



**Decreto Ministero Salute del 6 ottobre 2016  
Legge Regionale n. 9 del 2 maggio 2016, articoli 3 e 4.**

**Piano regionale 2017-2018**

**“Piano integrato delle attività di contrasto, prevenzione, diagnosi, cura del Gioco d’Azzardo Patologico (GAP) finalizzate a tutelare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, aumentare la consapevolezza sui fenomeni da dipendenza, favorire un approccio consapevole, critico e misurato al gioco, con particolare attenzione al setting scolastico, familiare e lavorativo”.**

Documento redatto a cura di :

Direzione Regionale Sanità (coordinamento),

Direzione Regionale Gabinetto Presidenza Giunta Regionale,

Direzione Regionale Coesione Sociale.

Con il contributo dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze ASL Città di Torino e ASL TO3 di Collegno e Pinerolo e dell’Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze dell’ASL TO3

Referente: Gaetano Manna

Recapiti: 011/4323382 – 3355490988 – “gaetano.manna@regione.piemonte.it”

- **Il Piano strategico – Parte 1**
- **Il Piano operativo – Parte 2**

## SOMMARIO

PARTE 1 .....	4
IL PIANO STRATEGICO .....	4
PREMESSE .....	4
INQUADRAMENTO GENERALE .....	6
FINALITA' DEL PIANO INTEGRATO.....	6
INQUADRAMENTO STORICO .....	7
INQUADRAMENTO NORMATIVO.....	11
EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO A LIVELLO NAZIONALE E REGIONALE .....	14
PROGETTI E INIZIATIVE REGIONALI (ATTUALI E PREGRESSE) .....	15
ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI .....	16
ANALISI SWOT .....	18
PARTE 2 – PIANO OPERATIVO .....	19
OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO.....	19
TARGET.....	19
OBIETTIVO GENERALE 1 - PREVENZIONE .....	20
OBIETTIVO SPECIFICO 1: RAFFORZARE L'ASSE STRUTTURALE .....	22
OBIETTIVO SPECIFICO 2: AUMENTARE LA CONOSCENZA DEI RISCHI POTENZIALI.....	22
OBIETTIVO SPECIFICO 3: PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA NEI SOGGETTI A RISCHIO E POTENZIARE L'INFORMAZIONE DI ACCESSO AI SERVIZI.....	23
OBIETTIVO GENERALE 2 – CURA .....	24
OBIETTIVO SPECIFICO 1 – POTENZIARE L'ACCESSIBILITA' E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI –.....	26
OBIETTIVO SPECIFICO 2 – AMPLIARE L'OFFERTA E LE TIPOLOGIE DI CURA – .....	27
OBIETTIVO SPECIFICO 3 – AGGIORNARE E FORMARE GLI OPERATORI DEI SERVIZI SANITARI – .....	28
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ .....	30
Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori.....	30
Tabella 2: Dettaglio azioni .....	32
Tabella 3: Modalità di utilizzo dei fondi.....	45
VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO .....	48
MODALITÀ DI UTILIZZO DEI FONDI.....	48
VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO .....	48

## PARTE 1

### IL PIANO STRATEGICO

#### PREMESSE

Il presente piano si occupa di elevare il livello di consapevolezza delle problematiche legate al gioco d'azzardo e si propone l'obiettivo di contenere il fenomeno del gioco d'azzardo patologico, riducendo le conseguenze negative legate alla dipendenza da gioco, che riguardino la singola persona, il nucleo familiare nel suo insieme.

Tale scopo si sostanzia nel perseguimento di obiettivi legati ad aree di intervento medico, psicoterapeutico, educativo, sociale, legale ed economico-finanziario.

Nel GAP l'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività spesso lecita e socialmente accettata: si parla, quindi, di dipendenze senza sostanza.

Il DSM-5 (acronimo di Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), pubblicato negli USA nel 2013 e in Italia nel 2014, riconosce al GAP lo status di dipendenza. La questione ha rilevanza clinica in quanto autorizza gli operatori ad applicare al gambling patologico strumenti terapeutici propri dei programmi per l'addiction (termine anglofono, internazionalmente utilizzato, per chiamare le "dipendenze").

Se da un lato appare necessario operare un adattamento di tali strumenti ed una loro integrazione con altri trattamenti più specifici per i giocatori, dall'altro si può sostenere che ogni operatore delle dipendenze possiede nel proprio bagaglio culturale e operativo adeguati strumenti per il trattamento dei giocatori.

I SerD come strutture sanitarie organizzate per il trattamento dei disturbi da dipendenza sono nati 30 anni fa, sull'onda dell'emergenza legata alla diffusione dell'eroina nel nostro paese. Nel corso di questi anni il loro interesse clinico si è allargato alla dipendenza da alcol, alle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza, al tabagismo e negli ultimi anni alle dipendenze comportamentali, in primis, per la sua rilevanza, al gioco d'azzardo patologico. I primi accessi di giocatori patologici nei SerD risalgono a circa quindici anni fa. I servizi specialistici finalizzati alla presa in carico di pazienti con disturbo da gioco d'azzardo patologico (di seguito GAP) nei SerD Piemontesi sono stati avviati fra il 2004 e il 2006. Un grande impulso alla costituzione della rete dei servizi GAP è venuto dalla costituzione di un Coordinamento Regionale degli operatori dei servizi per il gioco patologico.

In Piemonte, dall'anno della prima rilevazione dei soggetti afferenti presso i servizi sanitari (anno 2005), il numero di giocatori patologici in trattamento è in costante aumento. Le cause sono diverse e in parte sono dovute alla maggior diffusione del problema fra la popolazione. E' evidente che vi è una correlazione diretta fra l'aumento delle patologie da gioco e la sempre maggior diffusione di occasioni di gioco legalizzato, sia in senso temporale (aumento delle estrazioni, ecc) che di locali dedicati. Ormai l'invito a giocare permea totalmente la nostra vita che le occasioni, per comprare un biglietto del gratta e vinci o giocare con le slot-machine, ormai sono ovunque: bar, tabaccherie, centri commerciali.

Il difficile momento di crisi economica è senz'altro un altro fattore favorente, a dimostrazione del fatto che molti soggetti in cura negli ultimi tempi sono disoccupati o comunque in difficili situazioni economiche. L'altro aspetto che contribuisce alla crescita costante dei soggetti in trattamento presso i SerD è legato alla percentuale di soggetti che rimangono in cura per un periodo di più anni, a dimostrazione che per molti di essi il disturbo si struttura, come per le altre dipendenze, con caratteristiche di durata e tendenza alla ricaduta che configurano una malattia cronica.

Al momento è molto difficile stimare i costi sanitari del problema del gioco patologico. I SerD della Regione Piemonte utilizzano per il trattamento dei giocatori il modello di intervento di tipo multidisciplinare che hanno sviluppato nel trattamento delle patologie da dipendenza ed hanno costituito presso i vari centri delle èquipe composte solitamente da psicologi, medici ed operatori di area sociale ed educativa. Questo permette nella fase di accoglienza la valutazione dei vari aspetti, sanitari, psicologici e socioeconomici necessari a inquadrare il problema. Il trattamento prevede in genere percorsi di sostegno psicologico o psicoterapia (individuale o di gruppo), trattamento delle problematiche organiche e/o psichiatriche come i disturbi dell'umore, supporto nella gestione delle problematiche finanziarie e sostegno alle famiglie. Una certa percentuale di soggetti già seguiti per altre dipendenze (eroina, cocaina) presenta anche un profilo di rischio per il gioco d'azzardo (in genere circa un 10%). Invece nei giocatori in carico le altre dipendenze più comuni sono l'abuso di alcol e meno frequentemente di cocaina.

Nel complesso i casi di soggetti presi in carico vittime di usura sono poco numerosi (ne vengono segnalati 1-2 per ambulatorio) ma il problema più importante e comune è l'indebitamento con le finanziarie, che spesso configura situazioni non molto diverse da quelle dell'usura. Molti giocatori hanno numerosi prestiti legali con banche e finanziarie, che arrivano a coprire l'intero stipendio. In questi casi, per quanto possibile, si mette in atto una razionalizzazione dei debiti, affidandosi eventualmente ad un consulente finanziario. Le vittime di usura vengono inviate ad una consulenza legale o a centri specifici. In qualche caso si procede alla richiesta di un amministratore di sostegno, istituto che permette di ridurre il rischio di reiterare altri debiti e tutela maggiormente il soggetto.

Negli ultimi anni vi sono state iniziative formative specifiche sul tema degli aspetti legali nel mondo del GAP.

Oggi la Regione Piemonte è in grado di sviluppare e rafforzare le reti preesistenti in tema di contrasto al GAP, a partire dalla forte integrazione tra Giunta e Consiglio Regionale attraverso le varie Direzioni Regionali coinvolte (Segretariato Generale, Gabinetto Presidenza Giunta Regionale, Affari istituzionali e avvocatura, Sanità, Coesione Sociale, Competitività del sistema regionale), le ASL, gli Enti Locali, l'Ufficio Scolastico Regionale creando quel supporto strategico finalizzato a realizzare i contenuti di cui all'art. 2 del Decreto Ministro della Salute del 10 novembre 2016 e agli artt. 3 e 4 della legge regionale 9 del 20 maggio 2016.

## INQUADRAMENTO GENERALE

### FINALITA' DEL PIANO INTEGRATO

Nell'ambito delle competenze spettanti alla Regione in materia di tutela della salute e di politiche sociali, la legge regionale n. 9 del 2 maggio 2016 detta norme finalizzate a prevenire il gioco d'azzardo patologico (GAP) e a tutelare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, nonché a contenere l'impatto delle attività connesse all'esercizio del gioco lecito sulla sicurezza urbana, sulla viabilità, sull'inquinamento acustico e sulla quiete pubblica.

