REGIONE MARCHE
Assemblea legislativa

deliberazione n. 65

PIANO REGIONALE INTEGRATO 2017/2018 PER IL CONTRASTO, LA PREVENZIONE E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP) E DELLA DIPENDENZA DA NUOVE TECNOLOGIE E SOCIAL NETWORK. LEGGE REGIONALE 7 FEBBRAIO 2017, N. 3, ARTICOLO 9, COMMA 1.

———————

ESTRATTO DEL PROCESSO VERBALE
DELLA SEDUTA DEL 14 NOVEMBRE 2017, N. 82

———————

Il Presidente pone in discussione il seguente punto all'o.d.g.: proposta di atto amministrativo n. 42/17 a iniziativa della Giunta regionale "Piano regionale integrato 2017/2018 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da gioco d'azzardo patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e social network. Legge regionale 7 febbraio 2017, n. 3, articolo 9, comma 1" dando la parola al consigliere di maggioranza Luca Marconi e al consigliere di minoranza Elena Leonardi, relatori della IV Commissione assembleare permanente;

omissis

Al termine della discussione, il Presidente pone in votazione la seguente deliberazione:

L’ASSEMBLEA LEGISLASTIVA REGIONALE

Visto il comma 1 dell’articolo 9 della legge regionale 7 febbraio 2017, n. 3 (Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d’azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network) che prevede che il Consiglio-Assemblea legislativa regionale approvi, annualmente, su proposta della Giunta regionale, il Piano regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da gioco d’azzardo patologico;

Vista la proposta della Giunta regionale;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d), della l.r. 15 ottobre 2001, n. 20 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport e del Dirigente del Servizio Sanità reso nella proposta della Giunta regionale;

Vista l’attestazione della copertura finanziaria di cui all’articolo 48 della l.r. 11 dicembre 2001, n. 31, resa nella proposta della Giunta regionale;

Preso atto che la predetta proposta è stata preventivamente esaminata, ai sensi del comma 1 dell'articolo 22 dello Statuto regionale, dalla Commissione assembleare permanente competente in materia;

Visto il parere obbligatorio, reso ai sensi del comma 3 dell'articolo 22 dello Statuto regionale dalla Commissione assembleare competente in materia finanziaria;

Visto il parere espresso, ai sensi dell’articolo 11, comma 2, della l.r. 10 aprile 2007, n. 4, dal Consiglio delle autonomie locali, nel termine ridotto dal Presidente dell'Assemblea legislativa ai sensi dell'articolo 12, comma 3, della citata legge;

Visto il parere espresso, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, della l.r. 26 giugno 2008, n. 15, dal Consiglio regionale dell’economia e del lavoro, nel termine ridotto dal Presidente dell'Assemblea legislativa ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera b), della citata legge;

Visto l’articolo 21 dello Statuto della Regione;

D E L I B E R A

di approvare il “Piano regionale integrato 2017/2018 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da gioco d’azzardo patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e social network. Legge regionale 7 febbraio 2017, n. 3, articolo 9, comma 1” di cui all’allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.

Avvenuta la votazione, il Presidente ne proclama l'esito: "l’Assemblea legislativa regionale approva"

IL PRESIDENTE
f.to Antonio Mastrovincenzo

I CONSIGLIERI SEGRETARI
f.to Boris Rapa
f.to Mirco Carloni

Allegato A

Piano regionale integrato 2017/2018 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da gioco d'azzardo patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e social network (Legge regionale 7 febbraio 2017, n. 3)

INDICE

1. LA STRUTTURA DEL PIANO

2. INQUADRAMENTO GENERALE
    a. Introduzione
    b. Definizioni
    c. Il contesto Ue, nazionale e regionale
       Quadro normativo
       Alcuni dati sul fenomeno
    d. Principi di prevenzione
       Principi generali
       Prevenzione ambientale
       Prevenzione del gioco d'azzardo su internet

3. OBIETTIVI E FINALITA' - CRITERI PER LA PROGETTAZIONE TERRITORIALE
    a. Indicazioni operative
    b. Obiettivi generali/linee d'intervento ed obiettivi specifici
    c. Obiettivi specifici: vedi Tabella 1
    d. Azioni: vedi Tabella 2

4. STRATEGIA REGIONALE
    a. Linee d'intervento
    b. Funzioni e Competenze

5. TARGET

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' - INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE
    a. Prevenzione
    b. Informazione e consulenza
    c. Diagnosi, cura e riabilitazione
    d. Formazione

7. RESPONSABILITA' DELLE AZIONI

8. RISORSE E PIANO FINANZIARIO - RIPARTIZIONE DELLE RISORSE
    a. Il fondo nazionale
    b. Criteri di ripartizione del fondo

9. COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO
    a. Comitato regionale di coordinamento
    b. Monitoraggio
    c. Valutazione dei risultati conseguiti

10. MODALITA' OPERATIVE

1. STRUTTURA DEL PIANO

Il presente Piano si inserisce nella più ampia programmazione regionale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di persone con problemi di dipendenze patologiche.

Il sistema sociosanitario regionale dei servizi per le persone con problemi di dipendenza è articolato in 5 Dipartimenti integrati per le dipendenze patologiche (DDP), composti da strutture dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR-Servizi territoriali per le dipendenze patologiche STDP), dagli Enti accreditati (EA) e dai rappresentanti degli Ambiti territoriali sociali (ATS, aggregazioni di Comuni).

Il livello territoriale di competenza di ciascun DDP è di Area vasta (AV) provinciale.

Con il termine DDP integrato s'intende quindi un dipartimento che nel suo organo decisionale (Comitato di dipartimento) include anche i rappresentanti degli enti accreditati e degli ATS.

Come previsto nel decreto del Ministero della Salute del 06 Ottobre 2016, concernente la ripartizione e l'utilizzo del Fondo per il Gioco d'azzardo patologico (GAP), la Regione ha redatto il presente Piano d'azione.

Il Piano ha durata biennale 2017/2018 e prevede azioni di prevenzione del GAP, di contrasto dell'offerta, di cura e riabilitazione delle persone con dipendenza patologica da gioco d'azzardo.

Considerato che le caratteristiche della dipendenza da gioco d'azzardo rispetto alle dipendenze da sostanze psicotrope legali ed illegali richiedono competenze specifiche degli operatori, si prevede un investimento di una quota delle risorse complessive anche nel settore della formazione. Specifica attenzione viene dedicata anche ad azioni come l'assistenza legale ed economica e la lotta all'usura nei confronti delle persone che hanno contratto forti debiti determinate dal GAP.

Il Piano prevede infine azioni di monitoraggio, studio del fenomeno e valutazione delle attività realizzate.

L'investimento complessivo per il periodo di riferimento è pari ad € 2.631.850,00 cui concorrono il fondo sanitario indistinto 2016, 2017 e2018.

La legge regionale 7 febbraio 2017, n. 3 concernente "*Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network*", nel perseguire finalità ed obiettivi sostanzialmente coerenti con il presente Piano, prevede a sua volta (articolo 9) l'approvazione di un "*Piano regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da GAP*". Corre l'obbligo di sottolineare, quindi, che nella stesura del presente Piano si è perseguito anche l'obiettivo di armonizzare la programmazione regionale (ai sensi della legge regionale) con gli indirizzi ministeriali contenuti nel d.m. Salute sopra citato.

2. INQUADRAMENTO GENERALE

a. INTRODUZIONE

Il gioco d'azzardo (GA), occasione di per sé non patologica, è un fenomeno di dimensioni progressivamente rilevanti, ad oggi più stimato che misurato. In alcuni soggetti vulnerabili può determinare rischi di dipendenza comportamentale: il gioco d'azzardo patologico (GAP).

L'insorgere della condizione patologica è direttamente connessa alla perdita di spontaneità, di libertà e di piacere presenti nella situazione ludica e all'instaurarsi di una ripetitività ossessiva e irrinunciabile, che annulla la volontà del soggetto, lo aliena dalla realtà e lo stravolge nella sua quotidianità.

Il gioco d'azzardo patologico è una condotta che può rintracciarsi in differenti profili di personalità e in contesti sintomatologici di diversa gravità. Denominatore comune è, al di là delle razionalizzazioni addotte dal giocatore (difficoltà economica, crisi lavorativa, recupero delle perdite), la sofferenza interna alla persona che in questo modo si esprime. Oltre ad essere sintomo del dolore psichico, ne rappresenta,

allo stesso tempo, un tentativo di difesa (scarico della tensione, eccitazione antidepressiva, blocco del pensiero).
Per l'insistenza su simili meccanismi, è definibile, con altre manifestazioni di abuso (ad es. le sostanze psicoattive), dipendenza patologica. Più specificatamente, insieme alle altre forme di gioco problematico (eccesso di videogiochi, dipendenza da internet, consumo eccessivo di videopornografia) è qualificata come dipendenza comportamentale. Tali affinità spiegano la concomitanza nella stessa persona di più comportamenti compulsivi e il facile passaggio dall'uno all'altro. Rispetto alle conseguenze apportate, se il danno più evidente è di tipo economico, in breve si riscontrano effetti disastrosi in tutti i settori della vita dell'individuo: annullamento della vivacità sociale e culturale, rovina professionale, crisi familiare, morte psichica. Spesso conduce all'attuazione di azioni illecite ed illegali e alla messa in atto di propositi suicidari. Al pari di altre dipendenze comportamentali e a differenza delle altre condotte di abuso, il GAP si caratterizza per alcune specificità:

- la condizione problematica si struttura nell'ambito di uno stile lecito e socialmente accettato, non ragionevolmente estinguibile;
- l'accessibilità e la fruibilità del gioco sono in alcuni casi illimitate (si pensi al gioco online fruibile da qualsiasi pc o *smartphone* 24 ore su 24).

Per ostacolarne l'evoluzione morbosa, l'atto preventivo si rende pertanto di importanza assoluta.
In sintesi, il GAP è espressione della sofferenza profonda della persona. La concomitanza con altre condotte compulsive, la compresenza di patologie psichiatriche, la determinazione di effetti nefasti a livello personale e familiare ne fanno, oltre che un dramma individuale, un'emergenza socioeconomica e un problema di salute pubblica. Come tale necessita, per le azioni di prevenzione, di contrasto, di cura e di riabilitazione, di un intervento di personale specializzato (psicologo, medico, assistente sociale, educatore della riabilitazione, consulente legale), in grado di fornire diagnosi precoci e trattamenti mirati.

b. DEFINIZIONI[1]

- Gioco d'azzardo informale e ricreativo: comportamento fisiologico che necessita comunque di consapevolezza dei potenziali rischi. Le principali caratteristiche sono: la fruizione saltuaria, la motivazione fondata sulla socializzazione o sulla competizione, costi contenuti per il soggetto.
- Gioco d'azzardo problematico: comportamento volontario a rischio per la salute mentale, fisica e sociale dell'individuo, che necessita di diagnosi precoce e trattamento. Principali caratteristiche: rispetto al gioco ricreativo aumenta la frequenza di gioco, il tempo ed il denaro ad esso dedicato.
- Gioco d'azzardo patologico: dipendenza patologica neuropsicobiologica con conseguenze sanitarie e socioeconomiche, che necessita di diagnosi, cura e riabilitazione. Rispetto al gioco problematico: la fruizione è intensiva, si manifesta la crisi da astinenza ed è frequente la recidiva; ingenti sono i costi economici associati, fino all'indebitamento personale e familiare.
- Disordine da dipendenza da nuove tecnologie, internet, videogiochi e social network: dipendenza che sfocia nel patologico per la permanenza temporale dei soggetti "addicted" on line, con comportamenti ossessivi connotati dalla continua immersione in questo mondo virtuale pertanto con relativo distacco dalla realtà circostante. Anche questo disordine necessita, al pari del GAP, di un'adeguata diagnosi e di un efficace trattamento poiché mina anche i rapporti interpersonali e la serenità del nucleo familiare.

[1] Fonte: "*Gambling*", Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga, 2013

c. IL CONTESTO UE, NAZIONALE E REGIONALE

- **Il quadro normativo**

Il GAP si presenta come un fenomeno relativamente nuovo, con scarsi riferimenti normativi. A livello UE il Parlamento europeo ha approvato nel 2013 una risoluzione nella quale si afferma la legittimità degli interventi degli Stati membri a protezione dei giocatori: è necessario contrastare i possibili effetti negativi per la salute e a livello sociale, tenuto conto anche dell'enorme diffusione del gioco d'azzardo e del fenomeno delle frodi (anche attraverso campagne di monitoraggio del fenomeno e di sensibilizzazione dei cittadini – consumatori) oltre che svolgere un'azione di lotta alla criminalità. A livello nazionale si registrano ripetuti interventi legislativi da parte del Parlamento, fondati sull'esigenza di tutelare l'ordine e la sicurezza pubblica, di contrastare il crimine organizzato ed eventuali frodi e di salvaguardare minori e soggetti più deboli, oltre che per regolare i profili di carattere fiscale. L'atto più recente è il decreto Balduzzi che rappresenta un intervento più organico in materia (decreto legge 158/2012, convertito dalla legge 189/2012) che affronta diverse tematiche. In base al decreto Balduzzi è stato istituito inoltre l'Osservatorio per valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave. Nella legge di stabilità per il 2016 (legge 208/2015) sono state introdotte norme per sanzionare l'impiego dei c.d. totem (apparecchi che permettono di collegarsi con piattaforme per il gioco on line) ed avviare un processo di contenimento del numero delle slot machine. Sono state approvate anche disposizioni limitative della pubblicità, con riferimento sia agli orari in cui sono vietati i messaggi pubblicitari nelle tv generaliste sia ai contenuti dei messaggi stessi (per monitorare il comportamento del giocatore e generare messaggi di allerta). La maggior parte delle Regioni ha regolato le distanze tra i locali dove sono installati gli apparecchi da gioco ed i principali luoghi di aggregazione e/o permanenza di fasce vulnerabili della popolazione, ritenute ragionevolmente idonee ad arginare i richiami di facile ed immediato arricchimento.

