risulta centrale, pervasivo ai ruoli e riferimento esaustivo delle possibilità di azione verso una definizione di sé inedita, orientata ad una dimensione progettuale in cui il GAP risulti marginale o assente.

c. Indicatori di efficacia

1. Presenza di una dimensione progettuale entro la quale il GAP risulti marginale e si sviluppano per sé prospettive che ruotano attorno a questioni differenti dal GAP;
2. Riduzione / cessazione / gestione del GAP (gestione in una direzione di salute);
3. Presenza di possibilità biografiche entro le quali il GAP risulti assente o marginale;
4. Messa in atto di ruoli inediti, differenti da quello del giocatore patologico e orientati alla salute e /o modalità inedite di agire i ruoli esistenti.

d. Prestazioni

Le prestazioni previste da questa tipologia di servizio sono le seguenti:

- Colloquio di valutazione della appropriatezza della richiesta in riferimento alla tipologia di servizio;
- Valutazione psicologica;
- Valutazione psichiatrica;
- Valutazione sociale;
- Valutazione medico / sanitaria;
- Valutazione educativa;
- Consulenza psicologica ed educativa per la condivisione di un progetto di intervento;
- Consulenza e psicoterapia familiare;
- Psicoterapia individuale e di gruppo;
- Interventi motivazionali;
- Attività occupazionale;
- Consulenza legale;
- Consulenza finanziaria.

e. Modalità di accesso

L'accesso a questa tipologia di servizio è possibile dopo una valutazione e diagnosi di disturbo da GAP effettuata dal Sert / SMI di riferimento, e con una certificazione rilasciata dal Sert / SMI con indicazione terapeutica per un servizio di trattamento semiresidenziale.

La presa in carico avviene attraverso l'accompagnamento al servizio dal parte del servizio ambulatoriale di riferimento al fine di agevolare l'accesso al servizio stesso.

f. Durata

La durata massima di permanenza dell'utente nel servizio è di 24 mesi. L'esigenza di prosecuzione dell'intervento viene periodicamente (ogni 6 mesi) verificata e condivisa con il Sert / SMI di riferimento. Il numero di ore e la fascia oraria di presenza dell'utente nel servizio può variare a seconda del progetto individualizzato.

TARIFFE

In via sperimentale sono stabilite le seguenti tariffe giornaliere per i servizi descritti nelle precedenti schede:

1. SERVIZIO DI DIAGNOSI E DEFINIZIONE DELL'ESIGENZA : 120 euro
2. SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE BREVE (118 euro) E ACCOMPAGNAMENTO TERRITORIALE (i giorni di accompagnamento territoriale sono valorizzati a 12 euro l'uno.)
3. SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE: 80 euro
4. SERVIZIO DI TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE: 45 euro

MODALITA' OPERATIVE

In considerazione degli obiettivi del progetto di sperimentazione si ritiene utile definire e condividere alcune linee di indirizzo per la sperimentazione.

- Per promuovere un sistema di servizi integrato, flessibile e specializzato ciascuna unità d'offerta potrà attivare più tipologie di intervento. Ciascuna unità d'offerta potrà sperimentare anche tutte le tipologie di intervento (sia residenziali che semiresidenziali) senza vincoli di posti dedicati in modo specifico a ciascuna tipologia di intervento; queste unità d'offerta saranno tenute a soddisfare i requisiti e gli standard più elevati tra le tipologie di intervento attivate.

- Per favorire la valorizzazione dei servizi semiresidenziali all'interno del sistema è utile che siano messi nelle condizioni di declinare i propri interventi in modo flessibile in virtù del progetto individualizzato dell'utente e della possibilità di definire un monte ore variabile di presenza dell'utente nel servizio. Per questa ragione i servizi potranno scegliere di operare in una fascia oraria che varia dalle ore 8.00 alle ore 21 tutti i giorni della settimana.