La Regione promuove interventi finalizzati:

- a) alla prevenzione ed al contrasto del gioco d'azzardo in forma problematica o patologica, nonché al trattamento terapeutico ed al recupero dei soggetti che ne sono affetti ed al supporto delle loro famiglie, nell'ambito delle competenze regionali in materia socio-sanitaria;
- b) alla diffusione ed alla divulgazione dell'utilizzo responsabile del denaro attraverso attività di educazione, informazione, divulgazione e sensibilizzazione anche in relazione ai contenuti dei diversi giochi a rischio di sviluppare dipendenza;
- c) al rafforzamento della cultura del gioco misurato, responsabile e consapevole, e al contrasto, alla prevenzione ed alla riduzione del rischio della dipendenza dal gioco;
- d) a stabilire misure volte al contenimento dell'impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco sul tessuto sociale, sull'educazione e formazione delle nuove generazioni.

## INQUADRAMENTO STORICO

La diffusione globale del gioco d'azzardo trova conferma nella stessa etimologia della parola "azzardo" che deriva dal francese "hasard", una parola a sua volta di origine araba e derivante dal termine "az-zahr" che designava il "dado", uno dei più antichi oggetti a cui si lega la tradizione del gioco sociale di scommessa.

Il gioco d'azzardo patologico è una delle prime forme di "dipendenza senza droga" studiate che ha ben presto attratto l'interesse della psicologia e della psichiatria, ma anche dei mezzi di comunicazione di massa, degli scrittori e dei registi, al punto che si continua spesso a riparlarne in relazione alle sue conseguenze piuttosto serie sulla salute ed in particolare sull'equilibrio mentale che questo tipo di problema è in grado di produrre. Nella ludodipendenza il vero senso del gioco, attraverso cui si può costruire e scoprire il Sé - quello che vuol dire libertà, creatività, apprendimento di regole e ruoli, sospendendo le conseguenze reali - viene completamente ribaltato per trasformare la cosiddetta "oasi della gioia" in una "gabbia del Sé", fatta di schiavitù, ossessione, ripetitività.

Il gioco d'azzardo è quel tipo di gioco che implica il rischio, ciò che sia "desiderabilmente" rischioso. Il rischio di perdere denaro e non solo. Alcuni vivono il gioco come un'attività sociale, mentre altri vi investono una grande quantità di tempo e di denaro, scommettono e continuano a giocare nonostante le conseguenze devastanti che il gioco ha sulla loro vita: a livello personale, sociale, lavorativo, familiare e non per ultimo finanziario.

Il gioco fa parte della nostra storia : ognuno di noi ha giocato almeno qualche volta nella vita. Allo stesso modo il gioco è nella storia del mondo. Gli studiosi dell'antichità raccontano che tutti i popoli hanno dedicato tempo, e non di rado denaro, ad attività ludiche. Dal gioco individuale alle forme collettive, dai giochi tramandati per millenni e giunti sino a noi, come i dadi, a quelli tecnologici del nostro tempo: il giocare ha da sempre accompagnato le relazioni tra le persone, ha quindi un ruolo culturale e sociale. Non solo gli uomini giocano, molte altre specie animali si dedicano a vere attività ludiche. Tuttavia, i giochi d'azzardo, quelli di cui trattiamo in questo testo, quelli il cui esito è dettato dalla sorte, sono esclusivi della specie sapiens o, come direbbe Huizinga, della specie ludens.

Non solo una questione di divertimento, quindi. La parola latina ludus, ad esempio, stava ad indicare sia il gioco che lo spettacolo: un'attività, dunque, fatta di attori e spettatori, di pratiche ben precise, di rituali da riprodurre. Nel mondo antico in particolare, le attività e gli strumenti del gioco potevano anche coprirsi di significati magici, spirituali. Erano soprattutto i giochi legati alla fortuna, al caso, al destino ad intrecciarsi con le pratiche divinatorie dell'antichità, ed è in queste stesse pratiche che la storia del gioco d'azzardo affonda le sue radici. Con le sue sole capacità, con o senza il favore delle divinità, l'uomo affrontava l'imprevedibilità della vita, e la sfida contro il destino poteva rappresentare la vita stessa. Predire il futuro, anticiparne le mosse offriva l'illusione, la speranza, il conforto di poter cambiare il corso degli eventi e agire nel modo più opportuno, come in una partita a scacchi antica quanto l'umanità.

Il desiderio di interrogare il destino, di sfidare a duello la sorte, di domare gli eventi è qualcosa che affonda le radici nella storia dell'uomo. In tutto il mondo antico, dall'India alla Cina, dall'Occidente alle Americhe le pratiche divinatorie sono state parte integrante dei rituali di molti popoli.

Grandi miti di fondazione del mondo fanno riferimento a gioco e sorte, così per gli egizi il sistema solare sarebbe nato da una partita tra dei; similmente per la mitologia greca Zeus e i suoi fratelli, dopo aver sconfitto i Titani, si sarebbero spartiti l'universo a sorte: a Zeus spettò il dominio del cielo, a Poseidone quello del mare, e al fratello Ade il regno dell'oltretomba.

In Cina e Giappone giochi complessi come il go, un gioco da tavolo per due sfidanti e disputato su una specie di scacchiera, accompagnavano attività di rilievo, dal cui esito potevano discendere scelte politiche e sociali, mentre per i giochi più semplici, come il tirare a sorte, si mettevano in palio denaro e proprietà. Sempre in Cina, si ha notizia di una lotteria, datata 200 a.C., i cui proventi furono destinati a beni pubblici e utilizzati per estendere la Grande Muraglia.

Anche dall'antica Roma ci giunge notizia del gioco d'azzardo come attività largamente diffusa tra la gente. Sono state infatti rinvenute insegne di locali recanti l'iscrizione "Scommesse e cibo", luoghi appositi, quindi, dove si poteva scommettere, giocare d'azzardo e, dal ritrovamento di dadi truccati, pare che si barasse anche. Le dimensioni che l'azzardo assumeva e la consapevolezza del problema di ordine pubblico insito nel rapporto gioco-denaro, spinsero i Romani all'assunzione dei primi provvedimenti volti a regolamentare il gioco d'azzardo. I giochi furono così suddivisi in leciti e proibiti, si giocava solo in alcuni periodi dell'anno, le somme di denaro vinte potevano essere dichiarate inesigibili, il pater familias aveva persino il diritto di chiedere che gli fossero restituite le quote giocate da figli, schiavi o dipendenti. Tuttavia, nonostante le pesanti ammende previste, sino a quattro volte la posta in palio, si giocava ben oltre le restrizioni imposte.

Accaniti giocatori popolavano anche le terre germaniche, dove i soldati romani combatterono alla conquista delle colonie europee dell'impero, probabilmente anche a suon di dadi e scommesse. Tacito ricorda che: «Sotto l'influenza di un'estasi incontrollabile, essi giocavano le loro mogli, i loro bambini, e infine offrivano se stessi alla prigionia».

Nel Medioevo il gioco d'azzardo, ancora largamente diffuso, fu soggetto ad una vera e propria demonizzazione. Si dibatteva sulla natura peccaminosa di questo comportamento, con il conseguente interesse in materia di diritto: il gioco d'azzardo, da "peccato" si prefigurava anche come "reato". La condanna di istituzioni religiose e giuridiche contrarie alla pratica di azzardo interessò anche le carte da gioco, diffuse in Europa a partire dal 1350: ne sono testimonianza i roghi pubblici di carte da gioco avvenuti in diverse piazze europee. Nel Rinascimento la "crociata" contro l'azzardo non cessò.

A ben vedere, il gioco d'azzardo nel corso dei secoli non è sempre stato oggetto di disapprovazione. In passato (come oggi) di fronte all'etica del profitto e alla necessità di fare "cassa", ogni preoccupazione per la vita eterna o l'immoralità dei comportamenti sembrava svanire. Nella Venezia del '500, per ragioni di ordine pubblico, in un primo momento le autorità avevano inibito e reso illegale il gioco d'azzardo, salvo però assumerne successivamente la gestione diretta: la guerra contro i turchi rendeva più che mai necessaria la raccolta di denaro, e l'azzardo rappresentò una risorsa strategica.

Non è quindi un tema nuovo quello delle relazioni e delle contraddizioni tra controllo e problemi sociali, tra profitto e aspetti etici, tra costi sociali e libertà degli individui. Ciò che forse è nuovo è come il modello economico liberista – non incline per definizione ad ogni forma di influenza o controllo nelle sfere delle scelte individuali e del libero mercato – non potesse non cogliere le occasioni offerte dal mercato del gioco. Le ingenti somme di denaro mosse da questa attività potevano essere impiegate in favore dei beni pubblici, o destinate ad opere caritatevoli, specialmente in epoche di difficoltà economica.

In Italia, a Genova, si giocava al lotto già nel XVI secolo, mentre nel 1638 apriva la prima casa da gioco istituita e gestita dallo Stato: il Ridotto di Venezia. Alla fine del 1700 i luoghi dediti al gioco raggiunsero quota 136, ma si dovette aspettare il 1800 per sdoganare ufficialmente il gioco d'azzardo. Risale al periodo napoleonico, infatti, il primo decreto che ne sancisce il riconoscimento ufficiale. L'azzardo non era più oggetto di repressione a patto che lo si esercitasse in appositi locali. Frequentate esclusivamente dalle élite, le case da gioco ospitarono ben presto anche le più moderne forme di intrattenimento, come la roulette, inventata dal matematico Blaise Pascal, e successivamente anche la



poker machine, o slot machine, messa a punto da Charles Fay nel 1895. La “macchina per il gioco” aveva una caratteristica fondamentale, che ne avrebbe fatto la fortuna a partire dal secolo seguente: chi vinceva poteva immediatamente riscuotere il premio. La rapidità e la semplicità di accesso al gioco che le macchine consentivano, insieme all’euforia per il premio riscosso nello stesso istante della vincita, fecero ben presto il successo delle nuove forme di giochi, prima diffuse in bar, caffetterie, per poi approdare in seguito anche nelle sale dei grandi casinò.