A livello regionale, oltre al Piano regionale di prevenzione 2014/2018, sono stati realizzati alcuni progetti di prevenzione e di informazione in ciascuna Area Vasta ASUR da parte degli ATS in collaborazione con i Dipartimenti per le dipendenze patologiche ASUR.

La legge regionale 7 febbraio 2017, n. 3 concernente "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network", nel perseguire finalità ed obiettivi sostanzialmente coerenti con il presente Piano, prevede a sua volta (articolo 9) l'approvazione di un "Piano annuale regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da GAP".

La legge regionale 3/2017 ha tra le sue finalità la prevenzione e il trattamento della dipendenza da nuove tecnologie e social network. Al comma 2 dell'articolo 1 difatti è stabilitO che la Regione promuove interventi finalizzati anche alla prevenzione e al contrasto della dipendenza da nuove tecnologie e social network, inoltre promuove attività educative, sociali, sportive e culturali per la riduzione ed il contrasto degli effetti prodotti dalla realtà virtuale in minori, giovani e in tutte le altre fasce d'età.

- **Alcuni dati sul fenomeno**

Da un punto di vista storico, i dati pubblicati nel "Libro blu" Anno 2015 Area Monopoli dell'Agenzia Dogane e Monopoli-AMMS (tabella 1), evidenziano nel periodo 2013/2015, un incremento dei volumi di gioco sia a livello nazionale che regionale. Nelle Marche il numero degli utenti in trattamento ed il volume prestazionale correlato sono in costante aumento nell'ultimo triennio (tabelle 4 e 5).

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

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

Rete di vendita Giochi

Distribuzione territoriale della rete di vendita per tipologia di gioco (escluso il settore apparecchi da intrattenimento)

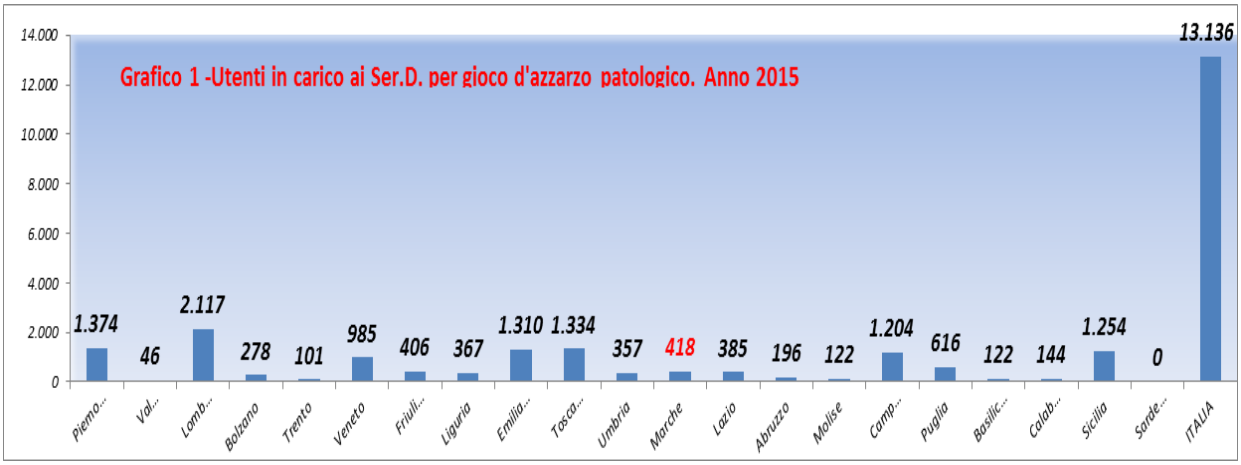
UFFICIO DEI MONOPOLI	Bingo	CONCORSI PRONOSTICI	GIOCHI NUMERICI A TOTALIZZ.	GIOCO IPPICO		GIOCO SPORTIVO			LOTTO E LOTTERIE	
	Numero Sale Bingo	N. Punti Vendita	N. Punti Vendita GNTN	N. Punti di Gioco Ippico	N. Negozi di Gioco Ippico	N. Punti di Gioco Sportivo	N. Negozi di Gioco Sportivo	N. Agenzie Sportive	N. Ricevitorie Lotto	N. Punti Vendita Lotterie
LIGURIA	6	195	834	4	76	103	19	1	1.020	1.539
LOMBARDIA	27	1.365	5.298	27	542	683	147	0	4.934	9.920
EMILIA ROMAGNA	20	491	2.548	12	161	224	80	0	2.437	4.640
LAZIO	28	1.019	3.824	23	331	478	144	0	3.331	6.942
CAMPANIA	28	1.653	3.769	49	383	833	326	0	3.411	6.122
SICILIA	28	832	2.750	18	332	344	101	0	2.890	5.133
SARDEGNA	5	204	1.074	0	148	49	5	0	1.015	1.675
ABRUZZO	6	266	910	4	124	118	27	0	988	1.929
CALABRIA	3	444	1.358	8	180	175	50	0	1.312	2.113
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	174	753	4	80	69	18	0	679	1.292
MARCHE	3	223	980	6	80	135	30	0	1.102	2.009
PIEMONTE e VALLE D'AOSTA	15	535	2.403	20	176	274	76	0	2.488	4.229
PUGLIA, BASILICATA e MOLISE	8	1.019	2.848	22	321	488	153	0	2.671	5.649
TOSCANA	11	532	2.214	5	203	242	59	0	2.135	4.190
UMBRIA	2	133	594	2	30	89	18	0	574	1.254
VENETO e TRENTINO ALTO ADIGE	15	673	2.916	22	294	305	73	0	3.042	5.822
Totale	208	9.758	35.073	226	3.461	4.609	1.326	1	34.029	64.458

Tabella 3 - Utenti in carico ai Ser.D. per gioco d'azzardo patologico (valore assoluto ed in rapporto alla popolazione ≥ 18 anni). Anno 2015

REGIONE/PPAA	UTENTI GAP	Popolazione ≥ 18 anni	UTENZA/POPOLAZIONE
Piemonte	1.374	3.725.752	3,69
Val d'Aosta	46	106.323	4,33
Lombardia	2.117	8.323.030	2,54
Bolzano	278	420.155	6,62
Trento	101	441.577	2,29
Veneto	985	4.096.020	2,40
Friuli Venezia Giulia	406	1.038.231	3,91
Liguria	367	1.353.147	2,71
Emilia Romagna	1.310	3.735.638	3,51
Toscana	1.334	3.172.076	4,21
Umbria	357	753.389	4,74
Marche	**418**	**1.300.347**	**3,21**
Lazio	385	4.922.321	0,78
Abruzzo	196	1.121.812	1,75
Molise	122	266.765	4,57
Campania	1.204	4.758.615	2,53
Puglia	616	3.385.203	1,82
Basilicata	122	485.105	2,51
Calabria	144	1.642.166	0,88
Sicilia	1.254	4.189.024	2,99
Sardegna	0	1.420.828	0,00
ITALIA	**13.136**	**50.657.524**	**2,59**

Fonte: Elaborazione Osservatorio regionale dipendenze da Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (Anno 2015 e primo semestre 2016)

Grafico 1 - Utenti in carico ai Ser.D. per gioco d'azzardo patologico. Anno 2015



Fonte: elaborazione grafica della Tabella 3 (valori assoluti) a cura dell'Osservatorio regionale dipendenze Marche

Tabella 4 - Distribuzione assoluta degli utenti trattati per GAP nei DDP dell'ASUR. Periodo 2013/2016

Anno di rilevazione	**2016**			**2015**			**2014**			**2013**		
ASUR AREA VASTA	*Nuovi*	*Già in carico*	***Totale***	*Nuovi*	*Già in carico*	***Totale***	*Nuovi*	*Già in carico*	***Totale***	*Nuovi*	*Già in carico*	***Totale***
AV. N.1	33	71	104	21	70	91	53	48	101	42	43	85
AV. N.2	73	104	177	69	112	181	63	79	142	67	51	118
AV. N.3	28	29	57	26	26	52	38	25	63	34	20	54
AV. N.4	22	41	63	18	49	67	38	31	69	20	30	50
AV. N.5	11	17	28	7	20	27	13	18	31	10	9	19
Totale	**167**	**262**	**429**	**141**	**277**	**418**	**205**	**201**	**406**	**173**	**153**	**326**

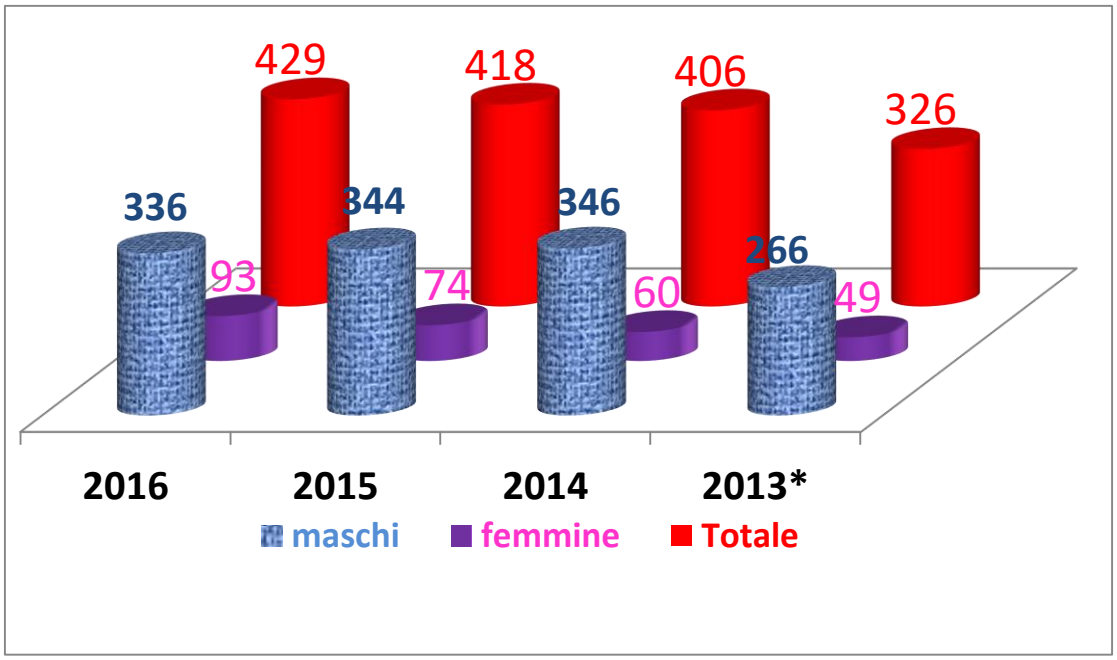
Note: Anno 2013 STDP Jesi dato non pervenuto.
Fonte dati: Dipartimento Politiche Antidroga rilevazione annuale dei dati relativi al trattamento per Comportamenti di Addiction-Gambling.
Elaborazione a cura dell'Osservatorio regionale dipendenze – ARS Regione Marche

Tabella 5 - Utenti assistiti dai DDP dell'ASUR Marche per addiction da gambling secondo la sede di erogazione e la tipologia delle prestazioni. Periodo 2013/2016

Anno di rilevazione	**2016**			**2015**			**2014**			**2013**		
	Sede del trattamento (*)			Sede del trattamento (*)			Sede del trattamento (*)			Sede del trattamento (*)		
	Ser.T	Struttura Socio-riabilitativa	Altra sede	Ser.T	Struttura Socio-riabilitativa	Altra sede	Ser.T	Struttura Socio-riabilitativa	Altra sede	Ser.T	Struttura Socio-riabilitativa	Altra sede
Tipologia prestazioni	Numero Soggetti	N. Soggetti	N. Soggetti	N. Soggetti	N. Soggetti	N. Soggetti	Numero Soggetti	Numero Soggetti	N. Soggetti	N. Soggetti	N. Soggetti	N. Soggetti
Visite	143	1	2	99	1	0	104	0	3	158	1	0
Colloqui	284	4	4	294	6	28	305	8	5	260	7	2
Psicoterapie	153	3	0	129	22	0	149	26	0	145	18	1
Reinserimento	34	4	22	48	9	23	23	2	0	33	1	0
Somministrazione farmaci	23	0	0	29	0	0	6	0	0	27	0	0
Totale (**)	398	8	28	416	28	51	397	32	5	310	21	2

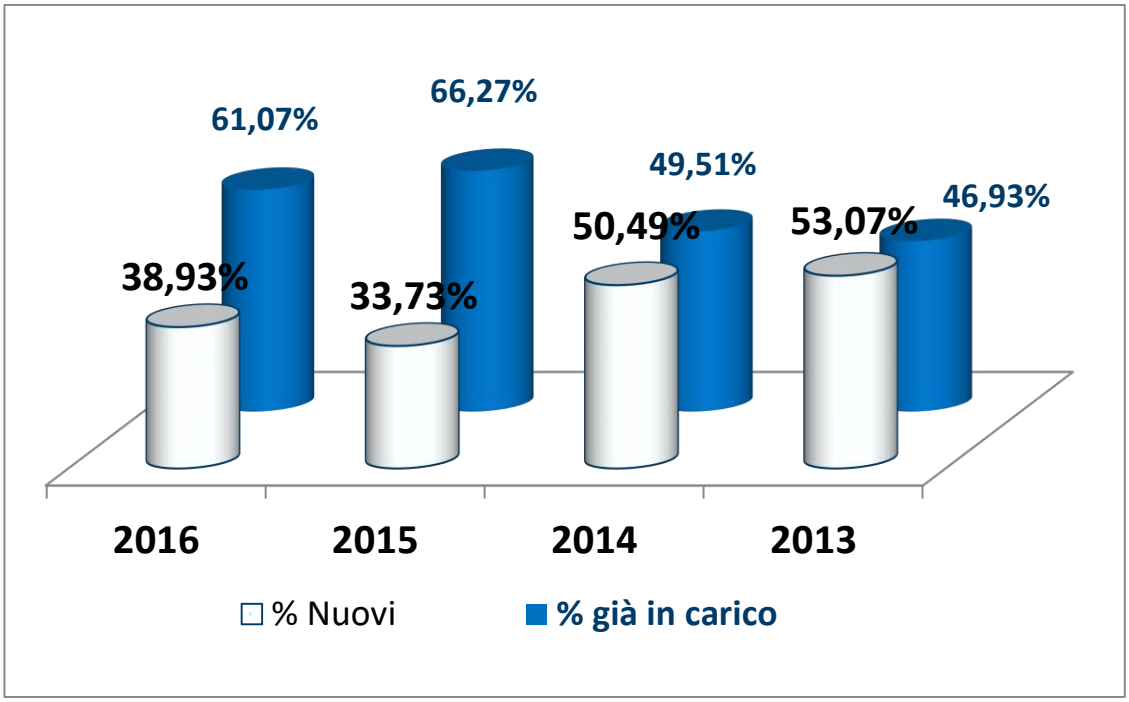
Note: Anno 2013 STDP Jesi dato non pervenuto.
Fonte dati: Dipartimento Politiche Antidroga rilevazione annuale dei dati relativi al trattamento per Comportamenti di Addiction-Gambling.
Elaborazione a cura dell'Osservatorio regionale dipendenze – ARS Regione Marche

