

ALLEGATO “A”

PROGRAMMAZIONE PER IL FONDO GAP 2021 IN CONTINUITA’ E AD IMPLEMENTAZIONE DELLE AZIONI GIÀ POSTE IN ESSERE NEI PIANI RELATIVI AL BIENNIO 2016-2017 E ALLE PROGRAMMAZIONI DEL BIENNIO 2018-2019 Regione Lombardia

PREMESSA

Regione Lombardia ha rivolto specifica attenzione al Gioco d’Azzardo Patologico fin dall’inizio del suo manifestarsi in forme che hanno riguardato ampie fasce della popolazione, anche a causa dell’importante aumento dell’offerta e delle possibilità di gioco.

Con la LR n. 8 del 21 ottobre 2013 **“Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d’azzardo patologico”** si è provveduto a dettare disposizioni finalizzate alla prevenzione e al contrasto di forme di dipendenza dal gioco d’azzardo, nonché al trattamento e al recupero delle persone che ne sono affette e al supporto alle loro famiglie. Si sono stabilite inoltre misure volte a contenere l’impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco d’azzardo lecito sulla sicurezza urbana, sulla viabilità, sull’inquinamento acustico e sul governo del territorio attraverso l’avvio, in una logica di sistema, di programmi e azioni che hanno coinvolto le diverse competenze regionali.

In attuazione alla Legge sono seguiti una serie di provvedimenti specifici : con DGR n. 856 del 25 ottobre 2013 **“Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo”** Regione ha definito - tra le altre “ misure” - quella relativa alla **“Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d’azzardo patologico”** nell’Azione 1” Sensibilizzazione ed informazione della popolazione “ e nell’ Azione 2 **“Accoglienza presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d’azzardo patologico”**.

A seguito dell’inserimento della patologia nei LEA 2017 (DPCM 12 gennaio 2017) e dei finanziamenti nazionali stanziati (Decreto Ministero della Salute del 6 ottobre 2016), la programmazione regionale ha potuto ampliarsi e comprendere numerose azioni sia in ambito preventivo che relativamente alla diagnosi precoce/cura e riabilitazione delle persone con Disturbo da Gioco d’Azzardo.

Con DGR n.585 del 1° ottobre 2018 è stato approvato il **“Programma regionale per il contrasto al Gioco d’Azzardo Patologico”** e il conseguente **“Programma Operativo Regionale”** al fine di dare alle Agenzie di Tutela Salute (ATS) delle indicazioni finalizzate alla stesura dei **Piani Locali GAP** (relativi al biennio 2016-2017), prevedendo altresì la ripartizione dei fondi assegnati dal Ministero della Salute.

Con successiva nota, Regione ha trasmesso al Ministero della Salute la **“Programmazione attività biennio 2018-2019 per il contrasto al Disturbo da Gioco d’Azzardo”** in continuità con il Piano per il biennio 2016-2017, confermandone azioni e obiettivi (Prot. G1.2019.0012028 del 20/03/2019).

Le otto ATS, grazie ai finanziamenti ministeriali, hanno realizzato i relativi **Piani Locali GAP** in collaborazione con le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), gli Erogatori Privati Accreditati, i Comuni singoli e associati, le Istituzioni Scolastiche di ogni ordine e grado, il mondo

del lavoro, il Terzo Settore e altri soggetti rappresentativi del territorio.

Le risorse sono state così distribuite:

- I annualità € 8.441.409 (Fondo 2016) con avvio attività 1/1/2019 (Decreto del Ministero della Salute del 6 ottobre 2016, risorse assegnate da parte di Regione attraverso DGR XI/585 del 01/10/2021 e Decreto 18069 del 04/12/2018)
- II annualità € 7.420.006,21 (Fondo 2017) con avvio attività 1/1/2020 (Decreto del Ministero della Salute del 7 dicembre 2017; risorse assegnate da parte di Regione attraverso DGR XI/3376 del 14/07/2020 e Decreto 9794 del 13/08/2020; obiettivo 1 DGR 2597/2019 – DCR 915/2020)
- III annualità € 8.262.584,38 (Fondo 2018) con avvio attività 1/1/2021 (Decreto del Ministero della Salute del 26 ottobre 2018; risorse assegnate da parte di Regione attraverso DGR XI/4674 del 10/05/2021 e Decreto n.8466 del 21/06/2021)
- IV annualità € 8.262.584,38 (Fondo 2019) con avvio attività 1/1/2022 (Decreto del Ministero della Salute del 26 ottobre 2018; risorse da assegnare da parte di Regione attraverso atti in via di approvazione).

Il Programma regionale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico si è articolato in relazione a **tre Macro-Obiettivi**, di cui due nell'area della Prevenzione ed uno nell'area della Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione così declinati:

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

La presente **Programmazione** è relativa all'**annualità 2021** in ottemperanza alle indicazioni del Ministero della Salute che, con nota della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (Prot. n. 0010416-P-08/02/2022 DGPRE - MDS), ha trasmesso lo Schema di Decreto del Ministero della Salute del 23/12/2021 (Prot. n. 0059065-23/12/2021 DGPRE-MDS) di riparto del Fondo di cui all'art. 1 comma 946 della L. 208/2015, al fine di garantire la prosecuzione della erogazione delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da disturbo da gioco d'azzardo. Nello specifico l'art. 2 del suddetto decreto prevede che la programmazione delle attività debba indicare gli **obiettivi perseguiti con relativi indicatori per il monitoraggio delle azioni in continuità e ad implementazione delle azioni già attuate nei Piani relativi al biennio 2016-2017 ed alle programmazioni del biennio 2018-2019.**

Nella formulazione della seguente programmazione si è tenuto necessariamente conto dell'impatto e degli apprendimenti conseguenti ai due anni di **emergenza pandemica**, che hanno sensibilmente condizionato in Lombardia – con ricadute differenziate nelle diverse fasi - l'operatività del SSR e di tutti gli Attori e Stakeholder coinvolti nel Programma regionale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico e negli otto Piani Locali coordinati dalle Agenzie di Tutela della Salute.

L'analisi dei documenti di monitoraggio relativi alle attività realizzate ha evidenziato, infatti, come in generale le azioni previste nei diversi setting e declinate a livello locale abbiano dovuto essere riformulate tenendo conto dell'emergenza in corso. In particolare si è rilevato:

- Sviluppo e diffusione di strumenti ad hoc condivisibili ed utilizzabili da remoto per la promozione dei programmi preventivi;

- Sospensione o riadattamento delle iniziative di carattere pubblico previste nei diversi contesti locali e delle azioni che comportavano il coinvolgimento di alcune categorie di destinatari in prima linea nelle operazioni locali connesse al contenimento dell'epidemia (ad esempio: formazioni rivolte alla polizia locale, ecc.);
- Riformulazione e rimodulazione delle modalità di coinvolgimento dei destinatari intermedi e finali, effettuate mediante incontri online e da remoto;
- Realizzazione ed implementazione di processi di monitoraggio ed accompagnamento aggiuntivi al fine di sostenere l'avvio e l'adattamento delle azioni previste e dei programmi regionali.

Queste rimodulazioni, grazie alla grande flessibilità e capacità di adattamento alla difficile situazione, hanno permesso di garantire l'implementazione di quanto a suo tempo programmato, evidenziando:

- **nuovi bisogni** in conseguenza della forte accelerazione in tutte le fasce di popolazione di accesso al web, piazza virtuale in cui l'offerta di gioco può raggiungere, spesso "senza filtri", i minori e più in generale i soggetti più vulnerabili a seguito dell'impatto della crisi economica che favorisce il gioco d'azzardo nelle fasce più deboli della popolazione;
- l'opportunità di capitalizzare le **strategie messe in campo** nell'affrontare le diverse fasi dell'emergenza sanitaria valorizzando l'approccio "ambientale" nella prevenzione, con il rafforzamento dell'intersectorialità a livello comunitario.

Accanto a questo, le **ricerche recenti** (ISS 2021) hanno evidenziato come, a seguito di una notevole diminuzione nel gioco d'azzardo, "sia sul territorio che online, durante il lockdown grazie alle restrizioni per la pandemia Covid 19 (...), si sia osservato un picco appena dopo l'allentamento delle norme, soprattutto del gioco on line. È inoltre aumentato di quasi un'ora il tempo trascorso a giocare e una piccola percentuale ha addirittura iniziato a giocare d'azzardo proprio durante il lockdown". Si è rilevato altresì che "...il 19,7% di coloro che già giocavano ha incrementato l'attività totale di gioco e questo è accaduto più frequentemente ai giovani, ai fumatori, ai consumatori di cannabis e a coloro che avevano un consumo rischioso di alcolici".

Si tratta di elementi conoscitivi assai importanti sia dal punto di vista preventivo sia da quello dell'aggancio precoce da parte dei Servizi specialistici, perché potenzialmente anticipatori di una maggior incidenza del gioco problematico nella popolazione, e del probabile aumento di casi di dipendenza patologica.

FINALITÀ E MACRO-OBIETTIVI

Finalità della presente proposta di Programmazione per il Fondo 2021 è rafforzare, in continuità con quanto realizzato in questi anni, 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".

Accanto ai 3 Macro Obiettivi già individuati, ne è stato inserito un quarto, il **Macro Obiettivo 0**, finalizzato a supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico con un ruolo di regia in capo agli Enti Locali in forma singola e/o associata (Ambiti Sociali). Ciò permetterà di portare a unità programmatica, e di coordinare meglio – nella cornice teorica e metodologica della cosiddetta "prevenzione ambientale" - le azioni preventive, di aggancio e di

presa in carico in capo al SSR, con quelle di contrasto e preventive sul versante educativo e culturale, proprie del campo sociale, stabilizzando gli esiti delle azioni di sistema promosse da Regione Lombardia nel triennio 2018-2021 (DGR 1114/17 e 2609/18) per la sperimentazione di un modello organizzativo e di governance innovativo, efficace e sostenibile, capace di:

- 1) dare continuità ed estendere a livello di ambito sociale, i progetti degli enti locali per il contrasto,
- 2) rafforzare i percorsi di orientamento e sostegno alle persone e alle famiglie,
- 3) valorizzare e diffondere buone prassi,
- 4) individuare strumenti e dispositivi per ampliare progressivamente l'azione di contrasto e prevenzione all'intero territorio (Comune vs Ambito vs Distretto vs Provincia vs Regione).

La Programmazione 2021 si articola, dunque, su **4 Macro Obiettivi di ordine generale**, di cui 3 relativi all'area della Prevenzione ed uno relativo all'area della Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione.

Ognuno dei quattro macro obiettivi si articola poi in **sotto-obiettivi specifici** che permettono d'indirizzare l'azione a target e ambiti definiti in modo da ottimizzare le strategie applicate, le risorse utilizzate e la misurazione dei risultati raggiunti

I 4 macro-obiettivi sono così sintetizzabili, mentre i sotto-obiettivi saranno meglio descritti nel proseguo del Piano:

- 0. Supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore (Prevenzione Ambientale).**
- 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 (DGA).**

STRATEGIA

Come indicato in premessa, la Programmazione per il Fondo 2021 si caratterizza quale documento di sistema che – sulla base della valutazione di quanto effettuato in questi anni - individua i macro obiettivi strategici a cui dovranno attenersi le azioni regionali e i Piani Locali.

Tali Piani - attraverso il coinvolgimento sinergico di tutti i soggetti che a vario titolo sono coinvolti nel processo e secondo la governance regionale, sulla base anche di quanto definito dalla l.r.8/2013 - saranno sviluppati secondo le indicazioni della presente Programmazione per il Fondo 2021 e dell'allegato Programma Operativo.

Dato atto che **le attività dell'ambito preventivo e di contrasto del fenomeno** andranno a integrare e potenziare il grande patrimonio di energie organizzative, tecniche, professionali e finanziarie già messe in campo da Regione Lombardia, il presente Piano – nell'ottica dell'empowerment di comunità - è finalizzato al mantenimento e all'implementazione del più ampio coinvolgimento delle diverse tipologie di Attori coinvolti nelle azioni dedicate in un'ottica di sinergia operativa (SSR, Enti locali, Soggetti del Terzo settore, Scuola, Organizzazioni di Tutela dei Consumatori, ecc.).

Per quanto riguarda invece **l'ambito della diagnosi e cura**, particolare attenzione sarà posta a facilitare la presa in carico dei soggetti che vivono la problematicità della dipendenza da gioco d'azzardo senza la consapevolezza che si tratti di una reale patologia per la quale esistono Servizi specialistici pubblici e privati accreditati a cui rivolgersi in modo gratuito e anonimo.

Le parole chiave di questa strategia sono e saranno: aggancio e diagnosi precoce, realizzazione d'interventi di cura evidence based, anche sperimentali e personalizzati sulle caratteristiche del singolo paziente, lotta allo stigma che identifica la dipendenza come una malattia non curabile allungando i tempi di latenza tra insorgenza dei primi sintomi e l'arrivo ai servizi di cura.

La metodologia di riferimento della programmazione farà riferimento alla logica dell'integrazione di rete tra le azioni dei diversi attori e alla stretta e indispensabile connessione con l'ambito preventivo.

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:

Obiettivi 0,1,2

- Popolazione generale (selezionando segmenti specifici: ad es. lavoratori, genitori, over 65 anni)
- Popolazione specifica (gruppi fragili, detenuti, utenza servizi, ecc.)
- Famiglie
- Popolazione scolastica (dirigenti, docenti, studenti e loro famiglie)
- Mondo del lavoro (datori di lavoro, sindacati, lavoratori)

Questi target saranno raggiunti rafforzando le strategie e i programmi regionali di ingaggio e coinvolgimento di interlocutori strategici e di sistema quali operatori SSR (Servizi, PLS, MMG, Infermieri di famiglia e di comunità, Psicologi di comunità ecc.), Amministratori Locali, Policy maker, Datori di lavoro, Sindacati, Prefetture, Polizie locali, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Terzo Settore, Enti Accreditati, Gestori/Esercenti, Organizzazioni di Tutela dei Consumatori, Cartelli/Alleanze per il contrasto del fenomeno, Ordini professionali ecc. (target secondario).