## TRASFORMAZIONI ATTUALI

La realtà che si presenta oggi poco ha a che fare con la stereotipata rappresentazione che vede il gioco quale fenomeno circoscritto in ambiti ben precisi, abitati da “viziosi, avventurosi, scellerati e decadenti”. E’ invece una realtà per molti aspetti molto più “normale”. Sempre più il gioco interessa, attrae e coinvolge strati della popolazione più svantaggiata finendo per essere un amplificatore di situazioni di disagio, solitudine, sofferenza, povertà. E la spirale del gioco porta a percepire la vita “normale” come sempre più problematica e svalutante. Richiama i debiti, le incomprensioni della famiglia, il lavoro che si trascura, i problemi che si rimandano e che si amplificano. Il senso di colpa e di fallimento vengono negati, razionalizzati o giustificati dal pensiero di potersi rifare e poterne uscire “da vincitore” come se fosse una sorta di riscatto ed i fallimenti, le perdite, la caduta di dignità trovano una giustificazione nel periodo sfortunato. Tutto per rendere le persone più vulnerabili e disinibite al consumo ed alla celebrazione eterna del presente: del tutto possibile. Uno studio di Wood e Griffiths (2007) evidenzia infatti come, per la maggior parte dei giocatori intervistati, il gioco svolgesse una funzione di fuga dalla realtà o da emozioni negative attraverso una modificazione dell’umore o dello stato di coscienza; e come il giocare servisse loro per “riempire un vuoto”, all’interno di un circolo vizioso del quale si dichiarano consapevoli. Dove fermare il tempo, accelerare al massimo o silenziare le emozioni, paiono essere i principali effetti richiesti. Una forma di autismo provvisorio, di dissociazione. Lo stesso denaro - centrale nella mitologia del giocatore e di chi li ha descritti - non sembra più essere il fine ed il movente quanto il mezzo per entrare in una dimensione di dissociazione dal mondo e forse anche da sé: dai propri bisogni, dai propri incubi, dai propri traumi. Il mezzo che consente di “restare in gioco”.

I “nuovi giocatori”, quelli che incontriamo al bar dietro l’angolo, quelli richiusi in una sala giochi o captati dal proprio schermo del pc, quelli che si presentano ai servizi appaiono invece abitati da altri bisogni, da altre paure. In fondo molto simili a quelli di tutti noi.

Che il gioco d’azzardo presenti due realtà molto diverse, ed in un certo senso contrapposte, è cosa fin troppo nota ed evidente. Numerose sono infatti le osservazioni e le analisi che evidenziano da un lato una realtà di grande diffusione e di sostanziale innocuità contrapposte ad osservazioni ed analisi che riportano temi, forme e comportamenti di vera e propria dipendenza. Si tratta di un comportamento che risponde a bisogni e ragioni diverse. Tuttavia, come sopra evidenziato, per molti soggetti tale esperienza non si riduce e non si conclude in una innocua parentesi di “sogno, speranza, emozione”, ma rischia di monopolizzare i pensieri, le attività, le relazioni sociali assumendo i contorni e le dimensioni di una vera e propria forma di dipendenza patologica, con costi individuali e sociali che attraversano diversi ambiti (legale, lavorativo, familiare, relazionale, economico, etc) ponendosi come tema di interesse e di preoccupazione da parte della Sanità Pubblica nell’attivare le iniziative di prevenzione, riduzione dei rischi e terapia per i soggetti che sviluppano problematicità.

## INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il Consiglio Regionale del Piemonte ha approvato il 2 dicembre 2010 la proposta di legge al parlamento n. 76 recante "l'illiceità dell'installazione e dell'utilizzo dei sistemi di gioco d'azzardo elettronico nei locali pubblici. Modifica all'articolo 110, comma 5 regio decreto n. 773 (approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza) ".

Questa Proposta di Legge tende a vietare l'installazione e l'uso di apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici da gioco d'azzardo nei luoghi pubblici e aperti al pubblico e nei circoli ed associazioni di qualunque specie.

La D.G.R. n. 27-4183 del 23.7.2012 di approvazione del piano di azione regionale delle dipendenze (PARD) anni 2012-2015, al paragrafo 4.5 dell'allegato, afferma che nella regione piemonte le prese in carico dei giocatori patologici sono aumentate di circa il 400% nel periodo 2005-2010, passando (da 156 soggetti a 811). in ogni DPD esiste un ambulatorio o un'equipe specificamente dedicati ad affrontare e gestire pazienti con queste problematiche di dipendenza.

Sulla base delle stime d'incidenza nella popolazione generale, si prevede un ulteriore aumento dei soggetti in carico nei prossimi anni. un problema in forte crescita riguarda il gioco-on line che coinvolge molti giovani e risulta di difficile valutazione epidemiologica e richiede ulteriori indagini.

Nel provvedimento regionale summenzionato veniva approvata una riedizione della campagna informativa rivolta alla popolazione come quella effettuata nel 2009 (gap tour 2) e l'istituzione di un gruppo di lavoro regionale che rappresenti questi soggetti e che definisca azioni e modalità di intervento relativi a:

- informazione specifica nei luoghi di gioco e formazione degli esercenti da sviluppare a livello locale;
- definizione di percorsi privilegiati per l'invio alle attività di cura;
- costituzione di una rete di supporto che preveda sostegno sociale, counselling finanziario, supporto psicologico.

Il decreto legge 13.9.2012, n. 158, "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 8.11.2012, n. 189, ed in particolare:

- l'articolo 5, comma 2 che ha previsto di "aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (G.A.P.)";

- l'art. 7, comma 10, che, in tema di collocazione degli apparecchi di cui all'art. 110, comma 6, lettera a), del testo unico di cui al regio decreto 18.06.1931 n. 773, "Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza", cita "criteri, anche relativi alle distanze da istituti di istruzione primaria e secondaria, da strutture sanitarie e ospedaliere, da luoghi di culto, da centri socio-ricreativi e sportivi";

La legge regionale 5 febbraio 2014, n. 1, all'art. 7 (Prime disposizioni finalizzate alla prevenzione e al contrasto di forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito) delega la Giunta Regionale a definire le linee di indirizzo per prevenire e ridurre il rischio dal gioco d'azzardo patologico (GAP) ed il contrasto alla relativa dipendenza, anche nel rispetto delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e di quelle della Commissione europea (comma 1).

Pertanto, nell'ambito delle competenze in materia di tutela della salute e di politiche sociali, la Giunta regionale approva e trasmette al Consiglio regionale un piano integrato triennale socio-sanitario per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché per il trattamento terapeutico ed il recupero sociale dei soggetti affetti da sindrome da GAP, promuovendo la consapevolezza dei rischi correlati al gioco, ancorché lecito, al fine di salvaguardare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, nonché la cultura del gioco misurato

(comma 2) nonché la partecipazione e realizzazione di iniziative in collaborazione con gli enti locali, le istituzioni scolastiche, le aziende sanitarie locali, le associazioni antimafia, le associazioni di volontariato, le associazioni familiari e i soggetti del terzo settore.

La sentenza della Corte costituzionale n. 220 del 18 luglio 2014, emanata a fronte di una questione di legittimità costituzionale sollevata dal TAR Piemonte, ha confermato in capo ai sindaci il potere di intervenire, per esigenze di tutela della salute, della quiete pubblica o della circolazione stradale, al fine di disciplinare gli orari delle sale da gioco e degli esercizi commerciali nei quali siano installate apparecchiature per il gioco. Il pronunciamento dell'Alta Corte richiama a sostegno anche l'art. 50 del DLgs 267/2000, che attribuisce ai sindaci il potere di organizzare anche gli orari degli esercizi commerciali.

La legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante “disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (legge di stabilità 2015)” che all'articolo 1, comma 133.

dispone, tra l'altro:

- nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dall'anno 2015, una quota pari a 50 milioni di euro e' annualmente destinata alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo;
- il Ministro della salute, con decreto di natura regolamentare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, adotta linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP). La verifica dell'effettiva destinazione delle risorse e delle relative attività assistenziali costituisce adempimento LEA ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale;
- al fine del monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese, l'Osservatorio istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 10, quarto periodo del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e' trasferito al Ministero della salute e con decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, e' rideterminata la composizione dell'Osservatorio, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle regioni e degli enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore;
- il decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze del 24 giugno 2015 che istituisce l'Osservatorio per il contrasto e la diffusione del gioco d'azzardo e la dipendenza grave e ne ridetermina la composizione e i compiti, tra i quali il monitoraggio dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese;
- il Decreto del Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute del 17 marzo 2016 con il quale sono stati nominati i componenti dell'Osservatorio nazionale per il contrasto e la diffusione del gioco d'azzardo e la dipendenza grave al fine di:
  - monitorare la dipendenza dal gioco d'azzardo;
  - monitorare l'efficacia delle azioni di cura e prevenzione intraprese;
  - definire linee di azione e misure efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave;
- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”, all'articolo 1, comma 946, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP) come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, ha disposto l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo e' ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le

Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo e' autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016;

La Legge regionale 2 maggio 2016, n. 9 “Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico” con la quale la Regione promuove interventi finalizzati:

- a) alla prevenzione ed al contrasto del gioco d'azzardo in forma problematica o patologica, nonché al trattamento terapeutico ed al recupero dei soggetti che ne sono affetti ed al supporto delle loro famiglie, nell'ambito delle competenze regionali in materia socio-sanitaria;
- b) alla diffusione ed alla divulgazione dell'utilizzo responsabile del denaro attraverso attività di educazione, informazione, divulgazione e sensibilizzazione anche in relazione ai contenuti dei diversi giochi a rischio di sviluppare dipendenza;
- c) al rafforzamento della cultura del gioco misurato, responsabile e consapevole, e al contrasto, alla prevenzione ed alla riduzione del rischio della dipendenza dal gioco;
- d) a stabilire misure volte al contenimento dell'impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco sul tessuto sociale, sull'educazione e formazione delle nuove generazioni.

Il decreto del ministero della salute del 10 novembre 2016 con il quale vengono ripartite e assegnate al Piemonte le risorse, ai sensi dell'art. 1, comma 946, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 pari a euro 3.718.538,00.

## EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO A LIVELLO NAZIONALE E REGIONALE

La stima di persone con problematiche da GAP è complicata dalla variabilità dei criteri diagnostici e dal non riconoscimento del problema da parte dei soggetti coinvolti. Da alcuni studi si può stimare una prevalenza nella popolazione generale (15-64 anni) fra l'1,2 e il 3%.