- Gli interventi potranno essere realizzati nell'ambito di servizi accreditati nel sistema delle dipendenze. Per la sperimentazione potranno essere utilizzati posti non contrattualizzati o posti contrattualizzati, in questo secondo caso i posti dedicati alla sperimentazione saranno temporaneamente stralciati dal contratto e destinati all'intervento nell'ambito del GAP. Al termine della sperimentazione questi posti torneranno ad essere contrattualizzati secondo le modalità previste prima dell'avvio della sperimentazione.

- Gli uffici competenti della DG Welfare definiranno un modello di valutazione dell'efficacia della sperimentazione e provvederanno ad elaborare e distribuire alle ATS un modulo tipo per la registrazione delle prestazioni erogate (in formato excel), che dovrà essere compilato e restituito periodicamente secondo le indicazioni operative che saranno fornite dall'ufficio regionale competente.

ASSEGNAZIONE DEI FONDI

Il progetto è biennale, e potrà essere rivisto nelle sue modalità operative alla fine del primo anno di sperimentazione. L'assegnazione dei fondi è fatta alle singole ATS su base capitaria.

Per semplicità di uso si riporta una ulteriore tabella di riparto dei fondi per il primo anno previsti nel Piano operativo di cui all'allegato B per l'obiettivo specifico 3.2. Questi fondi sono parte dei fondi già ripartiti con l'allegato C. Per semplicità e rapidità di esecuzione per gli anni successivi si terrà conto della stessa percentuale di assegnazione sotto riportata, a prescindere dal valore complessivo del fondo stesso.

RIPARTO FONDI GAP Obiettivo Generale 3, Obiettivo Specifico 3.2 PRIMA ANNUALITA'			
ATS	**POPOLAZIONE RESIDENTE**	**% SUL TOT LOMBARDIA**	**QUOTA TOTALE SPETTANTE (ARROTONDATA)**
BERGAMO	1.108.298	11,07%	**€ 173.799**
BRESCIA	1.163.407	11,62%	**€ 182.434**
BRIANZA	1.205.330	12,04%	**€ 189.028**
CITTA' METROPOLITANA MILANO	3.437.922	34,35%	**€ 539.295**
INSUBRIA	1.434.852	14,34%	**€ 225.138**
MONTAGNA	337.302	3,37%	**€ 52.909**
PAVIA	547.926	5,47%	**€ 85.879**
VAL PADANA	773.312	7,73%	**€ 121.361**
TOTALE	10.008.349	100,00%	**€ 1.570.000**

Le ATS a seguito della approvazione del presente atto dovranno predisporre e pubblicare un bando di manifestazione di interesse per la individuazione di strutture presenti nel territorio lombardo disponibili a partecipare alla sperimentazione.

Sulla base degli esiti della manifestazione di interesse le ATS redigeranno piani di programmazione locale che invieranno a Regione Lombardia per la verifica di congruenza con la programmazione regionale.

Le prestazioni verranno retribuite a seguito della produzione di piani individualizzati, redatti dai servizi ambulatoriali che hanno in carico il paziente, a seguito dei quali saranno stipulate singole convenzioni, su modello regionale, tra la struttura erogatrice e la ATS di residenza del paziente. Le ATS potranno attivare i percorsi sperimentali previsti dal presente atto anche in strutture che insistano sul territorio di altre ATS lombarde.

Allegato B

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DEL PIANO DI ATTIVITA' REGIONALE LOMBARDO
PER IL CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO

INTRODUZIONE

Il presente Programma Operativo Regionale declina i contenuti del "Piano di Attività Regionale Lombardo per il Contrasto al Gioco d'Azzardo", di cui al Decreto del Ministero della Salute 6 ottobre 2016, trasmesso al Ministero con nota Protocollo G1.2017.0006018 del 14/02/2017, approvato dal Ministero della Salute con la nota Prot 0013289 DGPRE in DOCSPA/PEC del 4 maggio 2018, a seguito della rimodulazione da parte di Regione Lombardia conseguente alle osservazioni dell'Osservatorio per il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave nella riunione del 6 dicembre 2017.

