

# Piano regionale **2017**

Gioco d'Azzardo Patologico

**REGIONE MOLISE**

Referenti scientifici

**Dr Felice Simone**

Email: [simonefelice@virgilio.it](mailto:simonefelice@virgilio.it)

Tel. 0875-717872 Cell. 347-7758370

**Dr Giuseppe Antonio Scioli**

Email: [ga.scioli@gmail.com](mailto:ga.scioli@gmail.com)

Tel. 0864-442783 Cell. 320-4379428

# SOMMARIO

<u>LA STRUTTURA DEL PIANO</u>	
<u>INQUADRAMENTO GENERALE</u> .....	2
<u>OBIETTIVO E FINALITÀ</u>	
<u>STRATEGIA</u> .....	3
<u>TARGET</u> .....	5
<u>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ</u>	
<u>AZIONI</u> .....	6
<u>Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori</u> .....	8
<u>RISORSE E PIANO FINANZIARIO</u> .....	10
<u>MODALITÀ DI UTILIZZO DEI FONDI</u> .....	13
<u>VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO</u> .....	13

## LA STRUTTURA DEL PIANO

### INQUADRAMENTO GENERALE

Il gioco d'azzardo «legale» in Italia risulta in costante crescita. Nel 2015 ha registrato un movimento di denaro pari a 88 miliardi di Euro. Nel 2016 si è assistito ad un incremento record dell'8% con un importo totale pari a 95 miliardi di Euro. Si tratta di numeri estremamente elevati che rappresentano il 4.4 del prodotto interno lordo e più di quanto lo Stato non investa nell'istruzione.

Il gioco d'azzardo comprende un ampio spettro di comportamenti che vanno dal semplice "intrattenimento", che se effettuato in maniera moderata ed occasionale non causa particolari problemi, al gioco d'azzardo problematico che è, invece, un "comportamento a rischio per la salute" prevenibile e ancora trattabile.

All'estremo dello spettro si colloca il gioco d'azzardo patologico che è una "dipendenza comportamentale patologica" e come tale è una malattia in grado di compromettere gravemente la salute, la condizione sociale ed economica della persona e del suo nucleo familiare.

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%.

La normativa che regola il gioco in Italia risale agli anni '30. Da una tendenza essenzialmente proibizionista, lo Stato si è gradualmente orientato, a partire dagli anni '90, su posizioni assai di maggiore apertura, consentendo con "deroghe legislative" ciò che in precedenza considerava illegale e vietato, fino ai recenti provvedimenti che hanno avuto l'effetto di un incremento esponenziale del gioco d'azzardo 'legale'. In seguito alla manovra finanziaria di luglio 2011 è stato liberalizzato e rivoluzionato il settore dei giochi online, che in pochi mesi è divenuto un fenomeno estremamente rilevante; su Internet si può giocare in qualunque momento, 24 ore su 24. Oggi in Europa è dislocato il 34% del giocato al mondo e l'Italia ha il primato in Europa.

Attualmente nel nostro Paese ci sono 377.000 slot (25 miliardi di giocato) e 50.000 VLT videolottery (21 miliardi di giocato).

Fortunatamente si assiste, nell'ultima legge di stabilità, ad certa inversione di tendenza per cui gli Enti locali avranno voce in capitolo e nei prossimi mesi discuteranno con lo Stato su limiti e distanze delle sale slot ed ci sarà un sia pur minimo incremento della tassazione sui proventi del gioco. E' prevista, inoltre, una fascia protetta radio-tv dalle 7 alle 22 in cui non è consentito il passaggio di pubblicità tendente ad incentivare il gioco.

Il 'Decreto Balduzzi' DDL 13/9/2012 n. 158 (art. 5) ha, inoltre, riconosciuto l'importanza di inserire il gioco d'azzardo patologico tra le dipendenze trattate dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con indicazione delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia.