Obiettivo 3

- Giocatori problematici /patologici agganciati negli sportelli di ascolto dei servizi ospedalieri per motivarli a percorsi di diagnosi e cura
- Giocatori problematici in carico alla rete dei servizi dell'area dipendenze
- Giocatori problematici detenuti negli istituti penitenziari che fra i comportamenti di abuso/dipendenza manifestano anche il disturbo da gioco d'azzardo
- Familiari di giocatori problematici o patologici per attività di consulenza/informazione sia per quanto riguarda gli sportelli d'ascolto che i servizi ambulatoriali pubblici e privati

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.

Per l'**ambito preventivo** le principali azioni risultano:

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
Strumenti e azioni per il monitoraggio quali-quantitativo di quanto realizzato (in sinergia con Profili di salute)	X	
Produzione di materiale didattico e contenuti formativi per le attività nel setting scolastico e luoghi di lavoro anche innovativi (ad es. Patentino digitale)	X	
Realizzazione di survey regionali sui dati di contesto regionale sia in relazione ai trend che alla valutazione di impatto delle attività (in sinergia con Profili di salute)	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, Ministero Istruzione - USR, SSR	X	X
Realizzazione di Piano ricerche regionali/locali per l'elaborazione di dati di contesto e di comportamento nello scenario regionale (in sinergia con Profili di salute)	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 rivolta a specifici target di popolazione	X	X

Per l’ambito relativo alla **diagnosi precoce e cura**, le principali azioni risultano essere:

AZIONI	CARATTERE REGIONALE	CARATTERE LOCALE
Attivazione di sportelli di ascolto e primo aggancio collocati all’interno dei presidi ospedalieri rivolti sia a giocatori che a loro familiari		X
Sperimentazione di modelli di cura residenziali e semiresidenziali dedicati all’utenza target		X
Potenziamento delle risorse di personale e materiale per adeguare gli ambulatori SerD / SMI e i centri di cura alle esigenze dell’utenza target		X
Attivazione di equipe specializzate per lo screening, primo aggancio e cura collocati all’interno degli istituti penitenziari		X
Attivazione e consolidamento delle reti per favorire l’invio dei giocatori problematici intercettati dalle azioni e punti preventivi di primo ascolto e aggancio ai servizi di cura	X	X

La successiva *Tabella 1* illustra i quattro Obiettivi generali di cui i primi tre relativi all’area della Prevenzione e il quarto relativo all’area della Diagnosi precoce, Cura e Riabilitazione, con evidenziati i rispettivi:

- Obiettivi specifici,
- Indicatori di risultato
- Valore regionale annuale atteso

Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Indicatori	Valore regionale atteso
0. Supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore (Prevenzione Ambientale)	0.1 Promuovere la condivisione e/o l'estensione su territori omogenei di dispositivi di intervento integrati fra EELL e SSR e/o Buone pratiche esito dell'attuazione della DGR 2609/19	n. di dispositivi/BP condivisi/estesi	> valore 2020
	0.2 Potenziare l'attività di controllo e vigilanza sull'attuazione della normativa e dei regolamenti da parte della Polizia Locale (in aggiunta ad azioni FFOO).	Attività di controllo realizzate nei Comuni	> valore 2020
	0.3 Promuovere l'ingaggio dei Gestori di punti vendita con offerta di gioco legale anche in collaborazione con Associazioni Tutela Consumatori per l'incremento di Esercizi "No Slot"	n. di iniziative in collaborazione con Gestori/Associazioni Tutela consumatori	Almeno 1 iniziativa per ATS
1. Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target	1.1 Promuovere conoscenze, competenze e consapevolezza 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	Realizzazione di una "campagna" con diffusione di infografiche nell'ambito delle	Diffusione delle infografiche informative in >75% iniziative rivolte alla

	sociali	iniziative rivolte alla popolazione nell'ambito dei Piani Locali GAP delle ATS	popolazione
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 2020
		Incremento n. lavoratoriraggiunti	> valore 2020
	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	> valore 2020
	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 2020
		Numero di iniziative a carattere socioculturale-ludiche alternative al gioco d'azzardo	> valore 2020
	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	Realizzazione di un Repertorio Regionale Buone pratiche
3. Potenziare le opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)	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	Garantire la continuità degli sportelli già attivi; favorire l'apertura di nuovi punti di ascolto e aumentare il numero di soggetti	Attivazione di ulteriori 5 Punti di Ascolto in differenti ATS rispetto al 2020

	curabile e di facilitare l'accesso all'offerta dei Servizi presenti sul territorio	destinatari di percorsi di consulenza	N° soggetti coinvolti => anno 2020
	3.2 Attivazione nella rete dell'offerta di percorsi di cura per il DGA attraverso programmi di residenzialità o semiresidenzialità, in ottemperanza ai LEA 2017, con l'attivazione di strutture o moduli specialistici completamente dedicati al trattamento del DGA che garantiscano un minimo di 5 posti autorizzati o contrattati nel sistema delle dipendenze	<p>Costituzione a livello regionale di un registro dedicato all'anagrafe degli enti coinvolti e all'analisi della saturazione dei posti</p> <p>Individuazione di strutture dedicate con le caratteristiche previste dall'obiettivo specifico</p> <p>Aumento utenza coinvolta</p>	<p>N. 1 Registro regionale</p> <p>N. => 3 strutture dedicate</p> <p>N. => anno 2020</p>
	3.3 Implementare nella rete dei Servizi Territoriali (SerD e SMI) percorsi di cura per il Disturbo da Gioco d'Azzardo ampliando il numero di soggetti in carico, ottimizzando gli interventi	Aumento della presa in carico di pazienti DGA e polidipendenti	N. => valore 2020
	3.4 Consolidare da parte delle ASST-SerD attività di diagnosi e cura negli Istituti Penitenziari, sia per i pazienti affetti da DGA sia per quelli affetti anche da Disturbo da Uso di Sostanze	Screening e presa in carico per trattamenti brevi di soggetti con diagnosi primaria DGA o presenza del comportamento problematico associato al consumo di sostanze psicoattive	N. => valore 2020

La successiva *Tabella 2* illustra il Dettaglio delle Azioni dei quattro Obiettivi generali di cui i primi tre relativi all'area della Prevenzione e il quarto relativo all'area della Diagnosi precoce, Cura e Riabilitazione. Per ogni obiettivo è descritto il Razionale e le Evidenze scientifiche nonché

il Target ed il Setting di riferimento. Segue la declinazione dell’Obiettivo Generale nei relativi Obiettivi specifici, Indicatori, Soggetti attuatori, Fonti di verifica e Valori attesi.

Tabella 2: Dettaglio azioni

Obiettivo generale: 0 - Supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d’azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore (Prevenzione Ambientale)
<p>Razionale: Contrasto e prevenzione della diffusione di DGA, per le caratteristiche quali-quantitative del fenomeno “gioco d’azzardo” nel nostro contesto, richiedo un’azione sistemica, integrata e coerente fra tutti gli attori istituzionali e non in campo. la letteratura individua come prioritario lo sviluppo e il progressivo rafforzamento di approcci di “prevenzione ambientale”, in grado di modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici all’interno dei quali le persone compiono le proprie scelte in relazione ai diversi fattori di rischio. Questa prospettiva tiene in considerazione il fatto che gli individui entrano in contatto con l’offerta di gioco influenzati da un insieme complesso di fattori caratterizzanti l’ambiente circostante, come ad esempio ciò che viene considerato normale, previsto o accettato nelle comunità in cui vivono, le norme o regolamenti applicati a livello nazionale/regionale e/o locale, il clima e l’ambiente di apprendimento, i messaggi pubblicitari diretti o indiretti ai quali sono esposti, la disponibilità di altri consumi (ad es. di alcolici) che possono accompagnare l’esperienza di gioco stesso ecc. Adottare strategie di prevenzione ambientale significa rivolgere l’azione verso la comunità locale, la condivisione e formalizzazione di forme esplicite di regolamentazione, la progressiva sensibilizzazione di tutti gli attori in campo, l’attivazione di comunità attraverso specifici processi partecipati. La comunità è considerata luogo o contesto geografico oltre ad essere una comunità di persone che interagiscono fra loro, ed è per questo cruciale il ruolo dell’Ente locale quale catalizzatore. In questo quadro è fondamentale l’ingaggio e l’alleanza fra SSR e Enti locali, Comuni in primis, nella costruzione di un sistema integrato di interventi e azioni sul territorio attentamente governati perché siano sinergici e coerenti, con un approccio multilivello e intersettoriale. Questa prospettiva è stata approcciata nella nostra Regione ormai da diversi anni attraverso lo sviluppo di sperimentazioni finanziate e accompagnate da specifici provvedimenti (dgr 1114/18 e 2609/19), che hanno permesso di evidenziare efficaci processi innovativi a livello di programmazione e intervento. E’ stato individuato un modello organizzativo finalizzato al superamento della frammentazione esistente e alla valorizzazione e diffusione delle “best practice”. Inoltre, il raccordo necessario e continuo, avviato in questi anni tra istituzioni e rappresentanti del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, ha facilitando il percorso di integrazione tra i vari livelli esistenti, con ricadute positive sulla costruzione della rete e sull’efficacia degli interventi.</p> <p>L’Obiettivo “0” di questa programmazione, punta a valorizzare e a sostenere la messa a sistema sia a livello locale (Ambiti di Zona, Distretti, ATS) sia a livello regionale (riattivazione del Tavolo Interdirezionale ex l.r. 8/13) delle buone pratiche già attive, rafforzandone al contempo la ricaduta a livello territoriale, promuovendo il raccordo interno all’ATS tra Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) e Dipartimento della Programmazione per l’Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle dei Servizi Sociali (PIPSS), con l’obiettivo di coordinare l’integrazione tra le funzioni sociosanitarie e quelle sociali nella cornice di prima attuazione della l.r. 33/09 (organizzazione del SSR) e di implementazione del Piano Regionale Prevenzione 2020-2025.</p>
<p>Evidenze: Le evidenze presenti in letteratura sottolineano l’importanza di sviluppare iniziative politiche volte a ridurre le occasioni e le opportunità di gioco mediante azioni quali ridurre i tipi di gioco più dannosi, limitare il numero di tipi di gioco, restringere il numero dei luoghi di gioco, limitare gli orari di apertura, nonché porre un limite relativamente all’installazione di Slot e VLT (McMahon, Thomsonb, Kanerb, & Bambrab, 2019; Tanner, Drawson, Mushquash, Mushquash, & Mazmanian, 2017; Williams, West & Simpson, 2012). Anche la riduzione della possibilità di gioco risulta essere un’azione preventiva: proibire il gioco tra i giovani, incrementare i controlli, aumentare l’età legale per il gioco, restringere l’accesso ai luoghi di gioco ai non residenti e restringere l’accesso alle classi socioeconomiche più alte sembrano ottenere alti e medio-alti livelli di efficacia. Turner e collaboratori (2018), inoltre, sottolineano</p>

come unitamente allo sviluppo di tali politiche, risulti efficace anche lo sviluppo di buone pratiche volte a fornire occasioni alternative al gioco nei differenti setting. Una recente review internazionale evidenzia inoltre come perché tali azioni possano essere considerate efficaci occorre sviluppare interventi intersettoriali, coordinati e globali, capaci di coinvolgere tutti i differenti attori in gioco (Velasco et al., 2021)					
Target: Popolazione generale, target specifici					
Setting: Comunità locale, SSR					
Obiettivo specifico		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
0.1. Promuovere la condivisione e/o l'estensione su territori omogenei di dispositivi di intervento integrati fra EELL e SSR e/o Buone pratiche esito dell'attuazione della DGR 2609/19		Approvazione da parte delle Assemblee dei Sindaci di Piani di Zona comprendenti la tematica del contrasto al GAP (integrazione sociale – sociosanitario) e/o Schema tipo di provvedimenti regolamentativi comunali	EELL, ATS/ASST, Terzo Settore sulla base di indicazioni Regionali	Atti	Almeno 1 per Distretto /ASST
Risultati	Rafforzamento delle policy integrate fra ambito sociale e sociosanitario Omogeneizzazione dei provvedimenti comunali (regolamenti, ordinanze) in atto per la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico				
Azioni	Definizione di provvedimenti programmatori/regolamentativi condivisi a livello sovracomunale Realizzazione di percorsi formativi integrati				
Obiettivo specifico		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
0.2. Potenziare l'attività di controllo e vigilanza sull'attuazione della normativa e dei regolamenti da parte della Polizia Locale (in aggiunta ad azioni FFOO)		N. di Comuni che hanno adottato nel periodo di attuazione uno stesso schema tipo Approvazione almeno a livello di Assemblea dei partner di una check list per le attività di	EELL (Polizia locale), FFOO, ATS, Terzo Settore sulla base di indicazioni Regionali	Atti	> valore 2020
Risultati	Presenza di una check list per l'attività di controllo esercitata dai Comandi Polizia Locale e di un modello di verbale Rilevazione e mappatura delle attività di controllo svolte da parte della Polizia Locale e da parte delle FFOO				

Azioni	Definizione e formalizzazione Check list		controllo da parte delle Polizie Locali			
	Promuovere utilizzo applicativo SMART					
	Mappatura delle attività di controllo					
			N. di Comandi di Polizia Locale che hanno adottato la check list per i controlli			
			N. di controlli effettuati da Polizia Locale e da FFOO			
			N. di violazioni riscontrate e importi delle relative sanzioni			
			Approvazione almeno a livello di Assemblea dei partner di un modello tipo di verbale			
			N. di Comandi di Polizia Locale che hanno adottato un modello tipo di verbale condiviso			
Obiettivo specifico			Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
0.3. Promuovere l’ingaggio dei Gestori di punti vendita con offerta di gioco legale anche in collaborazione con Associazioni Tutela Consumatori per l’incremento di Esercizi “No Slot”			N. attività di informazione e comunicazione che hanno coinvolto i gestori e le Associazioni di Tutela dei Consumatori	EELL, Associazion i Tutela Consumator i/Gestori, Terzo Settore	Atti	Almeno 1 iniziativa in Regione
Risultati	Collaborazione attiva con gestori Collaborazione attiva con Associazioni Tutela consumatori					
Azioni	Attività di informazione e comunicazione che hanno coinvolto i gestori Attività di informazione e comunicazione che hanno coinvolto					