Grafico 2: Utenti assistiti dagli STDP per addiction da gambling, per genere. Periodo 2013/2016
*Note: *STDP Jesi dato non disponibile*



Fonte: DPA rilevazione annuale dei dati relativi al trattamento per GAP

Grafico 3: Utenti nuovi e già in carico assistiti dagli STDP per addiction da gambling. Periodo 2013/2016



Fonte: DPA rilevazione annuale dei dati relativi al trattamento per GAP

d. PRINCIPI DI PREVENZIONE[2]

- **Principi generali**

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati al gioco d'azzardo. La complessa realtà con la quale i Servizi per le dipendenze patologiche si sono confrontati in questi anni è stata caratterizzata da un continuo mutamento delle condotte di "abuso" (Nuove dipendenze) ed un ampliamento delle categorie maggiormente a rischio (prioritariamente i giovani e i ragazzi fuori dai circuiti scolastici). Questo ha spinto ad adeguare le strategie abitualmente utilizzate in ambito preventivo e ad ispirarsi alle "buone prassi" e alle evidenze scientifiche note in ambito nazionale ed internazionale. Estendendo alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico i principi dei programmi per le dipendenze da sostanze, occorre agganciare le azioni alla logica della complessità: è sempre più radicata infatti la convinzione, sostenuta anche dai dati di ricerca, che piani isolati, che non incidono sul tessuto sociale e culturale della comunità, non siano efficaci per contrastare comportamenti di pericolo e potenziare fattori protettivi. Poiché nell'eziologia della dipendenza si rileva una complessa interazione tra fattori soggettivi, relazionali e sociali, si ritiene importante partire dall'analisi sistemica del problema ed attuare interventi con strategie diversificate a seconda degli obiettivi specifici (individuo, famiglia, scuola, comunità). Anche le indicazioni delle Linee Guida sulla prevenzione dell'Istituto Nazionale sull'Abuso delle Droghe (NIDA) degli Stati Uniti, sono in linea con i principi esposti. Risultano pertanto più efficaci i programmi che:

- trasmettono abilità concrete piuttosto che l'aumento delle conoscenze;
- fanno propria una modalità di conduzione interattiva, che stimoli relazioni di sostegno tra ragazzi e adulti di riferimento;
- protraggono l'azione nel tempo;
- sono destinati a più fasce d'età (dai bambini della scuola elementare fino ai ragazzi della scuola media inferiore e superiore) e sono finalizzati all'aumento di competenze scolastiche e sociali;
- prevedono la formazione degli adulti di riferimento.

Nel presente documento si catalogheranno le azioni di prevenzione sulla base degli obiettivi dei riferimenti esistenti in letteratura:

- Selettiva: destinata a soggetti che non hanno ancora avuto esperienze di GA ma che presentano un rischio specifico patologico superiore alla media (soggetti vulnerabili), determinato da fattori individuali e/o ambientali. Obiettivi della prevenzione selettiva sono l'individuazione precoce dei disturbi e dei fattori di rischio e la corretta gestione in famiglia e a scuola;
- Indicata: destinata a soggetti che hanno avuto esperienza problematica di GA ma in modo discontinuo, rilevata tramite strumenti diagnostici o screening, pur in assenza di dipendenza. Oltre agli obiettivi della prevenzione selettiva, la prevenzione indicata è finalizzata alla diagnosi precoce della possibile dipendenza ed alla riduzione dei rischi evolutivi;
- Universale: destinata a tutta la popolazione, con gli obiettivi di diffondere conoscenze corrette sul GA e sulle reali probabilità di vincita, informare sulle conseguenze e sui rischi del GA, e di informare sui servizi di supporto e di cura disponibili;
- Ambientale: destinata a tutti i soggetti, le istituzioni, gli ambienti coinvolti nella prevenzione. Ha come obiettivo la diffusione di messaggi coerenti e la realizzazione di interventi coordinati, attuati dai vari portatori d'interesse.

[2] Per approfondimenti si veda: "*Gambling*", Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga, Roma, 2013.

- **Prevenzione ambientale (PA)**
  Le azioni sono finalizzate principalmente ad incidere sul tessuto sociale e culturale di una comunità, modificando l'approccio verso comportamenti di gioco problematici, in generale, e di gioco patologico, in particolare. La comunità locale deve essere messa nelle condizioni di diventare competente nel riconoscere l'esistenza di bisogni emergenti legati al tema della prevenzione e della promozione della salute. Attraverso il confronto tra le varie agenzie educative, è stimolata a porre a sistema le azioni esistenti e progettarne di nuove. La PA è indirizzata al territorio ed agli ambienti dove si concentra il rischio, ed è orientata a ridurre l'accessibilità e la disponibilità del GA sul territorio stesso. Oltre alla regolamentazione dell'accesso e della disponibilità delle sedi fisiche di gioco, è efficacemente sostenuta da interventi di prevenzione universale (campagne nelle scuole destinate anche ad insegnanti e genitori). Rientrano nella PA tutte le campagne informative, anche multimediali. Di queste, quelle che invitano a "giocare responsabilmente" non si sono dimostrate efficaci, mentre sono risultati idonei quei programmi che contemplano i vari comportamenti a rischio e includono le strategie di "sviluppo positivo del giovane" sin dall'infanzia. In tali casi l'obiettivo è incrementare i fattori protettivi, attraverso lo sviluppo ed il potenziamento delle abilità di vita. Secondo l'OMS (1994) infatti il benessere, individuale e relazionale, può essere ottenuto attraverso la cura delle competenze psicosociali (life skills[3]), intese come quelle "…che portano a comportamenti positivi e di adattamento che rendono l'individuo capace di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni".

- **Prevenzione del gioco d'azzardo su Internet**
  Negli ultimi anni si sta assistendo ad un rapido cambiamento nell'industria dell'azzardo, sempre più interessata a spostare l'offerta di servizi di gioco su internet (*Blackjack, roulette, videolottery, betting*). I nuovi GA on line hanno maggiore accessibilità (si procede in qualsiasi momento, anche da cellulare e tablet) e velocità (con il rischio di innescare la compulsività). Non richiedono abilità specifiche e garantiscono l'invisibilità della persona e la decontestualizzazione dell'azione (si maneggia moneta virtuale e si tende a perdere maggiormente il contatto con la realtà). Dagli studi epidemiologici sappiamo che i giocatori on line, rispetto a quelli terrestri, hanno età più giovane, livello di educazione e stato socioeconomico più elevati, grande frequentazione per lavoro e svago con il mondo virtuale. In genere si rivolgono meno ai consueti servizi di cura verso cui afferiscono i giocatori tradizionali. Visto lo scarso effetto delle metodiche già in essere, la prevenzione per il gioco in rete dovrà insistere proprio sul canale virtuale: nei siti dedicati alla problematica dell'azzardo e nei principali social network si potranno diffondere informazioni adeguate ed intercettare l'interesse e le richieste dei giocatori attraverso forum, pagine *Facebook*, discussioni con esperti. Un ulteriore sforzo di sensibilizzazione e di informazione va indirizzato a giovani ed adolescenti che, per l'uso quotidiano della rete, divengono facile bersaglio di messaggi pubblicitari di siti di gioco d'azzardo on line.

3. OBIETTIVI E FINALITA' - CRITERI PER LA PROGETTAZIONE TERRITORIALE

a. Indicazioni operative

Ciascun Dipartimento integrato per le dipendenze patologiche redige un Programma territoriale biennale di Area vasta, coerente con il presente Piano d'azione regionale. I programmi territoriali vengono redatti con il concorso dei Servizi territoriali per le dipendenze (STDP), degli enti accreditati, degli Ambiti territoriali sociali, sentita l'Assemblea del DDP integrato. In materia di prevenzione gli obiettivi e gli

[3] "…*competenze che portano a comportamenti positivi e di adattamento che rendono l'individuo capace di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni*".

interventi devono essere coerenti e coordinati con il Piano regionale della prevenzione 2014/2018. I 5 programmi d'Area vasta devono pervenire in Regione entro 45 giorni dall'approvazione del presente Piano. Il programma deve prevedere il più ampio e capillare coinvolgimento delle scuole, dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, dell'associazionismo compresi i gruppi di auto-mutuo aiuto, delle famiglie, degli esercenti (ove disponibili) e delle principali organizzazioni portatrici d'interesse attive nella comunità. Il programma deve prevedere altresì interventi/servizi di assistenza legale e per il contrasto all'usura nei confronti di persone con problemi economici determinati dal GAP.
A tal fine, ai sensi dell'articolo 12 della l.r. 3/2017, i Comuni e l'ASUR possono avvalersi, anche mediante convenzione, della collaborazione di enti, associazioni e organizzazioni prive di scopo di lucro.
Al finanziamento di ciascun Programma concorrono:

- le risorse del fondo sanitario indistinto 2016 assegnate agli enti accreditati capofila con Decreto 182/IGR/2016 in attuazione della DGR 1614/2016;
- le risorse del fondo sanitario indistinto 2017, già impegnate;
- le risorse del fondo sanitario indistinto 2018, che saranno assegnate all'ASUR, ed in quota agli ATS per la continuità dei progetti di prevenzione in corso.

L'utilizzo del Logo regionale "No Slot" di cui all'articolo 10 della l.r. 3/2017 (*Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network*) è definito con atti della Giunta regionale predisposti dalla struttura regionale competente in materia di Commercio.

b. Obiettivi generali/linee d'intervento ed obiettivi specifici

1. Informazione, educazione e sensibilizzazione
   A. Incrementare le conoscenze in tema di GAP e di dipendenza da nuove tecnologie e social network e sulla rete dei servizi da parte degli operatori e portatori di interesse (operatori dei Servizi Socio-Sanitari, medici di m.g., pediatri di libera scelta, esercenti pubblici, Forze dell'Ordine, amministratori locali).
   B. Informare e sensibilizzare:
      - studenti istituti secondari I e II grado;
      - docenti;
      - genitori.
   C. Sensibilizzare i soggetti non più in età lavorativa ad una gestione proficua del tempo e dei rischi connessi al GAP e alla dipendenza da nuove tecnologie e social network.
   D. Portare la popolazione a conoscenza del fenomeno, dei rischi e della rete dei Servizi di informazione e consulenza presenti nel proprio territorio.

2. Prevenzione ambientale e universale
   A. Promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati (Dipartimenti di prevenzione e Dipartimenti Integrati DP, scuola, enti accreditati e terzo settore, associazioni accreditate della Consulta regionale per la famiglia ed enti di Confessioni religiose riconosciute).
   B. Incrementare nei soggetti in età evolutiva le competenze personali (life skills) e il bagaglio conoscitivo verso scelte salutari che prevengano il GAP e la dipendenza da nuove tecnologie e social network.

3. Prevenzione selettiva ed indicata
   A. Intercettare il bisogno attraverso servizi di sensibilizzazione, di aggancio e di educativa di strada in luoghi informali (piazze, centri aggregazione, oratori, zone antistanti sale giochi).

B. Realizzare interventi di diagnosi precoce indirizzati alle fasce a rischio e vulnerabili.

4. Consulenza e ascolto
   A. Fornire informazioni sui servizi e sull'iter di cura.
   B. Offrire un primo contesto di accoglienza della domanda e motivare verso una presa in carico.
   C. Tutelare le persone attraverso supporto di tipo economico, legale e finanziario.

5. Presa in carico, cura e riabilitazione
   A. Garantire e qualificare processi di diagnosi e cura con interventi multidisciplinari verso giocatori e loro familiari.
   B. Sostenere il progetto di cura con interventi di tipo riabilitativo e di reinserimento nel tessuto relazionale e lavorativo.
   C. Offrire un trattamento riabilitativo residenziale e semiresidenziale (per fasce orarie in giorni feriali e fine settimana intensivi).
   D. Sostegno alle persone trattate che hanno ridotto la compulsività al gioco ma permangono nell'area del rischio della problematica.

6. Monitoraggio del fenomeno
   A. Monitorare e studiare il fenomeno a livello regionale.

7. Valutazione degli interventi
   A. Valutare gli interventi di prevenzione attuati.
   B. Valutare i programmi di cura.

8. Formazione
   A. Formare, supervisionare, aggiornare reti territoriali qualificate di operatori e portatori d'interesse (mmg, pls, polizie locali, amministratori locali, …).
   B. Formare, supervisionare, aggiornare una rete qualificata di professionisti del sistema dei servizi socio-sanitari per le dipendenze.
   C. Corso di formazione per docenti ed educatori per l'Educazione tra Pari.