Secondo gli ultimi dati forniti dall'Istituto di fisiologia clinica (Ifc) del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa con l'indagine Ipsad-Italia, il Molise che riporta la percentuale più alta di *gambler* (13%). Sempre in Molise, inoltre, si riscontra la maggioranza di giocatori che tiene nascosta l'attitudine e l'entità delle giocate ai propri familiari (12%). Tale primato trova le proprie origini nel diffuso disagio socioeconomico che la nostra Regione sta attraversando.

Fonte dei dati:

- Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (A.A.M.S.) sulla spesa (“raccolta”) per giochi d’azzardo, solitamente citati nell’elaborazione del Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio. I dati citati sono solitamente quelli elaborati con dettaglio regionale dal Dipartimento delle Politiche Antidroga per l'anno 2012.
- Dati sulla diffusione del gioco d’azzardo e del gioco d’azzardo patologico desumibili dalle indagini campionarie condotte dal Dipartimento delle Politiche Antidroga sulla popolazione generale (indagine GPS-DPA,) e sulla popolazione studentesca (indagine SPS-DPA, 3).
- Dati sui trattamenti sanitari per gioco d’azzardo patologico forniti dalla “Relazione Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia” del Dipartimento delle Politiche Antidroga.
- Dati provenienti dalle ricerche Ipsad (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) ed Espad (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs).

## **OBIETTIVO E FINALITÀ**

### **STRATEGIA**

Al fine di contrastare e prevenire il fenomeno del gioco d’azzardo in modo efficiente ed efficace verranno adottati modelli operativi e strategie basate su studi epidemiologici e di intervento effettuati sia a livello nazionale che internazionale che evidenziano l’importanza di adottare modelli preventivi e di intervento testati.

In primo luogo, è essenziale adottare un approccio diversificato a seconda del target portando il messaggio secondo modalità e linguaggi comprensibili alla specifica fascia di popolazione.

Pertanto, per i giovani verranno utilizzati strumenti in grado modificare le percezioni erranee dei giovani riguardo la nozione di azzardo e di caso. Tali strumenti avranno un forte connotato ICT (Tecnologia della Informazione e

della Comunicazione) e verranno utilizzate strategie già testate e di comprovata efficacia a livello nazionale ed internazionale.

Alla fascia di popolazione anziana verrà, invece, proposto un approccio più tradizionale con indicazioni chiare e comprensibili a persone di ogni livello cognitivo.

Sulla base di precedenti esperienze, risulta essenziale ai fini del successo della strategia comunicativa la partecipazione di operatori di un *range* di età accettabile e compatibile con lo specifico target. Pertanto, ad esempio, per la fascia di età giovanile verranno utilizzati operatori di progetto con un minimo gap generazionale in quanto il medesimo messaggio portato da persone con notevole divario di età rischia di essere inefficace venendo percepito come un'imposizione. Tutto ciò è in linea con i presupposti della *peer education*, un modello operativo ampiamente sperimentato e che vanta notevole efficacia poiché una persona opportunamente formata (educatore paritario) intraprende attività formative con altre persone sue pari, cioè simili quanto a età, condizione lavorativa, genere sessuale, status, entroterra culturale o esperienze vissute.

Verrà promosso un approccio di rete basato sulla stretta interazione e complementarità di competenze e skills tra tutti gli attori e gli stakeholders del territorio regionale.

Infine, si sottolinea l'importanza di rispondere a un principio di efficienza ed efficacia in tutte le azioni che possono essere definite le 'best practices' rispetto alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