	Associazioni Tutela i consumatori				
--	-----------------------------------	--	--	--	--

Obiettivo generale: 1 - Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target				
<p>Razionale: Il concetto di health literacy, ovvero “alfabetizzazione alla salute”, può essere definito come “l’insieme delle abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona salute” (WHO, 1998).</p> <p>L’attività di comunicazione, informazione e sensibilizzazione, declinata coerentemente alle diverse tipologie di target, rappresenta un fattore di base per perseguire l’obiettivo di sostenere processi di “health literacy” in relazione all’adozione consapevole di scelte che incidono sulla salute e, nello specifico, di prevenire comportamenti a rischio. Il rationale 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.</p>				
<p>Evidenze: Le evidenze presenti in letteratura mostrano un legame tra health literacy e outcome di salute: bassi livelli di health literacy sono un fattore di rischio rispetto allo stato di salute delle persone, aumentano le disuguaglianze, incrementano i costi a carico del sistema sanitario e ostacolano il processo di cura (Berkman et al., 2011). In quanto fattore protettivo per la salute, quindi, la promozione di health literacy può essere considerata sia una strategia che un obiettivo delle politiche di welfare (Svendsen et al., 2020; Vamos et al., 2020). Analizzare e comprendere il livello di alfabetizzazione della popolazione, infatti, permette di veicolare efficacemente messaggi di salute, così da raggiungere sia coloro che posseggono buone capacità di health literacy, sia coloro che presentano maggiori difficoltà nell’accesso a informazioni relative alla propria salute (Batterham et al., 2016; Hu, Qin, & Xu, 2019). Allo stesso tempo, l’health literacy non costituisce una capacità “finita”, ma un processo trasversale che deve essere adattato alla situazione e quindi, a fronte di diverse malattie o problematiche, essa deve essere alimentata e aggiornata con nuove informazioni ed esperienze, considerandola dunque una responsabilità individuale e sociale, ovvero che necessita del contributo di tutti i cittadini e gli attori sociali (Spring, 2020).</p> <p>Per quanto riguarda la prevenzione e il contrasto al GAP, diverse review internazionali evidenziano come le strategie e gli interventi in materia, per essere efficaci, debbano essere indirizzati verso fattori di rischio sia individuali che ambientali e comunitari (Rehm et al., 2019), in grado dunque di prendere in considerazione ed agire su tutti i differenti ambiti che caratterizzano tale fenomeno. Tra questi, assume un ruolo fondamentale la promozione di conoscenza del fenomeno all’interno della popolazione, sottolineandone la maggiore efficacia laddove essa preveda interventi formativi secondo un approccio target-oriented, life course e per setting (Williams & Connolly, 2006; Williams et al., 2012; Ladouceur et al., 2017; Grande-Gosende et al., 2020).</p>				
Target: Popolazione generale, target specifici				
Setting: Comunità locale, SSR, Luoghi di lavoro, Scuola				
Obiettivo specifico	Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
1.1 Promuovere conoscenze, competenze e consapevolezza mediante opportunità di comunicazioni “protette”, di informazione agli EELL, ecc.	Copertura popolazione	Regione SSR (ATS-ASST), EELL	Atti	Avvio rete regionale Servizi

Risultati	Sostegno ai familiari Emersione della domanda anche con il coinvolgimento di Ordini Professionali (Avvocati ecc.)		Terzo Settore		di informazione consulenza anche telefonici
Azioni	Servizi informazioni consulenza anche telefonici (in rete a livello regionale) Promuovere l'accesso ai Servizi territoriali di sostegno ai familiari dei giocatori problematici/in trattamento in collaborazione con Servizi, Auto-Mutuo-Aiuto e Associazionismo, Ordini (ad es. Avvocati), nell'ambito della programmazione sociale - Piani di Zona				
Obiettivo specifico		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
1.2 Promuovere l'aumento di conoscenze nei diversi target (giovani, famiglie, anziani)		Presenza di iniziative di comunicazione target oriented	Regione SSR (ATS-ASST), EELL Terzo Settore, M.I. / USR	Atti	Progettazione generale e iniziative declinate sui diversi target
Risultati	Supporto all'aumento delle conoscenze finalizzate a sostenere competenze decisionali Accompagnamento al cambiamento Supporto alle famiglie				
Azioni	Attività comunicative, coerente a contesti e target Produzione strumenti (anche web2.0: app, ecc.)				
Obiettivo specifico		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
1.3 Promuovere la conoscenza dell'offerta e delle modalità di accesso alla rete dei servizi territoriali anche sociali (sito web + "campagna regionale" + infografiche locali)		Copertura popolazione	Regione SSR EELL Terzo Settore	Atti	Diffusione delle infografiche informative in >75% iniziative rivolte alla popolazione
Risultati	Aumento delle opportunità di accesso ai servizi del sistema socio-sanitario e sociale regionale Riduzione del rischio di cronicizzazione Sostegno ai familiari				

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				
<p>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 intersettoriali 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.). È In questo contesto programmatico, già definito nel Piano regionale della Prevenzione 2015 – 2018 in coerenza con gli indirizzi nazionali ed ulteriormente sviluppato all'interno del nuovo PRP 2020-2025, che si colloca la definizione dell'obiettivo (oltre che del Piano di Attività nel suo complesso) che punta al potenziamento delle azioni/interventi riferiti alla prevenzione del GAP.</p>				
<p>Evidenze: L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi (Velasco et al., 2021; Abbott, 2020; Rehm, Crepault, Hasan, Lachenmeier, Room, & Sornpaisarn, 2019). 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. All'interno di tale logica, quindi, assumono importanza e rilevanza tutti i programmi preventivi caratterizzati ed orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto - da un approccio di promozione della salute, capaci di prendere in considerazione ed agire su tutti i differenti ambiti che caratterizzano tale fenomeno e che perseguono (capacity building) la costruzione di capacità individuali e collettive. Risulta fondamentale quindi implementare strategie capaci di considerare le diverse politiche e i diversi settori in esse coinvolte (sanitario, sociosanitario, fiscale, ecc.) La prevenzione del GAP ricade quindi 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avere linee programmatiche comuni entro cui operano, in partnership gruppi di lavoro locali supportati da un sistema organizzativo formale - garantire l'ingaggio e la partecipazione di tutti i diversi stakeholders - 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 				
<p>Target: Popolazione generale, target specifici (studenti, insegnanti, famiglie, lavoratori, datori di lavoro, Amministratori, Operatori SSR- Enti Accreditati, EELL, Avvocati, ecc.)</p>				
<p>Setting: Scuola, Luoghi di Lavoro, Comunità locale</p>				
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	Regione SSR con il coinvolgimen	Survey regionale, e,	> valore 2020

Risultati	<p>Ingaggio di fasce di popolazione adulta di profilo socio – economico diversificato</p> <p>Aumento responsabilità sociale d’impresa verso problematiche specifiche</p> <p>Ingaggio individuale GAP anche attraverso azione del medico competente</p>	<p>partecipano al programma regionale Rete WHP</p> <p>Incremento n. lavoratori raggiunti</p> <p>Incremento</p>	<p>to (coerentemente con quanto previsto dal PRP 2014-18) di</p> <p>Imprese, Aziende pubbliche e private</p>	(Indicatori PRP)	
Azioni	<p>Formazione soggetti aziendali</p> <p>Formazione Operatori del SSR, EELL, Enti Accreditati, Terzo Settore</p> <p>Produzione manualistica</p> <p>Adattamento del programma preventivo “Team Awareness”</p>	<p>Operatori degli Enti Locali</p>	<p>Organizzazioni datoriali, Sindacati, Associazioni di categoria, ecc.</p>		
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.	Regione SSR MIUR - USR con il coinvolgimento (coerentemente con quanto previsto dal PRP 2020/25) 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 e (indicatori PRP)	> valore 2020
Risultati	<p>Aumento delle opportunità di sviluppo di competenze “di vita” e “di cittadinanza” nei giovani</p> <p>Promozione del valore culturale (target “giovani”) di stili di vita positivi e prevenzione GAP</p> <p>Orientamento delle policy delle singole scuole</p>	Incremento n. docenti e studenti raggiunti dai programmi regionali di potenziamento delle Life Skills (LST e Unplugged adattati)			
Azioni	<p>Formazione soggetti scolastici</p> <p>Formazione SSR</p> <p>Produzione manualistica</p> <p>Adattamento GAP dei programmi regionali “Life Skills Training” e “Unplugged”</p> <p>Azioni di supporto alle Reti di Scopo delle Scuole (Legalità, SPS)</p>				

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	Regione SSR (ATS/ASST) - Enti Accreditati EELL MI - USR Terzo Settore (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)	> valore 2020	
Risultati	Riduzione dell’accesso all’offerta (gioco) Incremento di iniziative Miglioramento contesti urbani	Incremento dell’attivazione di partnership da parte dei Comuni				
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					
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 (ATS/ASST) - Enti Accreditati EELL MI - USR Terzo Settore (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 e Iniziative “No slot” 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 del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)

Razionale: La diagnosi precoce e la cura dei pazienti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo comportano prima di tutto la necessità che questa patologia sia riconosciuta come tale. Tale problematicità - che da sempre caratterizza in generale tutte le dipendenze, troppo spesso connotate da stigma e pregiudizio - è maggiormente evidente nel Gioco d'Azzardo Patologico, ancora oggi spesso assimilato a un "cattivo comportamento", un'abitudine, un vizio, banalizzato come qualcosa che si può risolvere solo con "un po' di buona volontà dallo stesso mondo sanitario.

È quindi necessario supportare un profondo mutamento culturale che, in sinergia con le strategie preventive, diffonda l'idea della necessità di un'**individuazione precoce del problema** al fine di poter giungere ad un percorso di cura, supportato da quella prospettiva di maggior fiducia e ottimismo nelle possibilità di evoluzione positiva che tutte le patologie meritano.

Nel 2020 Regione Lombardia ha emanato la L.R. n. 23 "Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche" centrata sul rafforzamento degli interventi di prevenzione, diagnosi e intervento precoce, cura e riabilitazione delle dipendenze, attraverso una rete diffusa che coinvolge tutti gli stakeholder.

L'attenzione è posta sia sulle dipendenze tradizionali che sulle nuove forme, in particolare, disturbo da gioco d'azzardo e dipendenze comportamentali con specifica attenzione alla fascia minori/giovani. In particolare, si auspica una stretta connessione fra territorio, Ospedale e Servizi di Cura territoriali e penitenziari, in linea con quanto previsto dalla L.R. n. 23/2015, così come riformata dalla L.R.n.22/2021.

Gli interventi di sensibilizzazione e aggancio precoce nella popolazione generale, attuati in sinergia con gli obiettivi generali previsti dal presente Piano Regionale, permetteranno ai giocatori problematici di acquisire maggior consapevolezza e di conoscere il sistema di aggancio/ cura che Regione Lombardia mette a disposizione in modo gratuito e anonimo grazie alle azioni preventive/divulgate previste.

Evidenze: In una recente ricerca dell'ISS del 2021 (Ricerca 2/2/2021 Istituto Superiore di Sanità con l'Istituto Mario Negri, l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), l'Università degli Studi di Pavia e l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano) i risultati indicano che, nel 2020, il consumo di azzardo legale è inizialmente diminuito, passando dal 9,9% del periodo precedente la pandemia al 2,4%. I risultati mostrano un aumento dei comportamenti problematici nei giocatori abituali: durante il lockdown, tra i giocatori il tempo mediano dedicato al gioco è aumentato di quasi un'ora. Inoltre, l'1,1% di coloro che hanno dichiarato di non aver giocato prima della pandemia ha dichiarato di aver iniziato a giocare proprio nel periodo di totale restrizione, mentre il 19,7% di coloro che già giocavano ha incrementato l'attività totale di gioco e questo è accaduto più frequentemente ai giovani, ai fumatori, ai consumatori di cannabis e a coloro che avevano un consumo rischioso di alcolici. Anche l'uso di psicofarmaci, la bassa qualità della vita, la scarsa quantità di sonno, la depressione e l'ansia risultano significativamente correlati ad un aumento dell'attività di gioco durante il lockdown.

Tali indicatori rappresentano un segnale evidente di quanto il gioco patologico si possa sviluppare gradualmente anche nelle forme apparentemente "ricreazionali" e esitare in forme di dipendenza.

Questi segnali allarmanti hanno già provocato un impatto sul numero di soggetti in trattamento presso i servizi di cura.

I dati di Regione Lombardia indicano dal 2019 al 2021 una presenza media di circa 2.500 pazienti in carico ogni anno e una media, nel triennio, di circa 1800 pazienti che per la prima volta chiedono di essere presi in carico.

La letteratura scientifica in materia indica la prevalenza di questo comportamento problematico in almeno 2-3% della popolazione in età compresa tra i 18/74 anni (DAP 2014).

È da questi presupposti, ben descritti nelle ricerche citate, che si ispirano le azioni individuate nella

programmazione per il raggiungimento degli obiettivi previsti.