Il presente Programma Operativo si inserisce coerentemente nel quadro della governance regionale declinata dalla l.r. 8/2013 in relazione al coinvolgimento di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti e delle rispettive conoscenze e competenze, al fine di garantire la continuità al significativo processo di sinergia e confronto definito ed avviato con tale norma regionale e dagli altri atti di programmazione regionale che hanno visto, con particolare riferimento al sistema di intervento preventivo e della presa in carico nel campo delle dipendenze lo strumento della rete quale elemento chiave per lo sviluppo di azioni integrate e intersettoriali utili al perseguimento di obiettivi complessi di salute pubblica.

In tal senso il Programma contribuisce a sostenere la continuità dell'azione regionale in riferimento alla l.r. 8/2013, che sarà garantita da specifici percorsi di confronto interdirezionale tra la DG Welfare e la DG Politiche sociali, abitative e disabilità finalizzati alla valorizzazione delle azioni dimostratesi di maggiore efficacia ed impatto.

Lo sviluppo attuativo del Programma Operativo sarà oggetto di periodica informazione da parte di DG Welfare al "Gruppo di lavoro interdirezionale per l'attuazione della disciplina regionale sulla prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (gap), ai sensi della l.r. 21 ottobre 2013, n.8."

Il "Piano di Attività Regionale Lombardo per il Contrasto al Gioco d'Azzardo" individua i seguenti tre Obiettivi Generali:

1. Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target
2. Potenziare l'attività di prevenzione e contrasto del GAP nei setting Scuola, Luoghi di Lavoro, Comunità locali
3. Potenziare le opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d'Azzardo in linea con l'assetto organizzativo previsto dalla L.R. 23/15 e in ottemperanza ai LEA 2017, anche attraverso sperimentazioni di residenzialità.

In relazione a ciascuno degli Obiettivi Generali il presente Programma Operativo:

- definisce obiettivi specifici e azioni di livello regionale e locale
- fornisce indirizzi alle ATS per la predisposizione dei Piani Locali di Intervento
- declina l'allocazione delle risorse finanziarie disponibili

In linea con i principi di accountability che ispirano l'azione regionale, il monitoraggio di quanto realizzato sarà effettuato attraverso specifici indicatori, in armonia con quelli del Piano regionale della Prevenzione.

PREMESSA

L'attuazione di quanto previsto dal "Piano di Attività Regionale Lombardo per il Contrasto al Gioco d'Azzardo" prevede:

- la realizzazione di programmi e azioni a livello regionale
- la realizzazione di programmi e azioni a livello territoriale conseguenti alla predisposizione e attuazione da parte delle ATS di specifici Piani Locali relativi ai territori di competenza, anche in ottemperanza a quanto previsto dai LEA 2017 in merito alla Diagnosi, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d'Azzardo

L'insieme delle attività del PROGRAMMA OPERATIVO GAP integra e potenzia il grande patrimonio di energie organizzative, tecniche, professionali e finanziarie già messe in campo da Regione Lombardia, puntando alla attivazione del più ampio coinvolgimento delle diverse tipologie di Attori coinvolti nelle azioni (SSR, Enti locali, Soggetti del Terzo settore, Impresa, Scuola, ecc.) e la partecipazione della popolazione nella logica dell'empowerment delle persone e delle comunità.

La Regione mediante le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, garantisce la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili.

INDIRIZZI METODOLOGICI ED OPERATIVI

In coerenza con la Legge Regionale n. 8/2013, risulta particolarmente rilevante la partecipazione dei diversi soggetti istituzionali e non, coinvolti nella sensibilizzazione, informazione e prevenzione del gioco d'azzardo patologico (GAP) alle diverse fasi (coordinamento e attuazione) del Piano Operativo Locale. Per una efficace azione di prevenzione e contrasto le azioni previste devono coinvolgere concretamente gli Amministratori Locali, così da rinforzare i processi in atto e ottimizzare in un'ottica sistemica l'utilizzo delle risorse in campo.