Per quanto riguarda la formazione/informazione/aggiornamento degli esercenti e del personale impiegato nelle sale gioco, prevista all'articolo 4, comma 1, lettera e), della l.r. 3/2017 ("*Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network*"), la predisposizione dei relativi atti deliberativi è a cura della struttura regionale competente in materia di Commercio.

c. Obiettivi specifici ed indicatori: vedi tabella 1

Tabella 1

Obiettivi generali/linee d'intervento	Obiettivi specifici	Indicatori	Valore regionale atteso 2018
1. Informazione, educazione e sensibilizzazione	A. Incrementare le conoscenze in tema di GAP e sulla rete dei Servizi da parte degli operatori e dei portatori di interesse (personale Servizi socio-sanitari, medici m.g. e pediatri libera scelta, esercenti, Forze Ordine)	a) Numero degli incontri territoriali realizzati in ciascuna Area Vasta con i vari soggetti interessati al fenomeno a1) Adozione della carta dei servizi	- Per ogni categoria realizzazione in ogni Area Vasta di almeno 2 incontri/anno - una carta dei servizi per Area vasta
	B. Informare e sensibilizzare: • studenti istituti secondari I e II grado • docenti • genitori	b) numero degli istituti scolastici che rispondono all'iniziativa	- Interventi in almeno il 70% delle classi individuate negli Istituti che aderiscono
	C . Sensibilizzare i Soggetti non più in età lavorativa ad una gestione proficua del tempo e dei rischi connessi al GA	c) Numero di incontri in luoghi di aggregazione (centri anziani, Uni3, etc)	- Almeno 2 incontri l'anno in ogni territorio di competenza del STDP
	D. Portare la popolazione a conoscenza del fenomeno, dei rischi e della rete dei Servizi di informazione e consulenza presenti nel proprio territorio	d) numero dei contatti al Numero Verde regionale	- almeno 5 contatti/mese da ciascuna Area vasta
2. Prevenzione ambientale ed universale	A. Promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati (Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti Integrati DP, Scuola, Enti Accreditati e Terzo Settore)	a) Protocolli di intesa per la realizzazione di piani integrati a1) Numero di programmi integrati	- Realizzazione di n. 1 protocollo d'intesa per Area vasta - Realizzazione di un programma per Area vasta

	B. Incrementare nei soggetti in età evolutiva le competenze personali (life skills) e il bagaglio conoscitivo verso scelte salutari che prevengano il GAP e la dipendenza da nuove tecnologie e social network	b) numero di interventi idonei sul genere dell'Educazione tra pari o delle Abilità di Vita (peer education – life skills)	- Almeno 1 intervento/anno in ciascuna scuola aderente
3. Prevenzione selettiva ed indicata	A. Intercettare il bisogno attraverso servizi di sensibilizzazione, di aggancio e di educativa di strada in luoghi informali (piazze, centri aggregazione, zone antistanti sale giochi)	a) Numero di interventi di aggancio e di educativa di strada	- Almeno 4 interventi per Area vasta/anno
	B. Realizzare interventi precoci verso fasce a rischio e vulnerabili	b) Numero di interventi di diagnosi precoce	- Almeno 4 interventi per Area vasta/anno
4. Consulenza e ascolto	A. Fornire informazioni sui servizi e sull'iter di cura	a) Numero di casi che accedono al trattamento attraverso il NVR	- Almeno 6 casi/anno per ciascuna Area vasta
	B. Offrire un primo contesto di accoglienza della domanda e motivare verso una presa in carico	b) numero degli sportelli/Area vasta b1) numero di casi che accedono agli sportelli b2) numero di casi che accedono al trattamento attraverso gli sportelli	- almeno 1 sportello dedicato/Area vasta - almeno 20 casi/anno per Area vasta - almeno 6 casi/anno per Area vasta
	C. Tutelare le persone attraverso supporto di tipo economico, legale e finanziario	c) Realizzazione di reti territoriali di Soggetti (Enti Pubblici, Privati, EEAA, Terzo Settore) che offrano sostegno alle problematiche non sanitarie del giocatore, anche economiche, finanziarie, legali	- Almeno 1 protocollo di collaborazione con la rete di servizi di ciascuna Area Vasta
5. Presa in carico, cura e riabilitazione	A. Garantire e qualificare processi di diagnosi e cura con interventi multidisciplinari verso giocatori e loro familiari	a) Definizioni di prassi che prevedono l'intervento e il coordinamento di tutti i membri dell'équipe	- Un protocollo in ogni Dipartimento Integrato

	B. Sostenere il progetto di cura con interventi di tipo riabilitativo e di reinserimento nel tessuto relazionale e lavorativo	b) Numero di borse-lavoro, di tirocini formativi, di iscrizioni presso associazioni sportive o ricreative	- Trattamenti ergo terapici per almeno il 20% dei pazienti GAP in carico per DDP Integrato
	C. Offrire un trattamento riabilitativo residenziale e semiresidenziale (per fasce orarie in giorni feriali e fine settimana intensivi)	c) Numero di persone in trattamento e esito dei percorsi terapeutici concordati	- offerta di almeno un modulo residenziale e semiresidenziale per Area vasta - Ritenzione nel programma terapeutico: almeno il 60% per trattamenti res., almeno 70% per semiresidenziali
	D. Sostegno persone trattate che hanno ridotto la compulsività al gioco ma permangono nell'area del rischio della problematica	d) Collaborazioni con associazioni del territorio per interventi di supporto (anche in gruppi di auto-mutuo aiuto)	- Almeno 1 protocollo di collaborazione con associazioni del territorio
6. Monitoraggio del fenomeno	A. Monitorare e studiare il fenomeno a livello regionale	a) Disponibilità di dati ed informazioni sul fenomeno e sull'utenza	- Un report annuale a cura dell'Osservatorio regionale per le dipendenze Patologiche
7. Valutazione degli interventi	A. Valutare gli interventi di prevenzione attuati	a) I medesimi previsti dal Piano regionale della Prevenzione	- Un report annuale a cura dell'Osservatorio regionale dipendenze

	B. Valutare i programmi di cura	b) progetto di valutazione dei programmi trattamentali	
8. Formazione	A. Obiettivo 2017 - formare, supervisionare, aggiornare reti territoriali qualificate di operatori e portatori d'interesse (mmg, pls, polizie locali, …)	a) programmi formativi territoriali	- Realizzazione di almeno un programma formativo per territorio di competenza di STDP
	B. Formare, supervisionare, aggiornare una rete qualificata di professionisti del sistema dei Servizi Socio-Sanitari per le dipendenze	b) Programma formativo regionale	- Realizzazione di un programma formativo regionale per gli operatori dei servizi per le dipendenze
	C. Corso di formazione per docenti ed educatori per l'Educazione tra Pari	c) Numero di incontri per educatori e docenti	- Realizzazione di almeno un evento formativo per territorio di competenza del STPD

d. Azioni: vedi tabella 2

Tabella 2

<table>
<tr><th colspan="6">Obiettivo generale 1
Informazione, educazione e sensibilizzazione</th></tr>
<tr><td colspan="6">Razionale: Il disturbo da gioco d’azzardo patologico ha un’evoluzione cronica e progressiva che inizia in genere nella prima adolescenza negli uomini e più tardi nelle donne; spesso è intervallato da periodi di astinenza e ricadute. E’ più comune tra gli uomini e in Italia la sua incidenza tra gli adulti si attesta sull’1-2% della popolazione (Relazione al Parlamento 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga) assumendo dimensioni sociali rilevanti. Dato il quadro che si va delineando, diventa indispensabile attuare come primo intervento un piano di informazione e sensibilizzazione al problema utilizzando canali diversificati. A partire dal gennaio 2013 la legge 189/2012 (cd decreto Balduzzi) ha reso obbligatorio per tutti i luoghi di gioco esporre avvisi di rischio e l'indicazione dei servizi di assistenza. Occorrerà adottare una strategia incrementale delle conoscenze in tema di GAP attraverso un lavoro di mappatura e messa a sistema delle informazioni già disponibili in diverse banche dati di servizi e progetti, la presenza on-line e nei principali social networks colmando, in particolare, il gap informativo con la distribuzione di materiale ad hoc.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Evidenze: i costi individuali, sociali ed economici connessi al gioco d’azzardo sono così elevati che il gambling e i disturbi correlati sono ormai considerati un problema di salute pubblica (Gambling and the public health, 2009; Afifi et al. 2010; Monaghan and Blaszczynski 2010; Hodgins et al 2013) che pertanto richiede necessariamente lo sviluppo e l’implementazione di nuovi approcci, capaci di attrarre un numero maggiore di giocatori problematici. Nonostante i giocatori patologici siano molti, solo pochi di essi (<10%) in realtà, chiede un trattamento formale, fondato su basi cliniche. (Suurvali et al. 2010; Hodgins et al. 2011). I fattori responsabili di questa poca propensione al trattamento possono essere svariati, dalla convinzione non realistica di potercela fare da solo a risolvere il problema, alla vergogna a esporsi, alla poca visibilità e chiarezza delle strutture dove recarsi per chiedere aiuto. E’ necessario riflettere ulteriormente su come rendere la popolazione maggiormente consapevole dei rischi, su come motivare il giocatore patologico a chiedere aiuto, parallelamente a uno sforzo a rendere più fruibili le strutture di cura e gestione clinica della patologia.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: popolazione della Regione Marche</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: territorio regionale, comunità locali, Dipartimenti integrati per le dipendenze patologiche</td></tr>
<tr><th colspan="2">Obiettivo specifico:</th><th>Indicatori</th><th>Soggetto attuatore</th><th>Fonte di verifica</th><th>Valori attesi</th></tr>
<tr><td colspan="2">A. Promuovere la conoscenza sulla rete dei Servizi da parte degli operatori portatori di interesse (personale Servizi socio-sanitari, medici m.g. e pediatri libera scelta, esercenti, Forze Ordine)</td><td rowspan="2">• Numero degli incontri territoriali realizzati in ciascuna Area vasta con i vari soggetti interessati al fenomeno
• Adozione della carta dei servizi</td><td rowspan="2">• Regione
• ASUR</td><td rowspan="2">Verbali degli incontri a cura dell’ASUR</td><td rowspan="2">• Per ogni target realizzazione di almeno 2 incontri/anno in ogni Area vasta</td></tr>
<tr><td>risultati</td><td>• Maggiore coordinamento della rete
• Adozione della Carta dei Servizi di Area vasta</td></tr>
</table>

azioni	• Campagna informativa multimediale regionale • Incontri per raccogliere informazioni per elaborazione della Carta dei Servizi e per coordinamento della rete dei servizi				• 1 carta dei servizi per Area vasta
Obiettivo specifico:		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
B. Informare e sensibilizzare: • studenti istituti secondari I e II grado • docenti • genitori		• N° degli istituti scolastici aderenti • Numero dei contatti al Numero Verde regionale (NVR)	• Regione • ASUR • Enti accreditati • ATS	• Enti titolari delle azioni • Ente gestore del NVR	• Interventi in almeno il 50% delle classi negli Istituti scolastici che aderiscono
risultati	• Maggiore consapevolezza dei rischi • Maggiore conoscenza sulla rete dei Servizi				• Almeno 2 contatti/mese al NVR provenienti da studenti
azioni	• Incontri nelle scuole • Campagna informativa multimediale				
Obiettivo specifico:		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
1. Sensibilizzare i soggetti non più in età lavorativa ad una gestione proficua del tempo e dei rischi connessi al GA		Numero di incontri in luoghi di aggregazione (centri anziani, Uni3, etc)	• Regione • ASUR • Enti accreditati • ATS	Enti titolari delle azioni	Almeno 2 incontri/anno in ogni territorio di competenza del STDP
risultati	• Maggiore consapevolezza dei rischi • Maggiore conoscenza sulla rete dei Servizi				
azioni	• Incontri in luoghi di aggregazione • Campagna informativa multimediale				

Obiettivo specifico:		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
2. Portare la popolazione a conoscenza del fenomeno, dei rischi e della rete dei Servizi di informazione e consulenza presenti nel proprio territorio		Numero dei contatti al NVR	Regione	Gestore del NVR	Almeno 5 contatti/mese da ciascuna Area vasta
risultati	• Maggiore consapevolezza dei rischi • Maggiore conoscenza sulla rete dei Servizi				
azioni	• Campagna informativa multimediale				

<table>
<tr><th colspan="6">Obiettivo generale 2
Prevenzione universale e ambientale</th></tr>
<tr><td colspan="6">Razionale: l'attuale quadro epidemiologico delle dipendenze patologiche (inclusi quindi il GAP e la dipendenza da nuove tecnologie e social network) ed il ruolo assunto nel loro determinismo da fattori di tipo comportamentale e dagli stili di vita, suggerisce di focalizzare l'attenzione sulle strategie di promozione della salute prevedendo azioni quali il potenziamento delle cosiddette abilità di vita (life skills) e l'utilizzo di metodologie adeguate, quali l'Educazione tra Pari (Peer Education), basate su processi di Apprendimento Cooperativo (Cooperative Learning). Accanto a queste è necessario prevedere misure per la tutela dell'ambiente, che hanno lo scopo di modificare l'accettazione e le norme sociali correlate agli stili di vita non corretti (ad es restrizioni nella pubblicità, regolazione del consumo in pubblico e della disponibilità etc…) in modo da promuovere una cultura della salute pubblica che sostenga gli sforzi della prevenzione.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Evidenze: L'insegnamento dei 'life skills' è presente in un'ampia varietà di programmi educativi e di prevenzione di dimostrata efficacia. Il documento di Ginevra del 1994 dichiara che i programmi educativi che includono tali skills sono stati adottati in vari ambiti con risultati positivi "per la prevenzione di abuso di droga (Botvin, 1980, 1984; Pentz, 1983), per lo sviluppo delle potenzialità intellettive (Gonzales, 1990), per la lotta ai comportamenti violenti (Olweus, 1990), per la prevenzione all'AIDS (WHO/GPA, 1994)" ossia in presenza di una certa vulnerabilità, come nel caso del GAP. Nel glossario della promozione della salute dell'OMS (1998) le Life SKills vengono definite come: "insieme delle abilità utili per adottare un comportamento positivo e flessibile e far fronte con efficacia alle esigenze e alle difficoltà che si presentano nella vita di tutti i giorni". Nel caso della peer education, le metodiche adottate hanno mostrato maggior efficacia rispetto agli interventi con adulti esperti in tema di dipendenza da sostanze psicoattive (Gottefredson, Wilson, 2003) così come si è dimostrata efficace l'azione di prevenzione specifica e precoce sulle distorsioni cognitive sul gioco d'azzardo (probabilità di vincita, possibilità di influenzare il risultato di vincite causali mediante riti o abilità etc…) oltre ad una serie di misure socio-ambientali che necessariamente devono accompagnare gli interventi sull'individuo che, in caso contrario, potrebbero essere vanificati.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: popolazione a rischio</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: Dipartimenti integrati per le dipendenze patologiche, Ambiti territoriali sociali, scuole, luoghi Informali</td></tr>
<tr><th colspan="2">Obiettivo specifico</th><th>Indicatori</th><th>Soggetto attuatore</th><th>Fonte di verifica</th><th>Valori attesi</th></tr>
<tr><td colspan="2">A. Promuovere interventi di prevenzione con programmi integrati (DP, DDP Integrati, scuola, enti accreditati e terzo settore)</td><td rowspan="2">• Numero di Protocolli di intesa per la realizzazione di programmi integrati
• Numero di programmi integrati</td><td rowspan="2">• ASUR DDP Integrati
• ASUR DP
• ATS
• Rete scolastica</td><td rowspan="2">• Enti titolari delle azioni
• Esiti dei Questiona-ri</td><td rowspan="2">• 1 protocollo per ciascuna Area vasta
• 1 program-ma per Area vasta</td></tr>
<tr><td>risultati</td><td>Patti di salute per la prevenzione della dipendenza da GA</td></tr>
</table>

