

Decreto del Ministero della Salute 6 ottobre 2016  
Piano di Attività per il contrasto al gioco d'azzardo  
Regione Lombardia

Referenti scientifici:

Liliana Coppola  
Laura Lanfredini  
DG Welfare - Regione Lombardia

Recapiti

[liliana\\_coppola@regione.lombardia.it](mailto:liliana_coppola@regione.lombardia.it) 02 6765 2065

[laura\\_lanfredini@regione.lombardia.it](mailto:laura_lanfredini@regione.lombardia.it) 02 6765 6588

La struttura del Piano .....	3
Inquadramento generale .....	3
Obiettivo e finalità.....	25
Strategia.....	25
Target .....	26
Descrizione delle Attività .....	26
Azioni di carattere regionale e territoriale.....	26
Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori .....	27
Tabella 2: Dettaglio azioni.....	29
Risorse e piano finanziario.....	35
Modalità di utilizzo dei fondi.....	35
Valutazione e monitoraggio del piano.....	36

## STRUTTURA DEL PIANO

### INQUADRAMENTO GENERALE – COMPRESO QUANTO PROGRAMMATO O MESSO IN ATTO RISPETTO AL FONDO SANITARIO INDISTINTO

La seguente proposta di Piano si colloca nel quadro delle politiche regionali definite dal Piano di Sviluppo Regionale per la X legislatura. Strategie, obiettivi generali e specifici, programmi di intervento e azioni sono declinate coerentemente agli indirizzi di cui:

- Al Piano Nazionale Prevenzione 2014-18 di cui all'Intesa - ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - del 13 novembre 2014
- Al Piano Regionale Prevenzione 2015-18 (d.g.r. 5 giugno 2015 n. 3654)
- Alla l.r. 11 agosto 2015, n.23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”
- Legge Regionale 21 ottobre 2013, n.8 “Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico” (e successive) che ha approvato le disposizioni finalizzate alla prevenzione e al contrasto di forme di dipendenza dal gioco d'azzardo patologico (GAP), nonché al trattamento e al recupero delle persone che ne sono affette e al supporto delle loro famiglie. La legge prevede inoltre misure volte a contenere l'impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco d'azzardo lecito sulla sicurezza urbana, la viabilità, l'inquinamento acustico e il governo del territorio. Alla realizzazione di tali finalità concorrono: i Comuni, le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), i soggetti del terzo settore e gli enti accreditati per i servizi nell'area delle dipendenze, le associazioni di rappresentanza delle imprese e degli operatori di settore e le associazioni di tutela dei diritti di consumatori e utenti.

Il Piano si caratterizza quale documento programmatico di sistema, che individua i macro obiettivi strategici cui punteranno i programmi e le azioni (regionali e territoriali) che saranno successivamente declinate dal Programma Operativo Regionale elaborato conseguentemente all'approvazione dei contenuti del presente Piano da parte del Ministero della Salute.

La pianificazione troverà coerenza nella governance regionale declinata dalla l.r. 8/2013 anche in relazione al coinvolgimento di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti e delle rispettive conoscenze e competenze, al fine di garantire la continuità al significativo processo di sinergia e confronto definito ed avviato con tale norma regionale. Si fa riferimento in particolare allo strumento del “*Gruppo di lavoro interdirezionale per l'attuazione della disciplina regionale sulla prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (gap), ai sensi della l.r. 21 ottobre 2013, n.8.*” di cui ai DDG 2084/2014, 4649/2015, 7810/2016, che rappresenta il momento di confronto e condivisione su politiche e programmi regionali e che vede la rappresentanza di tutte le Direzioni Regionali coinvolte (DDGG Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale; Istruzione, Formazione e Lavoro; Sicurezza, Protezione Civile e Immigrazione, Sviluppo Economico, Welfare, Sport e Politiche per i Giovani), delle Agenzie di Tutela della Salute, delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali; di associazioni regionali delle imprese (Confesercenti regionale Lombardia e Confcommercio Lombardia); di associazioni regionali aventi le finalità di prevenzione e contrasto al G.A.P (Associazione No Slot, Fondazione ERIS), di ANCI Lombardia e dell'Istituto regionale di formazione e ricerca (Eupolis) .

## Dati di contesto

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



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

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

:

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

REGIONE	Raccolta (**)			Vincite			Spesa (**)		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
ABRUZZO	1.877	1.869	1.875	1.445	1.442	1.452	419	421	416
BASILICATA	469	468	468	351	352	367	114	115	117
CALABRIA	1.610	1.590	1.551	1.206	1.196	1.254	391	388	390
CAMPANIA	6.244	6.611	6.821	4.638	5.006	5.231	1.580	1.583	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	1.725	1.723	1.687
LIGURIA	1.890	1.867	1.880	1.444	1.437	1.455	440	428	422
LOMBARDIA	13.640	13.968	14.065	10.722	10.760	10.944	3.067	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	64	82	82
PIEMONTE	4.908	4.923	5.080	3.776	3.904	3.917	1.118	1.113	1.136
PUGLIA	3.886	3.988	4.074	2.941	3.037	3.122	926	922	941
SARDEGNA	1.494	1.504	1.542	1.089	1.132	1.149	392	366	385
SICILIA	3.903	3.836	3.890	2.884	2.858	2.834	894	969	941
TOSCANA	4.425	4.446	4.586	3.417	3.466	3.554	962	966	1.000
TRENTINO ALTO ADIGE	1.209	1.164	1.180	953	921	905	251	241	243
UMBRIA	1.031	1.031	1.029	797	796	792	231	233	235
VALLE D'AOSTA	129	127	132	96	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	55.953	15.929	15.898	16.010

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

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

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

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

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

Valore assoluto		Su abitanti		% su PIL	
13.847	LOMBARDIA	1415,62	ABRUZZO	6,60	CAMPANIA
7.655	LAZIO	<b>1384,34</b>	<b>LOMBARDIA</b>	6,15	ABRUZZO
6.579	CAMPANIA	1332,21	EMILIA ROMAGNA	5,99	PUGLIA
5.929	EMILIA ROMAGNA	1299,13	LAZIO	5,96	MOLISE
5.703	VENETO	1191,21	LIGURIA	5,17	CALABRIA
4.935	PIEMONTE	1188,76	TOSCANA	4,82	SARDEGNA
4.461	TOSCANA	1165,85	MARCHE	4,75	UMBRIA
3.969	PUGLIA	1157,85	UMBRIA	4,68	MARCHE
3.826	SICILIA	1157,36	VENETO	4,55	SICILIA
1.886	LIGURIA	1122,40	CAMPANIA	4,43	BASILICATA
1.885	ABRUZZO	1120,16	MOLISE	4,10	TOSCANA
1.808	MARCHE	1115,39	PIEMONTE	4,10	EMILIA ROMAGNA
1.584	CALABRIA	1113,71	TRENTINO ALTO ADIGE	4,10	LAZIO
1.507	SARDEGNA	1063,46	FRIULI VENEZIA GIULIA	3,94	LIGURIA
1.305	FRIULI VENEZIA GIULIA	1005,47	VALLE D'AOSTA	3,91	PIEMONTE
1.176	TRENTINO ALTO ADIGE	970,39	PUGLIA	3,86	VENETO
1.036	UMBRIA	906,04	SARDEGNA	<b>3,81</b>	<b>LOMBARDIA</b>
467	BASILICATA	809,89	BASILICATA	3,72	FRIULI VENEZIA GIULIA
351	MOLISE	801,36	CALABRIA	3,03	TRENTINO ALTO ADIGE
129	VALLE D'AOSTA	751,36	SICILIA	2,73	VALLE D'AOSTA

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

<sup>1</sup> Regione Lombardia – Tavolo Dipendenze (ATS Brescia), 2017

<sup>2</sup> Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2015, Organizzazione, Attività e Statistica. Anno 2015