#### Riferimenti bibliografici:

1. Eades J.M. Vine Books; 2003. Gambling addiction: the problem, the pain and the path to recovery.
2. Shaffer H.J., Korn D.A. Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Ann Rev Pub Health*. 2002;23:171–212. [PubMed]
3. Crane J. The epidemic theory of ghettos and neighborhood effects on dropping out and teenage childbearing. *Am J Sociol*. 1991 Mar;96(5):1226–1259.
4. McGuire W.J. Inducing resistance to persuasion. *Adv Soc Psychol*. 1964;1:191–229.
5. Sullivan C.J. Early adolescent delinquency: assessing the role of childhood problems, family environment, and peer pressure. *Natl Criminal Justice Ref Service*. 2006 Oct;4(4):291–313.
6. Voss H.L. Differential association and containment theory: a theoretical convergence. *Social Forces*. 1969 Jun;47(4):381–391.
7. Lee Y.S., Do T.S. A mathematical modeling approach to gambling among older adults. *Appl Math Comput*. 2013 Sep;221(2):403–410.
8. Kim BN1, Masud MA1, Kim Y1. Optimal implementation of intervention strategies for elderly people with ludomania. *Osong Public Health Res Perspect*. 2014 Oct;5(5):266-73. doi: 10.1016/j.phrp.2014.08.006. Epub 2014 Sep 6.
9. Capitanucci, D. (2012). Strategie di prevenzione del gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti in Italia. L'utilizzo di strumenti evidence-based per distinguere tra promozione e prevenzione. In *The Italian Journal on Addiction*, 2, pp. 139-147.
10. Coriale, G., Ceccanti, M., De Fillippis, S., Falletta Caravasso, C., De Persis, S. (2015) Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento; *Rivista di psichiatria*

## TARGET

È necessario considerare le fasce di età più vulnerabili e le differenti caratteristiche che esse presentano. Verranno adottate metodologie e strumenti differenziati per i giovani (con particolare riguardo ai minori) e per gli anziani, in particolare se soli e a basso reddito.

Per i giovani verranno adottate strategie innovative (ICT) in grado di recare loro il messaggio preventivo nel linguaggio della generazione dei 'nativi digitali'.

Altri target primari sono alcuni gruppi di persone che, per le proprie condizioni, si dimostrano maggiormente vulnerabili anche verso lo sviluppo contemporaneo di GAP:

- i Giocatori problematici (per la presenza di possibile vulnerabilità in processo evolutivo verso il GAP)
- Portatori di malattie mentali
- Persone tossicodipendenti e/o alcol dipendenti.
- Persone in grave disagio economico e gravate da indebitamento.

In sintesi i target previsti:

### **Generale**

indirizzato alla popolazione generale (non target specifica), ad impostazione informativa/comunicativa generale sul rischio dipendenza da gioco;

### **Ambientale (PA)**

indirizzato al territorio e agli ambienti dove si concentra il rischio (sale, ambienti di intrattenimento, bar, internet, ecc.), ad impostazione più specifica e orientata a ridurre accessibilità e disponibilità al gioco d'azzardo sul territorio, limitarne la pubblicità indiscriminata, incentivare l'autovalutazione precoce (sviluppo di consapevolezza) del proprio comportamento a rischio e della propria condizione di malattia;

### **Selettivo**

indirizzato alle persone vulnerabili (che non abbiano ancora sviluppato un gioco problematico ma per caratteristiche individuali abbiano un rischio aumentato) e a persone con gioco d'azzardo problematico (con rischio evolutivo verso il gioco patologico), precoce e orientata all'*early detection*, ad impostazione educativa e prevenzione delle ricadute

## DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

### AZIONI

Conformemente a quanto indicato dalla Legge Regionale 17 dicembre 2016, n.20, è prevista la costituzione di una specifica struttura di coordinamento, il Comitato consultivo sul fenomeno del gioco d'azzardo e della relativa dipendenza che avrà le seguenti competenze:

- a) monitorare gli effetti economici, sociali, sanitari ed epidemiologici, di pubblica sicurezza e culturali del fenomeno della dipendenza da gioco;
- b) formulare pareri, proposte di strategie e linee di intervento al Consiglio regionale e alla Giunta regionale anche per il recupero dei soggetti affetti da patologia;
- c) organizzare, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM), un servizio di informazione, assistenza e consulenza gratuita;
- d) promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione ai rischi derivanti dal gioco patologico.