azioni	• Gruppi di lavoro per la stesura di protocolli di intesa • Redazione ed attuazione dei programmi • diffusione di informazioni nelle classi sul calcolo probabilistico • Somministrazione di questionari nelle scuole sulla percezione del GA				
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
B. Incrementare nei soggetti in età evolutiva le competenze personali (life skills) e il bagaglio conoscitivo verso scelte salutari che prevengano il GA		Numero di interventi di Educazione tra pari o sulle Abilità di Vita (peer education – life skills)	• ASUR DDP Integrati • ASUR DP • ATS • Rete scolastica	Enti titolari delle azioni	• Almeno 2 interventi/anno in ciascuna scuola aderente
risultati	Maggiori competenze personali e conoscenze sul GA				
azioni	Interventi di Educazione tra pari o sulle Abilità di Vita (peer education – life skills)				

<table>
<tr><th colspan="6">Obiettivo generale 3
Prevenzione selettiva e indicata</th></tr>
<tr><td colspan="6">Razionale: la prevenzione guarda alla persona e alla comunità per promuoverne la salute - potenziando i determinanti positivi e riducendo quelli negativi-, per individuare precocemente fattori di rischio, e rimuoverli, per diagnosticare precocemente le patologie al fine di assicurare una migliore aspettativa di vita; per individuare percorsi assistenziali e riabilitativi adeguati. Quando tuttavia uno stato morboso o una particolare vulnerabilità si è rivelata, dovrebbero intervenire, senza soluzione di continuità, le attività di prevenzione volte ad evitare le complicanze e le recidive di patologia. La prevenzione selettiva riguarda l'insieme degli interventi messi in atto verso le categorie considerate più vulnerabili rispetto alla problematica del GA. Le fasi del ciclo di vita dove più frequentemente emerge la dipendenza da gioco d'azzardo secondo le recenti indagini Eurispes sono l'adolescenza e l'età anziana. Pertanto sarà opportuno procedere con interventi di diagnosi precoce e di incremento della consapevolezza della persona (soprattutto se adolescente) mentre negli anziani occorrerà favorire percorsi di socializzazione ed attività ricreative e salutari. La prevenzione indicata è destinata a soggetti che hanno avuto esperienza problematica di GA ma in modo discontinuo, rilevate tramite strumenti diagnostici o screening, pur in assenza di dipendenza. In ogni caso, nello svolgimento delle attività di prevenzione tanto selettiva quanto, soprattutto, indicata, un ruolo fondamentale spetta, laddove presenti alle Unità di Strada poiché il campo di azione dovrà essere esteso a luoghi a rischio (slot, bar, sale gioco etc…) ed informali (piazze, parchi..).</td></tr>
<tr><td colspan="6">Evidenze: gli studi e le ricerche sull'impatto delle campagne informative e di sensibilizzazione e della loro efficacia sono molto modeste (Williams, West, e Simpson 2012) se non affiancate da strategie per avvicinare i soggetti a rischio o problematici ai servizi di trattamento e aumentare la collaborazione fra servizi di assistenza e personale che opera nei luoghi di gioco (Jackson, Thomason, e Thomas 2002). Tali interventi inoltre dovrebbero essere mirati su target specifici rispetto a variabili come genere, età e livello di coinvolgimento nel gioco, poiché target differenti sono attirati da messaggi con caratteristiche diverse (Messerlian e Derevensky 2006; Shead et al. 2011). Oltre a fattori individuali propri della popolazione giovanile, è importante considerare l'impatto di variabili ambientali, familiari (sono più a rischio i giovani appartenenti a famiglie di giocatori) e situazionali (comunità recentemente colpite dal recente sisma di agosto-ottobre 2016).</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: soggetti che non hanno ancora avuto esperienze di GA ma che presentano un rischio specifico patologico superiore alla media (soggetti vulnerabili); soggetti che hanno avuto esperienza problematica di GA ma in modo discontinuo, rilevata tramite strumenti diagnostici o screening, pur in assenza di dipendenza.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: luoghi aggregativi.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Obiettivo specifico</th><th>Indicatori</th><th>Soggetto attuatore</th><th>Fonte di verifica</th><th>Valori attesi</th></tr>
<tr><td colspan="2">A. Intercettare il bisogno attraverso servizi di sensibilizzazione, di aggancio e di educativa di strada in luoghi informali (piazze, centri aggregazione, zone antistanti sale giochi)</td><td rowspan="2">Numero di interventi di aggancio e di educativa di strada</td><td rowspan="2">• ASURDDP Integrati
• ATS</td><td rowspan="2">Enti titolari delle azioni</td><td rowspan="2">Almeno 4 interventi per Area vasta/anno</td></tr>
<tr><td>risultati</td><td>Ridurre l'evoluzione del GA in GAP</td></tr>
</table>

azioni	Interventi di aggancio e di educativa di strada				
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
B. Realizzare interventi precoci verso fasce a rischio e vulnerabili		Numero di interventi di diagnosi precoce	ASUR DDP Integrati	Enti titolari delle azioni	Almeno 4 interventi per Area vasta/anno
risultati	Ridurre l'evoluzione del GA in GAP				
azioni	Interventi con unità di strada nei luoghi sensibili				

<table>
<tr><th colspan="6">Obiettivo generale 4
Consulenza e ascolto</th></tr>
<tr><td colspan="6">Razionale: il potenziamento e/o l'attivazione di punti di primo ascolto e di iniziative di informazione a supporto delle persone coinvolte nel gioco d'azzardo patologico e loro familiari ha lo scopo di effettuare la presa in carico precoce, orientare ed accompagnare ai servizi sociali e socio-sanitari attivi nei rispettivi contesti territoriali e svolgere una azione di animazione territoriale. Le organizzazioni territoriali (enti pubblici, privati, EEAA, terzo settore) dovranno essere in grado di offrire una rete di sostegno alle problematiche non sanitarie del giocatore (es. consulenza legale, interventi antiusura etc.) poiché le persone con GAP sono facilmente preda di usura e sfruttamento da parte di organizzazioni criminali. E' quindi necessario prevedere piani e programmi che tengano conto di questo aspetto che può creare gravi problemi sia per l'individuo sia per la sua famiglia.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Evidenze: In Italian Journal on Addiction .- numero monografico del 2012 dedicato al gioco d'azzardo patologico, esaminando nel dettaglio le tipologie di trattamento offerte dalla rete dei servizi, si osserva che l'ascolto risulta il trattamento più erogato, seguito da interventi di counselling effettuati all'interno della struttura e telefonici, rispettivamente il 61% e il 50%. Si deduce pertanto che la domanda prevalente è quella di una informazione più estesa possibile dei rischi connessi al problema per cogliere i primi segnali indicatori di pericolo e porre così in atto strategie di intervento immediato, disponendo di punti di ascolto e trattamento.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: giocatori problematici e patologici</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: counseling telefonico, sportelli di ascolto</td></tr>
<tr><th colspan="2">Obiettivo specifico</th><th>Indicatori</th><th>Soggetto attuatore</th><th>Fonte di verifica</th><th>Valori attesi</th></tr>
<tr><td colspan="2">A. Fornire informazioni sull'offerta di servizi e sulle possibilità di cura</td><td rowspan="3">Numero di casi che accedono al trattamento attraverso il NVR</td><td rowspan="3">NVR</td><td rowspan="3">• Ente gestore del NVR
• Sistema informativo regionale</td><td rowspan="3">Almeno 6 casi/anno per ciascuna Area vasta</td></tr>
<tr><td>risultati</td><td>• Miglioramento dei processi di accesso al trattamento
• Aumento delle prese in carico</td></tr>
<tr><td>azioni</td><td>Servizio di counseling telefonico</td></tr>
<tr><th colspan="2">Obiettivo specifico</th><th>Indicatori</th><th>Soggetto attuatore</th><th>Fonte di verifica</th><th>Valori attesi</th></tr>
<tr><td colspan="2">B. Offrire un primo contesto di accoglienza della domanda e motivare verso una presa in carico</td><td>b) numero degli sportelli/Area vasta</td><td>• ASUR DDP Integrati</td><td>Sistema informativo</td><td>- almeno 1 sportello dedi-</td></tr>
</table>

risultati	• Miglioramento dei processi di accesso al trattamento • Aumento delle prese in carico	b1) numero di casi che accedono agli sportelli b2) numero di casi che accedono al trattamento attraverso gli sportelli	• Enti accreditati	regionale	cato/Area vasta - almeno 20 casi/anno per Area vasta - almeno 6 casi/anno per Area vasta
azioni	Attivare o potenziare sportelli d'ascolto				
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
C. Tutelare le persone attraverso supporto di tipo economico, legale e finanziario		Realizzazione di reti territoriali di organizzazioni (Enti Pubblici, Privati, EEAA, Terzo Settore) che offrano sostegno alle problematiche non sanitarie del giocatore	• ASUR DDP Integrati • Enti accreditati • Associazioni di tutela del cittadino e del consumatore	Enti titolari delle azioni	- Almeno 1 protocollo di collaborazione / Area vasta
risultati	Offrire, oltre alla cura, servizi di assistenza e di tutela economica, legale e finanziaria anche come strumento di contrasto all'usura				
azioni	Censimento delle organizzazioni di tutela del cittadino e del consumatore in ogni Area vasta e creazione di una rete regolata da protocolli di collaborazione				

Obiettivo generale 5 **Presa in carico, cura e riabilitazione**
Razionale: il gioco d'azzardo patologico è comparso nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9) nel 1977 e nel 1980 è stato inserito nella sezione dei "Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati" del DSM-III. Nella quinta edizione del DSM (2013), pubblicata nel maggio del 2013, la denominazione viene modificata da gioco d'azzardo patologico (GAP) a DGA. Il quadro sindromico, il correlato cerebrale, la comorbilità, la fisiologia e il trattamento del DGA sono molto simili a quelli dei comportamenti di abuso e dipendenze, sebbene non comporti l'assunzione di sostanze psicoattive. In entrambe le patologie risulta esserci una correlazione con un'alterazione del sistema della gratificazione, caratterizzata da craving e da una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura il piacere. Per la presa in carico, cura e riabilitazione è necessario pertanto un intervento integrato e multidimensionale che preveda oltre al trattamento farmacologico parallelamente quello psicologico, riabilitativo e di inclusione ed il coinvolgimento non solo del paziente ma anche dei familiari e della rete sociale di riferimento. Rispetto alla cura e alla riabilitazione, l'utenza è rappresentata dalle persone che si rivolgono ai servizi, o sono già pazienti in carico, o vengono intercettati dalle UdS, laddove presenti. Le principali azioni da perseguire si concentrano oltre che sui singoli fattori di rischio individuali anche su quelli ambientali, che siano in grado di favorire processi di inclusione socio-lavorativa. Esiste un bisogno rilevante di interventi innovativi relativi alla offerta residenziale per questa tipologia di dipendenza. Il gambling è una malattia cronica che può vivere delle fasi di recidiva in qualsiasi momento della vita, quindi i servizi hanno il dovere di essere presenti nelle fasi successive ai trattamenti sanitari. Un follow up anche telefonico prolunga l'alleanza terapeutica e aiuta la persona a non sentirsi sola ricordandole che può sempre contare su delle figure di supporto che l'hanno sostenuta fino a quel momento. Al contempo anche la dipendenza da nuove tecnologie e dai social network necessita di pari considerazione. L'internet addiction disorder (IAD) è il disordine da dipendenza da internet, IL social-network addiction è la dipendenza dai più famosi social network, il "VGA" infine è l'uso eccessivo o compulsivo di videogiochi che interferisce con la vita quotidiana di una persona: chi ne soffre andrà parimenti preso in carico al fine di un trattamento sanitario come quello che avverrà per il GAP e anche nelle fasi successive ai trattamenti sanitari stessi.
Evidenze: molti studi hanno evidenziato che il gioco patologico vada trattato sempre e che è preferibile sottoporre il giocatore patologico a un trattamento clinico piuttosto che lasciarlo al suo destino (Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. Lancet 2011; 378: 1874-84; 113. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. Addiction 2005; 100: 1412-22.) Per quanto riguarda l'accoglienza e lo screening la letteratura suggerisce di indagare i problemi e le risorse nelle diverse aree vitali del paziente (personale, familiare, sociale, economica, lavorativa). Gli strumenti della valutazione sono rappresentati dal colloquio clinico, questionari e scale di valutazione standardizzate, dalle interviste per lo più semi-strutturate e da schede per la misurazione di fenomeni specifici. Per fare qualche esempio il SOGS viene impiegato per lo screening e la stadiazione, i criteri del DSM-5 per la diagnosi, il GCRS per la valutazione delle distorsioni cognitive, il MATE o l'euroASI per la valutazione dimensionale, l'SF-36 per la qualità della vita, il MARE o la SCID per i disturbi di personalità e comorbilità e la BIS-11 per l'impulsività. A livello scientifico per quanto riguarda il trattamento farmacologico sono state utilizzate nel trattamento del DGA quasi tutte le classi di farmaci psicotropi, dagli antidepressivi, agli stabilizzatori dell'umore, gli antagonisti degli oppiacei e gli antipsicotici atipici mentre l'approccio psicologico che ha accumulato maggiori evidenze di efficacia è quello cognitivo-comportamentale. Altri trattamenti previsti sono di natura sociale e legale. Partendo dai problemi finanziari dei pazienti connessi al gambling, poi, la letteratura suggerisce un'offerta di trattamenti e prestazioni che ha a che fare con la gestione controllata del denaro. Cibin M, Hinnenthal I. Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Il modello Soranzo SEEd Edizioni Scientifiche 2011