In Italia il fenomeno del gioco d'azzardo è in continua crescita e in questi anni sta assumendo dimensioni sempre più rilevanti, come osservabile dall'andamento delle statistiche dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ex AAMS) relative alla quantità di denaro giocato. La raccolta del gioco in Italia nell'anno 2015 è stata di 88.249 miliardi incluso il gioco via internet. In Piemonte la raccolta per il gioco d'azzardo è stata (con l'esclusione del gioco via internet) di 5.060 miliardi nel 2015.

Nel 2015 in Italia i soggetti che hanno fatto domanda di trattamento presso i Ser.D. per gioco d'azzardo patologico sono 13.136 (non sono pervenuti i dati della Sardegna).

In Piemonte i soggetti trattati presso i DPD nel 2015 sono stati 1.342 con un aumento nel tempo dai 166 nel 2005, anno della prima rilevazione, ai 1.283 soggetti del 2014 con un tasso standardizzato di 37/100.000.

L'indagine IPSAD del 2011 stima una prevalenza di giocatori d'azzardo problematici (ovvero coloro che potrebbero avere necessità di trattamento) di 600/100.000 residenti in Italia. Il tasso dei trattati in Piemonte è quindi ancora distante dalla prevalenza del fenomeno.

Tra i trattati nel 2014:

- il 91 % è maschio;
- Il 37,5% è coniugato, il 26% è convivente e il 14% è separato;
- Il 57% ha al massimo un titolo di scuola media inferiore, il 23% ha un diploma di media superiore e il 2% ha una laurea;
- Il 53,5% lavora, il 15% è disoccupato e il 13,5% è pensionato;
- Il 9% vive con la famiglia di origine, il 27% con la famiglia acquisita;
- Il 99% dei soggetti accede volontariamente al trattamento;
- Nel 52% dei casi il soggetto accede di propria iniziativa, nel 10% su invio di familiari, nel 2,4% su segnalazione del medico curante;
- L'età media dei trattati è 48 anni: il più giovane ha 15 anni il più anziano ha 82 anni. L'età media delle donne è sensibilmente superiore a quella dei maschi 53 contro 47 anni;
- Il 98,5% accede a un trattamento psicosociale, il 2% riceve un trattamento farmacologico, il 25% assistenza sanitaria, il 2% frequenta gruppi di auto-aiuto, il 2,5% è inserito in strutture riabilitative.

## PROGETTI E INIZIATIVE REGIONALI (ATTUALI E PREGRESSE)

Il Progetto “**GAP-TOUR**”, ideato all’interno del Sottogruppo “Territorio” del Coordinamento Regionale GAP del Piemonte, è stato realizzato attraverso una campagna informativa e di sensibilizzazione sul fenomeno del Gioco d’Azzardo Patologico, promossa e finanziata dall’Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte.

Con il progetto GAP TOUR si mirava a raggiungere i seguenti obiettivi:

1. informare e sensibilizzare la cittadinanza sui rischi correlati al gioco d’azzardo;
2. pubblicizzare i Servizi di cura e i possibili interventi di aiuto attivi sul territorio regionale per giocatori patologici;
3. facilitare i contatti con gli operatori dei Servizi pubblici e del Privato Sociale;
4. creare relazioni con gli Enti Locali per costruire una rete di collaborazioni ed alleanze atte alla definizione di strategie per la prevenzione del fenomeno.

Nelle 18 tappe del “GAP-Tour”, sono stati somministrati 2869 questionari d’indagine sul comportamento individuale inerente l’attività di gioco, il campione è risultato composto: da 1531 maschi e 1156 femmine. Si è osservata una certa prevalenza del genere maschile nell’avvicinarsi a questo tipo di iniziativa, di conseguenza il genere maschile è quello più rappresentato, soprattutto nelle fasce d’età più avanzate.

Nel complesso si può affermare che il GAP TOUR abbia avuto un esito rilevante:

sono stati distribuiti opuscoli informativi ai medici di base e ai pediatri piemontesi (20 copie a medico per un totale di 80.000 opuscoli), agli Uffici di Relazione al Pubblico (URP) delle Aziende Sanitarie (per un totale di 2.000 copie), ai Centri di Trattamento Pubblici e del Privato Sociale (per un totale di 12.000 copie), alle sedi delle varie ASL (per un totale di 5.800 copie) ed infine il camper che ne è stato dotato per le varie tappe di 25.000 copie.

Progetto nazionale “**Il gioco è una cosa seria**” - Piemonte Regione capofila del progetto nazionale (finanziato dal Ministero della Salute).

Si è trattato di un Progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi in ambito di dipendenze comportamentali denominato “Il gioco è una cosa seria”, finanziato dal Ministero della Salute, di cui il Piemonte è stato la Regione capofila. Obiettivi del progetto:

- attivazione di momenti di confronto con le organizzazioni e istituzioni imprenditoriali del mondo del gioco finalizzato alla messa a punto di azioni di identificazione dei giocatori patologici ed invio ai servizi specifici
- attivazione di interventi per lo studio e l’implementazione di modelli di regolamenti comunali sul gioco, finalizzati al contrasto della deriva patologica del gioco legale.

Nel corso del 2009 sono stati realizzati **seircorsi formativi per esercenti** che hanno coinvolto oltre 50 esercizi commerciali in 12 Città di 5 Regioni (Torino, Collegno, Rivoli, Venaria, Grugliasco, Monza, Lisone, Seregno, Padova, Caselserugo, Mestre/Venezia, Rimini, Urbino); 2 giornate formative in 2 poli (Torino e Venezia) rivolta ad operatori specializzati, amministratori e funzionari degli Enti Locali e per operatori del media del gioco in agli Amministratori Locali, che ha visto nella 2° giornata un momento di confronto diretto con i commercianti coinvolti nella formazione esercenti.

Il completo report finale evidenzia come sia necessaria un’azione di coordinamento trasversale tra operatori della salute, istituzioni centrali e locali (in specie i Comuni) e le organizzazioni imprenditoriali, nel rispetto delle competenze di ognuno, per la “messa a punto di modelli possibili per la prevenzione e la riduzione dell’impatto additivo sui singoli giocatori delle differenti tipologie di gioco, nella cornice teorica del cosiddetto ‘gioco responsabile’ “

Progetto regionale **“Fate il nostro gioco”**. L’iniziativa, coordinata dal gruppo tecnico regionale composto da Sanità, Istruzione e Ufficio Scolastico Regionale, ha organizzato, insieme con l’“Osservatorio Regionale sul fenomeno dell’usura” del Consiglio Regionale venti conferenze sulla matematica del gioco d’azzardo nel corso degli aa.ss. 2012/2013 e 2013/2014. Tali conferenze sono state affidate ad un’agenzia specializzata in collaborazione con gli operatori dei Ser.D, e rivolte a studenti delle scuole medie superiori, coinvolgendo, nell’a.s. 2012/2013, 24 scuole per 128 classi con 2670 studenti e 133 docenti e nell’a.s. 2013/2014 44 scuole per 160 classi con 3344 studenti e 149 docenti.

Grazie al grande successo dell’iniziativa, alla sua peculiarità e scientificità ed al relativamente poco rilevante impegno economico, si scelto di replicarla anche per l’a.s. 2014/2015.

## **Convegni**

“Giocare per vivere o vivere per giocare” (2006);

“Quando il gioco diventa un giogo” (2006), evento finale del progetto “Verso un Gioco Responsabile” (progetto realizzato con il contributo della Regione Piemonte Fondi Legge 45/99 e realizzato dalla ASL 14 VCO);

“Giocare per vivere o vivere per giocare 2” (2009);

Inserire altre iniziative recenti e, se si desidera, approfondire gli eventi summenzionati

Queste iniziative hanno richiamato molti studiosi anche da fuori regione, e oltre a presentare le esperienze di trattamento dei servizi, per la prima volta in Piemonte hanno affrontato in modo organico il tema dell’impatto sanitario, sociale ed economico del gioco d’azzardo, anche confrontandosi con esperti stranieri.

## **ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI**

Nel 2004 nasce il coordinamento operatori GAP della Regione Piemonte, che vede coinvolte le varie ASL già attive in questo ambito, con la finalità di un confronto clinico ed esperienziale fra operatori e come momento di formazione, tuttora attivo in ambito regionale.

Nel 2007, con la deliberazione 201, la Regione Piemonte ha approvato il progetto regionale di implementazione e di sviluppo della rete dei servizi che si occupano di Gioco d’Azzardo Patologico e istituito un gruppo di lavoro regionale sul GAP di supporto alla Direzione Regionale Sanità, con il compito di rendere omogenea sul territorio regionale la rete dei servizi per il GAP e di migliorare l’accessibilità degli utenti

Dal 2008, anche in ottemperanza al PSSR 2007-20010, tutte le SC Ser.D dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze della Regione Piemonte si sono dotate di ambulatori specifici, sportelli dedicati o gruppi di operatori formati che prendono in carico i giocatori d’azzardo patologici, fornendo una risposta uniforme e capillare sul territorio.

Allo stato attuale (rilevazione 2013) sono attivi 38 punti ambulatoriali sul territorio piemontese per il trattamento dei giocatori patologici

I giocatori piemontesi possono avvalersi di terapie specializzate, attraverso il contributo di equipe multiprofessionali che nel tempo hanno acquisito una formazione e una competenza specifica e possono, se necessario, usufruire di terapie residenziali nelle Comunità pubbliche o nella rete degli Enti Ausiliari piemontesi che, gradualmente, si stanno attrezzando per gestire questa patologia.

Il numero di giocatori patologici in carico ai servizi è progressivamente aumentato, passando da 166 del 2005 (primo anno in cui sono stati censiti) a 1256 del 2013.



Comunità “Lucignolo” di Rivoli, modulo “Bisogna saper perdere”

Sul territorio regionale esiste una struttura residenziale pubblica gestita dall’Asl To3, sita nel centro storico del comune di Rivoli, che dal settembre 2006 offre uno specifico programma residenziale per giocatori. Da allora sono stati inseriti in comunità per il percorso terapeutico residenziale 61 soggetti, 4 donne e 57 maschi.