## Giochi Riepilogo nazionale

Volumi di gioco (dati in milioni di Euro)

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

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

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

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

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

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

Rete di vendita Lombardia vs Italia anni 2013-2015

Divisione territoriale	ANNO	Bingo	Giochi numerici a totalizzatore		Gioco ippico	Gioco sportivo	Lotteria a sorte	Video Slot	VLT
		Sale	Punti vendita	Punti vendita	Punti gioco Ragaz Agenzia	Punti gioco Ragaz Agenzia	Rivolante Punti vendite	n° punti con Video	n° sale VLT
Lombardia	2013	37	1.522	5.772	793	1.033	14.507	16.004	666
	2014	31	1.407	5.862	725	925	14.747	14.721	657
	2015	27	1.365	5.296	669	820	14.854	13.429	795
ITALIA	2013	221	10.219	39.141	5.657	7.050	18.943	26.245	4.588
	2014	218	9.935	36.540	5.817	6.448	19.229	18.922	4.834
	2015	208	9.738	35.078	5.687	5.903	18.487	18.807	4.868

Fonte: AAMS (nostra elaborazione)

## Il gioco d'azzardo nella popolazione generale

### *Dati del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri*

I risultati dell'indagine GPS-DPA 2014 (cfr. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, 2014) mostrano che la prevalenza di gioco nella popolazione 18-64 anni risulta pari a 62,6%, con un valore maggiore nella popolazione maschile (66,9%). Analizzando i dati secondo la fascia d'età, circa il 70,0% dei soggetti da 18 a 34 anni negli ultimi 12 mesi ha partecipato ad almeno uno dei giochi presi in considerazione nell'indagine, dato questo che scende al 59,1% nella fascia più adulta.

I residenti nell'area meridionale/insulare si caratterizzano per una prevalenza di gioco maggiore (69,0%), a fronte di una forte omogeneità rilevata nelle altre aree d'Italia. La valutazione del comportamento di gioco, per i soggetti che hanno risposto indicando la partecipazione negli ultimi 12 mesi ad almeno uno dei giochi elencati, è stato valutato attraverso il calcolo di un indice di gravità. Questo è stato stimato tramite la somministrazione della versione italiana validata del questionario South Oaks Gambling Screen (SOGS). Utilizzando questa scala di misura, è stato possibile identificare una quota di giocatori problematici e a rischio di gioco patologico pari al 2,1% e una quota di giocatori d'azzardo patologici pari all'1,9%. Si stima, quindi, che circa il 4% dei giocatori rispondenti di 18-64 anni abbia un approccio problematico o addirittura patologico al gioco d'azzardo, manifestato nei 12 mesi precedenti l'intervista (percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%).

### *Dati del Sistema di sorveglianza nazionale sul disturbo da gioco d'azzardo<sup>3</sup>*

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

L'indagine ha anche l'obiettivo di rilevare la percezione della popolazione italiana rispetto al gioco d'azzardo. Ne risulta che:

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

### *I dati dello Studio IPSAD<sup>4</sup>*

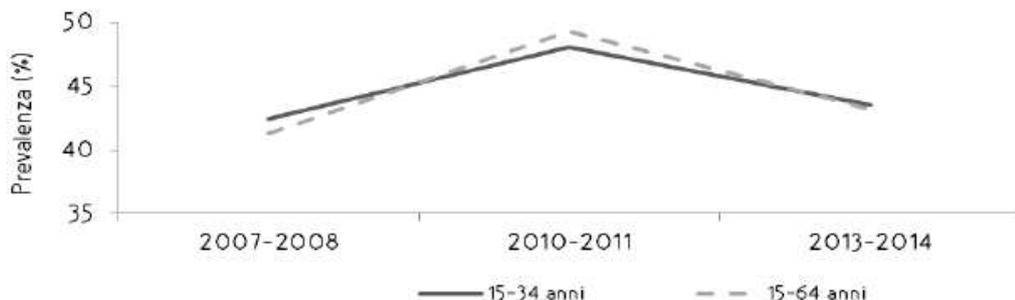
Dall'ultima indagine IPSAD®2013-2014 risulta che il 42,9% della popolazione di 15-64 anni, che corrisponde a quasi 17 milioni di persone, ha giocato almeno una volta somme di denaro; di questi oltre 5 milioni e mezzo sono giovani adulti di 15-34 anni, con una prevalenza equivalente al 42,7%.

Rispetto allo studio 2011 i tassi standardizzati (utilizzati per il confronto negli anni) riferiti sia alla popolazione di 15-64 anni sia a quella dei giovani adulti, risultano diminuiti, allineandosi al valore rilevato nello studio 2008.

<sup>3</sup> FONTE: Relazione al Parlamento 2016

<sup>4</sup> Relazione al Parlamento 2015

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



IPSAD©2013-2014

Il genere maschile mostra una maggiore attrazione per il gioco d'azzardo: il 55,7% degli uomini di entrambe le classi di età ha giocato somme di denaro, contro il 30,3% delle donne 15-64enni e il 29,3% delle 15-34enni.

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

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



IPSAD © 2013-2014

In generale, tra i giocatori, i bar/tabacchi sono i luoghi prescelti per giocare (15-34enni: 44%; 15-64enni: 49%), seguiti dall'abitazione propria o di amici (15-34enni: 30%; 15-64enni: 19%) e dalle sale scommesse (rispettivamente 21% e 11%), queste ultime frequentate in particolar modo dai maschi. I giocatori di 15-34 anni preferiscono, inoltre, giocare on-line (18% vs 11% dei 15-64enni). Se giocare d'azzardo collegandosi in internet è particolarmente presente nei giocatori di genere maschile, le sale Bingo sono invece preferite dalle donne.

La maggior parte di chi ha giocato d'azzardo non ha speso più di 10 euro nei trenta giorni antecedenti lo svolgimento dello studio, per meno di un terzo la spesa è stata tra 11 e 50 euro e meno di un decimo ha speso oltre 50 euro.

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

“problematico”. Nell’ultima indagine sono gli uomini ad avere una percentuale maggiore di gioco a rischio moderato/problematico (6% contro 4% delle donne).

Il confronto negli anni della percentuale di giocatori fa registrare nell’ultimo studio un lieve incremento dei soggetti con profilo di gioco problematico (Bastiani et al., 2013; Bastiani et al., 2015).

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



IPSAD ©

### Il “sentiment online” del gioco d’azzardo

Il gioco d’azzardo ha una sostanziale accettabilità sociale, pur prevalendo un limitato “sentiment” negativo nella popolazione italiana, come emerge in una recente analisi sui social media condotta da Éupolis Lombardia in collaborazione con Università degli Studi di Milano -VOICES from the Blogs (cfr. Éupolis Lombardia, 2015a e Éupolis Lombardia, 2015b). In particolare, mentre il sentiment sul consumo di alcol è molto positivo (74,8% di commenti positivi, al netto di quelli neutri), quello sulle droghe negativo (66,4% di commenti negativi, al netto di quelli neutri), quello relativo al gioco d’azzardo è solo limitatamente negativo (57,1%, al netto di quelli neutri). Ma si deve notare che i commenti neutri sono una percentuale limitata nel caso di alcol e droghe (20% nel caso delle droghe, 15,5% per l’alcol) mentre risultano maggioritari per il gioco d’azzardo (56,9%), indicando così una sostanziale accettabilità del gioco d’azzardo nelle opinioni degli italiani espresse sui social media.