L'azione di cura che Regione Lombardia propone a questi soggetti si basa su **3 pilastri fondamentali**:

- a) **AGGANCIO PRECOCE**: la letteratura internazionale (Carney, Tara, and Bronwyn Myers. "Effectiveness of Early Interventions for Substance-Using Adolescents: Findings from a Systematic Review and Meta-Analysis." Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, June 14, 2012. Accessed July 26, 2017, RC Health. "Early Interventions Can Save Teens from Chronic Alcoholism to [sic] Drug Addiction." Accessed July 26, 2017) e nazionale (Convegno "Evoluzione dell'intervento dei SerD tra nuovi bisogni e approccio precoce" Convegno Tematico Nazionale Virtual Edition 2021) confermano l'utilità e l'efficacia di un approccio precoce nel trattamento delle forme di dipendenza che si è rilevato utile nella risoluzione delle situazioni più gravi di abuso/dipendenza da sostanze psicoattive e/o da comportamenti problematici come il DGA
- b) **POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI CURA E LA DIVERSIFICAZIONE/PERSONALIZZAZIONE DELLE OFFERTE DI TRATTAMENTO**: gli operatori sociosanitari sono spesso il primo punto di contatto per i giovani che cercano assistenza ai problemi di salute mentale e/o dipendenza e giocano un ruolo critico nel mantenere al minimo i ritardi dell'intervento (Hodges 1999).
I Servizi di Cura preposti devono essere rinforzati per far fronte ai nuovi pazienti che chiederanno accesso alle cure anche a seguito delle attività di informazione e prevenzione che verranno implementate. È necessario, a tal fine individuare modalità di presa in carico che ottimizzino le risorse e che considerino congiuntamente il DGA e i Disturbi da Uso di Sostanze.
Negli Istituti Penitenziari, a causa dell'esiguità delle risorse attivabili e delle difficoltà relative al periodo pandemico, non è finora stato possibile seguire tali pazienti in modo sistematico e attraverso percorsi di cura definiti. Considerando anche che la cura della patologia rappresenta un LEA, è necessario prevedere specifiche azioni sia dal punto di vista preventivo che da quello terapeutico che considerino anche congiuntamente il DGA e i Disturbi da uso di sostanze.
- c) **ELIMINAZIONE DELLO STIGMA CHE CARATTERIZZA LE FORME PATOLOGICHE DELLE DIPENDENZE**: l'insieme di connotazioni negative che vengono pregiudizialmente attribuite alle persone con problemi di dipendenza a causa del loro disturbo determinano discriminazione o esclusione (La Salvia – Tansella 2008). La cura e la riabilitazione dei pazienti affetti da DGA devono, quindi, affrontare in via prioritaria la questione che il DGA non è ancora del tutto riconosciuto come patologia né nella popolazione generale né dagli operatori sociosanitari.

Target: I soggetti affetti da Disturbo 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 DGA secondo i criteri del DSM 5) e i loro familiari. I soggetti giocatori problematici in un'ottica di intervento precoce.

Setting: SSR: ambito territoriale sia per erogatori pubblici (SerD) che privati accreditati e contrattati (SMI – Servizi Multidisciplinari Integrati) e ambito ospedaliero, Servizi di Cura degli Istituti Penitenziari, Strutture residenziali e semiresidenziali accreditate e contrattate del sistema dipendenze

Obiettivo specifico		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
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 (L.R. n. 22 del 14 dicembre 2021)		Garantire la continuità degli sportelli già attivi;	ASST-SerD	Report	Mantenimento degli sportelli attivi
Risultati	Diffusione cultura DGA come patologia prevenibile, curabile e guaribile nei Servizi di Cura secondo le indicazioni OMS	Favorire l'apertura di nuovi punti di ascolto e aumentare il numero di soggetti destinatari di percorsi di consulenza	ASST-SerD		N.5 nuovi punti di ascolto
	Implementazione attività di connessione Ospedale /territorio Incremento pazienti e familiari accompagnati dalle realtà ospedaliere ai Servizi Territoriali		ASST-SerD		N. assistiti => anno 2020
Azioni	Attività informative rivolte a pazienti e familiari su trattamenti e luoghi di cura esistenti Attività informative rivolte al personale ospedaliero sui trattamenti e luoghi di cura esistenti Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro famigliari, Attività di raccordo con i reparti ospedalieri e servizi specialistici per segnalazione / invio di pazienti Attività di formazione e aggiornamento del personale ospedaliero Produzione di report per il monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto Stesura di prassi operative di raccordo tra la rete dei servizi territoriali e l'ospedale				Almeno N. 1 prassi operativa per ATS

Obiettivo specifico		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
3.2 Attivazione nella rete dell'offerta di percorsi di cura per il DGA attraverso programmi di residenzialità e semiresidenzialità, in ottemperanza ai LEA 2017, con l'attivazione di strutture o moduli specialistici completamente dedicati al trattamento del DGA che garantiscano un minimo di 5 posti autorizzati e contrattati nel sistema delle dipendenze		Costituzione e a livello regionale di un registro dedicato all'anagrafe degli enti coinvolti e all'analisi della saturazione dei posti	Regione	Report	N. 1 Registro regionale
Risultati	Ottimizzazione delle risorse attraverso modalità di accoglienza, presa in carico e trattamento sperimentali in strutture residenziali e semiresidenziali dedicate Aumento soggetti affetti da DGA presi in carico dalle strutture dedicate	Individuazione di strutture dedicate con le caratteristiche previste dall'obiettivo specifico	ATS		N. => 3 strutture dedicate
Azioni	Attivazione di un modulo residenziale breve con un massimo di permanenza di 3 mesi con accesso anche diretto da parte del paziente Attivazione di un modulo residenziale che preveda una permanenza massima di 6 mesi con una possibile fase di accompagnamento e/o follow up con interventi di accompagnamento territoriale in semiresidenzialità per un massimo di altri 12 mesi e un minimo di 4 ore al giorno Attivazione di un modulo residenziale che preveda una permanenza massima di 6 mesi (rinnovabili fino a un massimo di 18 mesi) Attivazione di un modulo semiresidenziale che preveda una permanenza massima di 24 mesi Nell'ambito dell'attivazione dei diversi moduli sono auspicabili interventi informativi/di consulenza rivolte ai familiari; attività di gruppo; attività di formazione del personale; azioni di rete con SerD/SMI e altri servizi di cura del territorio	Aumento utenza coinvolta	Enti erogatori accreditati e contrattati nel sistema delle dipendenze		N. assistiti => anno 2020

Obiettivo specifico		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
3.3 Implementare nella rete dei Servizi Territoriali (SerD e SMI) percorsi di cura per il Disturbo da Gioco d'Azzardo ampliando il numero di soggetti in carico, ottimizzando gli interventi		Sperimentazione di nuove tecniche di trattamento	ASST-SerD/SMI	Report	N. 1 Report per ATS
Risultati	<p>Presa in carico multidisciplinare per pazienti con DGA e/o polidipendenti</p> <p>Definizione strumenti di valutazione multidimensionale per diagnosi</p>				
Azioni	<p>Reperimento di personale sociosanitario dedicato al DGA per i servizi ambulatoriali del territorio</p> <p>Attività informative rivolte a pazienti e familiari su DGA e modalità di cura</p> <p>Attività di screening e valutazione per DGA su soggetti in carico nei servizi per problemi di polidipendenza</p> <p>Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro famigliari,</p> <p>Attività diagnosi precoce del DGA e per possibili co-diagnosi con altre dipendenze</p> <p>Potenziamento di tutte le prestazioni previste dai LEA e descritte nei flussi AMB</p> <p>Attività di raccordo con i reparti ospedalieri e servizi sociosanitari e di volontariato del territorio</p> <p>Attività di formazione del personale</p> <p>Monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto</p>	<p>Aumento utenti in trattamento</p> <p>Attività di rete con le strutture residenziali che hanno aderito al Progetto sperimentale</p>	<p>ASST-SerD/SMI</p> <p>ATS/ASST-SerD/SMI/UDO RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI</p>	<p>Flusso AMB</p> <p>Report</p>	<p>N. assistiti => anno 2020</p> <p>N. 1 verbale di lavoro di rete per ATS</p>
Obiettivo specifico		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
3.4 Consolidare da parte delle ASST-SerD attività di diagnosi e cura negli Istituti Penitenziari, sia per i pazienti affetti da DGA che per soggetti affetti da disturbo da uso di Sostanze		Utilizzo delle batterie di test più adeguate e	ASST-SerD	Report	N. 1 report per ATS

Risultati	Implementazione Attività di Prevenzione indicata all'interno degli Istituti Penitenziari in particolare fra soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze Aumento soggetti affetti da DGA o da Disturbo da uso di Sostanze e DGA presi in carico dai Servizi che operano all'interno Istituti Penitenziari	colloqui di valutazione diagnostica Presa in carico per trattamenti brevi di soggetti con diagnosi primaria DGA o comportamento problematico o associato al consumo di sostanze psicoattive	ASST-SerD	Flusso informativo AMB	N. assistiti => anno 2020
Azioni	Reperimento di personale sociosanitario Attività informative rivolte ai familiari dei detenuti su DGA e modalità di cura Attività di screening e valutazione su soggetti detenuti in carico Attività di ascolto, di valutazione clinica Attività diagnosi precoce del DGA Potenziamento di tutte le prestazioni previste dai LEA e descritte nei flussi AMB	Partecipazione ad incontri di rete	ASST-SerD/SMI/ATS	Report	N. 1 verbale partecipazione riunione di rete per ATS

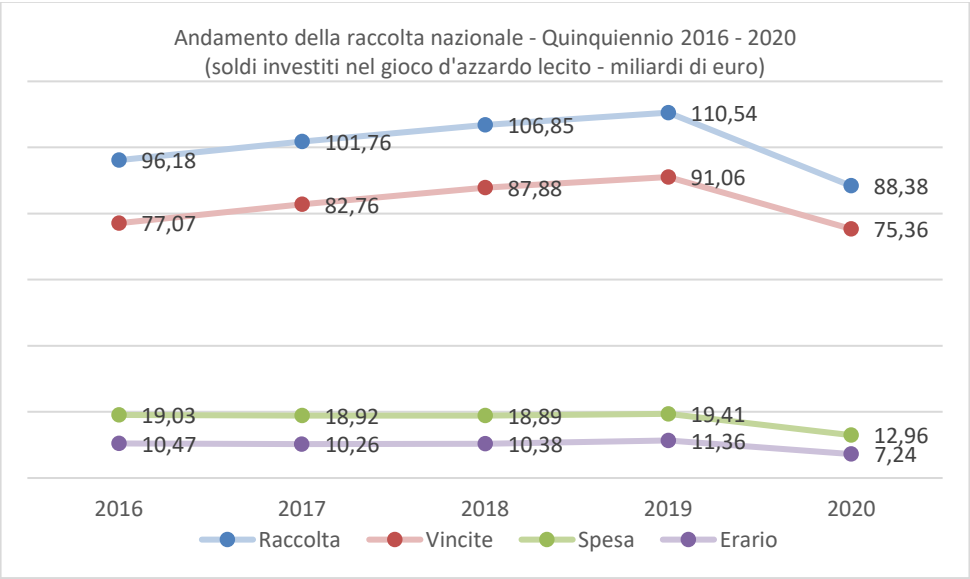
VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DELLA PROGRAMMAZIONE

La valutazione della presente Programmazione sarà improntata a criteri di accountability, in relazione ai singoli obiettivi e sarà effettuata monitorando gli indicatori individuati, anche in parallelo agli indicatori del Piano Regionale della Prevenzione 2020 – 2025; 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.

L’Obiettivo Generale 3 sarà sottoposto ad azioni di verifica sia di accountability che di efficacia nel percorso di cura e di risoluzione della patologia. Particolare attenzione sarà posta ai percorsi valutativi delle azioni sperimentali residenziali o semiresidenziali e all’applicazione di nuovi protocolli terapeutici.

Dati di contesto

Secondo i più recenti dati dell’Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (rif. Libro Blu, 2020) la raccolta complessiva di gioco d’azzardo¹ in Italia ammonta, nel 2020, a 88,38 miliardi di euro. Si tratta di un valore in diminuzione rispetto al medesimo dell’ultimo quinquennio - periodo in cui il volume del gioco d’azzardo legale ha fatto registrare una costante crescita, fino a raggiungere i 110,54 miliardi di euro nel 2019 – e che può essere compreso alla luce delle limitazioni imposte per il contenimento della situazione pandemica sul territorio nazionale, le quali hanno interessato anche l’offerta di gioco d’azzardo su rete fisica. Tale riduzione si rileva anche nelle altre dimensioni ricomprese nel comparto del gioco d’azzardo legale: la spesa è stata di 19,95 miliardi di euro (ovvero il 33,23% in meno rispetto a quanto registrato 2019), con un introito erariale di 7,2 miliardi di euro (diminuito del 36,27% rispetto al 2019).



Di seguito, si propongono alcune osservazioni di sintesi per macro-temi, sulla base dei dati pubblicati all’interno del Libro Blu 2020, evidenziando la posizione della Lombardia rispetto al contesto nazionale e alle altre Regioni per l’anno 2020.

Volumi di gioco

Rete fisica

Con specifico riferimento al gioco d’azzardo su rete fisica, si riportano di seguito i dati di raccolta, vincita e spesa divisi per regione (rif. Libro Blu, 2020).

	Raccolta	Vincite	Spesa
--	----------	---------	-------

¹ Le tipologie di gioco qui considerate comprendono le seguenti categorie: apparecchi AWP e VLT, lotterie, lotto, giochi numerici a totalizzatore, giochi a base sportiva, giochi di carte in forma diversa dal torneo e giochi di sorte a quota fissa, Bingo, Scommesse virtuali, Torneo, Poker Cash, Giochi a base ippica, Comma 7, Betting exchange, e altri importi relativi al versamento dei conti dormienti e dell’imposta relativa al DL n. 50/2017.