Tutte le azioni locali previste dal presente Programma Operativo Regionale devono trovare coerenza in termini metodologici ed operativi ai seguenti indirizzi normativi:

- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"
- Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 (DCR XI/67 del 17.07.18)
- Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per gli anni 2017 e 2018 (DGR n.5954/2016 e n.7600/2017)
- Linee di indirizzo regionali per la predisposizione dei Piani Locali per la promozione della salute (Circolare 21/San/2008, note DG Welfare G1.2016.0004073 del 02/02/2016, G1.2017.0004811 del 09/02/2017, G1.2018.0003181 del 01/02/2018)
- Piano Azione Regionale Dipendenze (DGR n.4225/2012)
- Indicazioni operative per l'attuazione delle azioni sulla prevenzione dei comportamenti di abuso nell'ambito della Rete Regionale e Reti Locali Prevenzione (DGR n.1999/2011)
- Linee Guida prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale (DGR n.10158/2009)
- Linee Guida prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione generale (DGR n.6219/2007)

OBIETTIVI E AZIONI

AZIONI REGIONALI

Obiettivo Generale 1

Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target.

In relazione a questo Obiettivo, Regione attiverà azioni coerenti agli obiettivi specifici declinati nel "Piano di Attività Regionale Lombardo per il Contrasto al Gioco d'Azzardo". Tali azioni contribuiranno a dare continuità allo sviluppo integrato delle attività di prevenzione e contrasto al GAP, intraprese nella attuazione della l.r. 8/2013, valorizzando le evidenze di efficacia ed impatto.

AZIONI LOCALI

In relazione agli Obiettivi Generali 2 e 3 e relativi obiettivi specifici declinati nel "Piano di Attività Regionale Lombardo per il Contrasto al Gioco d'Azzardo" le ATS predispongono il Piano Locale GAP.

Ciascuna ATS predispone il proprio Piano Locale GAP, declinandolo sulla base dell'analisi di contesto, attivando collaborazioni e sinergie con le ASST, il Privato Accreditato, le Associazioni presenti sul territorio aventi finalità di prevenzione e contrasto al GAP che abbiano già concorso all'attuazione delle misure e dei programmi di contrasto al GAP promossi da Regione Lombardia, garantendo altresì l'integrazione delle attività con quelle sociali di competenza delle autonomie locali e sviluppando alleanze con tutti i soggetti locali che a vario titolo possono concorrere al raggiungimento di azioni di prevenzione e contrasto del GAP.
Il Piano Locale GAP si colloca all'interno della cornice programmatoria e metodologica del Piano Integrato Locale Promozione della salute – PIL che le ATS predispongono annualmente in coerenza con gli indirizzi regionali.
Le ASST, il Privato Accreditato, le Associazioni presenti sul territorio aventi finalità di prevenzione e contrasto al GAP, concorrono in particolare a potenziare le opportunità di Diagnosi precoce, Cura e Riabilitazione a livello territoriale in linea con l'assetto organizzativo previsto dalla l.r. 23/2015 e dai LEA 2017, garantendo la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio e/o la realizzazione di moduli sperimentali residenziali.

Obiettivo Generale 2

Potenziare l'attività di prevenzione e contrasto GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali

In riferimento a questo obiettivo il Piano Locale GAP declinerà, in coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione, gli interventi nell'ambito dei programmi regionali nei diversi setting di riferimento (in particolare "Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia", "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", "Life Skill Training Lombardia", "Unplugged," "Competenze genitoriali nel Percorso Nascita", "Comunità locali".).
Oltre a questi – che dovranno comunque avere rilievo prioritario – una quota di risorse (max 3%), potrà essere destinata a ulteriori linee di attività, riconducibili alle seguenti "categorie":

- Interventi di prevenzione specifici: interventi complessi, comprendenti diverse azioni (es. incontri rivolti a singoli o piccoli gruppi) che si sviluppano in un arco di tempo, non inferiore al bimestre, condotti da figure professionali sociosanitarie e/o sociali e/o educative.
- Interventi di sensibilizzazione rivolti alla generalità della popolazione: attività, iniziative uniche o articolate, incontri rivolti a gruppi, condotti da figure professionali sociosanitarie e/o sociali, e/o esperti del fenomeno e delle sue implicazioni a livello giuridico, economico, sociale ecc.