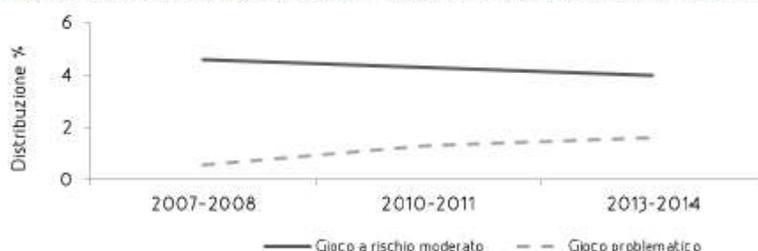
Sempre nei risultati della citata indagine, il motivo principale per il quale il gioco d’azzardo viene apprezzato, secondo il 40,2% dei commenti, è per il fatto che favorisce lo stare in compagnia; il secondo motivo per il quale il gioco viene apprezzato è il fatto che si vincono dei soldi (37,5%) mentre il 18,8% ritiene che l’aspetto più bello sia quel sentimento di invincibilità e eccitazione che si prova quando si vince al gioco.

Ciò che piace di meno del gioco d’azzardo secondo più della metà dei commenti (52%) è il fatto che porta a sprecare denaro; strettamente legato a quanto appena detto, la seconda caratteristica ritenuta peggiore è il fatto che il gioco dia dipendenza (23,2%) ed è difficile autoimporsi dei limiti rischiando così di perdere il controllo del portafoglio e dell’orologio. In terzo luogo il gioco non piace in quanto viene associato alla criminalità (10,1%), più in particolare al racket del gioco d’azzardo che secondo chi commenta è peggiorato parallelamente alla crescita degli introiti economici del settore avvenuta negli ultimi anni. Infine il 5,1% ritiene che il gioco faccia perdere troppo tempo.

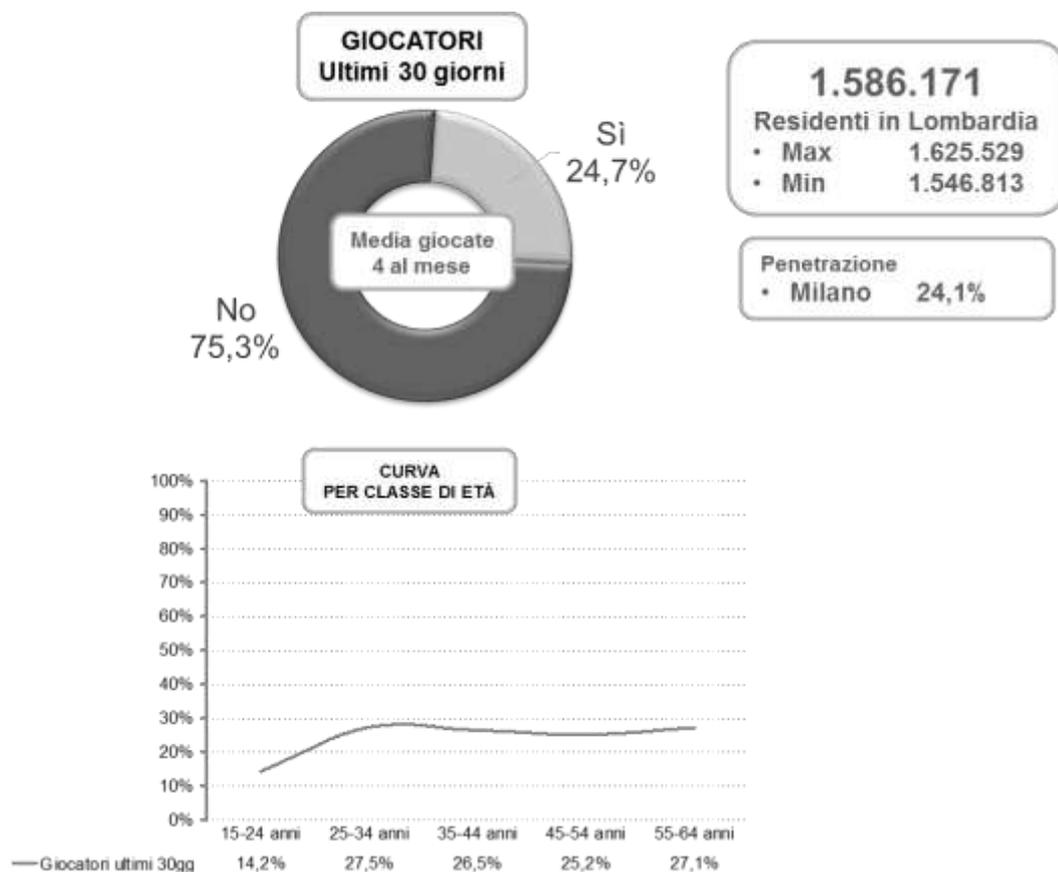
Le rilevazioni a livello regionale prodotte da Siapad (Sistema Integrato Analisi e Previsioni Abuso Dipendenze) promosso da Regione Lombardia, attraverso una indagine mediante questionari somministrati a un campione rappresentativo della popolazione 15-65enne dell’intera regione, realizzata nei primi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

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

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



IPSAD®



### Il gioco d'azzardo fra i giovani e giovanissimi

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

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

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

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

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

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

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

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

ESPAD@Italia 2010 – 2011 – 2012 – 2013

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

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

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

ESPAD@Italia 2010 – 2011 – 2012 – 2013

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

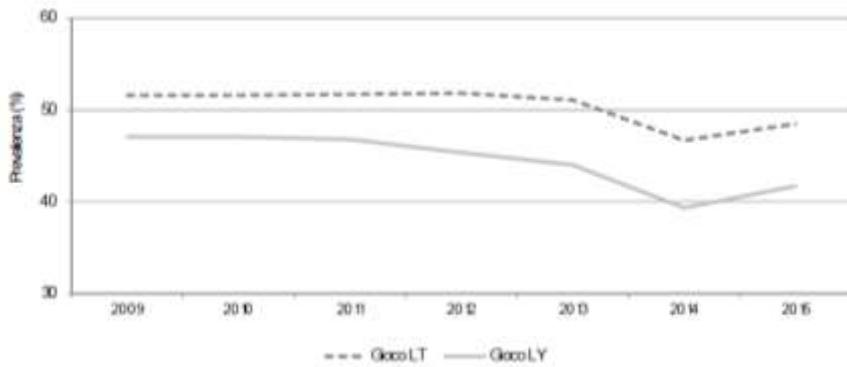
Gioco d'azzardo	15-19 anni	
	A rischio	Problematico
ITALIA	11,6	7,5
LOMBARDIA	9,4	5,7

ESPAD@Italia 2010 – 2011 – 2012 – 2013

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

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

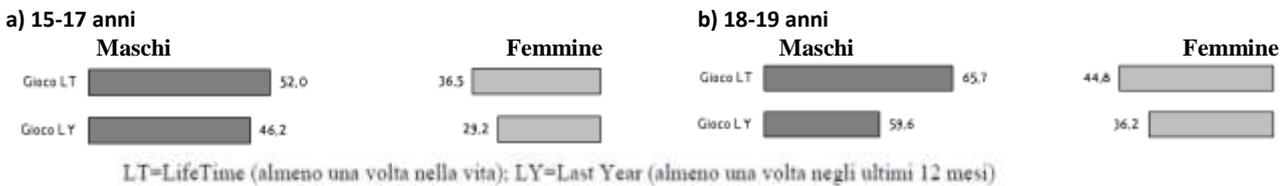
*Stime di prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno*