Regione	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Abruzzo	1.999,41	1.970,61	1.079,66	1.541,10	1.497,60	798,03	458,31	473,02	281,63
Basilicata	525,37	514,43	296,58	394,01	383,01	247,18	131,36	131,42	49,40
Calabria	1.852,27	1.790,15	1.047,69	1.389,66	1.329,85	758,99	462,61	460,30	288,70
Campania	7.690,15	7.671,31	4.349,42	5.874,71	5.823,01	3.205,77	1.815,44	1.848,29	1.143,65
Emilia-Romagna	6.249,97	6.032,96	3.057,63	4.845,80	4.671,06	2.251,92	1.404,17	1.361,90	805,72
Friuli-Venezia Giulia	1.378,32	1.368,10	723,32	1.042,28	1.030,07	523,68	336,04	338,04	199,64
Lazio	7.819,67	7.599,25	3.901,85	6.025,53	5.792,18	2.866,86	1.794,13	1.806,08	1.033,99
Liguria	1.877,95	1.845,82	945,00	1.440,67	1.392,71	752,18	437,29	453,10	192,83
Lombardia	14.644,34	14.480,65	7.204,89	11.353,77	11.216,58	5.294,46	3.290,58	3.264,07	1.910,43
Marche	1.910,55	1.847,12	1.020,32	1.463,94	1.399,16	748,91	446,61	447,96	271,40
Molise	360,35	351,98	200,78	272,33	262,65	145,01	88,02	89,33	55,77
Piemonte	4.630,61	4.548,93	2.419,16	3.607,11	3.513,31	1.798,46	1.023,51	1.035,62	620,70
Puglia	4.591,17	4.566,21	2.686,53	3.476,91	3.430,94	1.942,81	1.114,25	1.135,27	743,71
Sardegna	1.651,32	1.631,32	927,97	1.204,01	1.164,56	700,62	447,31	466,76	227,35
Sicilia	4.550,87	4.560,41	2.733,14	3.564,28	3.388,66	1.973,80	986,59	1.171,75	759,34
Toscana	4.959,84	4.860,46	2.355,45	3.873,90	3.746,72	1.740,77	1.085,94	1.113,75	614,68
Trentino-Alto Adige	1.234,16	1.185,78	565,94	977,43	926,04	424,90	256,73	259,74	141,05
Umbria	1.053,74	1.030,66	554,27	801,80	784,70	405,30	251,95	245,96	148,98
Valle d'Aosta	123,75	92,78	50,69	92,40	70,05	36,66	31,35	22,73	14,02
Veneto	6.226,93	6.116,67	2.961,44	4.818,26	4.682,10	2.182,43	1.408,67	1.434,57	779,01
Altro	76,60	71,02	64,80	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Totale	75.407,34	74.136,62	39.146,53	58.059,90	56.504,96	28.798,74	17.270,86	17.559,66	10.282,00

Fonte: elaborazione dati ADM su banca dati Sistema Business Intelligence Giochi e Tabacchi

Valori espressi in milioni di euro

Tabella 1. Raccolta, Vincite e Spesa ripartiti per regione relativi al gioco fisico.

Come già anticipato, i dati nazionali sui volumi di gioco del 2020 evidenziano un forte calo rispetto al biennio precedente.

Tale tendenza riguarda anche la Lombardia: con riferimento al gioco fisico, i dati sulla “Raccolta” mostrano una diminuzione di circa il 50% rispetto agli anni 2018 e 2019. Lo scarto tra il 2020 e il 2019 è addirittura superiore alla media nazionale, sebbene nel complesso e in termini assoluti la Lombardia resti la Regione con i valori più alti.

Gioco online

A livello nazionale, i dati relativi alla raccolta del gioco a distanza mostrano nell’ultimo triennio volumi in costante crescita, raggiungendo nel 2020 i 49,2 miliardi di euro, superando per la prima volta il dato relativo alle giocate su rete fisica.

Tipologia di gioco	Raccolta			Vincite			Spesa		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Gioco fisico	75.407,34	74.136,62	39.146,53	58.059,90	56.504,96	28.798,74	17.270,86	17.559,66	10.282,00
Gioco a distanza	31.439,32	36.400,09	49.232,68	29.816,18	34.553,09	46.558,84	1.623,15	1.847,12	2.673,80
Totale	106.846,66	110.536,71	88.379,21	87.876,08	91.058,05	75.357,58	18.894,01	19.406,78	12.955,80

Fonte: elaborazione dati ADM su banca dati Sistema Business Intelligence Giochi e Tabacchi

Valori espressi in milioni di euro

Tabella 2. Gioco fisico Vs. gioco a distanza

La crescita dei volumi di gioco online per l’anno 2020 è confermato anche dai dati riguardanti il numero di conti di gioco aperti, con una media nazionale di +72% rispetto al 2019. Anche in questo caso, la Lombardia è tra le regioni in cui si riscontrano valori maggiori rispetto all’apertura di nuovi conti online corrispondenti al 12,35% del totale nazionale (seconda solo al 18,19% della Campania) - e al numero complessivo di conti online attivi (terza dopo Campania e Sicilia).

Regione	N. Conti attivi	N. Conti aperti
Abruzzo	323.996	103.975
Basilicata	158.624	46.234
Calabria	637.152	183.202
Campania	2.526.475	777.862
Emilia-Romagna	647.477	218.799
Friuli-Venezia Giulia	158.654	51.579
Lazio	1.425.277	447.458
Liguria	259.081	83.677
Lombardia	1.556.196	528.195
Marche	278.276	98.821
Molise	85.723	25.714
Piemonte	751.923	241.237
Puglia	1.193.708	362.358
Sardegna	403.526	121.695
Sicilia	1.819.602	505.517
Toscana	572.400	188.706
Trentino-Alto Adige	101.105	33.588
Umbria	145.562	48.708
Valle d’Aosta	18.455	5.476
Veneto	589.431	199.163
Estero	33.248	9.302
Totale	13.685.891	4.277.266

Tabella 3. Numero di conti on line attivi e aperti per Regione di residenza dell’utente

Offerta di gioco

Rete di vendita per apparecchi di intrattenimento

Come mostrato nella tabella sottostante, gli esercizi con New Slot sul territorio italiano sono complessivamente 54.166; il primato si conferma essere della Lombardia, con 9.154 esercizi e un’offerta di 45.873 apparecchi. Tuttavia, analizzando quest’ultimo dato in termini di percentuale rispetto alla popolazione, emerge come quello lombardo sia di poco superiore alla media nazionale (1 apparecchio ogni 217 abitanti Vs. 1 apparecchio ogni 226 abitanti), mentre altre Regioni mostrano valori relativi ben più alti, prime tra tutte il Molise e la Sardegna, con circa 1 apparecchio ogni 165 abitanti.

Tale modalità di lettura e interpretazione dei dati vale anche per le altre tipologie di apparecchi di intrattenimento, per cui in termini assoluti la Lombardia mostra valori tra i più alti rispetto alle altre Regioni ma, se rapportati alla densità della popolazione, risultano attenuati, pur restando nel complesso al di sopra della media nazionale.

Ufficio dei Monopoli	New Slot		VLT		Comma 7
	N. esercizi con New Slot	N. New Slot	N. esercizi con VLT	N. VLT	N. Apparecchi comma 7
Abruzzo	1.602	7.085	147	1.592	4.214
Calabria	1.968	9.907	158	1.234	5.007
Campania	5.360	26.748	577	5.034	9.262
Emilia-Romagna	4.437	22.179	314	4.915	13.315
Friuli-Venezia Giulia	1.233	5.709	81	1.028	1.640
Lazio	4.948	25.366	481	5.833	6.685
Liguria	1.829	7.491	98	1.361	2.110
Lombardia	9.514	45.873	719	10.652	8.141
Marche	1.612	7.009	110	1.178	2.365
Piemonte e Valle d'Aosta	1.284	11.856	401	4.699	4.133
Puglia, Basilicata e Molise	4.797	22.540	415	3.577	9.274
Sardegna	2.413	9.653	42	452	4.961
Sicilia	3.478	13.739	252	2.215	8.771
Toscana	3.567	16.853	317	4.198	6.150
Trentino-Alto Adige	365	2.590	84	1.072	1.382
Umbria	978	3.943	74	875	613
Veneto	4.781	22.645	438	6.053	8.092
Totale	54.166	261.186	4.708	55.968	96.115

Tabella 4. Distribuzione territoriale della rete di vendita per il settore apparecchi di intrattenimento

Rete di vendita per tipologia di gioco

Anche rispetto alla rete di vendita, la Lombardia risulta essere tra le Regioni che detengono il numero maggiore di punti vendita per alcune tipologie di gioco, collocandosi al primo posto per i “Giochi numerici a totalizzatore”, le “Lotterie” e il “Lotto”, al secondo posto per il numero di operatori nel “Gioco a base ippica” e nel “Gioco a base sportiva”, al terzo posto per il “Bingo”.

Ufficio dei Monopoli	Bingo (N. sale)	Giochi numerici a totalizzatore	Gioco a base ippica (N. operatori)	Gioco a base sportiva	Lotterie	Lotto
----------------------	-----------------	---------------------------------	------------------------------------	-----------------------	----------	-------

		(N. vendita) punti		(N. operatori)		
Abruzzo	6	776	164	295	1.627	1.057
Calabria	1	1.248	224	419	1.796	1.406
Campania	27	3.646	965	2.010	5.011	3.487
Emilia-Romagna	19	2.296	282	399	4.241	2.357
Friuli-Venezia Giulia	4	663	76	97	1.119	618
Lazio	26	3.639	596	948	5.954	3.458
Liguria	6	735	114	158	1.247	956
Lombardia	26	4.900	883	1.169	8.747	4.960
Marche	3	809	141	212	1.718	1.084
Piemonte e Valle d'Aosta	12	2.223	334	544	3.729	2.433
Puglia, Basilicata e Molise	8	2.510	526	1.085	4.764	2.808
Sardegna	4	1.048	64	147	1.411	1.002
Sicilia	28	2.590	588	1.168	4.297	3.043
Toscana	10	1.969	364	424	3.517	2.057
Trentino-Alto Adige	2	400	50	70	766	447
Umbria	2	564	79	121	1.094	576
Veneto	12	2.158	267	382	4.323	2.522
Totale	196	32.174	5.717	9.648	55.361	34.271

Tabella 5. Distribuzione territoriale della rete di vendita per tipologia di gioco

Caratterizzazioni del territorio lombardo per Province

Il territorio Regionale per la sua ampiezza, articolazione e complessità rappresenta un contesto atipico rispetto all’andamento dei consumi e dei comportamenti di gioco, così come rispetto alle politiche di intervento, sia in termini quantitativi sia dal punto di vista della qualificazione dei fenomeni.

La particolarità del territorio è connessa alla sua complessità amministrativa: RL raccoglie 1505 Comuni, 86 Ambiti Sociali (Piani di Zona), 27 ASST, 12 Province, 12 Prefetture, 12 Uffici Scolastici Territoriali, a servizio di una popolazione complessiva di oltre 10.00.000 di abitanti. Tale complessa articolazione impone, anche nel campo del contrasto del gioco d’azzardo patologico e nella prevenzione delle problematiche sociali e sociosanitarie ad esso connesse, una risposta strategicamente orientata e debitamente articolata con assetti organizzativi atti a rispondere in modo adeguato alle sfide del contesto nei suoi aspetti generali e specifici.

In relazione al Gioco d’azzardo Patologico, ADM, Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, fornisce un dettaglio per provincia e comuni rispetto alla ripartizione del Giocato, delle Vincite, dell’Erario e dello Speso per Tipo Gioco. Sebbene tali dati siano tutt’oggi provvisori (<https://www.adm.gov.it/>), forniscono una panoramica rispetto all’andamento per Giocato, Vincita, Erario e Speso sul giocato Fisico.

Si propongono di seguito dati di dettaglio rispetto alle province del territorio.

Provincia	Popolazione residente	Giocato Fisico	Vincita Fisico	Erario Fisico	Speso Fisico
-----------	-----------------------	----------------	----------------	---------------	--------------

	(ISTAT 01/01/2020)				
BERGAMO	1.108.126	€1.659.325.785,76	€1.266.763.900,33	€227.405.206,30	€392.400.774,70
BRESCIA	1.255.437	€1.938.810.618,60	€1.487.711.019,48	€265.129.932,78	€450.887.034,55
COMO	597.642	€1.019.131.651,46	€778.584.126,52	€144.115.629,41	€240.455.280,77
CREMONA	355.908	€401.089.446,45	€299.742.555,62	€64.556.871,99	€101.286.341,55
LECCO	334.961	€379.858.544,04	€283.044.095,51	€56.092.676,81	€96.773.756,49
LODI	227.412	€314.098.188,46	€443.091.702,71	€47.702.612,51	€-129.047.666,74
MANTOVA	406.919	€482.900.074,85	€365.227.015,71	€72.096.350,05	€117.609.092,74
MILANO	3.265.327	€4.828.863.232,47	€3.652.073.281,44	€666.920.187,71	€1.176.290.076,01
MONZA E DELLA BRIANZA	870.193	€1.258.244.230,41	€966.818.284,80	€165.894.295,51	€291.306.517,70
PAVIA	540.376	€764.240.506,18	€574.271.339,74	€114.158.414,11	€189.841.626,70
SONDRIO	180.425	€286.330.691,41	€218.739.123,99	€40.798.768,25	€67.559.579,19
VARESE	884.876	€1.171.070.429,74	€879.332.153,84	€170.590.063,60	€291.595.169,46
LOMBARDIA	10.027.602	€14.503.963.399,83	€11.215.398.599,69	€2.035.461.009,03	€3.286.957.583,12

Tabella 6. Giocato, Vincita, Erario e Spesa fisica – Dettaglio per provincia

Accanto ai dati ufficiali pubblicati dall’Agenzia delle Dogane e Monopoli, si riporta di seguito il giocato pro-capite per le province del territorio Lombardo, riferito all’anno 2019. Tale dato deriva da una ripartizione del giocato Fisico dei vari territori sulla base della popolazione residente per provincia (ISTAT 01/01/2020).