<table>
<tr><td colspan="6">mette in evidenza la necessità di interventi a carattere intensivo e di breve durata per questo tipo di pazienti, che presentano un grado maggiore di integrazione sociale.
Infine si rappresenta la necessità di ambulatori dedicati: i locali utilizzati per le attività di diagnosi e cura, comuni anche ad altre tipologie di dipendenti patologici, si sono dimostrati un elemento che ostacola l'accesso dei gamblers ai servizi offerti dai Servizi per le dipendenze.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: giocatori patologici</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: ambulatori, ambienti dove si realizzano i programmi ergoterapici, gruppi di auto-mutuo aiuto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto attuatore</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
<tr><td colspan="2">A. Garantire e qualificare processi di diagnosi e cura con interventi multi-disciplinari verso giocatori e loro familiari</td><td rowspan="3">Definizione di prassi che prevedono l'intervento e il coordinamento di tutti i membri dell'équipe</td><td rowspan="3">ASUR DDP integrato</td><td rowspan="3">Ente titolare dell'azione</td><td rowspan="3">1 protocollo operativo per ogni DDP Integrato</td></tr>
<tr><td>risultati</td><td>Processi diagnostico-terapeutici qualificati</td></tr>
<tr><td>azioni</td><td>Stesura di protocollo operativo ad hoc</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto attuatore</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
<tr><td colspan="2">B. Sostenere il progetto di cura con interventi di tipo riabilitativo e di reinserimento nel tessuto relazionale e lavorativo</td><td rowspan="3">Numero di borse-lavoro e/o di tirocini formativi</td><td rowspan="3">• ASUR DDP Integrati
• Enti accreditati</td><td rowspan="3">Sistema informativo regionale</td><td rowspan="3">Trattamenti ergo terapici per almeno il 20% dei pazienti GAP in carico per DDP Integrato</td></tr>
<tr><td>risultati</td><td>Maggiore efficacia del trattamento</td></tr>
<tr><td>azioni</td><td>Progettazione di interventi riabilitativi ergoterapici</td></tr>
<tr><td colspan="2">Obiettivo specifico</td><td>Indicatori</td><td>Soggetto attuatore</td><td>Fonte di verifica</td><td>Valori attesi</td></tr>
<tr><td colspan="2">C. Offrire un trattamento riabilitativo residenziale e semiresidenziale (per fasce orarie in giorni feriali e fine settimana intensivi)</td><td>Numero di persone in trattamento e esito dei percorsi terapeutici</td><td>• Enti accreditati</td><td>Sistema informativo</td><td>- offerta di almeno un</td></tr>
</table>

risultati	Maggiore ritenzione in trattamento		• ASUR DDP Integrati	regionale	modulo residenziale e semiresidenziale per Area vasta - Ritenzione nel programma terapeutico: almeno il 60% per trattamenti res., almeno 70% per semiresid.
azioni	Attivazione o potenziamento di servizi residenziali e semiresidenziali specifici per GAP				
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
C. Sostegno a persone trattate che hanno ridotto la compulsività al gioco ma permangono nell'area del rischio della problematica		Collaborazioni con associazioni del territorio per interventi di supporto (anche in gruppi di auto-mutuo aiuto)	• ASUR DDP Integrati • Associazioni e gruppi AMA	Sistema informativo regionale	- Almeno 1 protocollo di collaborazione con associazioni del territorio
risultati	Prevenzione della recidiva				
azioni	Censimento delle associazioni e gruppi AMA, definizione di protocolli di collaborazione				

<table>
<tr><th colspan="6">Obiettivo generale 6
Monitoraggio del fenomeno</th></tr>
<tr><td colspan="6">Razionale: L’epidemiologia del gioco patologico, rispetto a quella delle altre dipendenze (tossicodipendenza, alcolismo, ecc.), ha ricevuto poca attenzione conseguentemente anche alla difficoltà incontrata nel tempo a considerare il gioco un fattore patogeno in grado di generare dipendenza. I dati oggi a disposizione suggeriscono invece un lavoro di maggiore comprensione della patologia e dei suoi meccanismi eziopatologici. Le metodologie utilizzate nella definizione delle dimensioni da indagare e dai relativi indicatori, faranno riferimento ad un approccio di tipo partecipato e aperto, al fine di dare ai portatori di interesse competenze e strumenti operativi, ma anche a creare una rete di attori sensibilizzati e sollecitati a giocare un ruolo attivo nella pianificazione di interventi futuri.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Evidenze: il fenomeno, date le dimensioni che sta assumendo a livello nazionale, va indagato con ricerche epidemiologiche a livello locale e su scala regionale. Dai dati nazionali si evince infatti che, a partire dal 2003, il volume del gioco d’azzardo in Italia ha avuto un andamento crescente. Secondo i dati del Ministero della salute del 2012, la stima dei giocatori d’azzardo problematici varia dall’1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d’azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%10. Bastiani et al. hanno rielaborato dati ottenuti dalla ricerca IPSAD-Italia 2007-08 (Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs) curata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Gli autori hanno stimato una prevalenza di problematiche da gioco d’azzardo nel 2,3% della popolazione giovane (15-24 anni) e del 2,2% della popolazione adulta (25-64 anni). Se si considerano anche coloro che presentano problemi lievi (6,9% nei giovani vs 5,8% negli adulti) è possibile ipotizzare che quasi 1 italiano su 10 potrebbe avere qualche problema con il gioco.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: popolazione 15-74 anni ed utenza dei servizi</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: territorio regionale</td></tr>
<tr><th colspan="2">Obiettivo specifico</th><th>Indicatori</th><th>Soggetto attuatore</th><th>Fonte di verifica</th><th>Valori attesi</th></tr>
<tr><td colspan="2">A. Monitorare e studiare il fenomeno a livello regionale</td><td rowspan="3">Disponibilità di dati ed informazioni maggiori sul fenomeno e sull’utenza</td><td rowspan="3">• CNR – studi Espad e Ipsad Italia
• Agenzia regionale Sanitaria (Osservatorio regionale dipendenze) sentita la Consulta regionale dipendenze</td><td rowspan="3">Agenzia regionale Sanitaria (Osservatorio regionale dipendenze)</td><td rowspan="3">Un report annuale a cura dell’Osservato-rio regionale dipendenze</td></tr>
<tr><td>risultati</td><td>Disponibilità di dati ed informazioni sul fenomeno e sull’utenza funzionali alla valutazione del Piano ed alla programmazione</td></tr>
<tr><td>azioni</td><td>Redazione di un progetto regionale di monitoraggio e di studio</td></tr>
</table>

Obiettivo generale 7

Valutazione degli interventi

Razionale: negli ultimi anni le attività nel campo del gioco d'azzardo patologico si sono moltiplicate. Tuttavia la maggior parte dei progetti non sono stati valutati opportunamente ed esiste perciò la necessità improrogabile di migliorare la conoscenza delle modalità di "valutazione della efficacia" e di rendere possibile lo scambio delle esperienze e dei risultati. L'Osservatorio regionale dipendenze può mettere a punto metodi di valutazione scientifica allo scopo di favorire il miglioramento della qualità di tutto l'ampio spettro degli interventi di prevenzione cura riabilitazione e reinserimento previsti dal piano. La valutazione di processo – monitoraggio - accompagnerà l'intera implementazione del progetto e renderà possibili aggiustamenti in itinere, fornendo informazioni utili per un eventuale miglioramento o riprogettazione dell'intervento in caso di scarto tra il piano originario e la sua realizzazione. Il piano di valutazione di esito darà anzitutto un giudizio conclusivo rispetto alla capacità del piano di raggiungere i destinatari previsti, integrandosi, in tal senso, con l'attività di monitoraggio.

Evidenze: in letteratura sono poche le ricerche esistenti in questo campo, soprattutto in Italia. Se ne elencano le più importanti:

- Delfabbro P. (2008). *Evaluating the effectiveness of a limited reduction in electronic gaming machine availability on perceived gambling behaviour and objective expenditure. International Gambling Studies*, 8 (2): 151-165, DOI: 10.1080/14459790802139983
- Derevensky J., Sklar A., Gupta R., Messerlian C. (2010). *An empirical study examining the impact of gambling advertisements on adolescent gambling attitudes and behaviors*. International Journal of Mental Health and Addiction, 8: 21-34, DOI: 10.1007/s11469-009-9211-
- Ferland F., Ladouceur R., Vitaro F. (2005). *Efficiency of a gambling prevention program for youths: Results from the pilot study*. Encephale, 31(4): 427-436., DOI: 10.1016/S0013-7006(05)82404-2
- Gaboury A., Ladouceur R. (1993). *Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents*. Journal of Primary Prevention, 14: 21-28., DOI: 10.1007/BF01324653
- Ladouceur R., Sylvain C., Gosselin P. (2007). *Self-exclusion program: A longitudinal evaluation study*. Journal of Gambling Studies, 23(1): 85-94.

Per valutare gli interventi di prevenzione attuati ed i programmi di cura negli aspetti di processo e di esito si farà altresì riferimento alle pubblicazioni ed alle ricerche nel più esteso campo delle dipendenze patologiche.

Target: tutti i target indicati negli obiettivi generali precedenti

Setting: Regione Marche

Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
A. Valutare gli interventi di prevenzione attuati		I medesimi previsti dal Piano regionale della Prevenzione	• Regione Marche • Agenzia regionale Sanitaria	Agenzia regionale Sanitaria (Osservatorio regionale	Un report annuale a cura dell'Osservato-rio regionale dipendenze
risultati	Disponibilità di dati ed informazioni sulla efficacia degli interventi di prevenzione previsti dal Piano e sulle criticità				

azioni	Redazione di un progetto regionale di valutazione		(Osservatorio regionale dipendenze)	dipendenze)	
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
B. Valutare i programmi di cura		Progetto di valutazione dei programmi trattamentali	• Regione Marche • Agenzia regionale Sanitaria (Osservatorio regionale dipendenze)	Agenzia regionale Sanitaria (Osservatorio regionale dipendenze)	Un report annuale a cura dell'Osservato-rio regionale dipendenze
risultati	Disponibilità di dati ed informazioni sui processi di cura				
azioni	Redazione di un progetto regionale di valutazione degli esiti trattamentali				

<table>
<tr><th colspan="6">Obiettivo generale 8
Formazione</th></tr>
<tr><td colspan="6">Razionale: La formazione e l’aggiornamento congiunto degli operatori sociali e sanitari delle organizzazioni impegnate nella realizzazione del Piano regionale GAP e della dipendenza da nuove tecnologie e social network appare strategica per fornire una base comune e condivisa di conoscenze e favorire lo sviluppo del sistema integrato territoriale. La formazione e l’aggiornamento degli operatori riguarda le caratteristiche sociali, culturali, economiche ed epidemiologiche del fenomeno, la prevenzione, la cura ed il reinserimento dei gamblers secondo un modello di “community care”. La metodologia formativa deve necessariamente privilegiare un metodo attivo che consenta ai partecipanti di integrare le conoscenze “situazionali” derivanti dall’esperienza sul campo, nei territori di provenienza, con i saperi scientifici e le prassi operative validate.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Evidenze: L' attività di prevenzione e di cura della dipendenza da gioco d’azzardo patologico trovano nella formazione integrata una pratica consolidata. Il processo formativo rappresenta un’opportunità di integrazione professionale tra i diversi soggetti impegnati nell’attuazione del piano. Una consolidata letteratura conferma l’efficacia di metodologie basate sulla formazione orientata all’intervento. Il fondamento della metodologia della formazione-intervento si ritrova nelle sue origini sperimentali, e ha una connotazione precisa che si sostanzia in tre parole significative: partecipazione, progettazione e apprendimento. Si basa infatti sul presupposto che, per promuovere un cambiamento, si debba alimentare un’ampia partecipazione degli attori che ne sono coinvolti direttamente o indirettamente. La confluenza di più attori e quindi la disponibilità di più competenze lungo un processo di apprendimento orientato all’azione porta a ricercare e condividere soluzioni innovative e di maggiore soddisfazione generale consentendo di sviluppare un apprendimento sia individuale che collettivo.</td></tr>
<tr><td colspan="6">Target: operatori e portatori d’interesse</td></tr>
<tr><td colspan="6">Setting: formazione territoriale locale e formazione di livello regionale</td></tr>
<tr><th colspan="2">Obiettivo specifico</th><th>Indicatori</th><th>Soggetto attuatore</th><th>Fonte di verifica</th><th>Valori attesi</th></tr>
<tr><td colspan="2">A. Formare, supervisionare, aggiornare reti territoriali qualificate di operatori e portatori d’interesse (mmg, pls, polizie locali, esercenti…)</td><td rowspan="2">Numero dei programmi formativi territoriali</td><td rowspan="2">ASUR DDP Integrati
Enti accreditati per la formazione (per gli esercenti)</td><td rowspan="2">ASUR DDP Integrati</td><td rowspan="2">Realizzazione di almeno un programma formativo/anno per territorio</td></tr>
<tr><td>risultati</td><td>Disponibilità di una rete di operatori e di competenze qualificate sul GA-GAP e sulla dipendenza da nuove tecnologie e social network</td></tr>
</table>

azioni	Progettazione e realizzazione di programmi formativi territoriali				di competenza di STDP
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
B. Formare, supervisionare, aggiornare una rete qualificata di professionisti del sistema dei servizi socio-sanitari per le dipendenze		Programma formativo regionale	Regione Marche	Regione Marche	Realizzazione di un programma formativo regionale per gli operatori dei servizi per le dipendenze
risultati	Disponibilità di una rete di operatori e di competenze qualificate sul GAP e sulla dipendenza da nuove tecnologie e social network				
azioni	Progettazione e realizzazione di un programma regionale di formazione				
Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Soggetto attuatore**	**Fonte di verifica**	**Valori attesi**
C. Formare docenti ed educatori per l'Educazione tra Pari		Numero di incontri per educatori e docenti	ASUR DDP Integrati	ASUR DDP Integrati	Realizzazione di almeno due incontri/anno per territorio di competenza del STPD
risultati	Disponibilità di dati ed informazioni sui processi di cura				
azioni	Organizzare incontri di formazione e informazione per docenti ed educatori tra pari				

4. STRATEGIA REGIONALE

a. Linee d'intervento

Il presente Piano è finalizzato al contrasto della diffusione del GAP e della dipendenza da nuove tecnologie e social network attraverso le linee d'intervento/obiettivi generali ed obiettivi specifici indicati nel paragrafo 3.b

b. Funzioni e competenze

La Regione svolge le attività di programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi previsti dal presente Piano, in collaborazione con il CNR e con l'Osservatorio regionale dipendenze, e definisce i criteri di ripartizione del fondo nazionale e delle risorse proprie. Definisce inoltre il programma di formazione di livello regionale.