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

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

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



ESPAD © Italia 2015

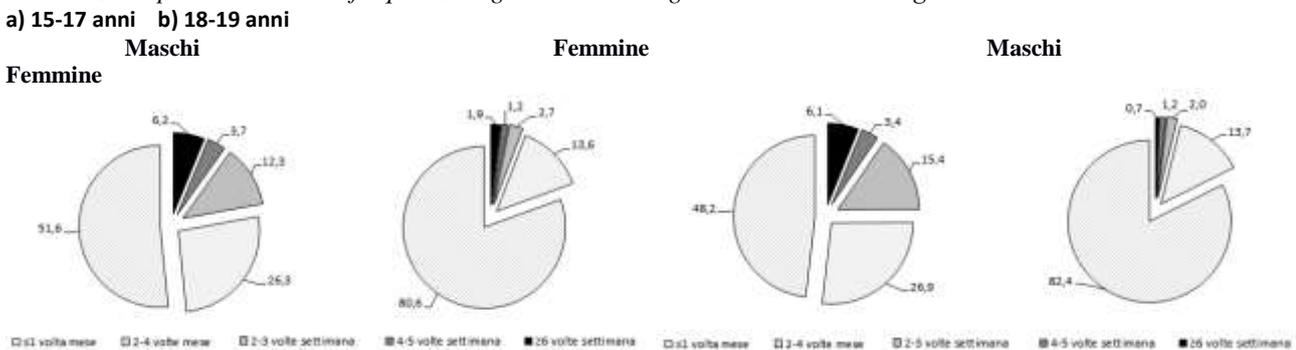
Prossimità fisica dei contesti di gioco:

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

Frequenza di gioco

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

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

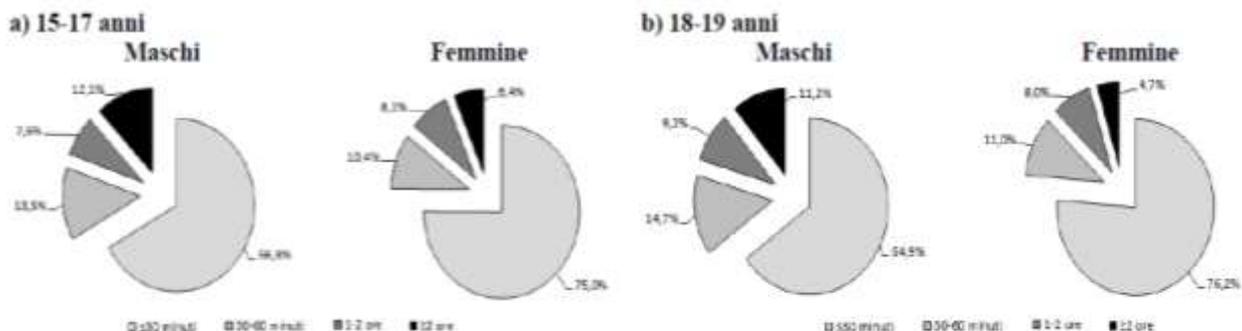


ESPAD © Italia 2015

Durata media di gioco

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

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

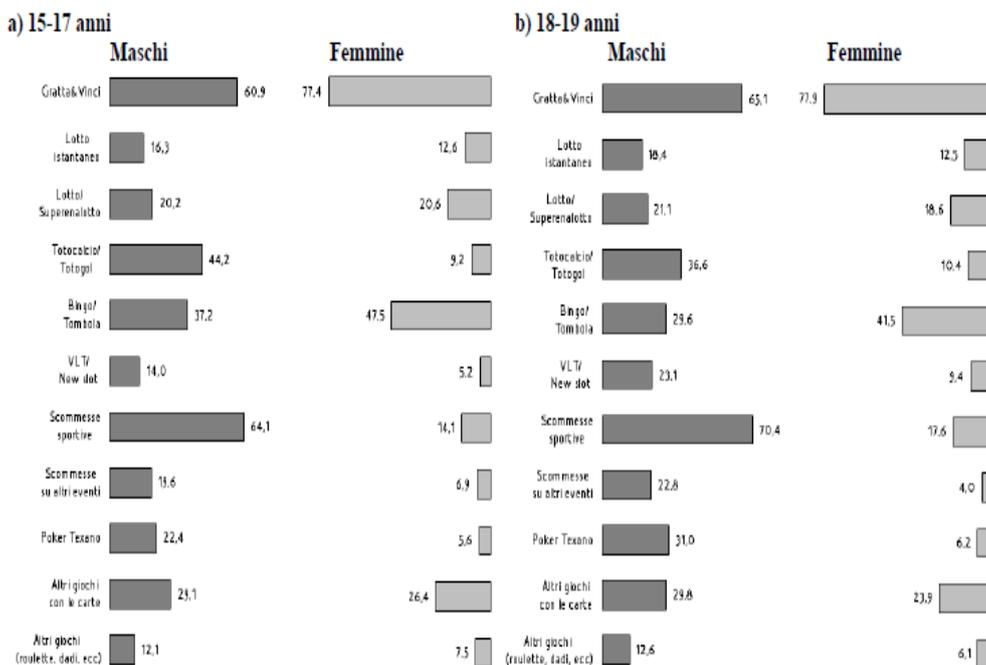


ESPAD © Italia 2015

### Tipologie giochi d'azzardo

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

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



ESPAD © Italia 2015

### Contesti di gioco maggiormente frequentati

bar/tabaccherie (35%) e sale scommesse (28%), ma anche a casa propria o di amici (37%) e via web (19%). Le studentesse giocatrici, sia minorenni che maggiorenni, giocano quasi esclusivamente presso abitazioni private (a casa propria o di amici) e/o presso bar/tabacchi, mentre i ragazzi, oltre a quelli frequentati dalle coetanee, preferiscono giocare presso le sale scommesse e/o via internet.

#### Spesa

La spesa sostenuta nel mese antecedente l'indagine è inferiore ai 10 euro per il 76% dei giocatori, mentre per l'8% è di oltre 50 euro. Se la spesa sostenuta non si differenzia tra minorenni e maggiorenni (10 euro o meno: minorenni: 78%; maggiorenni: 73%; 50 euro o più: minorenni: 9%; maggiorenni: 7%), è a livello di genere che si rilevano le differenze più consistenti: sono i maschi a riferire di aver speso 50 euro o più nell'ultimo mese (9%; femmine: 4%), mentre sono le coetanee a non averne speso più di 10 (89%; maschi: 71%).

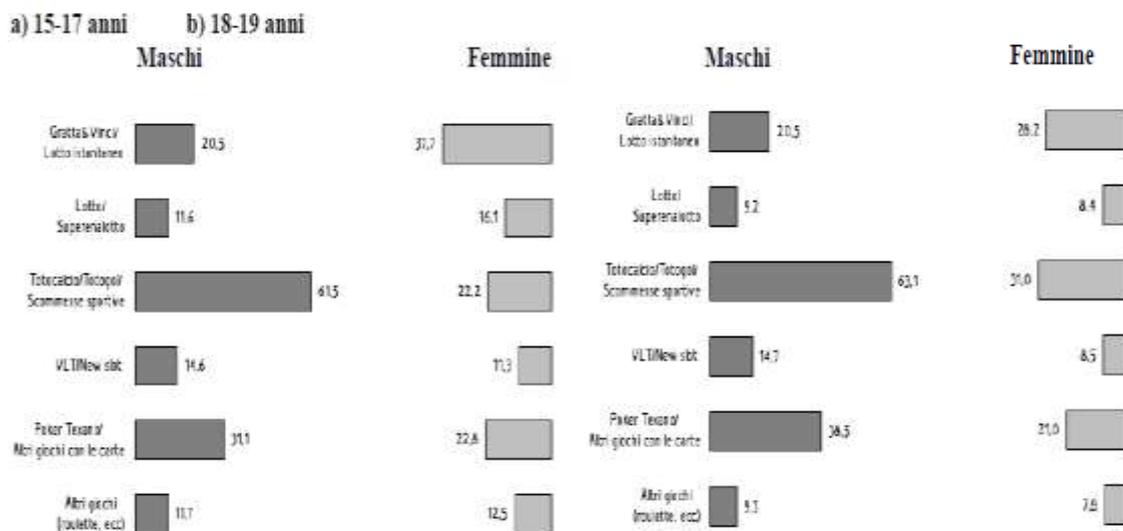
#### Gioco on line

La maggior parte agli studenti che hanno giocato on line durante l'anno (64%) sono giocatori occasionali: non più di 5 volte nell'anno, soprattutto le ragazze (80%; maschi: 60%). Il 18% l'ha fatto 20 o più volte e, in questo caso, sono soprattutto i maschi (20%; femmine: 7%).