Il Comitato è composto dai seguenti membri, nominati dalla Giunta regionale, che restano in carica per la durata della legislatura:

- a) l'assessore regionale alla salute, o suo delegato;
- b) l'assessore regionale alla formazione o suo delegato;
- c) l'assessore regionale al commercio o suo delegato
- d) due consiglieri regionali nominati dal Consiglio regionale, di cui uno con funzioni di presidente del Comitato;
- e) tre esperti in materie attinenti alla dipendenza da gioco designati dall'ASReM ed individuati sulla base della rappresentatività territoriale;
- f) uno psicologo che abbia particolare esperienza in materia di gioco d'azzardo patologico;
- g) tre rappresentanti del terzo settore (privato sociale) di cui uno scelto tra le associazioni dei consumatori;
- h) due rappresentanti degli Ambiti territoriali sociali.

Il Comitato, per lo svolgimento delle sua attività, si avvale dei dati raccolti dall'Osservatorio regionale di cui all'articolo 37 della legge regionale 6 maggio 2014, n. 13.

Per l'attuazione del Piano e dei suoi specifici interventi, si ritiene necessario realizzare una partnership tra soggetti – pubblici o privati – , e in particolare:

- o Enti locali ed altri soggetti della Pubblica Amministrazione;
- o Enti afferenti al Sistema Socio-Sanitario;
- o Mondo della scuola;

o Associazionismo, Terzo Settore ed soggetti della società civile.

Verrà data priorità alle attività di prevenzione:

- Primaria

Finalizzata a prevenire l'emergere di malattie e situazioni sociali deleterie per l'equilibrio psicologico e le condizioni sociali dell'individuo, si attua o in assenza di comportamenti di gioco d'azzardo o in presenza di gioco sano.

-Secondaria

Riguarda gli interventi rivolti alla cura precoce dell'individuo, grazie ad una diagnosi tempestiva ai primi segnali di disagio. Si attua all'inizio del gioco eccessivo, anche tramite esclusione imposta.

-Terziaria

Relativa a interventi mirati a impedire il progredire di una malattia conclamata mediante trattamento, azioni di cura e riabilitazione in presenza di gioco patologico

Infine, è prevista attività terapeutica e riabilitativa che avrà luogo sia nel *setting* dei Ser.D - Servizi per le dipendenze sia in quello del privato sociale con interventi sul singolo giocatore e sulle famiglie, con trattamenti individuali o di gruppo.

Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Indicatori	Valore regionale atteso 2017
Interventi preliminari di conoscenza del fenomeno, volti soprattutto ad implementare – con dati a livello locale, e il più recenti possibile – il “quadro epidemiologico” del gioco d’azzardo e del gioco d’azzardo patologico	<p>-Realizzazione di un osservatorio epidemiologico specifico GAP</p> <p>- Mappatura esercizi con VDL</p> <p>- Individuazione, a partire dalla rilevazione dei fattori di rischio, dei bisogni preventivi specifici.</p>	<p>Un osservatorio realizzato</p> <p>Numero di esercizi mappati</p> <p>Numero di questionari ed <i>interview</i> realizzate</p>	<p>1</p> <p>80% esercizi mappati</p> <p>500</p>
Attività di formazione degli Operatori che attueranno il Piano GAP	Formazione/informazione di operatori dei Sert, del privato sociale, degli Enti locali	<p>Numero di corsi effettuati</p> <p>Numero di partecipanti</p>	6 corsi, 120 partecipanti
Attività di Prevenzione ed Empowerment della popolazione a rischio con acquisizione <i>life skills</i>	<p>Incontri <b>formativo-interattivi in orario scolastico</b>, finalizzati alla prevenzione e alla informazione sui rischi del gioco d’azzardo con riferimento alle metodiche della <i>peer education</i></p> <p><b>Incontri formativi</b> per genitori, docenti, educatori mirati a fornire maggiore conoscenza sulla diffusione tra i minori del gioco d’azzardo nelle sue varie forme, non ultime quelle on line, oltre all’acquisizione degli strumenti necessari per individuarla e, possibilmente, a contrastarla.</p> <p><b>Percorsi di prevenzione</b> attraverso attività di sensibilizzazione <b>della popolazione anziana rispetto ai rischi connessi con il gioco d’azzardo</b> da tenere presso i circoli, i centri di ascolto e ritrovo, le comunità di anziani.</p>	<p>Numero di incontri effettuati</p> <p>Numero di workshop effettuati</p> <p>Numero di incontri effettuati</p>	<p>50</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>30</p>