Inoltre sono attivi percorsi residenziali brevi, della durata di una decina di giorni, denominati “Sidecar”, sempre gestiti dalla ASL TO3. I primi percorsi sperimentali risalgono al 2006 e nel corso degli anni hanno usufruito di questa opportunità terapeutica 156 giocatori, 121 piemontesi e 35 provenienti da altre regioni.

Risorse umane dedicate.

In base alle ultime rilevazioni sono circa 200 gli operatori dei servizi di Patologia delle Dipendenze coinvolti a tempo parziale nel trattamento dei giocatori, così suddivisi: circa 60 psicologi, 40 medici, 45 educatori professionali, 30 assistenti sociali e 25 infermieri. Il tempo medio settimanale dedicato a questa area di attività varia dalle 6,5 ore settimanali per gli psicologi alle 2,7 ore settimanali per i medici e gli infermieri.

## ANALISI SWOT

punti forza		Punti debolezza		opportunità		Minacce
storia, azioni, attività		offerta di gioco capillare e targettizzata		Contesto normativo favorevole		offerta giochi on-line
rete esistente		scarsa conoscenza dell'ampiezza del fenomeno		riconoscimento nei LEA del GAP		resistenze da parte dell'industria del gioco
		risorse dedicate insufficienti ed estemporanee		creazione di una rete intersettoriale		squilibrio tra investimenti di promozione del gioco e risorse per la prevenzione

## PARTE 2 – PIANO OPERATIVO

### OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO

In relazione a quanto menzionato, ai dati epidemiologici nazionali e regionali, e in ottemperanza a quanto indicato dalle normative nazionali e regionali, il presente Piano Integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico della Regione Piemonte al GAP (di seguito Piano Integrato) intende innanzitutto perseguire l'obiettivo generale di garantire la tutela della salute dei propri cittadini, attraverso una serie di azioni finalizzate a prevenire il gioco d'azzardo patologico (GAP) e a tutelare soprattutto le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione.

#### TARGET

La popolazione in generale è il principale destinatario diretto del presente Piano, con particolare attenzione alle fasce più deboli e vulnerabili (uomini appartenenti alla classe socio-economica medio-bassa, giovani, anziani, ecc.).

Per raggiungere i soggetti sopraccitati si individuano quali destinatari indiretti del Piano i seguenti:

- Ø operatori istituzionali regionali, delle Aziende sanitarie o convenzionati (MMG/PLS);
- Ø operatori del terzo settore;
- Ø docenti e studenti delle scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado e universitari;
- Ø genitori e famiglie;
- Ø esercenti e associazioni di categoria e di rappresentanza;
- Ø altri portatori di interesse.

I destinatari indiretti, saranno coinvolti in modo attivo nella realizzazione delle attività, anche in considerazione del ruolo professionale, della prossimità con i soggetti più vulnerabili e della specifica esperienza maturata sul tema.

## OBIETTIVO GENERALE 1 - PREVENZIONE

Una strategia di promozione della salute e di prevenzione dal gioco problematico e patologico non può prescindere dal riconoscere il gioco come attività lecita, regolamentata e non necessariamente disfunzionale, o da criminalizzare ma da inserire in una politica complessiva di salute pubblica, valutandone ed affrontandone i rischi connessi ed adottando le politiche conseguenti volte ad annullare, minimizzare, monitorare le derive problematiche e patologiche.

In questa prospettiva è importante che sia programmata non solo una sistematica valutazione sull'impatto che la diffusione delle diverse forme di gioco può avere per una comunità, adottando di conseguenza misure di contenimento dei costi sociali e sanitari, ma anche una costante e trasparente conoscenza e valutazione del rapporto costi/benefici in modo da operare scelte consapevoli ed attente ai rischi sociali e sanitari.

Un grande sforzo va inoltre instradato sul piano culturale, familiare e politico: va, infatti, costruito molto sul piano culturale, educativo, familiare, politico perché il gioco rischia di diventare il vero "luogo" di riscatto della vita conducendo le persone ad affidarsi all'irrazionale, anziché partecipare alla costruzione del bene comune, anziché associarsi nell'affrontare i problemi e le sfide, i conflitti della quotidianità, anziché affidarsi alle proprie capacità ed alla sfera razionale. Vanno poi individuati i fattori di rischio individuali e sociali e posta attenzione alle disuguaglianze sociali; particolari condizioni di fragilità (individuale, economica, relazionale, culturale, sociale) rischiano infatti di trovare, attraverso l'incontro e la pratica del gioco, il terreno per amplificare situazioni di emarginazione. Particolare attenzione deve quindi essere posta ad iniziative di prevenzione mirata rispetto a determinate categorie quali i giovani, le donne, gli anziani, gli immigrati. La prevenzione dal gioco patologico può, pertanto, essere intesa come un processo articolato su differenti livelli di intervento:

- un primo livello di tipo strutturale che ha a che fare con le politiche, con gli investimenti, con le limitazioni, le risorse messe a disposizione, la strutturazione di programmi e progetti.
- un secondo piano che interessa l'informazione di tipo generale sui rischi legati al gioco d'azzardo, sulle reali possibilità di vincita, sull'uso consapevole del denaro, sull'esistenza dei servizi e delle possibilità di cura.
- un terzo livello attinente le pratiche educative attraverso la costruzione e la diffusione nei setting scolastici di interventi a finalità preventiva e di promozione della salute realizzati in setting specifici e sulla base di metodologie riproducibili.
- un ultimo livello che attiene alla cura favorendone sia l'accesso che la qualità della risposta.

La prevenzione trova supporto anche nelle attività e negli strumenti di comunicazione, le finalità di un piano di comunicazione stanno nella capacità di mobilitare e indirizzare nella giusta direzione tutte le energie, anche localmente disponibili, per contribuire ad una capillare azione informativa. Pertanto gli indirizzi generali contenuti in questo piano dovranno essere adottati dalle forze sociali che in qualche modo interagiscono con l'ambiente del gioco. L'uso appropriato degli strumenti di comunicazione e la loro realizzazione richiede adeguate competenze specialistiche, in assenza delle quali le campagne rischiano di essere scarsamente efficaci. La valutazione dell'efficacia di campagne informative sul tema è, a tutt'oggi, priva di evidenze scientifiche non essendo mai stata oggetto di iniziative analoghe, almeno sul territorio nazionale.

Il modello teorico di riferimento per l'elaborazione del piano di comunicazione è quello relativo allo "stadio di cambiamento" che individua in modo sequenziale gli stadi della:

- sensibilizzazione: primo livello informativo generale sia a livello di contenuti che di pubblico di riferimento, e di conseguenza anche di strumenti informativi di massa

- riconoscimento: presa di coscienza del problema
- atteggiamento: disponibilità teorica al cambiamento
- azione: sperimentazione delle alternative proposte
- assimilazione: al corretto comportamento

Le prime tre fasi saranno accompagnate da azioni di comunicazione, mentre per ultime spetta ai servizi soddisfare le aspettative degli utenti e conseguentemente fidelizzarli ad un comportamento corretto.

## OBIETTIVO SPECIFICO 1: RAFFORZARE L'ASSE STRUTTURALE

Il piano strutturale si organizza a livello macro con interventi che agiscano su leggi, politiche e risorse economiche e a livello esecutivo con la realizzazione di progetti specifici, la collaborazione tra le diverse agenzie (sanità, scuola, enti locali, forze dell'ordine, associazionismo, filiera del gioco), l'organizzazione sanitaria (attraverso l'adeguamento organizzativo dei servizi e la formazione degli operatori) e la rete di accoglienza alle persone e familiari con problematiche di gioco. Il piano di intervento strutturale prevede anche strategie di contrasto alle diseguaglianze sociali e politiche di welfare nonché attenzione agli elementi ambientali e dell'offerta di giochi sia in senso quantitativo (numeri di giochi, orari, luoghi) sia in senso qualitativo (tipologia di giochi e livello di rischiosità degli stessi). In questa prospettiva è di fondamentale importanza l'omogeneizzazione dei regolamenti comunali volti a razionalizzare e limitare l'offerta di gioco circoscrivendo, regolamentando, controllando e separando "gli ambienti ed i momenti di gioco" dagli ambienti di "non gioco" così come la formazione del personale della polizia locale, degli esercenti, etc.

Per quanto concerne la formazione degli esercenti la normativa regionale (D.G.R. n. 152-3672 del 2.08.2006) ne definisce gli standard formativi declinati per competenze. L'attivazione-disciplina delle attività formative sarà svolta dalla Direzione Coesione sociale - Settore Standard formativi e Orientamento professionale in collaborazione con le altre direzioni titolari della materia.

## OBIETTIVO SPECIFICO 2: AUMENTARE LA CONOSCENZA DEI RISCHI POTENZIALI

Numerosi studi hanno evidenziato come i messaggi pubblicitari sul gioco d'azzardo e la disponibilità dei giochi nella comunità possano esercitare un'influenza significativa sulla probabilità per gli adolescenti di iniziare a giocare d'azzardo e di sviluppare comportamenti patologici di gioco. E' necessario quindi organizzare un piano di comunicazione volto ad aumentare la consapevolezza intorno ai rischi derivanti da gioco, alla consapevolezza delle reali probabilità di vincita, ad un approccio razionale nei confronti del denaro nonché informare sulla disponibilità dei luoghi di cura e consulenza. Questo sia nei confronti della popolazione generale (prevenzione universale) sia di specifici segmenti della stessa (prevenzione selettiva) attraverso diverse modalità e prevedendo anche forme di comunicazione e di materiale informativo anche all'interno dei luoghi di gioco.