PROVINCIA	GIOCATO PRO-CAPITE
BERGAMO	€1.497,42
BRESCIA	€1.544,33
COMO	€1.705,25
CREMONA	€1.126,95
LECCO	€1.134,04
LODI	€1.381,19
MANTOVA	€1.186,72
MILANO	€1.478,83
MONZA DELLA BRIANZA	€1.445,94
PAVIA	€1.414,28
SONDRIO	€1.586,98
VARESE	€1.323,43
LOMBARDIA	€1.446,40

Tabella 7. Dettaglio giocato pro-capite per provincia

Il gioco d’azzardo nella popolazione generale

Negli ultimi anni precedenti all’emergenza sanitaria da Covid-19, in Italia, i dati relativi alla diffusione della pratica del gioco d’azzardo sono risultati in continuo aumento. L’indagine

epidemiologica condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) tra il 2016 ed il 2019² ha mostrato che i giocatori, ovvero coloro che hanno giocato almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'indagine, costituiscono il 36,4% della popolazione maggiorenne (18.450.000); sono per la maggior parte maschi (il 43,7% degli uomini contro il 29,8% delle donne). Sebbene il gioco d'azzardo sia diffuso soprattutto nella fascia di età compresa tra i 40 e i 64 anni, l'insorgenza del comportamento avviene molto prima, tra i 18 e i 25 anni (51,8%). Di questi giocatori, un milione e mezzo (circa il 3%) ha un "profilo problematico", ovvero presenta difficoltà a gestire il tempo da dedicare al gioco e a controllare quanto spende; anche in questo caso, emerge una propensione maggiore nel sesso maschile (3,6%) rispetto a quello femminile (2,5%).

Ricerche più recenti sul consumo di gioco d'azzardo nella popolazione italiana hanno necessariamente preso in considerazione gli effetti della pandemia e delle restrizioni ad essa connesse sulla pratica di tale comportamento, ponendo particolare attenzione a cambiamenti nelle abitudini di fruizione, anche rispetto all'offerta online.

Dai dati di uno studio condotto dal CNR, in collaborazione con ANCI e alcune Regioni³, è emersa una generale diminuzione del gioco su rete fisica, con più del 35% dei giocatori che ha ridotto le puntate e quasi il 23% che ha smesso; la pratica è invece aumentata per quasi il 14% degli intervistati. Tra i giochi privilegiati ci sono il Gratta e vinci, il Superenalotto e il Lotto, con una frequenza di consumo per persona da una a tre volte al mese e una spesa pari a 10 euro nell'intero periodo di lockdown, sebbene il 2,6% degli intervistati abbia dichiarato di aver speso tra i 200 e i 500 euro.

Per quanto riguarda il gioco online, esso è aumentato per il 33,8% degli intervistati, mentre l'11,3% vi si è approcciato per la prima volta proprio durante il periodo del lockdown. I giochi più fruiti sono stati il poker texano, le slot machine e le scommesse sportive. La frequenza del comportamento è stata di una o più volte al giorno per il 30,5% del campione e da una a quattro volte al mese per il 39%. In termini di spesa, il 14,6% riferisce di aver speso oltre 500 euro, l'11% tra i 200 e i 500 euro.

Un altro studio⁴ che ha indagato il comportamento di gioco d'azzardo durante alcune fasi di emergenza sanitaria da Covid-19 è quello realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità con l'Istituto Mario Negri, l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la rete Oncologica (ISPRO), l'Università degli studi di Pavia e l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. Nello specifico l'indagine, svolta su un campione della popolazione italiana di età compresa tra 18 e 74 anni, ha confrontato le abitudini di gioco nel periodo di lockdown (27 aprile - 3 maggio 2020) con le abitudini precedenti la pandemia e con una successiva fase di restrizioni parziali (27 novembre - 20 dicembre 2020).

I risultati indicano che, nel 2020, il consumo di azzardo legale fisico è inizialmente diminuito, passando dal 9,9% del periodo precedente la pandemia al 2,4% del periodo di lockdown, per poi risalire all'8% nel periodo di restrizioni parziali. Il gioco a distanza ha mostrato un andamento simile nei periodi presi in esame, seppur superiore rispetto ai valori del gioco fisico: dal 10% del periodo precedente la pandemia all'8,0% nel lockdown, per aumentare fino al 13% nel periodo di restrizioni parziali.

² Rapporti ISTISAN 19/28, "Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione": risultati di un progetto integrato. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019.

³ Il CNR-IFC ha sviluppato lo studio Gambling Adult Population Survey - GAPS #iorestoacasa. Si tratta di un'indagine epidemiologica, condotta tra aprile e maggio 2020 attraverso un breve questionario online da compilarsi in forma anonima e volontaria. I rispondenti sono stati 3971.

⁴ https://www.iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/gioco-d-azzardo-in-calo-durante-lockdown-ma-impennata-con-allentamento-restrizioni-in-aumento-il-gioco-online-e-il-tempo-trascorso-a-giocare-1

Per quanto riguarda chi ha dichiarato di praticare l'azzardo, dal 16,3% del pre-pandemia si è registrata una riduzione al 9,7% durante il lockdown, per poi risalire al 18% nella fase restrizioni parziali. Il tempo medio dedicato al gioco, secondo questo studio, è risultato essere di quasi un'ora. Tra coloro che hanno dichiarato di non giocare prima della pandemia, l'1,1% ha confessato di aver iniziato proprio nel periodo di totale restrizione, mentre il 19,7% di coloro che già giocavano ha incrementato l'attività.

Come rilevato dallo studio del CNR, il Gratta e Vinci è diventato il “gioco” più praticato su rete fisica, non essendo interessato dalle restrizioni, mentre le Scommesse Sportive e le Slot Machines lo sono state per il gioco online.

Il gioco d'azzardo fra i giovani e giovanissimi

Il gioco d'azzardo è, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti, tanto che recenti dati raccolti in 33 Stati Europei dimostrano che il 23% degli studenti abbia dichiarato di aver giocato d'azzardo nell'ultimo anno (32% dei ragazzi vs 14% ragazze).

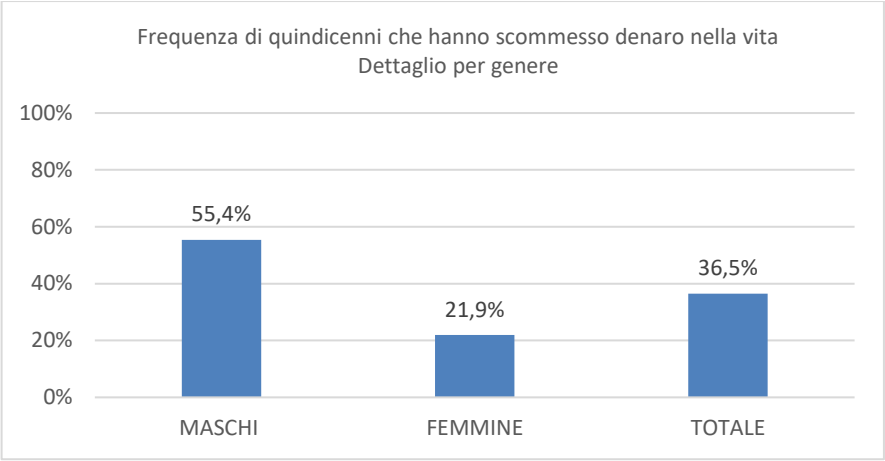
Dalla già citata indagine condotta dall'ISS tra il 2016 e il 2019 è emerso che il 29,2% dei ragazzi di età compresa tra i 14 e i 17 anni (670.144) ha avuto accesso al gioco d'azzardo legale, pur non avendone i requisiti per legge. Il dettaglio sulle fasce d'età mostra che giocano prevalentemente i 17enni (35%), a seguire i 16enni (30,5%), i 15enni (27,6%) e i 14enni (24,4%). I giocatori sono più maschi (41,1%) che femmine (16,8%). Con riferimento al tipo di profilo, i giocatori sociali sono 22,7%, quelli a rischio 3,5%, mentre i giocatori problematici sono il 3%.

Informazioni sul consumo e comportamento di gioco con specifico riferimento al target giovani sono state rilevate anche tramite la sorveglianza HBSC Italia. Le domande sul gioco d'azzardo inserite per la prima volta nell'indagine HBSC Italia⁵ del 2014 (e riproposte nella rilevazione 2018) sono volte a indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita sia a valutare il loro grado di ‘coinvolgimento’, riuscendo a individuare la quota di ragazzi ‘a rischio’ di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano ‘seri problemi’. Nell'ambito dell'indagine HBSC 2018⁶ è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni di indicare se hanno mai scommesso e/o giocato denaro nella loro vita. I risultati mostrano come il 42,2% del campione abbia giocato almeno una volta nella vita; anche in questo caso, il comportamento risulta essere più praticato dai maschi (62,5%) rispetto alle femmine (13,4%). Ad aver giocato almeno una volta negli ultimi 12 mesi precedenti all'indagine sono il 31,4% dei 15enni (50,3% maschi, 13,4% femmine). Infine, il comportamento di gioco problematico si riscontra nel 16% dei ragazzi, con differenze nei trend regionali rispetto all'incidenza di questo profilo (14 Regioni >10%, 2 Regioni >20%).

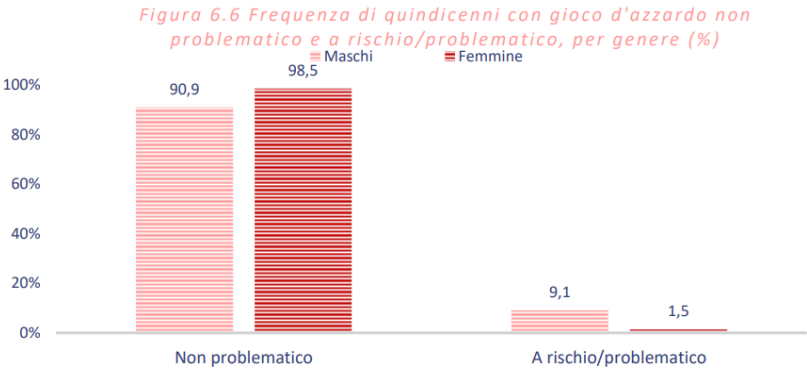
Con riferimento al contesto lombardo, i dati rilevati tramite la medesima indagine HBSC 2018 indicano che oltre il 60% dei quindicenni non ha mai giocato denaro nella propria vita. Il 17,3% lo ha fatto una o due volte nella vita e il 19,3% ha giocato invece ripetutamente (almeno 3-5 volte o più). Giocare denaro è significativamente più frequente per i maschi che per le femmine. Nella figura seguente si riporta tale informazione per genere.

⁵ HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio multicentrico internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e pensato per monitorare lo stato di salute e benessere dei giovani e il loro contesto sociale. HBSC rivolge la sua attenzione a un campione di studenti in età scolare: 11, 13 e 15 anni. Nel 2017 con il DPCM del 12 maggio, “Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie” è stato inserito tra quelli di rilevanza nazionale e regionale. La Lombardia aderisce all'indagine dal 2008.

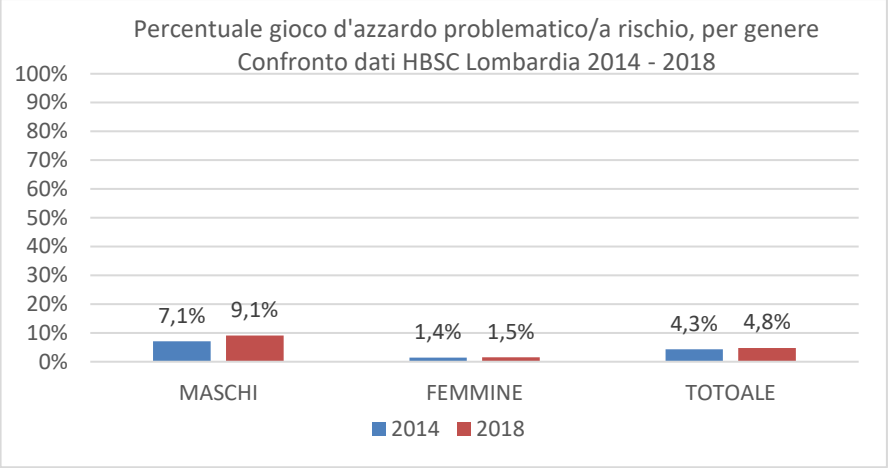
⁶ Cavallo, F., Dalmaso, P., Vieno, A., Lazzeri, G., & Galeone, D. La Sorveglianza HBSC 2018.



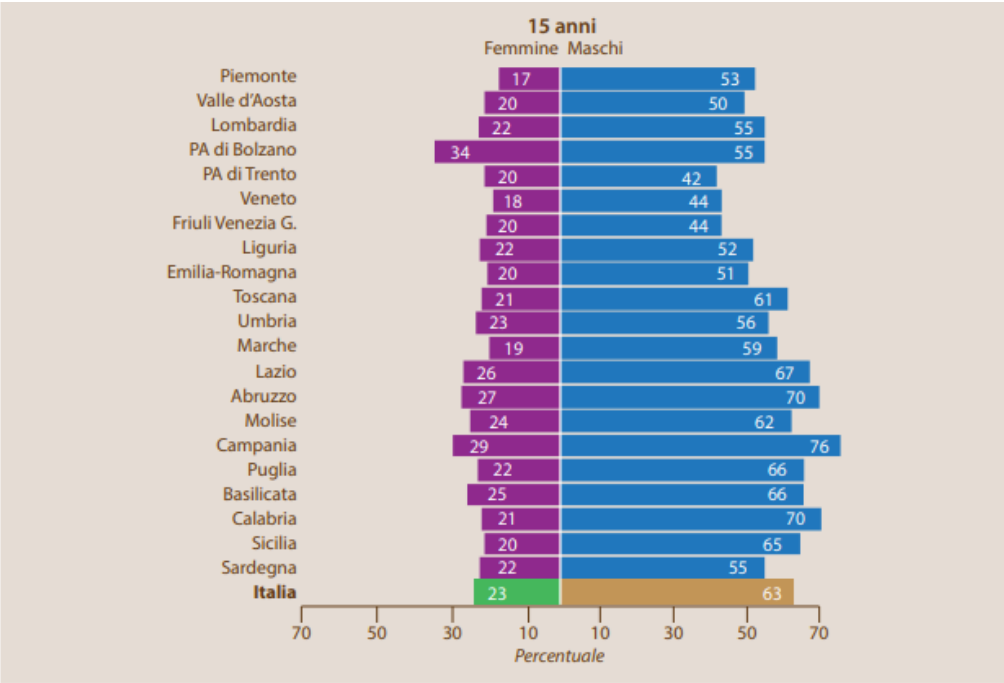
Dalle risposte degli intervistati agli item della scala SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents) che il questionario HBSC ha proposto loro, emerge che la maggior parte degli studenti lombardi (95,2%) ha un comportamento di gioco non problematico. È il 4,8% di loro a mostrare un livello di gioco a rischio o, addirittura, problematico; sono i maschi, inoltre, ad essere maggiormente caratterizzati da esperienze di gioco a rischio/problematiche. Segue figura con percentuale di quindicenni con gioco d’azzardo a rischio e problematico, suddivisi per genere.