Azioni di prevenzione su Internet, social Network.	Realizzazione sito web Molise GAME OVER, e banner informativi da promuovere tramite i principali social network.	Implementazione sito	1
Realizzazione di app per Android/IOS	Realizzazione applicazione per tablet e smartphone Android e iPhone	Numero di app realizzate	1
Implementazione piattaforma informatica open source con <i>rules engine</i>	Costituzione di piattaforma informatica open source con <i>rules engine</i> per raccogliere ed elaborare tutti i dati relativi al progetto ai fini statistici dell'Osservatorio epidemiologico, ai fini clinici, scientifici e di individuazione <i>evidence-based</i> delle best practices in materia di prevenzione cura della ludopatia	Numero piattaforme realizzate	1
Realizzazione di software di realtà virtuale 3D per utilizzo nella prevenzione sulla popolazione giovanile	Design e scrittura di software di realtà virtuale con <i>rendering</i> realistico finalizzato a portare i messaggi di prevenzione nel linguaggio grafico delle nuove generazioni <i>digital native</i> scaricabile da internet o da Google Play o dall'App Store Apple	Numero di app realizzate	1
Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico	Valutazione multidisciplinare (medico, psicologico, sociale e legale) e successiva diagnosi specialistica GAP (DSM 5) ed eventuali diagnosi correlate (psichiatriche e internistiche) <i>Counseling</i> motivazionali ai pazienti e di sostegno ai familiari Psicoterapia cognitivo comportamentale individuale e/o di gruppo associati ad interventi di auto aiuto Trattamenti specialistici per le comorbilità associate e valutazione e prevenzione del rischio suicidario	Numero di soggetti presi in carico e sottoposti a valutazione multidisciplinare	Almeno 50% dei soggetti sottoposti a valutazione entra in un percorso di cura.
Realizzare workshop e collaborazioni internazionali	Organizzazione di workshop nazionali ed internazionali di prevenzione per operatori dei vari settori interessati. Instaurazione di collaborazione con Università Europee	Numero di workshop organizzati Collaborazioni attivate a livello internazionale	1 1

## RISORSE E PIANO FINANZIARIO

## FONDI UTILIZZATI

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	FONDO GAP	SANITARIO INDISTINTO	TOTALE
Interventi preliminari di conoscenza del fenomeno	Realizzazione di un osservatorio epidemiologico specifico GAP	Costituzione dell'Osservatorio GAP con personale a progetto	2.200	2.200	4.400
	Mappatura esercizi con VDL		1.500	1.500	3.000
	- Individuazione, rilevazione dei fattori di rischio, dei bisogni preventivi specifici	Individuazione, a partire dalla rilevazione dei fattori di rischio, dei bisogni preventivi specifici mediante somministrazione di specifici questionari ed interviste	1.500	1.500	3.000
<b>Gestione Progettuale</b>			1.000	1.000	2.000
<b>Totale per obiettivo 1</b>					12.400
Attività di formazione degli Operatori che attueranno il Piano GAP	Formazione/informazione di operatori dei Sert, del privato sociale, degli Enti locali	Realizzazione di n.6 corsi di formazione specifica in materia di GAP da tenersi a Campobasso, Isernia e Termoli ad opera di esperti riconosciuti a livello nazionale	9.500	9.500	19.000
<b>Gestione progettuale</b>			1.200	1.200	2.400
<b>Totale per obiettivo 2</b>					21.400
	<b>Prevenzione della popolazione sulla anziana rispetto ai rischi connessi con il gioco d'azzardo</b>	<b>Strutturazione di percorsi di prevenzione</b> attraverso attività di sensibilizzazione sulla popolazione anziana rispetto ai rischi connessi con il gioco d'azzardo da tenere presso i circoli, i centri di ascolto e ritrovo, le comunità di anziani compreso la stampa di materiale educativo	15.000	15.000	30.000
<b>Gestione progettuale</b>			5000	5000	10.000
<b>Totale per obiettivo 3</b>					90.000