Obiettivo specifico 2.1
Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting Luoghi di lavoro

Azioni

2.1.1 Integrare la tematica "prevenzione GAP" all'interno delle linee di attività del Programma "Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia"
2.1.2 Incrementare del 15% il numero di "Luoghi di Lavoro" coinvolti nel Programma
2.1.3 Incrementare del 15% il numero dei destinatari finali del Programma
2.1.4 Documentare gli elementi equity oriented a sostegno delle scelte

Obiettivo specifico 2.2
Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting scolastico

Azioni
2.2.1 Integrare la tematica "prevenzione GAP" all'interno delle linee di attività del Programma "Scuole che Promuovono salute – Rete SPS-SHE Lombardia"
2.2.2 Incrementare del 25% il numero di Scuole coinvolte nel Programma
2.2.3 Incrementare del 25% il numero dei destinatari finali dei programmi regionali di potenziamento delle Life Skills
2.2.4 Documentare gli elementi equity oriented a sostegno delle scelte

Obiettivo specifico 2.3
Aumentare la copertura territoriale delle iniziative attivate dagli Enti Locali in partnership con Terzo Settore, Scuole, SSR -Enti Accreditati

Azioni
2.3.1 Integrare la tematica "prevenzione GAP" all'interno delle iniziative realizzate in sinergia/co-progettazione/partnership con EELL
2.3.2 Incrementare del 25% il numero di Comuni attivati sulla tematica
2.3.3 Incrementare del 25% il numero dei destinatari finali
2.3.4 Documentare gli elementi equity oriented a sostegno delle scelte

Obiettivo specifico 2.4
Promuovere la capacity building di decisori/reti locali dei diversi setting e la diffusione di Buone Pratiche

Azioni
2.4.1 Realizzare iniziative finalizzate alla conoscenza, condivisione e diffusione di azioni validate da evidenze e/o raccomandati quali Buone Pratiche.
2.4.2 Attivazione di uno strumento regionale di rilevazione delle azioni realizzate dalle ATS nell'ambito dell'Obiettivo Generale per la conoscenza e diffusione di buone pratiche *(azione di coordinamento a carattere regionale)*
2.4.3 Produzione di reportistica regionale quali-quantitativa *(azione di coordinamento a carattere regionale)*

I dati quali-quantitativi di riferimento da considerare per la definizione dei volumi attesi, sono quelli afferenti i flussi informativi regionali PROSA, WHP e SURVEY STILI DI VITA 2017

Obiettivo Generale 3
Potenziare le opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d'Azzardo in linea con l'assetto organizzativo previsto dalla L.R. 23/15 in ottemperanza ai LEA 2017, anche attraverso sperimentazioni di residenzialità.

Nel Piano Locale di Intervento ogni ATS dovrà declinare programmi e azioni che abbiano quale obiettivo principale il potenziamento delle opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d'Azzardo in linea con l'assetto organizzativo previsto dalla L.R. 23/15 e con l'aggiornamento dei LEA 2017, anche attraverso eventuali sperimentazioni di residenzialità .
Presupposto fondamentale degli interventi di diagnosi, cura e riabilitazione è che il GAP venga riconosciuto dalla popolazione generale e dagli stessi operatori sociosanitari come una patologia.
In analogia a quanto riportato in letteratura per le altre dipendenze, diversi studi scientifici hanno dimostrato come diagnosi precoce e interventi tempestivi aumentino in modo statisticamente significativo la percentuale di guarigioni e, in ogni caso, migliorino notevolmente il decorso della malattia, diminuendone i costi a livello personale, familiare, sociale ed economico. Queste conoscenze, infatti, non sono ancora sufficientemente diffuse e l'atteggiamento generale verso il Gioco d'Azzardo necessita un profondo mutamento culturale che può essere facilitato dall'applicazione della L. 23/15 e dalla stretta connessione che si sta creando tra Ospedali e Servizi di Cura per le Dipendenze sia territoriali che penitenziari.