Lo strumento maggiormente utilizzato per giocare on line è il computer (47%), sia dai maschi sia dalle femmine (rispettivamente 51% e 30%), sia dai minorenni sia dai maggiorenni (rispettivamente 42% e 53%). Seguono gli smartphone (34%), senza sostanziali differenze di genere (maschi: 36%; femmine: 27%) e di età (34% tra i minorenni e 35% tra i maggiorenni).

I giochi online più praticati sono: Totocalcio/Scommesse sportive (56%), Poker Texano (33%) e Gratta&Vinci/Lotto istantaneo (23%). Le ragazze hanno giocato on line soprattutto ai Gratta & Vinci/Lotto istantaneo (34%; maschi: 21%), i ragazzi, oltre a Totocalcio/Scommesse sportive, hanno preferito il Poker Texano (rispettivamente 62% e 35%; femmine: 26% e 22%).

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



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

## Confronto fra Regioni

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

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



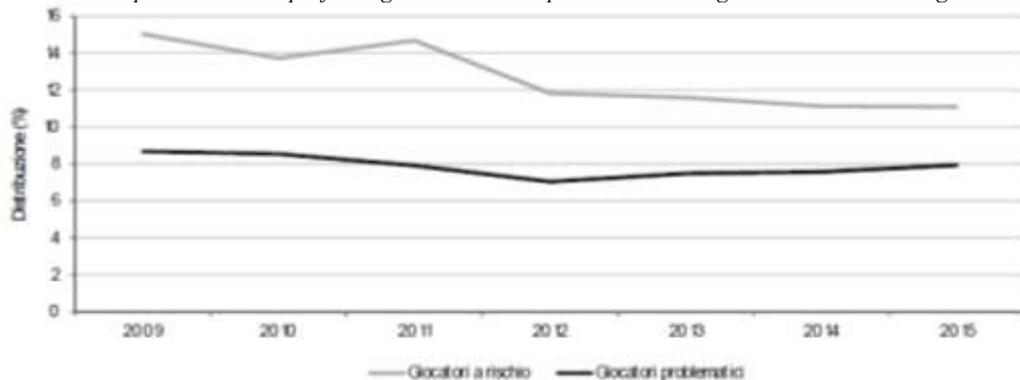
ESPAD © Italia 2015

## Gioco problematico

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

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

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



ESPAD © Italia anni 2009-2015

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

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

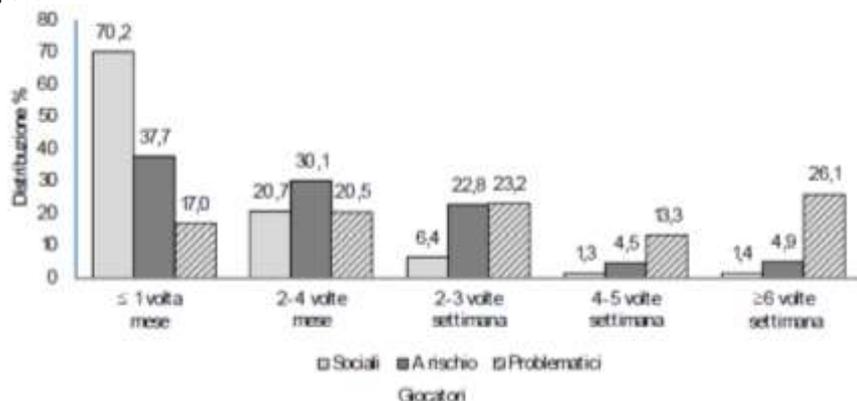


ESPAD © Italia 2015

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

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

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



ESPAD © Italia 2015

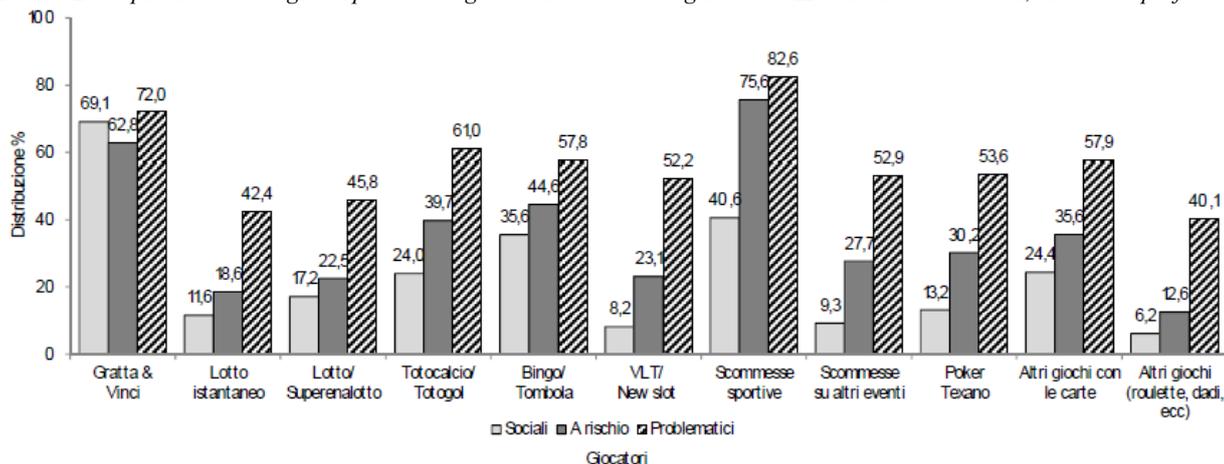
Profili di gioco (sociali, a rischio o problematici): tempo