<b>Azioni di prevenzione su Internet, social Network.</b>	Realizzazione sito web Molise GAME OVER	Messa in rete di specifico sito internet MOLISE GAME OVER e realizzazione di banner informativi da promuovere tramite i principali social network.	5.000	5.000	10.000
	Realizzazione applicazione per tablet e smartphone Android e iPhone	Implementazione di app per smartphone con grafica accattivante e funzionalità semplici finalizzate all'acquisizione di autoconsapevolezza delle abitudini di gioco degli utilizzatori	5.000	5.000	10.000
<b>Gestione progettuale</b>			1.500	1.500	3.000
<b>Totale per obiettivo 4</b>					23.000
<b>Implementazione piattaforma informatica open source con 'rules engine'</b>	Costituzione di piattaforma informatica regionale 'open source'	Costituzione di piattaforma informatica open source con <i>rules engine</i> per raccogliere ed elaborare tutti i dati relativi al progetto ai fini statistici dell'Osservatorio epidemiologico, ai fini clinici, scientifici e di individuazione <i>evidence-based</i> delle <i>best practices</i> in materia di prevenzione cura della ludopatia	5.000	5.000	10.000
<b>Gestione progettuale</b>			1.200	1.200	2.400
<b>Totale Obiettivo 5</b>					12.400
<b>Realizzazione di software di realtà virtuale 3D per utilizzo nella prevenzione sulla popolazione giovanile</b>	Creazione di innovativo software di Realtà Virtuale	Design e scrittura di software di realtà virtuale con <i>rendering</i> realistico finalizzato a portare i messaggi di prevenzione nel linguaggio grafico delle nuove generazioni 'digital native' scaricabile da internet o da Google Play o dall'App Store Apple	10.000	10.000	20.000
<b>Gestione progettuale</b>			2.000	2.000	4.000
<b>Totale per obiettivo 6</b>					24.000

<b>Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico</b>	Valutazione multidisciplinare <i>counseling</i> e cura	Valutazione multidisciplinare (medico, psicologico, sociale e legale) e successiva diagnosi specialistica GAP (DSM 5) ed eventuali diagnosi correlate (psichiatriche e internistiche) <i>Counseling</i> motivazionali ai pazienti e di sostegno ai familiari Psicoterapia cognitivo comportamentale individuale e/o di gruppo associati ad interventi di auto aiuto Trattamenti specialistici per le comorbilità associate e valutazione e prevenzione del rischio suicidario Le seguenti attività saranno curate da personale ASReM unitamente al privato sociale accreditato nella Regione Molise	150.479	150.479	300.958
<b>Gestione progettuale</b>				15.000	15.000
<b>Totale per obiettivo 7</b>					315.000
<b>Realizzare workshop e collaborazioni internazionali</b>	Organizzazione di workshop nazionali ed internazionali	Organizzazione di convegni e workshop	5.000	5000	10000
	Collaborazione e scambio con Università Europee	Viaggi finalizzati a scambio di <i>best practice</i> in materia di GAP e formazione operatori sul campo	10.000	10.000	20.000
<b>Gestione progettuale</b>			2.000	2.000	4.000
<b>Totale per obiettivo 8</b>					24.000
<b>Totale complessivo</b>			261.479	261.479	522.958