L' Obiettivo Generale 3 si declina in 4 Obiettivi Specifici, di seguito dettagliati:

Obiettivo specifico 3.1
Rafforzamento del collegamento tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale delle ASST al fine di diffondere la consapevolezza del Disturbo da Gioco d'Azzardo come patologia curabile e di facilitare l'accesso all'offerta dei Servizi presenti sul territorio

Azione:
Attivazione di punti di ascolto, informazione e diagnosi all'interno di sedi ospedaliere, supportati da personale sociale e sanitario per:

1. Diffondere la cultura del GAP come patologia prevenibile, curabile e guaribile nei Servizi di cura territoriali, secondo le indicazioni OMS
2. Informare il personale ospedaliero rispetto alle possibilità di cura e ai servizi esistenti
3. Illustrare a pazienti e loro famigliari le modalità e possibilità di cura e i servizi esistenti
4. Attuare una Diagnosi Precoce di situazioni a rischio di GAP
5. Implementare la connessione tra Ospedale e territorio
6. Aumentare il numero di pazienti e loro famigliari accompagnati ai Servizi di cura territoriali
7. Formare il personale ospedaliero sulla presa in cura precoce e sulle modalità di sinergia con il territorio.

<u>Interventi ammissibili</u>

- Attività informative rivolte a pazienti e familiari su trattamenti e luoghi di cura esistenti
- Attività informative rivolte al personale ospedaliero sulle caratteristiche del GAP, sui trattamenti e luoghi di cura esistenti
- Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro famigliari, in particolare di Diagnosi Precoce del GAP
- Attività di raccordo con i reparti ospedalieri per segnalazione / invio di pazienti
- Attività di formazione del personale ospedaliero su Diagnosi Precoce e invio ai servizi del territorio
- Monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto

Obiettivo specifico 3.2
Implementare percorsi di cura per il Disturbo da Gioco d'Azzardo

Azione:

1. Potenziamento delle risorse umane impegnate nella diagnosi e definizione del bisogno
2. Modalità di accoglienza, diagnosi e presa in carico rapida e comunque nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa regionale
3. Implementazione di percorsi di cura che prevedano programmi di residenzialità brevi in stretta connessione con programma territoriale
4. Implementazione di percorsi di cura che prevedano programmi di residenzialità
5. Implementazione di programmi di cura che prevedano programmi di semiresidenzialità
6. Aumento degli interventi di gruppo, sia informativi che terapeutici per pazienti e famigliari
7. Formazione del personale sul trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo anche attraverso l'utilizzo delle tecniche di gruppo
8. Monitoraggio delle azioni messe in atto

Interventi ammissibili

- Reperimento di personale socio sanitario dedicato al GAP per i servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali del territorio
- Attività informative rivolte a pazienti e familiari su GAP e modalità di cura
- Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro famigliari, in particolare per una diagnosi precoce del GAP e per possibili codiagnosi con altre forme di dipendenza
- Attività di cura residenziale e semiresidenziale per i pazienti e presa in carico dei familiari ove necessario
- Attività di raccordo e collaborazione con i reparti ospedalieri e servizi socio sanitari e di volontariato del territorio
- Attività di formazione del personale dei servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali su diagnosi precoce e valutazione multidimensionale
- Attività di formazione specifica del personale dei servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali sulle tecniche di trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo anche attraverso l'implementazione di gruppi per il trattamento e la prevenzione delle ricadute nei pazienti GAP
- Monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto