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

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

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

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

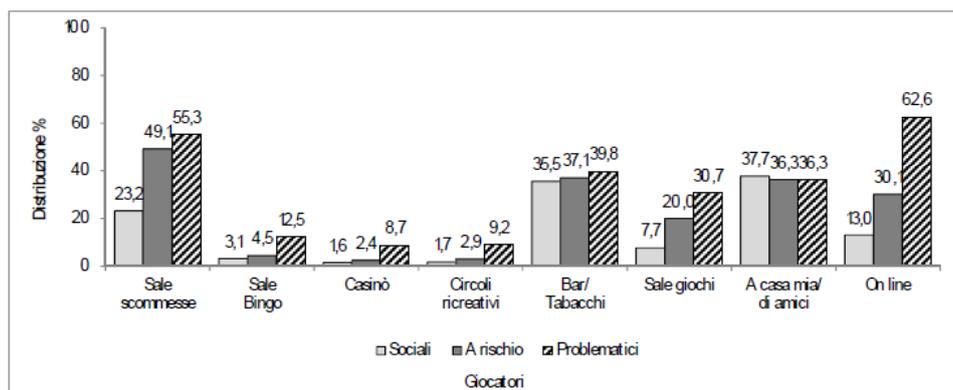


ESPAD © Italia 2015

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

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

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

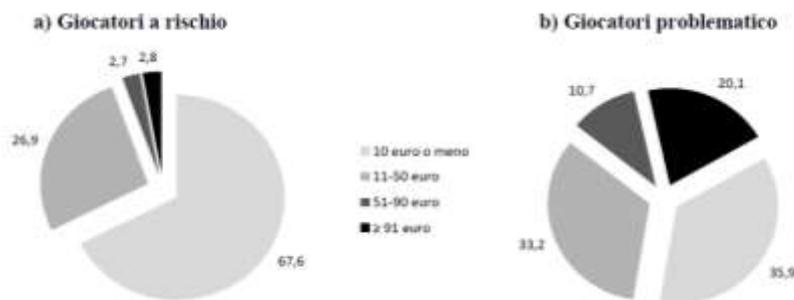


ESPAD © Italia 2015

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

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

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



ESPAD © Italia 2015

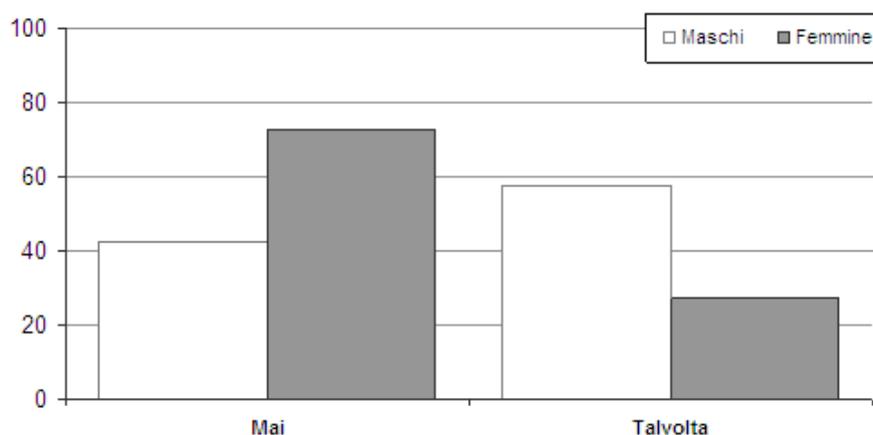
Nell'ultimo report europeo di ESPAD (2015)<sup>5</sup> emerge che in Italia il 15% dei ragazzi ha giocato almeno una volta d'azzardo (a fronte di una media europea del 14%). Ha giocato frequentemente il 6% (a fronte di una media europea del 7%). In entrambi i casi l'esperienza di gioco è prevalentemente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

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

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

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

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

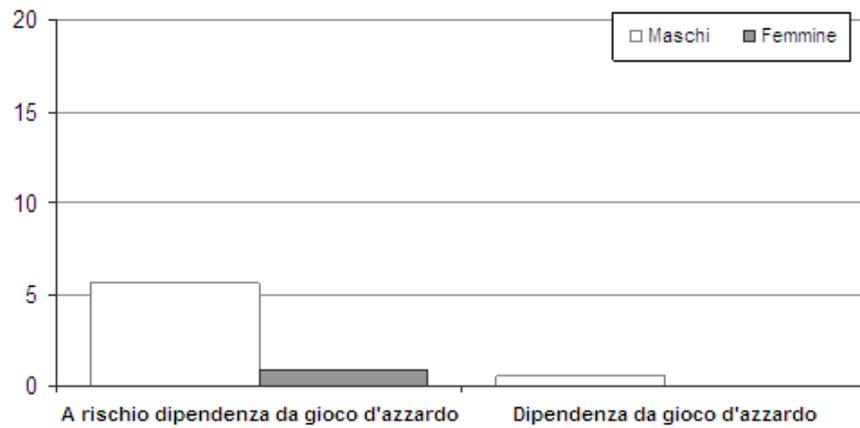


Nel questionario sono stati inseriti anche due strumenti volti a rilevare la problematicità del gioco. Nella Figura sottostante sono riportati i risultati del Lie/Bet questionnaire (Johnson et al., 1997). Il 3.3% degli studenti di 15 anni mostra un gioco a rischio e il 0.3% problematico. Il livello di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

<sup>5</sup> <https://www.ifc.cnr.it/images/spotlight/2016/ESPAD%202015%20Report.pdf>

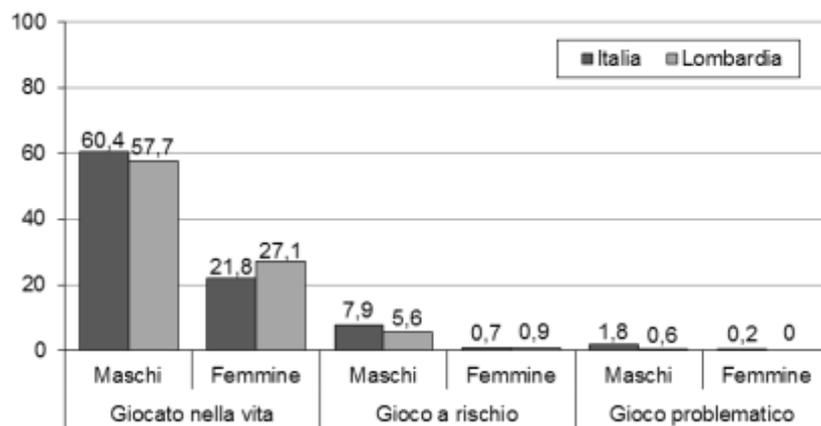
<sup>6</sup> ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs The ESPAD Group

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



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

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



### **Azioni già intraprese e programmate**

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

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

### **Azioni intraprese da Regione e SSR per la prevenzione e contrasto**

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

Tali Piani hanno previsto aree di intervento diversificate:

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

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

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

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

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

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

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

### “Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro” (PRP - Programma 1)

Le aziende che aderiscono al programma si impegnano a costruire, attraverso un processo partecipativo, un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute. A tal fine attivano un percorso di miglioramento, fondato su una specifica analisi di contesto che permetta l'emersione di criticità e la definizione di priorità, che prevede la messa in atto di interventi efficaci (raccomandati per tale setting) e sostenibili (cioè strutturali) finalizzati a sostenere scelte salutari (abitudini alimentari, stile di vita attivo) e contrastare fattori di rischio comportamentali (tabagismo, alcool,) e dipendenze patologiche - **GAP compreso**, oltre a promuovere la conciliazione casa – lavoro.

Il processo di diffusione e sviluppo del programma è sostenuto dalla attività di orientamento metodologico e organizzativo da parte degli operatori ATS, che si concretizza in:

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

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

### “Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS – SHE Lombardia” (PRP - Programma 2)

Il Programma “Scuole che promuovono salute – Rete SPS/SHE Lombardia” si basa su un Accordo di collaborazione formalizzato tra Regione e MIUR – USR Lombardia, e prevede che le Scuole si impegnino a gestire fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili ad: ambiente formativo, ambiente sociale, ambiente fisico ed organizzativo, promuovendo nella loro programmazione ordinaria iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti in campo (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, fornitori ecc.). In questo senso sono promosse in quanto strategiche le alleanze con i diversi Attori della comunità locale (Comuni, Soggetti Terzo Settore), così che benessere e salute diventino reale “esperienza” nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali (in particolare famiglie).

Le Scuole, con il supporto tecnico scientifico delle ATS, attivano un processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che bersagliano contestualmente:

- 1) lo sviluppo di competenze individuali (life skills)
- 2) la qualificazione dell'ambiente sociale
- 3) il miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo
- 4) il rafforzamento della collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.)

Ne discende l'avvio ed il radicamento di azioni sostenibili e fondate su criteri Evidence Based o raccomandate (definite “Buone Pratiche”) per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali, coerenti al setting.

Le Scuole (IC) aderenti al Programma nell'A.S. 2016 – 2017 sono circa 400, con un impatto su circa 400.000 giovani e relative famiglie.