All'attuazione del Piano concorrono le seguenti organizzazioni del sistema di contrasto:

Enti/organizzazioni	Aree di competenza
L'Azienda sanitaria unica regionale Marche (ASUR), attraverso i Dipartimenti integrati per le dipendenze Patologiche (DDP) ed i Dipartimenti di Prevenzione (DP)	Prevenzione, informazione, consulenza, valutazione, diagnosi, trattamento, riabilitazione
Gli enti del privato sociale accreditati nel settore delle dipendenze (EA)	Prevenzione, informazione, consulenza, valutazione, trattamento, riabilitazione (nell'ambito dei programmi territoriali dei DDP Integrati)
Gli Ambiti territoriali sociali (ATS)	Prevenzione, informazione, sensibilizzazione (nell'ambito dei programmi dei DDP Integrati)
Le autonomie scolastiche	Prevenzione, informazione, sensibilizzazione in ambito scolastico, in collaborazione con ATS, ASUR, enti accreditati (nell'ambito dei programmi dei DDP Integrati)
Le associazioni di auto-mutuo aiuto	Rete di socializzazione e sostegno, in stretta collaborazione con DDP Integrati
Le associazioni di tutela dei consumatori, le fondazioni antiusura	Consulenza, assistenza legale, economica e finanziaria, contrasto all'usura, (nell'ambito dei programmi dei DDP Integrati)
Altri soggetti della cooperazione sociale e dell'associazionismo con esperienza specifica nel settore della dipendenza da gioco d'azzardo, anche online; associazioni delle famiglie componenti della Consulta regionale per la famiglia	Informazione, educazione, consulenza in stretta collaborazione con DDP Integrati (nell'ambito dei programmi dei DDP Integrati)

5. TARGET

Nella logica della complessità della prevenzione universale l'intervento è destinato a tutte le fasce della popolazione. Per interventi di tipo selettivo ed indicato, in genere più efficaci in ambito scolastico e familiare, il principale target di riferimento è quello a maggior rischio di sviluppo di una dipendenza dal GA e da nuove tecnologie e social network:

- giocatori problematici, con potenziale viraggio verso la compulsione;
- adolescenti vulnerabili con comportamenti problematici e propensione al rischio;
- persone con familiarità al GA;
- giovani con difficoltà nel controllo dell'impulsività;
- persone in grave disagio economico e con indebitamento;
- soggetti che consumano sostanze illegali o alcolici;
- adulti/anziani con carenti attività ricreative e socializzanti;
- soggetti dipendenti patologicamente dalle nuove tecnologie informatiche e dai social network.

Il target secondario è costituito da famiglie, insegnanti, esercenti, medici e pediatri.

Per una corretta comprensione del fenomeno e un uso critico della prevenzione, è bene precisare che le categorie elencate indicano condizioni in cui il fattore di pericolo (impulsività, uso di alcolici o disagio economico) non rappresenta la causa fondante ma, in genere, una variabile ultima o scatenante della dipendenza. L'origine del gioco d'azzardo patologico, come di qualsiasi altra condotta compulsiva, deve infatti essere rintracciata nella sfera della sofferenza della persona, che priva di adeguati strumenti di gestione, utilizza la via dello scarico comportamentale dell'angoscia.

Rispetto alla cura e alla riabilitazione, l'utenza è rappresentata dalle persone che si rivolgono ai servizi, o sono già pazienti in carico, o vengono intercettati dalle UdS, laddove presenti.

Le principali azioni da perseguire si concentrano sui singoli fattori di rischio individuali ed ambientali. Oltre che ridurre l'offerta di consumo (sale giochi, …) e le condizioni di accesso (divieti secondo l'età e sistemi di segnalazione di comportamenti problematici), occorrerà fornire informazioni sulle reali possibilità di vincita e promuovere nel territorio alternative di svago improntate alla socializzazione e all'integrazione (associazioni sportive, luoghi di incontro e aggregazione, …).

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' - INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE

a. Prevenzione

La prevenzione dei comportamenti di dipendenza mira ad accrescere i fattori di resilienza e ridurre la vulnerabilità. È dimostrato che un intervento precoce ha un impatto maggiore di uno operato in tempi successivi.

In tema di prevenzione primaria è importante differenziare il gioco dalla compulsione, valorizzando e promuovendo l'azione ludica sana (creativa, educativa, socializzante, valida a tutte le età) e informando sui rischi connessi all'azzardo. Quest'ultimo, benché non sia "problematico", presenta delle caratteristiche proprie, capaci di attivare comportamenti di dipendenza. Esperienze precedenti (vedi campagne di pubblicità mirate a promuovere il gioco responsabile) hanno evidenziato che vanno assolutamente evitati messaggi tolleranti nei contesti preventivi.

La Regione realizza inoltre distinte campagne informative sul rischio da dipendenza da GAP e quello da nuove tecnologie informatiche e social network.

Prevenzione del GAP e della dipendenza da nuove tecnologie informatiche e social network nel periodo dell'adolescenza

Massima attenzione deve essere rivolta all'adolescenza, dal momento che il ricorso al gioco d'azzardo può essere utilizzato come fonte di esperienze nuove ed emozionanti, sfida di sé, occasione di affrancamento dalle regole familiari, trasgressione del mondo degli adulti. Per le sue caratteristiche, inoltre ben si presta ad essere utilizzato come dispositivo di scarico della tensione, di negazione della noia e degli stati depressivi, di ristabilimento del senso di potenza in un periodo di incertezze. Nello specifico in questa età, le principali conseguenze si rintraccerebbero, oltre che nell'alto dispendio di denaro, nelle assenze dalle lezioni, negli scarsi risultati scolastici, nei furti, nella presenza di sintomi di tipo depressivo. E' importante poi segnalare la preoccupazione per il concomitante uso di sostanze e la comparsa di manifestazioni di disadattamento e di esclusione sociale.

Ricerche nazionali (Molinaro S., 2009 e Bono P., 2009) e internazionali (Ladouceur R. et al., 2002) hanno evidenziato che i giovani coinvolti in attività di GA hanno iniziato l'abitudine già a partire dalle Scuole Primarie per poi consolidarla in tarda adolescenza. A partire da quell'età sviluppano e mantengono pensieri irrazionali, col rischio di incorrere in gravi problemi personali e relazionali. Secondo Derevensky (2000) corretti atteggiamenti e giuste cognizioni sull'attività di gioco rappresentano una protezione per lo sviluppo di comportamenti patologici: è dimostrato che maggiore è la cultura scientifica e la preparazione matematica minore è la spesa in gioco d'azzardo (Contucci P., 2012; Canova P., Rizzuto D., 2016). E' invece fattore di rischio per i giovani il considerare il gioco un'occasione per rilassarsi, una innocua abitudine, un terreno in cui dimostrare abilità personali (Capitanucci et al., 2009).

La letteratura internazionale in ambito di prevenzione primaria suggerisce per la popolazione giovanile di mirare a:

- una cultura ludica sana che promuova la socializzazione, l'integrazione, il piacere della condivisione, l'evasione, lo sviluppo della personalità;
- un'esatta comprensione delle reali possibilità di vincita veicolando cultura scientifica e matematica come protezione dalle false credenze sul GA;
- informazioni sugli elementi che stimolano la compulsione al gioco (velocità, facilità, possibilità di ripetizione delle giocate, illusione di controllo, etc);
- le cosiddette abilità di vita (life skills) e in particolare le abilità cognitive - senso critico, pensiero creativo, capacità di risolvere problemi, capacità di prendere decisioni;
- l'utilizzo di metodologie adeguate, quali l'Educazione tra Pari (Peer Education), basate su processi di Apprendimento Cooperativo (Cooperative Learning).

Queste ultime metodiche hanno mostrato maggior efficacia rispetto agli interventi con adulti esperti in tema di dipendenza da sostanze psicoattive (Gottefredson, Wilson, 2003). Al contrario, il ruolo degli adulti (operatori della salute e docenti) si è rivelato, al contrario, fondamentale per l'impatto degli interventi e per il sostegno ai giovani che ricoprono il ruolo di PE (Bonino S., Cattelino E., 2008; vedi anche "Guadagnare Salute negli Adolescenti" – programma nazionale promosso dal CCm del Ministero della Salute).

Alla luce di quanto affermato e vista la validità e l'efficacia riconosciuta ai programmi di prevenzione finalizzati al potenziamento e al riconoscimento delle abilità sociali, un primo livello di azio-

ne avverrà in contesti gruppali (gruppi classe da preferire ai gruppi informali), finalizzate a diffondere:
- competenze sociali (capacità interpersonali utili per costruire relazioni positive)
- competenze emotive (comprensione e gestione delle emozioni)
- competenze cognitive (risolvere problemi, definire obiettivi, etc.).

Secondariamente, ci si disporrà a rimuovere le credenze errate (probabilità di vincita, capacità d'influenzare l'esito di una sessione).

Prevenzione selettiva e indicata

La prevenzione selettiva riguarda l'insieme degli interventi messi in atto verso le categorie considerate più vulnerabili rispetto alla problematica del GA. Sono ritenuti tali, secondo le recenti indagini Eurispes, i giovani e gli anziani.

Per i primi, l'OMS suggerisce di realizzare un numero consistente di sessioni a carattere educativo, sin dai primi anni di scuola, in cui contrastare il procedere del percorso di rischio avviato e rafforzare fattori protettivi e abilità di vita (life skills).

E' opportuno inoltre procedere con interventi di diagnosi precoce e di incremento della consapevolezza del soggetto (soprattutto se adolescente). Strategico è infine sostenere la famiglia a livello educativo. Laddove presenti le Unità di Strada, il campo di azione può essere esteso a luoghi a rischio (slot, bar, sale gioco etc…) e informali (piazze, parchi..).

Per la diagnosi verranno impiegati strumenti specifici (colloquio diagnostico, somministrazione di questionari, analisi del contesto familiare e sociale, studio dei fattori di rischio e di protezione). Conclusa la fase valutativa, si procederà con la strategia terapeutica più idonea per soggetto ed il nucleo familiare.

Riguardo l'età, si ritiene dover intervenire già a partire dagli 11 anni, periodo di sviluppo del pensiero operatorio formale (Piaget J.,1967) e di acquisizione della capacità di ragionamento astratto ipotetico-deduttivo. Tali competenze aiuteranno il giovane ad impadronirsi, attraverso interventi mirati e comunicazioni appropriate, di contenuti corretti.

Gli interventi devono incentivare il potenziamento di abilità, quali:
- senso critico: per l'analisi oggettiva di informazioni ed esperienze, valutando vantaggi e svantaggi e riconoscendo i fattori che influenzano atteggiamenti e comportamenti (probabilità di vincita, pressioni dei coetanei, influenza dei mezzi di comunicazione, ecc.);
- capacità di risolvere problemi (problem solving): favorire processi decisionali più consapevoli;
- prendere decisioni (decision making): saper scegliere in modo cosciente e costruttivo nelle diverse situazioni e contesti di vita.

Oltre a fattori individuali propri della popolazione giovanile, è importante considerare l'impatto di variabili ambientali, familiari (sono più a rischio i giovani appartenenti a famiglie di giocatori) e situazionali (comunità recentemente colpite dal recente sisma di agosto-ottobre 2016).

A questo proposito, sono noti infatti gli effetti rilevati, in termini di aumento di spesa, per il GA nella Regione Abruzzo dopo il terremoto del 2009. Diversi autori hanno rilevato come la perdita di speranza nel tessuto sociale, la difficoltà di trovare prospettive lavorative a breve termine, i lunghi tempi di ricostruzione abbiano inciso nella popolazione con una forte incidenza nel GA e con ripercussioni in termini di salute per la popolazione. Alla luce di questi dati diventa ancora più importante intervenire sui soggetti più vulnerabili attraverso il coinvolgimento di famiglie e scuola.

Anziani: favorire percorsi di socializzazione, attività ricreative e salutari (gruppi di cammino, ginnastica dolce, ….).

b. Informazione e consulenza

Il sistema promuove la massima informazione sui rischi del gioco d'azzardo, con strategie adeguate ai vari target (popolazione generale, giovani e adolescenti, adulti, anziani, soggetti a rischio, giocatori problematici) e contesti (luoghi del gioco, scuole, luoghi aggregativi, luoghi di lavoro, web, …). Il livello territoriale minimo di diffusione delle informazioni è l'Area vasta ASUR; è auspicabile l'integrazione ed il coordinamento tra gli interventi informativi delle aree vaste adiacenti. Le Unità di strada concorrono alla realizzazione di tale indirizzo.