Obiettivo Specifico 3.3

Implementare nella rete dei Servizi Territoriali (SerT e SMI) percorsi di cura per il Disturbo da Gioco d'Azzardo cercando di ampliare il numero di soggetti in carico, ottimizzando gli interventi attraverso:

1. Potenziamento delle risorse umane impegnate nei Servizi territoriali (SerT e SMI) dedicati alla presa in carico di soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo
2. Modalità di accoglienza, diagnosi e presa in carico rapida e comunque nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa regionale
3. Aumento degli interventi di gruppo, sia informativi che terapeutici per pazienti e famigliari
4. Formazione del personale sull'utilizzo delle tecniche di gruppo anche per la riduzione delle ricadute
5. Implementazione di particolari attività per pazienti affetti sia da Disturbo da Gioco d'Azzardo che da Disturbo da Uso di Sostanze
6. Monitoraggio delle azioni messe in atto

Interventi ammissibili

- Reperimento di personale socio sanitario dedicato al GAP per i servizi ambulatoriali del territorio
- Attività informative rivolte a pazienti e familiari su GAP e modalità di cura
- Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro famigliari, in particolare per una diagnosi precoce del GAP e per possibili codiagnosi con altre dipendenze
- Attività di cura per i pazienti e presa in carico dei familiari ove necessario

- Attività di raccordo e collaborazione con i reparti ospedalieri e servizi socio sanitari e di volontariato del territorio
- Attività di formazione del personale dei servizi ambulatoriali su diagnosi precoce e valutazione multidimensionale
- Attività di formazione specifica sull'utilizzo delle tecniche di gruppo per il trattamento e la prevenzione delle ricadute nei pazienti GAP
- Monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto

Obiettivo Specifico 3.4
Avviare da parte delle ASST attività di diagnosi e cura del GAP negli Istituti Penitenziari, in particolare per i pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze per:

1. Aumentare le attività di diagnosi all'interno degli Istituti Penitenziari, nello specifico per i soggetti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze e GAP
2. Aumentare le attività di diagnosi all'interno degli istituti Penitenziari, nello specifico per i soggetti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo
3. Aumentare il numero di soggetti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze e GAP presi in carico all'interno degli Istituti Penitenziari
4. Formare il personale socio sanitario relativamente alla diagnosi e alla cura del GAP nel particolare contesto carcerario.

Interventi ammissibili
- Attività di valutazione clinica multidimensionale per la diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo e polidipendenza in ambito penitenziario.
- Attività di presa in carico e trattamento per Disturbo da Gioco d'Azzardo
- Attività informative rivolte a pazienti su GAP e percorso di cura
- Attività di raccordo e collaborazione con i servizi del territorio
- Attività di formazione del personale socio sanitario relativamente alla diagnosi e alla cura del Disturbo da Gioco d'Azzardo nel particolare contesto carcerario.
- Monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto

Dal punto di vista dei dati quali-quantitativi di riferimento da considerare per la definizione dei volumi di attività, per quanto riguarda i programmi di diagnosi e cura, essi dovranno concretizzarsi in percorsi trattamentali più definiti e in un incremento quantitativo della casistica trattata rispetto a quanto registrato al 31.12.17).