## **MODALITÀ DI UTILIZZO DEI FONDI**

Al fine di raggiungere gli obiettivi indicati nel presente piano regionale di contrasto al GAP, l'Amministrazione regionale procede al finanziamento delle attività previste con un anticipo delle somme pari al 50 % . Il saldo delle competenze verrà versato al raggiungimento degli obiettivi specifici che verranno certificati dai Responsabili del Piano GAP. I beni strumentali (Personal Computer, Tablet, Smartphones, locandine, flyers, poster, banner etc) e immateriali ( software, app per smartphone e tablet, le spese di formazione, etc) necessari allo svolgimento del Piano ed esplicitamente indicati dai Responsabili del Piano stesso verranno saldati su produzione delle fatture da parte dei fornitori dei beni/ prestazioni.

La ASReM parteciperà alle attività del Progetto GAP con il proprio personale che verrà retribuito sulla base delle ore effettivamente lavorate in regime di attività 'Progetti Obiettivi'. La retribuzione avverrà secondo i tariffari previsti dal CCNLL vigente.

Non è prevista, da parte dell'ASReM, la emissione di bandi per il reclutamento di personale aggiuntivo né la formazione di specifiche graduatorie.

Le organizzazioni del privato sociale accreditato del Molise potranno concorrere con il proprio personale alla realizzazione del Progetto GAP e ricevere i corrispettivi con le medesime modalità suindicate.

I finanziamenti potranno essere utilizzati solo dopo l'approvazione da parte della Direzione Generale della Salute e la rendicontazione dei progetti assegnati verrà effettuata dal Direttore U.O.C. Bilancio e Rilevazioni Contabili della ASReM.

## **VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO**

Alla realizzazione del Piano provvedono le strutture dell'Azienda sanitaria, principalmente i Ser.D - Servizi per le dipendenze.

Un ruolo attivo è svolto dai soggetti del Terzo settore e del privato sociale, da individuare sulla base di una consolidata esperienza sul tema da parte dei Responsabili scientifici del progetto.

La Regione, avvalendosi del proprio Sistema Informativo verifica

trimestralmente il flusso dei dati, aggiornati in tempo reale e resi immediatamente disponibili.

All'attività di monitoraggio concorre il Comitato consultivo sul fenomeno del gioco d'azzardo e della relativa dipendenza, a cui la L.R. 17 dicembre 2016, n.20, ha esplicitamente attribuito questo compito. Il Comitato si avvale dei dati raccolti dall'Osservatorio regionale di cui all'articolo 37 della legge regionale 6 maggio 2014, n. 13.

La Regione (Direzione Generale Salute) assicura il coordinamento operativo attraverso Ufficio Salute mentale, dipendenze patologiche, medicina penitenziaria, con la possibilità di definire collaborazioni interistituzionali, formalizzabili in accordi previsti da obiettivi specifici, con altre Direzioni Centrali della Regione, con l'Ufficio Scolastico Regionale, con associazioni impegnate attivamente in promozione della salute e prevenzione del gioco d'azzardo patologico

La Regione assicura il coordinamento operativo e impegna l'ASReM ad effettuare il monitoraggio del Piano e a seguire l'avanzamento del grado di raggiungimento degli obiettivi, da valutare di concerto con tutti i soggetti interessati e da rendicontare alla Regione.

Dal punto di visto operativo, verrà adottata la metodologia della "struttura analitica di progetto" per facilitare il lavoro di organizzazione delle varie attività saranno prese in considerazione delle WBS-tipo che elencano tutte le possibili attività per il progetto. L'insieme delle attività sarà quindi confrontata con una checklist, costruendo un albero gerarchico orientato al prodotto (o *deliverable*) che viene suddiviso nel materiale, nel software, nei servizi, nei dati e nelle attrezzature che lo compongono, ponendo l'accento sui risultati e non sulle singole azioni.