L'attuale momento socio economico, improntato all'esaltazione degli individualismi che riducono la dimensione umana ad un insieme di responsabilità autoreferenziali e ricerca del "particolare" ci rende particolarmente vulnerabili a messaggi che ci riducono a soggetti passivi, refrattari e impermeabili nonché influenzabili dalle cosiddette "teorie soggettive" (-io non ho quel problema-, -gioco solo ogni tanto- ecc.) per cui, le risposte più immediate, si sostanziano in strategie fondate sulla paura e la repressione, strategie che, pur dstando attenzione, non sono durature nel tempo e non contribuiscono costruire una cultura profonda del gioco responsabile. Peraltro le semplici raccomandazioni sembrano passare del tutto inosservate. Si propone, pertanto, una terza via, basata su di un approccio comunicativo di tipo "ostensivo", che mostri i fatti nel modo più indirettamente intersoggettivo, lasciando che le persone valutino le informazioni ricevute, prendano in considerazione gli stati di comportamento più adeguati e li facciano propri. L'obiettivo è quello di presentare i fatti relativi alle problematiche del Gioco d'Azzardo (dati, probabilità statistiche di vincite, esperienze, ecc) con strumenti di comunicazione atti a raggiungere un target generico con strumenti massivi diversi, ma con messaggi univoci.

L'approccio comunicativo suddetto, ovvero interventi mirati su fasce di popolazione maggiormente a rischio in grado di sviluppare problematicità e realizzati attraverso progetti specifici in ambiti definiti, è supportato da alcuni riscontri positivi in particolare nell'ambito studentesco ed educativo.

In questa prospettiva le ricerche a partire dai primi studi evidenziano una crescente attenzione e diffusione, in particolare nella popolazione studentesca: in estrema sintesi tali studi evidenziano una buona efficacia nel mettere in discussione e ridurre le false credenze sul gioco d'azzardo, un aumento delle conoscenze sulla probabilità di vincita e su fattori quali l'illusione del controllo (la percezione di potere influire sul un evento altrimenti casuale), l'inutilità di strategie vincenti, e così via. Che gli studenti partecipanti evidenzino di migliorare significativamente conoscenze sul gioco d'azzardo sembra un dato riconosciuto dagli studi, ma pochi e molto fragili appaiono i risultati, soprattutto a medio-lungo termine, che indichino un'effettiva diminuzione dei rischi nello sviluppare comportamenti problematici.

Risulta comunque opportuno e corretto agire sul piano delle conoscenze razionali e della coscienza dei meccanismi legati al gioco d'azzardo, pur nella consapevolezza che questa maggiore conoscenza non rappresenta di per sé un deterrente dal coinvolgimento problematico nel gambling, costruendo, realizzando, valutando ed implementando un modello di azione rivolto agli adolescenti in ambito scolastico, che preveda un kit specifico di apprendimento e veda la partecipazione attiva di insegnanti ed operatori.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 3: PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA NEI SOGGETTI A RISCHIO E POTENZIARE L'INFORMAZIONE DI ACCESSO AI SERVIZI**

L'accesso ai servizi di cura rappresenta uno snodo rilevante: la facilitazione dell'accesso rappresenta un obiettivo prioritario poiché i dati disponibili evidenziano come la quota dei trattati nei servizi sia notevolmente inferiore rispetto alla quota dei soggetti che presenterebbero problemi di gioco d'azzardo eccessivo o problematico

Occorre agire su due piani, da una parte favorire la presa di coscienza soggettiva, della persona o di un familiare, rispetto al problema con il conseguente superamento delle inibizioni nel chiedere aiuto prima di un'evoluzione dannosa sul piano sanitario, economico, lavorativo, familiare; dall'altra rendere i servizi meno etichettati ed etichettanti, più accoglienti (facilità di contatto ed accesso, fasce orare, liste di attesa) ed in grado di offrire un'alta qualità delle cure.

Rispetto al primo piano vanno individuati i target primari, ovvero i soggetti che statisticamente rappresentano la fascia di popolazione maggiormente interessata da fenomeni di dipendenza patologica da gioco e le famiglie che subiscono il problema, per i quali la comunicazione deve porsi come obiettivo far emergere l'identificazione di un problema e prospettarne le possibili soluzioni. Saranno pertanto proposti degli strumenti di comunicazione in situazioni di comunità che consentano anche il rapporto diretto con gli esperti, e indicatori di misurazione della dipendenza per aumentare la presa di coscienza.

Quasi contestuale alla fase precedente l'incentivazione a "fare la prima mossa" verso i servizi di cura e l'informazione puntuale ed esaustiva su quali strumenti essi offrono agli utenti e quali sono le principali preoccupazioni dei soggetti ad avvicinarsi ai servizi (richiesta di anonimato? costo della cura? ecc.). In questo ambito diventano fondamentali le alleanze con le potenziali "antenne" capillarmente presenti sul territorio (parrocchie, medici di medicina generale, ecc) che ricoprono il ruolo di moltiplicatori dell'azione preventiva.

## OBIETTIVO GENERALE 2 – CURA

La costruzione di un piano relativo all'offerta di trattamenti adeguati per le persone affette da disturbi da gioco d'azzardo deve tener conto di un'elevata complessità di quadri clinici e di contesto presenti tra cui:

- la scarsa consapevolezza della propria condizione di difficoltà, o di vera e propria patologia, che spesso caratterizza la situazione del giocatore problematico;
- la forte ambivalenza tra l'aspettativa di migliorare la propria condizione di salute e ridurre la situazione di tensione o di conflitto nelle relazioni intra ed extra familiari e quella del desiderio di poter continuare, seppure in misura ridotta, la propria pratica di gioco d'azzardo;
- le diverse tipologie delle persone coinvolte legate a differenze di età, di modalità, grado di coinvolgimento e tipo di gioco, nonché a molteplici profili di personalità e relative risorse, di condizioni di salute, di condizioni economiche nonché di ulteriori variabili culturali e sociali.

L'incrocio dei summenzionati elementi determina un'ampia gamma di situazioni connesse a bisogni specifici che vanno tradotte in un'articolata e personalizzata gamma di risposte e di offerte di intervento.

A rendere ancora più complessa la costruzione di piani di lavoro terapeutico-riabilitativi efficaci, oltreché realisticamente applicabili e fruibili, va considerato un'ulteriore fattore: mentre per alcuni disturbi collegati all'esposizione a stimoli che attivano il desiderio di agire un certo comportamento problematico (ad es. per il consumo di droga) è possibile strutturare delle strategie di evitamento di tale esposizione (ad es. evitando di frequentare certe zone o certi locali ecc.), le stesse sono attualmente quasi impraticabili per il gioco d'azzardo. Infatti, la fortissima e pervasiva pressione mediatica ed esperienziale (mass-media, elevato numero di locali pubblici di concrete offerte di gioco, canali online, ecc.) rende difficilissimo, se non impossibile, ridurre per i soggetti in cura l'esposizione a stimoli che possono riattivare un desiderio impellente, il craving, e il conseguente sviluppo e messa in atto di azioni che conducono al gioco.

Nella definizione degli obiettivi personalizzati per ciascun paziente pertanto, oltre alla ricerca di una riduzione del comportamento compulsivo orientato all'astensione della pratica del gioco d'azzardo, vanno ricercati anche quelli relativi al miglioramento dello stato di salute, dell'autostima e dell'autonomia della persona, delle condizioni economiche e relazionali.

Per il raggiungimento di questi obiettivi occorre sviluppare e consolidare, attraverso un'attenta programmazione formativa, i contenuti culturali e tecnico-professionali di chi opera nei setting specialistici per la cura di questi pazienti, creando altresì un'estesa sensibilizzazione e consapevolezza tra i molteplici soggetti sociali e gli operatori socio-sanitari dei diversi settori al fine di sostenere i percorsi di emersione della problematica, l'aumento della consapevolezza sociale e personale e il sostegno alla motivazione, accompagnamento e invio ai servizi di cura.

Attualmente nella nostra Regione la presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici è garantita dai Dipartimenti e dei Servizi per la Patologia delle dipendenze, in congruità con la recente riclassificazione del Disturbo da gioco d'azzardo nell'ambito dei disturbi da addiction. In tutte le AA.SS.LL. piemontesi sono attivi interventi trattamentali per questa tipologia di utenza ma con un'offerta disomogenea in quanto, accanto a territori nei quali è stato insediato un Servizio con una specifica dotazione organica, una sede dedicata, un orario di apertura al pubblico e così via, vi sono invece realtà nelle quali la situazione è più frammentata specie a causa dell'inadeguatezza di risorse (umane e non) disponibili.

Dal punto di vista dell'offerta specialistica è invece necessario garantire un'organizzazione più stabile e strutturata dei servizi dedicati, garantendo un adeguato profilo quali-quantitativo e di uniformità



dell'offerta di base, la possibilità di sviluppare ricerca clinica ed epidemiologica, l'estensione delle buone pratiche e la massimizzazione dell'impiego delle risorse elettive specialistiche già presenti, il sostegno all'accessibilità ai servizi collegato alla corretta comunicazione e promozione del valore dell'offerta effettivamente disponibile.

Allo stato attuale le cure disponibili in Piemonte rappresentano quasi l'intera gamma dei trattamenti validati dalla letteratura scientifica internazionale, con la presenza anche di rilevanti esperienze originali. Il principale problema non è quindi rappresentato dall'attivazione ex novo di nuovi interventi, quanto dalla loro omogenea distribuzione sul territorio regionale e la messa a disposizione all'utenza dell'intera Regione degli interventi di alta specializzazione come quelli residenziali sperimentati da 10 anni presso l'ASL TO3.

Interventi quali accoglienza e presa in carico dei pazienti, assessment psicologico con particolare rilievo allo spettro depressivo (prevenzione del suicidio), monitoraggio del sintomo, sostegno psicologico, psicoterapia individuale con le specifiche tecniche validate dalla evidenza di efficacia (CBT, colloquio motivazionale), sostegno al nucleo familiare e messa in protezione dei minori, consulenza/tutoraggio legale, patrimoniale ed economico-finanziario, andranno garantiti in ogni presidio locale per la cura del disturbo da gioco d'azzardo.

Potranno viceversa essere organizzati su territori con bacini più ampi ulteriori interventi quali gruppi di auto-mutuo aiuto tra pazienti, gruppi psico-educazionali per pazienti, psicoterapia di gruppo per pazienti e gruppi di sostegno, psico-educazionali per familiari.