Oltre allo sviluppo della Rete, con specifico riferimento alla prevenzione delle dipendenze, alle Scuole lombarde sono offerti due programmi evidence based mirati al potenziamento delle “Life Skills”, (competenze di vita indicate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità come efficaci antidoti allo strutturarsi di comportamenti non salutari), denominati “Life Skills Training – Lombardia” (target scuole secondarie di primo grado) e Unplugged (scuole secondarie di secondo grado). Nell'ambito di tali programmi sono stati formati, dal 2009, circa 5000 docenti e attualmente sono coinvolti oltre 51.000 studenti.

Sempre con specifico riferimento ai fattori di rischio comportamentali, sono inoltre attive sul territorio regionale iniziative di “peer education”.

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

Tra le azioni realizzate si colloca il bando della Direzione Generale Territorio per “Lo sviluppo e il consolidamento di azioni di prevenzione e contrasto alle forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito – l.r. 8/2013”. Il Bando rivolto alle Amministrazioni comunali, Comunità Montane e Unioni di Comuni ha permesso di finanziare (DDG Territorio 5149/2015) 68 progetti degli 88 presentati su tutto il territorio regionale.

La disponibilità dei finanziamenti regionali (per un importo di € 2.756.917,82) ha permesso alle Amministrazioni locali di avviare un insieme consistente di iniziative sul proprio territorio, in partenariato con altri Enti e soggetti della società civile, relativamente a sei ambiti: informazione/comunicazione, Formazione, ascolto e orientamento, mappatura, azioni No slot, e controllo e vigilanza.

I progetti effettuano un monitoraggio del fenomeno e realizzano, per citare alcune azioni:

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

Inoltre Regione Lombardia ha promosso una campagna di sensibilizzazione, rivolta alla popolazione lombarda, contro il gioco d'azzardo patologico (“Non giocarti gli affetti”).

Sempre nell'ottica di perseguire concretamente a livello territoriale gli obiettivi della l.r. 8/13, è stata recentemente approvata la d.g.r. del 08/11/2016 n. 5777 che ha previsto l'attivazione di un nuovo bando per le annualità 2017/2018 dedicato agli enti locali per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di contrasto al gioco d'azzardo

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

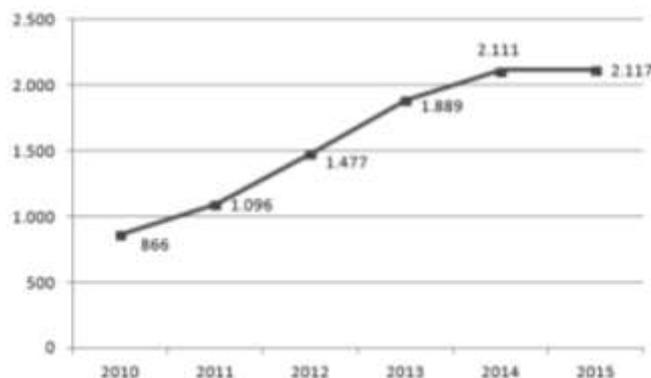
In linea con l'impegno regionale per il contrasto del GAP, la d.g.r. 116/2013 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili" ha previsto tra i destinatari prioritari "le "persone affette da ludopatia".

Il primo provvedimento attuativo di questa d.g.r. è stata la d.g.r. 856/13 (attuata secondo le indicazioni della Circolare 1/14 della DG Famiglia), che in riferimento alla "Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico" ha previsto l'avvio di un processo sperimentale di presa in carico prevedendo l'attivazione in seno a ogni Dipartimento Dipendenze delle ASL

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

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

### Soggetti assistiti ASL Lombardia: serie storica



Fonte:

Tavolo tecnico degli osservatori provinciali delle dipendenze (TTRO) "L'utenza con problematiche di gioco d'azzardo patologico in carico ai servizi per le dipendenze in Lombardia - 2014" - Dipartimento Politiche Antidroga, Relazioni al Parlamento anni 2012, 2013 e 2014, flusso GAP-DPA - Ref 66/2016

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

## Soggetti assistiti ASL lombardia: anno 2015

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

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

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

### Soggetti presi in carico/ anni 2010 – 2016

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

<sup>7</sup> Relazione 69/2016 del 22 settembre 2016 sull'attuazione della L.r. 8/2013

## FINALITÀ E OBIETTIVI

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

Il Piano si articola su obiettivi di ordine generale così sintetizzabili:

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

## STRATEGIA

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

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

## TARGET

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

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

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

## DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### AZIONI

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

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

Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori

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

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

Tabella 2: Dettaglio azioni

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

<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività comunicative, coerenti a contesti e target,</li> <li>- Attivazione strumenti per diversi canali/setting</li> <li>- Implementazione dei contenuti informativi mirati nelle pagine web istituzionali regionali e locali, SSR-Enti Accreditati, degli EELL</li> </ul>				
---------------	--	--	--	--	--

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

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

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

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

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

**Setting:** Scuola, Luoghi di Lavoro, Comunità locale

Obiettivo specifico	Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
2.1 Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting Luoghi di lavoro	Incremento n. aziende che partecipano al programma regionale Rete WHP Incremento n. lavoratori raggiunti Incremento	Regione SSR	Survey regionale, (Indicatori PRP)	> valore 2016
<b>Risultati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingaggio di fasce di popolazione adulta di profilo socio – economico diversificato</li> <li>- Aumento responsabilità sociale d'impresa verso problematiche specifiche</li> <li>- Ingaggio individuale GAP anche attraverso azione del medico competente</li> </ul>			

<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione soggetti aziendali</li> <li>- Formazione Operatori del SSR, EELL, Enti Accreditati, Terzo Settore</li> <li>- Produzione manualistica</li> <li>- Adattamento del programma preventivo "Team Awareness"</li> </ul>	operatori degli Enti Locali			
<b>Obiettivo specifico</b>		<b>Indicatori</b>	<b>Soggetto attuatore</b>	<b>Fonte di verifica</b>	<b>Valori attesi</b>
2.2 Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting scolastico		Incremento n. Scuole che partecipano al programma regionale Rete SPS. Incremento n. docenti e studenti raggiunti dai programmi regionali di potenziamento delle Life Skills (LST e Unplugged adattati)	Regione SSR MIUR - USR	Survey regionale (indicatori PRP)	> valore 2016
<b>Risultati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento delle opportunità di sviluppo di competenze "di vita" e "di cittadinanza" nei giovani</li> <li>- Promozione del valore culturale (target "giovani") di stili di vita positivi e prevenzione GAP</li> <li>- Orientamento delle policy delle singole scuole</li> </ul>				
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione soggetti scolastici</li> <li>- Formazione SSR</li> <li>- Produzione manualistica</li> <li>- Adattamento GAP dei programmi regionali "Life Skills Training" e "Unplugged"</li> <li>- Azioni di supporto alle Reti di Scopo delle Scuole (Legalità, SPS)</li> </ul>				
<b>Obiettivo specifico</b>		<b>Indicatori</b>	<b>Soggetto attuatore</b>	<b>Fonte di verifica</b>	<b>Valori attesi</b>
2.3 Aumentare la copertura territoriale delle iniziative attivate dagli Enti Locali in partnership con Terzo Settore, Scuole, SSR -Enti Accreditati		Incremento dei Comuni che attivano azioni  Incremento dell'attivazione di partnership da parte dei Comuni	Regione SSR- Enti Accreditati EELL MIUR - USR Terzo Settore	Atti (Indicatori PRP)	> valore 2016
<b>Risultati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione dell'accesso all'offerta (gioco)</li> <li>- Incremento di iniziative</li> <li>- Miglioramento contesti urbani</li> </ul>				
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azioni di supporto agli EELL</li> <li>- Accordi di collaborazione e protocolli (ANCI, Ordine degli Avvocati)</li> <li>- Formazione Operatori del SSR- Enti Accreditati, EELL, Terzo Settore, Avvocati, Famiglie</li> <li>- Diffusione modelli Buone Pratiche relativi ad iniziative a carattere socio-culturale-ludiche alternative al gioco d'azzardo</li> </ul>				
<b>Obiettivo specifico</b>		<b>Indicatori</b>	<b>Soggetto attuatore</b>	<b>Fonte di verifica</b>	<b>Valori attesi</b>
2.4 Promuovere la capacity building di decisori/reti locali dei diversi setting e la diffusione di Buone Pratiche		Disponibilità di strumenti di analisi, valutazione, accountability	Regione SSR EELL	Atti (Indicatori PRP)	Disponibilità strumenti e report
<b>Risultati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coerenza con analisi di contesto/bisogni della programmazione integrata</li> <li>- Diffusione di azioni di prevenzione e contrasto efficaci/raccomandate</li> <li>- Sviluppo di Reti (diffusione BP)</li> </ul>				