Rispetto all’“aver giocato almeno una volta nella vita” il 36,5% dei ragazzi 15enni dichiara di averlo, percentuale in calo rispetto a quella del 2014, corrispondente a circa la metà del campione. Il numero di giocatori a rischio o problematici è costante (4,3% nel 2014 e 4,8% nel 2018), sebbene sia da considerare l’aumento di tale dato nella popolazione maschile (7,1% nel 2014 contro il 9,8% nel 2018).

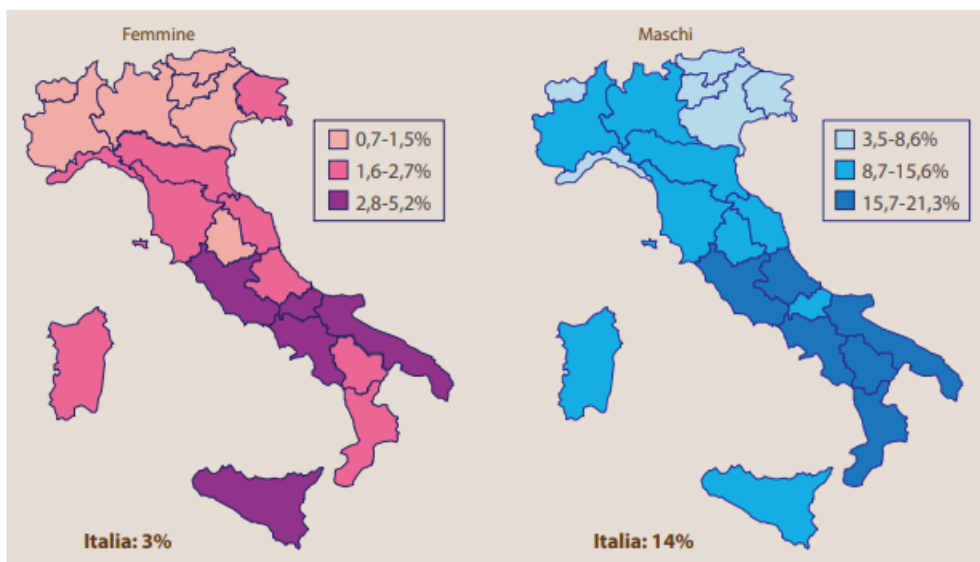


In sintesi, ha scommesso o giocato denaro, almeno una volta nella vita, il 36,5% degli studenti intervistati. Considerando che il gioco d’azzardo è vietato ai minorenni, ciò deve interrogare chi si occupa di salute pubblica ed educazione. Il gioco a rischio o problematico riguarda il 4,8% del campione. In entrambi i casi sono i maschi ad essere più coinvolti nel fenomeno. Nel tempo si evidenzia come a distanza di quattro anni si rileva una diminuzione del numero degli studenti che ha giocato almeno una volta nella vita, che passano dal 42,7% al 36,5% del campione. Rispetto ai dati nazionali la Lombardia riporta un valore inferiore alla media nazionale tanto per la popolazione femminile (22% dato lombardo vs 23% dato nazionale) che per la popolazione maschile (55% dato lombardo vs 63% dato nazionale).



Rispetto al gioco problematico e a rischio nel contesto Lombardo il campione nella sua totalità passa dal 4,3% al 4,8% (stabile fra le femmine, in aumento dal 7,1% al 9,1% fra i maschi). Rispetto al contesto nazionale il dato è sopra alla media per la popolazione femminile (4,8% dato lombardo vs 3% dato nazionale) e inferiore alla media per la popolazione maschile (9,1% dato

lombardo vs 14% dato nazionale).



Azioni intraprese da Regione e SSR per la prevenzione e contrasto

Riconoscendo la complessità dei fenomeni che sottendono il GAP, la Lombardia ha attivato un coerente processo programmatico fortemente orientato alla appropriatezza, alla integrazione ed alla intersectorialità 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 sociosanitario, gli enti locali, i soggetti del terzo settore, le imprese e le associazioni di categoria.

Nello specifico, la LR 8/2013, all'interno dell'approccio sinergico e intersectoriale adottato, affida a ciascuna Direzione Generale la definizione e il governo delle politiche di contrasto al GAP nei settori di propria competenza, con riferimento a:

- Attività di prevenzione, formazione, informazione e sensibilizzazione svolte dalle ATS
- Attività di prevenzione realizzate dagli Enti Locali
- Attività di prevenzione nel setting scolastico
- Attività di formazione obbligatoria per gli esercenti
- Attività di contrasto: controlli e sanzioni
- Regolamentazione locale e sentenze TAR 2019: casi emblematici e spunti di riflessione
- Attività di comunicazione di Regione Lombardia
- Iniziative realizzate nell'ambito del Trasporto Pubblico Locale

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 precedente PRP 2015 – 2018, riattualizzati nei più recenti Piano Nazionale della Prevenzione e Piano Regionale della Prevenzione riferiti al quinquennio 2020-2025, nonché ai percorsi di presa in carico.

Trasversalmente alla programmazione per setting, il PNP declina le azioni specifiche riferite alla prevenzione di sostanze e comportamenti, tra cui il GAP, nel PP 4 "Dipendenze".

All'interno del PNP 2020-2025, il disturbo da gioco d'azzardo è trattato e inserito fra le dipendenze da sostanze e comportamenti (Macro Obiettivo Centrale "Dipendenze da sostanze e comportamenti"), da prevenire e contrastare attraverso interventi multicomponente, intersettoriali e trasversali a diversi setting e ai rispettivi Programmi Predefiniti (PP), ovvero:

- PP1 - Scuole che promuovono salute;
- PP2 – Comunità Attive
- PP3 – Luoghi di lavoro che promuovono salute

Il PRP 2020-2025 ricalca la medesima impostazione in Obiettivi Centrali e Programmi Predefiniti del PNP, declinandola da una prospettiva sensibile e adattata al contesto regionale lombardo.

Nell'ultimo quadriennio, inoltre, buona parte degli interventi di tipo più strettamente preventivo e di contrasto al GAP è avvenuta nell'ambito dell'implementazione di indirizzi programmatori regionali specificamente rivolti al fenomeno, primo tra tutti il Piano Regionale di Attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico, approvato con DGR 585 del 1/10/2018, di concerto tra le DDGG Welfare e Politiche Sociali, Abitative e Disabilità. Il Piano si è caratterizzato quale documento programmatico di sistema, perseguendo e promuovendo il coinvolgimento di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nella governance regionale definita dalla stessa LR 8/2013. Gli Obiettivi e le linee di attività declinati al suo interno hanno inoltre rappresentato la base per gli Indirizzi alle ATS per la predisposizione dei rispettivi Piani Locali per la prevenzione e il contrasto al GAP.

Accanto alla DGR 585/2018, indicazioni altrettanto specifiche sono state oggetto di trattazione e sviluppo all'interno delle DGR 7803/2018 (Approvazione della Convenzione con l'Ufficio Scolastico Regionale della Lombardia per il sostegno ai progetti di sensibilizzazione nelle scuole sul contrasto al gioco d'azzardo anni scolastici 2017/2018 e 2018/2019 – LR 8/2013), DGR 1114/2018 (Determinazioni di azioni locali di sistema nell'ambito della programmazione delle progettualità degli enti locali per la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico in attuazione della LR 21 ottobre 2013 n. 8) e DGR 2609/2019 (Azioni Locali di Sistema nel contesto degli ambiti territoriali in materia di Prevenzione e Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (LR 21 ottobre 2013, n. 8)).

Coerentemente all'approccio integrato promosso da tutte le suddette politiche, il complesso delle azioni implementate in materia di prevenzione e contrasto del GAP è avvenuto tramite la collaborazione e la costruzione di partnership tra le singole ATS (nelle declinazioni organizzative dei DIPS e dei PIPSS), gli Ambiti territoriali e altri settori/soggetti del contesto locale, perseguendo inoltre la logica di intervento per setting.

Nello specifico, le azioni programmate nel setting "luoghi di lavoro" e "scuola", che trovano ambiti di declinazione specifica riferita alla prevenzione del GAP sia nel precedente Piano Regionale (DGR 585/2018) che nella sua proposta di aggiornamento presentata in questa sede, possono essere così sintetizzate.

"Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro" (PP3)

Il Programma "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia" si fonda sul promuovere e attivare processi e interventi tesi a sostenere i principali fattori che contribuiscono a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute". Il programma mira al miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro in termini di incremento

delle opportunità per l'adozione di scelte comportamentali salutari, all'incoraggiamento del personale a partecipare ad attività salutari ed alla crescita personale, all'affermarsi di politiche di conciliazione famiglia – lavoro, alla prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso, allo sviluppo nei diversi contesti di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione “tolleranza disfunzionale”.

Il Programma prevede che le Imprese/Aziende aderenti si impegnino a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili su alcune tematiche prioritarie in associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale e lo sviluppo sostenibile. Le aree prioritarie prevedono l'adozione di Pratiche Evidence based o raccomandate (definite “Buone Pratiche”) per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute e la prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, in particolare quindi in tema di alimentazione, tabagismo, attività fisica, alcool e dipendenze e collabora con le Reti Territoriali di Conciliazione, istituite in ogni provincia lombarda, al fine di promuovere l'adozione da parte delle imprese e degli enti pubblici di percorsi di Responsabilità Sociale (buone prassi di conciliazione vita – lavoro, miglioramento del benessere organizzativo, welfare aziendale per il benessere del lavoratore e il raccordo con servizi sanitari in relazione a programmi di prevenzione).

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 2021, il programma attualmente raggiunge circa 220.000 lavoratori.

“Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS – SHE Lombardia” (PRP - Programma 1)

Il Programma “Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia” 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 attenzioni e 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, non profit, associazionismo, volontariato ecc.), così che benessere e salute diventino reale “esperienza” nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali.

A questo scopo avviano un processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che bersagliano contestualmente:

- lo sviluppo di competenze individuali (life skills)
- la qualificazione dell'ambiente sociale (clima organizzativo, ecc.)
- il miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo (mense scolastiche, snack, palestre, cortili, pedibus, ecc.)
- 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. I contenuti del Programma sono offerti a tutte le Scuole del territorio regionale dalle ATS che svolgono ruolo di accompagnamento e consulenza scientifica–metodologica nel processo di miglioramento delle condizioni di salute delle Scuole della Rete e nel coinvolgimento delle altre Scuole nella Rete stessa.

Le Scuole (IC) aderenti al Programma nell'A.S. 2020 – 2021 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.

Un primo passaggio significativo è stato segnato attraverso azioni territoriali attivate dai Comuni, singoli o associati, a partire dal bando (ex DGR 6310/2018) dedicato agli Enti locali, tramite cui Regione Lombardia ha stanziato risorse pari a 2.000.000 di euro, che hanno consentito di sostenere 92 progetti realizzati anche attraverso partnership tra Enti locali, reti di terzo settore, altri attori pubblici, e privati. Tali progetti si sono conclusi a fine 2018.

A partire dalle azioni realizzate dagli Enti Locali attraverso i bandi regionali, si sono evidenziate progettualità ed azioni meritevoli di essere sistematizzate e diffuse: attraverso la DGR 1114 (Determinazioni di azioni locali di sistema nell'ambito della programmazione delle progettualità degli enti locali per la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico in attuazione della L.r. 21 ottobre 2013 n. 8) e con la successiva DGR 2609 (Azioni Locali di Sistema nel contesto degli ambiti territoriali in materia di Prevenzione e Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (l.r. 21 ottobre 2013, n. 8)), si è avviata (DGR 1114/18) e consolidata (DGR 2609/19) la realizzazione di un'azione di sistema, a carattere sperimentale, per l'adozione di un modello organizzativo e di governance efficace e sostenibile, in grado di razionalizzare e ottimizzare le risorse economiche e professionali destinate per le azioni di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico, consolidando a livello di Ambito/Ambiti territoriali le azioni già realizzate su parte del territorio e replicando buone prassi.

I dati relativi ai Servizi e all'Utenza in carico nelle Strutture del SSR

I Servizi

Nell'ottica di promuovere sempre più una cultura tesa alla diagnosi precoce e all'intervento tempestivo, scevra da pregiudizi e che veda la salute mentale avere pari attenzione di quella fisica, è presente in Lombardia una ricca rete di servizi territoriali per l'area delle dipendenze:

- 74 strutture ambulatoriali pubbliche (Ser.D)
- 12 private accreditate (SMI)
- 163 strutture residenziali/semiresidenziali

Sul territorio lombardo, per quanto riguarda nello specifico, l'assistenza ai giocatori d'azzardo patologici e alle loro famiglie Regione Lombardia vede la presenza di Servizi Pubblici e del Privato Accreditato dedicati e specializzati.

I servizi per il DGA, sia a livello di informazione/consulenza rispetto alla problematica, sia a livello di diagnosi e presa in carico, sono potenziati in ragione delle azioni di cui ai sotto obiettivi 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4 (ex DGR 585/18).

Si evince un quadro che mostra la complessità e ricchezza del sistema di intervento attivato, in parte già precedentemente esistente alla approvazione dei nuovi LEA e all'inserimento del DGA tra le patologie da trattare a carico del SSR. In alcune ATS sono presenti altresì Servizi privati accreditati che hanno previsto equipe specifiche dedicate alla presa in carico di pazienti DGA.