VALUTAZIONE

Indicatori di processo e di impatto

Il PL GAP, coerentemente con il modello organizzativo previsto dai provvedimenti attuativi della l.r. 23/15 nonché con gli indirizzi regionali in tema di promozione della salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali, diagnosi precoce, cura e riabilitazione, esplicitano:

- i processi locali messi in atto a garanzia dell'equità nell'individuazione dei contesti specifici cui rivolgere gli interventi (equity audit, gruppi di lavoro, fonti dati locali ecc.),
- le forme di Coordinamento multilivello degli interventi e della programmazione intersettoriale previsti a livello locale;
- la quantificazione dei volumi di attività previsti a valere sulle risorse finanziarie assegnate, che concretizzano la prospettata estensione dell'impatto degli interventi di prevenzione, di diagnosi precoce, cura e riabilitazione, rispetto a quanto già realizzato alla data del 30.06.17;
- le modalità individuate per la realizzazione di programmi di diagnosi precoce, cura e riabilitazione delle forme di GAP, anche tenendo conto della specifica realtà territoriale e del fatto che il GAP è stato recentemente inserito nei LEA
- le modalità previste per il Coinvolgimento attivo dei cittadini e delle diverse categorie di stakeholders presenti a livello territoriale nelle fasi di programmazione e attuazione del PL GAP stesso;
- le modalità individuate per la realizzazione di programmi e interventi finalizzati allo sviluppo delle competenze in tema di contrasto al GAP degli amministratori locali del territorio di riferimento e delle diverse categorie di professionisti attivi nella rete dei servizi di prevenzione, diagnosi precoce e presa in tema di GAP;

Monitoraggio

Il monitoraggio di quanto realizzato a livello territoriale sarà effettuato coerentemente con le indicazioni, le tempistiche e gli strumenti individuati da DG Welfare.
In particolare, sotto il profilo dell'equity nelle scelte programmatorie e operative, le ATS dovranno dare evidenza delle modalità di applicazione locale degli indicatori definiti da DG Welfare, eventualmente specificati e integrati in relazione alle caratteristiche peculiari del territorio, a garanzia di efficienza, attivazione intersettoriale e sostenibilità organizzativa di quanto realizzati.

Allegato D

RIPARTO DEI FONDI
(di cui al Decreto Dirigenziale del 28/06/2017della DG Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute)

Per l'attuazione di quanto previsto dal Programma Operativo Regionale il riparto dei fondi di cui al *"Programma di Attività per il Contrasto al Gioco d'Azzardo (Allegato A)"* è il seguente:

RIPARTO FONDI GAP PRIMA ANNUALITA' (Decreto MS 6.10.2016)

ATS PIANO LOCALE GAP -					
ATS	POPOLAZIONE RESIDENTE	% SUL TOT LOMBARDIA	QUOTA TOTALE	QUOTA **Obiettivo Generale 2**	QUOTA **Obiettivo Generale 3**
BERGAMO	1.108.298	11,07%	**€ 814.727**	€ 440.746	€ 373.942
BRESCIA	1.163.407	11,62%	**€ 855.239**	€ 462.662	€ 392.536
BRIANZA	1.205.330	12,04%	**€ 886.057**	€ 479.334	€ 406.681
CITTA' METROPOLITANA MILANO	3.437.922	34,35%	**€ 2.627.270***	€ 1.467.188	€ 1.159.963
INSUBRIA	1.434.852	14,34%	**€ 1.054.782**	€ 570.610	€ 484.123
MONTAGNA	337.302	3,37%	**€ 247.956**	€ 134.138	€ 113.807
PAVIA	547.926	5,47%	**€ 402.789**	€ 217.898	€ 184.872
VAL PADANA	773.312	7,73%	**€ 568.473**	€ 307.530	€ 260.917
TOTALE	10.008.349	100,00%	**€ 7.457.293**	€ 4.080.105	€ 3.376.841

**La quota assegnata alla ATS Milano Città Metropolitana comprende le attività di supporto tecnico – operativo in relazione alle azioni di carattere regionale di cui agli Obiettivi Generali 1 e 2*

PIANO LOCALE GAP ATS (**Obiettivi Generali 2 e 3)**	AZIONI REGIONALI (**Obiettivo Generale 1**)	TOTALE	FONDO GAP prima annualità (Decreto MS 6.10.2016)	Costi personale dipendente ATS/ASST	TOTALE
7.457.293	984.810	**8.442.103**	8.222.103	220.000	**8.442.103**