Il numero verde regionale sulle dipendenze fornisce informazioni ed un primo livello di consulenza; qualora il caso necessiti di approfondimento l'operatore propone l'invio ai servizi dipartimentali territorialmente competenti.

La Regione realizza inoltre una campagna informativa multimediale sul GAP.

Presso ogni Area vasta vengono offerti anche interventi di supporto economico, legale e finanziario alle persone in condizioni di difficoltà determinate dal GAP e dalla dipendenza da nuove tecnologie informatiche e social network. A tal fine i DDP Integrati promuovono la ratifica di protocolli territoriali di collaborazione con le associazioni di tutela dei consumatori iscritte al Registro regionale previsto dall'articolo 4 della l.r. 14/2009 ("*Norme in materia di tutela dei consumatori e degli utenti*") che svolgono le attività previste dall'articolo 1 della stessa legge regionale, tra cui la tutela della salute e della sicurezza dei consumatori, la tutela degli interessi economici e giuridici dei consumatori, oltre che la promozione della formazione e dell'informazione dei consumatori e degli utenti. Nell'ambito dei programmi dipartimentali l'assistenza e la tutela sono a favore dei casi che contestualmente accettano di essere presi in carico dall'ASUR. I protocolli di collaborazione possono prevedere impegni economici a favore delle associazioni sopra indicate, negoziati territorialmente nell'ambito delle risorse assegnate a ciascuna Area vasta.

c. Diagnosi, cura e riabilitazione

In caso di gioco, l'intervento diagnostico e clinico è un atto di particolare delicatezza, dal momento che il problema è vissuto dalla persona in maniera scarsamente critica e consapevole (richiesta "senza una specifica domanda"), a volte presentato da altri (familiari, amici). Complica il quadro la concomitanza di assetti di personalità fragili, fortemente bisognosi di appoggio e sostegno per la soluzione dei propri bisogni, portati a manifestare all'esterno, attraverso azioni impulsive, pensieri, emozioni ed affetti.

Lo sforzo dei professionisti è far comprendere, al di là dell'urgenza e dell'emergenza imposti dalla condotta patologica, che il gioco è la manifestazione esterna di sofferenze e conflitti interni. Oltre a ricostruire l'evoluzione della problematica, insieme a tutte le disastrose conseguenze, questo comporta valutare il mondo interno del giocatore: la storia individuale, il profilo di personalità, il bilancio tra deficit e potenzialità psichiche disponibili. Si rivela inoltre fondamentale l'analisi delle risorse utilizzabili (individuali, familiari, materiali) su cui far leva per le varie fasi dell'intervento.

I Servizi territoriali dipendenze patologiche (STDP) diagnosticano e certificano la dipendenza patologica da gioco d'azzardo (ludopatia) e da nuove tecnologie informatiche e social network. La va-

lutazione diagnostica è condotta da un'équipe multidisciplinare (psicologo, medico, assistente sociale, consulenza legale e finanziaria), che accerta e certifica la dipendenza patologica al gioco d'azzardo. Documenta inoltre la presenza di altre patologie correlate.
Una volta restituito l'esito al soggetto che ha richiesto aiuto, l'equipe lo coinvolge nella definizione del progetto terapeutico che potrà avvenire a livello ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale. Dove necessario, è prevista degenza ospedaliera per accertamenti diagnostici specifici o somministrazione di terapia farmacologica.
Gli enti accreditati realizzano, ove necessari, i relativi percorsi di riabilitazione.
L'intervento terapeutico ha come scopo, oltre la soppressione del comportamento disturbante (trattamento sintomatico), sostenere, attraverso la cura, la persona nello sforzo di ristabilire il processo di salute e individuare nuove opportunità per la propria vita. Si pone anche l'obiettivo di restaurare quella relazionalità e quella quotidianità smarrite con l'isolamento al gioco.
Tutti i casi trattati vengono inseriti nel software regionale "Ippocrate".
I servizi curanti valutano l'efficacia dei trattamenti e trasmettono semestralmente alla Regione i relativi report statistici.

d. Formazione

Al fine di promuovere una cultura della prevenzione e della cura del GAP, e di garantire lo sviluppo di conoscenza e competenze specifiche agli operatori ed ai portatori d'interesse, la Regione stabilisce un programma formativo così articolato:

- Formazione regionale: destinata agli operatori del sistema dei servizi sociosanitari per le dipendenze;
- Formazione territoriale, a livello di ciascuna Area vasta, curata dai servizi territoriali, destinata ai portatori d'interesse in materia di GAP e di nuove tecnologie informatiche e social network (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, insegnanti, esercenti, forze dell'ordine, amministratori locali, …).

Il programma formativo viene elaborato da un apposito comitato regionale composto:

- dal dirigente del Servizio politiche sociali e sport, che lo presiede, o suo delegato;
- da 2 rappresentanti dell'ASUR, designati dall'ASUR stessa.

Il programma formativo è elaborato sentiti gli ATS, gli enti accreditati aderenti al CREA e all'ACUDIPA ed altri esperti, nonché le associazioni ed i comitati che si occupano di azzardopatia e di altre forme di ludopatia.

7. RESPONSABILITA' DELLE AZIONI

Il presente Piano prevede azioni di livello e responsabilità Regionali ed azioni di livello e responsabilità territoriali (di Area vasta o di STDP) attribuibili all'ASUR, agli enti accreditati, agli ATS, ove opportuno in collaborazione con altre associazioni, fondazioni, gruppi di auto-mutuo aiuto portatori d'interesse.
Nel dettaglio si veda il paragrafo 3.d Tabella 2.

8. RISORSE E PIANO FINANZIARIO - RIPARTIZIONE DELLE RISORSE

a. Il fondo nazionale

Ai sensi della legge 208/2015 (legge stabilità 2016), presso il Ministero della Salute è stato istituito il fondo nazionale per il GAP. Per la dotazione del Fondo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016. Il Fondo è ripartito tra le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con Decreto del Ministro della Salute del 6 ottobre 2016.

La quota attribuita alla Regione Marche è di € 1.295.925,00 per ciascun anno 2016, 2017 e 2018.

A seguito del ricorso al TAR del Lazio da parte del Codacons nazionale, componente dell'osservatorio nazionale sul GAP, contro il Ministero della Salute, il TAR del Lazio ha accolto il ricorso con sentenza n. 10525 del 17/10/2017 che ha sospeso l'efficacia dell'atto amministrativo ministeriale con cui sono stati trasferiti i fondi alle Regioni.

In attesa della risoluzione del ricorso, quindi, all'attuazione del presente Piano concorrono le sole risorse regionali del fondo sanitario indistinto 2016/2017 e 2018 per il periodo di riferimento complessivamente pari ad € 2.631.850,00.

b. Criteri di ripartizione e di assegnazione del fondo

Il fondo complessivo viene ripartito per linee d'intervento come segue:

- Prevenzione, informazione, comunicazione, sensibilizzazione: 50%;
- Consulenza, ascolto, cura e riabilitazione: 41%;
- Monitoraggio e valutazione: 1,5%;
- Formazione: 4%;
- Spese di gestione fisse: 3,5%.

Eventuali minori spese vengono destinate alle attività di prevenzione, informazione, comunicazione e sensibilizzazione.

La ripartizione dei singoli obiettivi può essere annualmente modificata sulla base delle verifiche di attuazione del piano.

Eventuali ulteriori risorse disponibili possono essere impiegate in esercizi finanziari successivi.

Il fondo, esclusa la quota a gestione diretta regionale, viene ripartito territorialmente come segue:

- il 70% proporzionalmente alla popolazione residente nel territorio di ciascuna Area vasta ASUR;
- il 30% proporzionalmente all'estensione territoriale di ciascuna Area vasta ASUR.

Per motivi contabili il fondo indistinto 2016 (€ 1.295.925,00) è stato ripartito secondo il criterio sopra indicato ed assegnato con decreto n. 182/IGR/2016 a cinque enti accreditati ai sensi della l.r. 21/2016 che esercitano, in forma associata (ATI) con tutti gli enti territoriali accreditati presso il SSR , o convenzionati o contrattualizzati con l'ASUR nel settore delle dipendenze, la funzione di ente capofila di ciascuna Area vasta come segue:

- 4 enti designati dal Coordinamento regionale enti accreditati (CREA), con vincolo di utilizzo integrato e coordinato delle risorse economiche con le strutture dipartimentali (dipendenze e prevenzione) dell'ASUR e con gli ATS, per l'attuazione dei programmi dipartimentali di Area vasta;

- 1 ente designato dall'Associazione cura dipendenze patologiche (ACUDIPA), con vincolo di utilizzo integrato e coordinato delle risorse economiche con le strutture dipartimentali (dipendenze e prevenzione) dell'ASUR e con gli ATS per l'attuazione dei programmi dipartimentali di Area vasta.

L'annualità 2017, pari ad € 15.000,00, è stata destinata al finanziamento del Numero Verde Regionale sulle dipendenze, così come la quota pari ad € 25.000,00 dell'annualità 2018.
La restante quota del fondo 2018 viene ripartita ed assegnata come segue:

- 83% all'ASUR per la realizzazione dei programmi integrati d'Area vasta;
- 12% agli ATS per attività di prevenzione, informazione, sensibilizzazione previste nei programmi d'Area vasta, che concorrono alla quota complessiva di risorse destinate alla prevenzione sopra indicata (50%);
- 5% a gestione regionale diretta per attività di monitoraggio e valutazione, di comunicazione e di formazione di livello regionale.

RISORSE E PIANO FINANZIARIO

FONDI UTILIZZATI

OBIETTIVI GENERALI	FONDO SANITARIO INDISTINTO 2016	FONDO SANITARIO INDISTINTO 2017	FONDO SANITARIO INDISTINTO 2018	TOTALE
1. Informazione, educazione e sensibilizzazione 2. Prevenzione ambientale ed universale 3. Prevenzione selettiva ed indicata	€ 647.962,50		€ 647.962,50	€ 1.295.925,00
4. Consulenza e ascolto 5. Presa in carico, cura e riabilitazione	€ 531.329,25	€ 15.000,00	€ 556.329,25	€ 1.102.658,50
6. Monitoraggio del fenomeno 7. Valutazione degli interventi	€ 19.438,87		€ 19.438,87	€ 38.877,74
8. Formazione	€ 51.837,00		€ 51.837,00	€ 103.674,00
Spese di gestione (fisse)	€ 45.357,38		€ 45.357,38	€ 90.714,76
TOTALE	**€ 1.295.925,00**	**€ 15.000,00**	**€ 1.320.925,00**	**€ 2.631.850,00**

Le attività per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle persone con dipendenze da nuove tecnologie e social network sono finanziabili esclusivamente con il fondo sanitario regionale indistinto.

9. COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO

a. Comitato regionale di coordinamento

Per il coordinamento dell'attuazione del Piano regionale, presso la Regione è istituito un comitato così composto:

- 2 rappresentanti della struttura regionale competente in materia di dipendenze;
- 2 rappresentanti dell'ASUR;
- 2 rappresentanti degli ATS.

Il Comitato è presieduto dal Dirigente della struttura regionale competente in materia di politiche sociali o suo delegato.

Il Comitato si riunisce periodicamente per verificare lo stato di attuazione del Piano a livello territoriale e per esaminare eventuali criticità attuative, formulando le relative proposte di soluzione.

b. Monitoraggio

Per il monitoraggio del fenomeno nelle Marche si fa riferimento agli studi IPSAD ed ESPAD del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), con il quale è in corso di definizione un accordo di collaborazione.

Il monitoraggio del Piano d'azione regionale è affidato all'Osservatorio regionale dipendenze istituito presso l'Agenzia regionale sanitaria, che redige un Rapporto annuale di monitoraggio e valutazione.

c. Valutazione delle azioni realizzate

La valutazione delle azioni previste nel Piano è affidata al Comitato regionale di coordinamento, in collaborazione con l'Osservatorio regionale dipendenze istituito presso l'Agenzia regionale sanitaria, che redige un Rapporto annuale di monitoraggio e valutazione.

10. MODALITA' OPERATIVE

Ciascun ente beneficiario (enti accreditati capofila, ASUR, Ambiti territoriali sociali) è responsabile della gestione amministrativa delle risorse assegnate, che vengono utilizzate obbligatoriamente secondo il programma di Area vasta predisposto presso ciascun DDP, nel rispetto degli indirizzi Regionali e delle linee d'intervento sopra indicate.

I programmi territoriali vengono redatti con il concorso dei Servizi territoriali per le dipendenze (STDP), degli enti accreditati, degli Ambiti territoriali sociali, sentita l'Assemblea del DDP integrato. In materia di prevenzione gli obiettivi e gli interventi devono essere coerenti e coordinati con il Piano regionale della Prevenzione 2014/2018. Entro 45 giorni dall'approvazione del presente Piano ciascuna Area vasta ASUR trasmette alla Giunta regionale, Servizio Politiche Sociali e Sport, il relativo programma territoriale attuativo del Piano regionale, redatto secondo lo schema che sarà approvato con atto dirigenziale successivo.

I programmi territoriali dovranno prevedere anche apposita sezione dedicata alle dipendenze da nuove tecnologie informatiche e social network; i servizi territoriali degli Enti accreditati concorrono alla redazione di questa apposita sezione assieme agli Ambiti territoriali sociali competenti per territorio.

Ciascun programma deve prevedere il più ampio e capillare coinvolgimento degli ATS, delle scuole, dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, dell'associazionismo compresi i gruppi di auto-mutuo aiuto (ai sensi della l.r. 3/2017, articolo 12), delle famiglie, degli esercenti (ove disponibili) e delle principali organizzazioni attive nella comunità portatrici d'interesse. Il Programma deve prevedere altresì forme di coordinamento/collaborazione con enti che erogano servizi di assistenza legale e per il contrasto all'usura nei confronti di persone con problemi economici determinati dal GAP.

Il programma potrà essere adottato con atto del direttore d'Area vasta, ovvero al programma dovrà essere allegato il verbale del Comitato dipartimentale sottoscritto da tutti i componenti, che attesti il percorso integrato e coordinato messo in atto e l'accordo sul programma.
Entro 30 giorni dalla ricezione la Giunta regionale approva i programmi.