Ogni Servizio è strutturato in una o più **equipe multidisciplinare** composte da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori. Una parte del personale rientra negli organici dei vari Servizi, mentre circa il 30% è garantito da contratti di consulenza finanziati con le risorse previste dai Piani Locali GAP.

Tutto il personale, sia dipendente che consulente, prima di essere dedicato al trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo ha seguito percorsi di formazione specifici.

Nei territori di tutte le ATS sono state avviate equipe dedicate e si rilevano:

- n. 13 **Sportelli di Ascolto presso Poli ospedalieri** (sotto obiettivo 3.1)
- n. 61 **Servizi Territoriali Pubblici: Ser.D/NOA** – Servizi per le Dipendenze /Nuclei Operativi Alcologia (sotto obiettivo 3.3)
- n. 12 **Servizi Territoriali Privati Accreditati: SMI** – Servizi Multidisciplinari Integrati (sotto obiettivo 3.3)

Per favorire l'aggancio e l'informazione ai cittadini, l'elenco dei Servizi è pubblicato sul **sito regionale NO SLOT** e costantemente aggiornato.

Il Piano Regionale GAP ha previsto inoltre, nel sotto obiettivo 3.4, la presenza di equipe specifiche per l'individuazione dei giocatori d'azzardo patologico anche tra i soggetti detenuti affetti da dipendenza da sostanze, avviando **attività di diagnosi e cura del DGA negli Istituti Penitenziari**.

Sono stati erogati fondi alle ASST per la stipula di contratti di consulenza per operatori specializzati e, sulla base della analisi dei Piani Locali presi in considerazione, sono state attivate:

- n. 12 **equipe nelle carceri**.

Sono stati effettuati numerosi interventi formativi, in particolare per mettere in grado le equipe all'interno delle carceri di formulare diagnosi differenziali in caso di poli tossicodipendenza

Il Piano Regionale GAP ha previsto altresì, nel sotto obiettivo 3.2, l'avvio sperimentale di **percorsi residenziali dedicati e specializzati per la cura del DGA**. I Servizi residenziali e semiresidenziali - previsti in ottemperanza ai LEA - si dividono in due categorie principali:

- Servizio di Diagnosi, definizione dell'esigenza e primo trattamento
- Servizi di Trattamento.

I Servizi di trattamento sono, a loro volta, suddivisi in 3 tipologie, in considerazione delle strategie

elettive previste nella realizzazione dell'intervento:

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

Sono quindi in corso di sperimentazione 4 tipologie di moduli innovativi residenziali e semiresidenziali a completamento dell'offerta trattamentale.

Le tipologie dei progetti previsti tengono conto dei seguenti criteri di inserimento: esigenza di allontanamento temporale dell'utente dalla realtà della vita quotidiana e necessità di un contesto protetto e tutelante anche talvolta per la situazione debitoria, bisogno di un intervento trattamentale che si declini sulle 24 h, impossibilità di ipotizzare trattamenti ambulatoriali.

Gli obiettivi previsti per i Servizi Residenziali e Semiresidenziali sono i seguenti: definire e condividere l'esigenza dell'utente a fronte della domanda/bisogno esplicito; valutare l'appropriatezza della richiesta di inserimento nel progetto terapeutico; realizzare i progetti di intervento individualizzati redatti dai Servizi Territoriali che hanno in carico il paziente.

Regione Lombardia ha avviato un Tavolo di lavoro specifico sui risultati raggiunti da questa sperimentazione al fine di valutare l'opportunità di mettere a sistema i posti dedicati.

L'impatto della crisi pandemica ha però rallentato e modificato gli accessi alle strutture, ma sono state comunque possibili delle valutazioni preliminari.

In merito allo sviluppo delle prossime azioni progettuali, si ritiene che la sperimentazione sulla residenzialità/semiresidenzialità vada ripensata e orientata verso la realizzazione di **strutture o moduli dedicati e specializzati**, per un'utenza DGA specifica, che privilegino brevi periodi di inserimento, semiresidenzialità e valorizzino maggiormente moduli misti, comprensivi di percorsi di trattamento ambulatoriali/territoriali.

Gli inserimenti residenziali, confluiti, in questi anni, prevalentemente in un numero limitato di strutture che hanno dedicato la totalità dei posti alla patologia DGA, appaiono infatti efficienti nel rispondere ai bisogni dell'utenza in termini di stabilizzazione, trattamento intensivo del DGA e delle problematiche psichiche sottese, propedeutici al reinserimento familiare e socio-lavorativo.

Di seguito si riporta la tabella dei **Servizi residenziali e semiresidenziali** attivati

ENTE	STRUTTURA	COMUNE	POSTI	TIPOLOGIA	DIAGNOSI	RES. BREVE	RES. CLASSICO	SEMIRES.
Fondazione e Progetto Arca	Progetto Arca	Milano	2	Residenziale	X			
Fondazione e Somaschi	Comunità Approdo Sicuro	San Zenone al Lambro (MI)	4	Residenziale	X	X	X	
Coop. Comunità del Giambellino	Comunità d'Orsay	Milano	2	Residenziale		X	X	
Coop. Centro Gulliver	Comunità la Collina	Varese	3	Residenziale e semiresidenziale	X	X	X	X

				ziale				
Coop. Centro Gulliver	Comunità Padre Beccaria	Varese	2	Semiresidenziale	X			X
Coop. Arca di Como	Arca di Como	Como	3	Residenziale		X	X	
CREST s.r.l.	Comunità CREST	Cuveglia (VA)	10	Residenziale	X	X	X	
Associazione Il Gabbiano	Comunità di Calolziocorte	Calolziocorte (LC)	2	Residenziale		X	X	
Associazione Opera Bonomelli	Rolling Stones	Bergamo	3	Residenziale			X	
Coop. Famiglia Nuova	Kairos	Cisano Bergamasco (BG)	1	Residenziale e semiresidenziale			X	
Comunità Emmaus	Comunità Emmaus	Chiusduno (BG)	6	Semiresidenziale	X	X	X	
Comunità Emmaus	Comunità Emmaus	Chiusduno (BG)	8	Semiresidenziale				X
Coop. Il Calabrone	ZeroVerde	Brescia	7	Semiresidenziale	X			X
Coop. Bessimo	Regina di Cuori	Cellatica (BS)	7	Residenziale	X	X	X	
Coop. Fraternità	Spazio OFF	Ospitaletto (BS)	15	Semiresidenziale				X
Coop. Fraternità	Il Frassino	Ospitaletto (BS)	3	Residenziale				
Coop. Contatto	Casa san Giuseppe	Brescia	4	Residenziale e semiresidenziale	X	X	X	X
Coop. Gaia	Gaia Comunità	Lumezzane (BS)	6	Semiresidenziale				X
Coop. Gaia	Gaia Comunità	Lumezzane (BS)	3	Residenziale		X	X	
Coop. Il Mago Oz	Comunità Donatello	Brescia	4	Residenziale	X	X	X	
S.c.s.o. Pinocchio	Comunità Pinocchio	Rodengo Saiano	3	Residenziale	X	X	X	

		(BS)						
Fondazione don Enzo Boschetti	Cooperativa sociale Casa del Giovane	Pavia	10	Residenziale e Semiresidenziale	X	X	X	X
Associazione Arca Centro Mantovano o si Solidarietà	Il sestante	Marengo di Marmirolo (MN)	7	Residenziale	X	X	X	X
Coop. Il Mago di Oz	Centro Diurno Psicoergoterapico	Spinadesco (CR)	2	Semiresidenziale	X			X
Associazione Il Gabbiano	Comunità Il Gabbiano	Villa di Tirano (SO)	2	Residenziale		X	X	

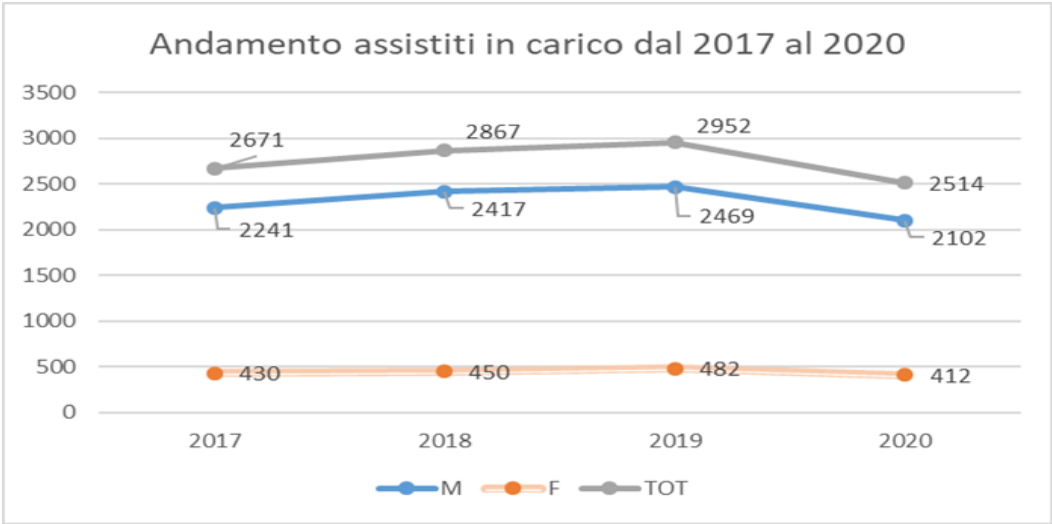
L’Utenza assistita

Nel 2019 il numero di utenti ha raggiunto il suo massimo con oltre 3.000 utenti in carico.

Il 2020 - con le problematiche legate alla nota situazione pandemica e alla conseguente chiusura dei punti di gioco – ha visto una diminuzione delle possibilità di gioco d’azzardo, soprattutto nelle forme più tradizionali, con un picco però riscontrato appena dopo l’allentamento delle norme, soprattutto del gioco via web.

Questo dato, unito alle misure precauzionali messe in atto anche dai Servizi, ha visto come conseguenza una leggera diminuzione degli accessi ai Servizi di cura.

Nel 2020 il **totale degli assistiti è stato pari a 2.514 unità**, di cui il 16% di sesso femminile.



Le fasce d'età prevalenti sono fra i 35 e i 54 anni, le femmine risultano leggermente più anziane. La maggior parte dei soggetti è rappresentata in larga misura da maggiorenni in età lavorativa. A livello regionale la quota dei giovani (soggetti sino a 34 anni) è pari a circa il 20% del totale, mentre è rilevante l'incidenza degli anziani (persone con 65 anni e più), pari all'13% del totale degli utenti.

Il dato riflette la curva normale della popolazione, ma evidenzia come l'accesso alle cure avviene molti anni dopo l'inizio dell'abitudine del gioco. Mediamente, come per altre forme di dipendenza, la percezione e la consapevolezza del problema, la motivazione alla cura e la successiva richiesta di cura avvengono dopo un **lungo periodo di latenza** (almeno sette anni).

Questo ritardo contribuisce in modo significativo all'aggravamento del quadro patologico e alla comparsa di problematiche correlate (psichiatriche ed economiche oltre che sociali e relazionali).

Di seguito la tabella degli assistiti divisi per ATS e comprensiva dei soggetti trattati presso gli Istituti Penitenziari.

ATS	2017			2018			2019			2020		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
BERGAMO	208	59	267	217	55	272	226	55	281	237	54	291
BRESCIA	355	74	429	340	68	408	360	91	451	353	76	429
BRIANZA	347	55	402	376	61	437	374	59	434	308	50	358
INSUBRIA	307	37	344	378	56	434	393	59	452	321	53	374
MILANO CITTÀ METROPOLITANA	614	130	744	691	119	810	678	127	805	548	103	651
MONTAGNA	85	20	105	67	25	92	78	16	94	51	20	71
PAVIA	99	23	122	116	26	142	103	22	125	77	19	96
VAL PADANA	226	32	258	232	40	272	257	53	310	207	37	244
TOT. LOMBARDIA	2.241	430	2.671	2.417	450	2.867	2.469	482	2.952	2.102	412	2.514

Nella tabella è possibile il confronto fra anno 2019 vs 2020 rispetto agli assistiti e al valore delle prestazioni LEA erogate (dato ricavato da flusso AMB). Come si evince dalla tabella e meglio descritto nel resto della relazione, tutti i Servizi dedicati hanno erogato livelli di produzione, di presa in carico e di erogazione delle prestazioni analoghi agli anni precedenti malgrado le note difficoltà prodotte dall'emergenza pandemica.

Tutti i Servizi hanno mantenuto aperte le accoglienze dei nuovi casi e sostituito, nei momenti più critici, le prestazioni in presenza con prestazioni da remoto tramite videochiamate.

ATS	Valore prestazioni LEA erogate nel biennio 2019-2020 raggruppate per ATS			
	2019		2020	
	numero utenti	valore prest. Erogate AMB	numero utenti	valore prest. Erogate AMB
BERGAMO	281	99.235 €	291	142.061 €
BRESCIA	451	298.200 €	429	327.842 €
BRIANZA	434	216.121 €	358	168.382 €
INSUBRIA	452	126.062 €	374	111.074 €

MILANO CITTÀ METROPOLITANA	805	446.309 €	651	323.343 €
MONTAGNA	94	36.757 €	71	27.113 €
PAVIA	125	37.310 €	96	14.211 €
VAL PADANA	310	71.099 €	244	74.920 €
Totale complessivo	2952	1.331.093 €	2514	1.188.945 €

L’incidenza dei nuovi accessi, ovvero di persone che per la prima volta si rivolgono ai Servizi con una richiesta di aiuto, rispetto al numero di assistiti in carico almeno dall’anno precedente, è significativamente maggiore rispetto ad altre forme di dipendenza. Nei tre anni precedenti alla pandemia le percentuali fra nuovi ingressi e assistiti in carico era del 47 % sul totale e, anche nel 2020, pur con tutte le limitazioni sopradescritte, resta un dato significativo.