<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promozione attività di Rete</li> <li>- Creazione strumenti dedicati per raccolta delle iniziative, rilevazione Buone Pratiche prevenzione GAP</li> <li>- Produzione report regionali (trend, epidemiologia, dati di contesto)</li> <li>- Formazione Operatori del SSR - Enti Accreditati, EELL, Terzo Settore</li> </ul>				
---------------	---	--	--	--	--

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

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

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

E' necessario, a tal fine individuare modalità di presa in carico che ottimizzino le risorse e che considerino congiuntamente il GAP e i Disturbi da Uso di Sostanze.

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

**Evidenze:**

Il GAP è stato solo recentemente inserito nei LEA

Il GAP è ancora fortemente oggetto di stigma e pregiudizio e considerato più un vizio che una patologia

Entrambe le precedenti evidenze contribuiscono a far sì che solo una minima parte dei pazienti affetti da GAP usufruisca oggi di percorsi di cura

I servizi di cura vanno attrezzati per far fronte alla domanda emergente, anche all'interno degli Istituti Penitenziari

**Target:** I soggetti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico (secondo i criteri del DSM 5) e i loro familiari

I soggetti affetti da polidipendenza (Disturbo da Uso di Sostanze e GAP secondo i criteri del DSM 5) e i loro familiari

**Setting:** SSR: ambiti ospedaliero e territoriale, servizi di cura degli Istituti Penitenziari

Obiettivo specifico	Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
3.1 Rafforzare il collegamento tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale (ASST) per diffondere la consapevolezza del GAP come patologia curabile accedendo all'offerta dei Servizi presenti sul territorio	N° 4 attività di informazione e diagnosi all'interno degli Ospedali per accompagnare pazienti e familiari ai Servizi Territoriali	Regione SSR – Enti accreditati	Atti	=>4
<b>Risultati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffusione della cultura del GAP come patologia prevenibile, curabile e guaribile nei Servizi di Cura secondo le indicazioni OMS</li> <li>- Implementazione attività di connessione Ospedale /territorio</li> <li>- Incremento pazienti e familiari accompagnati dalle realtà ospedaliere ai Servizi Territoriali</li> </ul>			

<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione personale in relazione alle modalità di sinergia Ospedale/territorio, alla cultura da diffondere relativamente al GAP, alle possibilità di cura presso i Servizi</li> <li>- Implementazione all'interno degli Ospedali di 4 punti di informazione e ascolto che illustrino ai pazienti e ai loro familiari le possibilità di cura</li> <li>- Definizione di modalità di accompagnamento dei pazienti e dei loro familiari ai Servizi Territoriali</li> </ul>				
<b>Obiettivo specifico</b>		<b>Indicatori</b>	<b>Soggetto attuatore</b>	<b>Fonte di verifica</b>	<b>Valori attesi</b>
<b>3.2 Implementare nella rete dei servizi (ASST) percorsi di cura per il GAP finalizzati alla ottimizzazione delle risorse</b>		Aumento attività che ottimizzano risorse per presa in carico pazienti e familiari quali ad esempio interventi di gruppo Aumento soggetti affetti da GAP presi in carico per GAP da SerT/SMI	Regione SSR – Enti Accreditati	Atti	> valore 2016
<b>Risultati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ottimizzazione delle risorse attraverso modalità di accoglienza e presa in carico più economiche (ad es gruppi informativi e terapeutici)</li> <li>- Rispetto dei tempi di accoglienza e presa in carico come per le altre dipendenze LEA correlate</li> <li>- Aumento soggetti affetti da GAP presi in carico dai Servizi</li> </ul>				
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione del personale relativamente all'utilizzo di tecniche di gruppo/ riduzione delle ricadute</li> <li>- Attivazione percorsi di cura comprensivi di gruppi informativi e terapeutici</li> <li>- Monitoraggio</li> </ul>				
<b>Obiettivo specifico</b>		<b>Indicatori</b>	<b>Soggetto attuatore</b>	<b>Fonte di verifica</b>	<b>Valori attesi</b>
<b>3.3 Implementare nella rete dei servizi (ASST) modelli di cura per pazienti polidipendenti, affetti sia da GAP sia Disturbo da Uso di Sostanze</b>		Aumento attività per presa in carico pazienti polidipendenti affetti sia da GAP che da Disturbo da Uso Sostanze Aumento soggetti polidipendenti presi in carico da SerT/SMI	Regione SSR – Enti Accreditati	Atti	> valore 2016
<b>Risultati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presa in carico congiunta per pazienti polidipendenti con Disturbo da Uso di Sostanze e GAP</li> <li>- Definizione strumenti di valutazione multidimensionale per diagnosi polidipendenza e del bisogno</li> <li>- Aumento soggetti affetti sia da Disturbo da Uso di Sostanze che da GAP presi in carico dai Servizi</li> </ul>				
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione del personale relativamente alla valutazione multidimensionale del bisogno</li> <li>- Implementazione modelli di diagnosi multidimensionali finalizzati alla presa in carico unica per pazienti affetti sia da Disturbo da Uso di Sostanze che da GAP</li> </ul>				
<b>Obiettivo specifico</b>		<b>Indicatori</b>	<b>Soggetto attuatore</b>	<b>Fonte di verifica</b>	<b>Valori attesi</b>
<b>3.4 Avviare attività di diagnosi e cura del GAP negli Istituti Penitenziari, in specifico per i pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze</b>		Implementazione percorsi di diagnosi e	Regione SSR – Enti	Atti	=>4

<b>Risultati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione Attività di diagnosi all'interno degli Istituti Penitenziari in particolare per soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze</li> <li>- Aumento soggetti affetti da Disturbo da uso di Sostanze e GAP presi in carico dai Servizi che operano all'interno Istituti Penitenziari</li> </ul>	cura per soggetti affetti da GAP e da Disturbo da Uso di Sostanze Aumento soggetti presi in carico da	Accreditati		> valore 2016
<b>Azioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione del personale relativamente alla diagnosi e alla cura del Gioco d'Azzardo Patologico nel particolare contesto carcerario</li> <li>- Implementazione percorsi di diagnosi e cura per soggetti affetti da GAP e da Disturbo da Uso di Sostanze all'interno degli Istituti Penitenziari</li> </ul>	Servizi all'interno Istituti Penitenziari per GAP e Disturbo da Uso di Sostanze			

**RISORSE E PIANO FINANZIARIO**

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

## **VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO**

La valutazione del piano sarà improntata a criteri di accountability, in relazione ai singoli obiettivi sarà effettuato monitorando gli indicatori individuati, anche in parallelo agli indicatori del Piano regionale della Prevenzione 2015 – 2018; inoltre, in sede di pianificazione operativa successiva all'approvazione del piano, sarà individuato un più completo set di elementi osservabili in relazione a criteri di efficienza , attivazione intersettoriale e sostenibilità organizzativa di quanto realizzato.