Si sottolinea, in sintesi, l'importanza di èquipe integrate con percorsi di trattamento articolate a seconda delle diverse tipologie di pazienti e delle diverse fasi del trattamento così come la necessità di avvalersi di una rete che veda la partecipazione di diversi soggetti e setting (MMG, servizi sociali, centri residenziali, consulenti su aspetti economici/usura) ed anche "luoghi" non connotati sanitariamente ove sia possibile rivolgersi per una consulenza o un primo colloquio. Di rilievo è anche la possibilità di strutturare interventi "senza il paziente" (es. consulenze, implementazione di gruppi per familiari) così come accessi ai servizi differenziati per fasce orarie e tipologie di trattamento..

## OBIETTIVO SPECIFICO 1 – POTENZIARE L'ACCESSIBILITA' E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI –

L'attuale organizzazione degli interventi in atto in Piemonte per la presa in carico delle persone affette da gioco d'azzardo patologico e dei loro familiari è prevalentemente il risultato - in un regime in cui l'attività non era inserita a pieno titolo nei LEA - della progressiva stratificazione, a partire dai primi anni 2000, di scelte locali delle singole AA.SS.LL. e dei singoli gruppi di lavoro nei Servizi per la Patologia delle dipendenze.

Nella nostra Regione la presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici è garantita dai Dipartimenti e dei Servizi per la Patologia delle dipendenze, in congruità con la recente riclassificazione del Disturbo da gioco d'azzardo nell'ambito dei disturbi da addiction.

In tutte le AA.SS.LL. piemontesi sono attivi interventi trattamentali per questa tipologia di utenza ma con un'offerta disomogenea in quanto, accanto a territori nei quali è stato insediato un Servizio con una specifica dotazione organica, una sede dedicata, un orario di apertura al pubblico e così via, vi sono invece realtà nelle quali la situazione è più frammentata specie a causa dell'inadeguatezza di risorse (umane e non) disponibili.

Dal punto di vista dell'offerta specialistica è invece necessario garantire un'organizzazione più stabile e strutturata dei servizi dedicati, garantendo un adeguato profilo quali-quantitativo e di uniformità dell'offerta di base, la possibilità di sviluppare ricerca clinica ed epidemiologica, l'estensione delle buone pratiche e la massimizzazione dell'impiego delle risorse elettive specialistiche già presenti, il sostegno all'accessibilità ai servizi collegato alla corretta comunicazione e promozione del valore dell'offerta effettivamente disponibile.

In ciascuna ASL è opportuno che l'intervento nell'ambito del gioco d'azzardo abbia:

- una configurazione formalizzata da parte dell'Amministrazione su istruttoria del Servizio per le Dipendenze;
- un orario settimanale definito e pubblicizzato con almeno una giornata con apertura preserale per favorire l'accesso dei lavoratori e dei famigliari;
- del personale dedicato (a tempo pieno o parziale) con attribuzione formale con la presenza costante delle figure professionali di: assistente sociale, educatore professionale e psicologo/psicoterapeuta e facoltativa di medico (psichiatra), sociologo e consulente legale/patrimoniale;
- un luogo di erogazione delle attività che privilegi la prossimità in analogia all'erogazione degli interventi per l'uso problematico di sostanze.

## OBIETTIVO SPECIFICO 2 – AMPLIARE L'OFFERTA E LE TIPOLOGIE DI CURA –

In termini di sistemi assistenziali, le prestazioni erogabili per la cura e la riabilitazione dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico sono contenute negli artt. 28 e 34 dello “Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

Allo stato attuale le cure disponibili in Piemonte rappresentano quasi l'intera gamma dei trattamenti validati dalla letteratura scientifica internazionale, con la presenza anche di rilevanti esperienze originali. Il principale problema non è quindi rappresentato dall'attivazione ex novo di nuovi interventi, quanto dalla loro omogenea distribuzione sul territorio regionale e la messa a disposizione all'utenza dell'intera Regione degli interventi di alta specializzazione come quelli residenziali sperimentati da 10 anni presso l'ASL TO3.

Interventi quali accoglienza e presa in carico dei pazienti, assessment psicologico con particolare rilievo allo spettro depressivo (prevenzione del suicidio), monitoraggio del sintomo, sostegno psicologico, psicoterapia individuale con le specifiche tecniche validate dalla evidenza di efficacia (CBT, colloquio motivazionale), sostegno al nucleo familiare e messa in protezione dei minori, consulenza/tutoraggio legale, patrimoniale ed economico-finanziario, andranno garantiti in ogni presidio locale per la cura del disturbo da gioco d'azzardo.

Potranno viceversa essere organizzati su territori con bacini più ampi ulteriori interventi quali gruppi di auto-mutuo aiuto tra pazienti, gruppi psico-educazionali per pazienti, psicoterapia di gruppo per pazienti e gruppi di sostegno, psico-educazionali per familiari.

Si sottolinea, in sintesi, l'importanza di èquipe integrate con percorsi di trattamento articolate a seconda delle diverse tipologie di pazienti e delle diverse fasi del trattamento così come la necessità di avvalersi di una rete che veda la partecipazione di diversi soggetti e setting (MMG, servizi sociali, centri residenziali, consulenti su aspetti economici/usura) ed anche “luoghi” non connotati sanitariamente ove sia possibile rivolgersi per una consulenza o un primo colloquio. Di rilievo è anche la possibilità di strutturare interventi “senza il paziente” (es. consulenze, implementazione di gruppi per familiari) così come accessi ai servizi differenziati per fasce orarie e tipologie di trattamento.

Sarà promossa l'attivazione da parte degli Enti accreditati di altre esperienze di trattamento residenziali /semiresidenziali dei giocatori patologici con particolare riguardo ai territori ad oggi scoperti.

In considerazione del rilevante scarto tra soggetti in trattamento e giocatori problematici stimati dovranno essere studiati e messi in atto in tutti i territori regionali interventi di outreach tramite tutti i canali formali e informali individuabili.

### OBIETTIVO SPECIFICO 3 – AGGIORNARE E FORMARE GLI OPERATORI DEI SERVIZI SANITARI –

Si individua un piano formativo variamente articolato sulla base del grado di competenza professionale specifica maturata dei destinatari e del peculiare ruolo occupato nell'ambito della rete di Servizi sociosanitari che si occupano di problematiche connesse al Disturbo da Gioco d'Azzardo:

#### Destinatari

- Figure professionali del settore sociosanitario che, pur non occupandosi in maniera specifica e privilegiata di patologie da dipendenza o più in particolare di Disturbo da Gioco d'Azzardo, possono comunque a vario titolo intercettare il fenomeno (MMG, operatori dei DSM e dei Servizi Sociali, mediatori culturali, rappresentanti di enti assistenziali religiosi o del privato sociale, di centri d'ascolto, di associazioni di volontariato, delle fondazioni antiusura, ...).
- Figure professionali operanti in Servizi pubblici o privati dell'area Dipendenze che non abbiano ancora maturato una esperienza specifica rispetto alla prevenzione, diagnosi e cura del Disturbo da Gioco d'Azzardo.
- Figure professionali che abbiano maturato esperienze specialistiche e competenze specifiche nella prevenzione e nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo e delle problematiche ad esso correlate

#### Obiettivi generali per la formazione di base

- Favorire la diffusione di una conoscenza più accurata del fenomeno e delle possibili modalità di intervento; stimolare lo sviluppo di competenze che consentano di individuare precocemente situazioni a rischio o francamente problematiche; facilitare la collaborazione tra i diversi soggetti della rete e le procedure di invio ai Servizi dedicati.

#### Obiettivi generali per la formazione specialistica

- Favorire l'acquisizione di competenze che facilitino il riconoscimento precoce di comportamenti a rischio o francamente problematici; sollecitare una riflessione sulle possibili interazioni tra Disturbo da Gioco d'Azzardo ed altre patologie da dipendenza; diffondere informazioni più dettagliate circa azioni e iniziative realizzate o progettate a livello regionale e locale.
- Favorire l'aggiornamento e la formazione continua dei professionisti che si occupano in maniera specifica di prevenzione e trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo e delle problematiche ad esso correlate; stimolare l'affinamento di conoscenze e competenze, anche al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati e l'efficacia degli interventi progettati e attuati; sollecitare e supportare la ricerca a l'acquisizione di modelli teorici e strategie operative che consentano di affrontare adeguatamente le criticità riscontrate nella pratica quotidiana; facilitare il confronto tra i professionisti e la conoscenza e valorizzazione delle esperienze maggiormente consolidate, anche al fine di individuare "buone pratiche" trasferibili o adattabili anche a contesti diversi da quello originario (o che possano comunque costituire riferimento o ispirazione nell'ambito della progettazione clinica e organizzativa).

#### Principali contenuti / tematiche da sviluppare

- Il gioco d'azzardo: definizione; cenni sugli aspetti contestuali, socioculturali ed epidemiologici; normativa e politiche sociali.
- Come individuare l'eventuale presenza di condotte di gioco problematiche o patologiche e facilitare l'emergere di una specifica richiesta di supporto: riflessione sulle aree da esplorare e sui possibili approcci da utilizzare nella relazione con l'utenza; presentazione di strumenti di screening specifici e delle relative modalità di applicazione ed interpretazione.

- Clinica del Disturbo da Gioco d'Azzardo: fattori di vulnerabilità e di resilienza; variabilità dei percorsi eziopatogenetici, dei quadri clinici, delle manifestazioni sintomatologiche e delle implicazioni psicologiche, relazionali e sociali; aspetti neurobiologici; comorbilità.
- Gioco d'azzardo e utilizzo di sostanze psicoattive: analisi delle molteplici possibili relazioni e reciproche interazioni tra le diverse forme di addiction.
- Aspetti medici e neurobiologici; aggiornamento sulle ricerche e sulle evidenze cliniche più recenti, anche in riferimento al trattamento farmacologico.
- Il processo di valutazione diagnostica e gli strumenti di assessment: linee guida, aree/dimensioni da esplorare e principali strumenti di screening.
- Il trattamento: approcci terapeutici; modelli, strumenti e setting di intervento; problematiche e criticità specifiche.
- Interventi terapeutici su popolazioni particolari, quali ad esempio adolescenti, anziani, donne, pazienti parkinsoniani.
- Elementi normativi, giuridici e criminologici (aspetti di tutela personale, patrimoniale e familiare; certificazione; ...).
- Aspetti di complessità relativi alla gestione delle amministrazioni di sostegno, con particolare riferimento alla necessità di costruire e diffondere, tra i diversi soggetti coinvolti (Servizi GAP, Ufficio Tutela, Amministratori di sostegno, Procura Fasce Deboli, ...), un linguaggio ed una cultura comuni, che traggano origine da una reale ed efficace integrazione tra aspetti giuridici e aspetti clinici e sociali.
- Le risorse sul territorio: servizi specialistici; progetti o sperimentazioni in atto; azioni promosse a livello regionale e/o locale.
- Prevenzione universale e selettiva: cenni teorici e presentazione di iniziative e progetti realizzati o in programma a livello regionale e/o locale.

## DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Indicatori	Valore regionale atteso 2017-2018
Prevenzione	1) Implementare la normativa (nazionale e regionale)	1) avvio ed effettuazione corsi formazione e aggiornamento per i gestori e il personale 2) numero incontri con le organizzazioni di categoria dei gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale e produzione Codice etico. 3) modulo formativo di e-learning 4) percorso formativo 5) Convegno informativo 6) workshop con enti locali	1.1 il 100% entro il 2018 (nuova apertura) 1.2 Aggiornamento dal 2019 entro 2020 2) n. 2 incontri entro il 2017 e produzione Codice etico nel 2018 3) progettazione modulo formativo nel 2017 e realizzazione nel 2018 4) progettazione modulo formativo nel 2017 e realizzazione nel 2018 5) progettazione convegno nel 2017 e realizzazione nel 2018 6) progettazione workshop nel 2017 e realizzazione nel 2018
	2) Aumentare la conoscenza dei rischi	1) realizzazione Campagna informativa  1.1) Studio grafico 1.2) minimo 3 materiali informativi 1.3) Copertura testate locali Piemonte 1.4) Copertura emittenti locali Piemonte 1.5) pianificazione web 1.6) copertura mezzi trasporto pubblici Piemonte 1.7) minimo n. 4 riviste a grande tiratura 1.8) pianificazione social network 2) realizzazione formazione scuole	1) raggiungimento del 50% della popolazione target dai 16 ai 75 anni di età 2.1) progettazione e costruzione dei moduli nel 2017 e conduzione formazione in almeno 3 istituti per provincia nel 2018 2.2) progettazione modulo formativo insegnanti nel 2017 e formazione di almeno 1 insegnante per istituto (scuole secondarie di secondo grado)
	3) Promuovere la consapevolezza nei soggetti a rischio e potenziare l'informazione di accesso ai servizi.	1) numero interventi attuati 2) realizzazione applicazioni per PC o mobile 3) potenziamento e aggiornamento informazioni portale internet e del profilo FB 4) Piano Locale e report attività in ogni ASL 5) materiali informativi prodotti 6) set minimo di informazioni	1) progettazione Tour entro il 2017 e almeno 3 interventi per territorio ASL entro il 2018 2) progettazione di almeno 1 applicazione entro il 2017 e realizzazione entro il 2018 3) il sito aggiornato sarà attivo dal gennaio 2018 4) presentazione Piani Locali Dipendenze in ogni ASL entro il 2017 e realizzazione nel 2018 e presentazione report attività svolte 5) almeno un prodotto per ASL 6) set minimo informazioni entro il 2017 e utilizzato dal 2018

	4) Osservazione e studio del fenomeno e monitoraggio delle attività	1-8) produzione di report 9) produzione documento sui risultati ottenuti. 10) ricerca	1-8) nel 2018 Report complessivo sulle attività e creazione di una nuova sezione specifica sul GAP all'interno del Bollettino OED 9) Report CNR 10) Report valutazione di efficacia degli interventi
<b>Cura</b>	1) Potenziare l'organizzazione e l'accessibilità dei servizi sanitari	1) numero operatori dedicati al GAP 2) documento con dati identificativi e di contatto dei servizi (orari di apertura al pubblico, telefono, mail) e descrizione offerta trattamento	1) identificazione degli operatori GAP entro il 2017 2) pubblicazione del documento entro il 2017
	2) Ampliare l'offerta e le tipologie di cura	1.1) Costituzione del gruppo di lavoro 1.2) Report finale 1.3) Evento conclusivo 2) Individuazione e sperimentazione di moduli residenziali o semiresidenziali di breve durata dedicati al GAP	1.1) entro 2017 1.2-1.3) fine 2018 2) individuazione di almeno un percorso entro 2017 e sperimentazione nel 2018
	3) Aggiornare e formare gli operatori dei servizi sanitari	Numero di operatori formati	Almeno un operatore per professione e per ASL. Almeno un operatore per ente accreditato (circa 100 persone)

Tabella 2: Dettaglio azioni

### Obiettivo generale 1: Prevenzione

**Razionale:** Con riferimento all'obiettivo generale "Prevenzione", la Regione è impegnata nella realizzare diversi obiettivi specifici:

- 1) implementare la normativa, nazionale e regionale di riferimento, coinvolgendo, attraverso l'informazione e la formazione/aggiornamento, gli operatori del SSR e dei servizi pubblici coinvolti, gli operatori dei servizi accreditati per le dipendenze, i gestori e il personale operante nelle sale da gioco e sale scommesse, gli operatori di polizia locale nonché gli Ordini professionali maggiormente coinvolti (Medici, Psicologi, Assistenti sociali, ...).
- 2) aumentare la conoscenza dei rischi attraverso una campagna di sensibilizzazione sul GAP per la popolazione generale e una formazione specifica rivolta agli insegnanti e agli studenti
- 3) promuovere la consapevolezza nei soggetti a rischio e potenziare l'informazione di accesso ai servizi realizzando attività di counseling in eventi e manifestazioni di massa, applicazioni per PC e mobile per bloccare gioco e misurare livello dipendenza, potenziare il portale "www.giocopatologicopiemonte.it" e il profilo su Facebook, così come il potenziamento del numero verde regionale (800-333444) e un maggior coordinamento delle attività sul territorio a livello locale (Piani Locali delle Dipendenze)
- 4) Osservazione, studio del fenomeno e monitoraggio delle attività complessive attraverso il potenziamento del già esistente Osservatorio Regionale delle Dipendenze. L'Osservatorio regionale produrrà un report periodico contenente dati sull'andamento del fenomeno del gioco a rischio di sviluppare dipendenza in Piemonte (comparato alla situazione nazionale), sulle modalità di realizzazione di tutti gli interventi previsti dalla normativa (censimento degli esercizi aderenti all'iniziativa "Slot no grazie", gli atti adottati dai comuni relativi alle funzioni di vigilanza e controllo, valutazioni degli esiti dei diversi interventi adottati, ecc).

Per migliorare l'efficacia delle azioni previste si intende avviare un progetto di sovra campionamento della sezioni relativa al gioco inserite negli studi ESPAD e IPSAD

Le molteplici attività servono a valorizzare e diffondere su tutto il territorio regionale sia le buone pratiche esistenti che la realizzazione di nuove attraverso il potenziamento dei Piani Locali delle Dipendenze, attività già contemplate e normate da normative regionali.

L'Amministrazione regionale è orientata a realizzare un "Panel" di strumenti, di diversa natura e con caratteristiche differenti, finalizzati alla costruzione di modelli il più possibile standardizzati che permettano, in tutta la Regione, un approccio sistemico al problema.

Essendo cruciale per questa tipologia di dipendenza l'intercettazione precoce, è necessario supportare il primo livello di intercettazione, il cosiddetto "punto di accesso"; occorre quindi stimolare e aumentare le opportunità di contatto degli operatori anche al di fuori degli sportelli di informazione specialistici, al fine di organizzare e gestire le informazioni da ricevere e da erogare in modalità networking.

Relativamente alle azioni di comunicazione è importante che le campagne di informazione e sensibilizzazione mirate al contrasto del gioco d'azzardo patologico siano rivolte ad un pubblico *target* ben identificato, poiché *target* differenti sono attirati da messaggi con caratteristiche diverse. Allo stesso modo sono importanti le iniziative volte alla restrizione complessiva dell'offerta in termini di risposta preventiva e di riduzione del danno: alcuni studi infatti rafforzano l'ipotesi di una relazione fra la disponibilità di gioco ed i tassi di gioco problematico. Aumentare i livelli di informazione sulla popolazione supporta e favorisce l'implementazione di altre iniziative politiche. Combinate con le strategie di sviluppo di



comunità, le campagne informative si sono dimostrate efficaci nell'influenzare gli atteggiamenti verso il gioco d'azzardo. Inoltre iniziative di prevenzione generale rivolte ad una vasta gamma di problemi ed indirizzate specialmente ai giovani possono risultare efficaci e rappresentare componenti essenziali per la prevenzione del GAP poiché molti fattori di vulnerabilità per il gioco d'azzardo patologico coincidono con quelli per lo sviluppo di abuso di sostanze, psicopatologie e altre problematiche.

Infine, relativamente alla promozione di una cultura finalizzata allo sviluppo delle *life skills*, della *peer education*, tesa all'identificazione dei fattori di rischio, si intende adottare strategie educative mirate al potenziamento delle abilità personali, al fine di favorire processi di apprendimento positivo che facilitino lo sviluppo di un pensiero critico, nonché l'autoconsapevolezza dei rischi legati al gioco d'azzardo. Inoltre, l'adozione delle succitate modalità educative risulta strategica in vista del raggiungimento e del coinvolgimento attivo della popolazione giovanile, permettendo in tal modo di proteggere una delle fasce più vulnerabili, mediante la promozione di buone relazioni sociali e di buone pratiche di promozione della salute.

In definitiva, si riconosce l'importanza di approcciare il fenomeno del GAP partendo dalla diffusione della conoscenza dello stesso, quindi investendo sul piano formativo e promozionale. Tale approccio consente, infatti, di adottare una logica di responsabilizzazione del singolo e delle comunità (*empowerment*), nonché di favorire lo sviluppo di azioni orientate alla prevenzione del fenomeno.

Si riconosce poi l'importanza di effettuare una valutazione in termini di efficacia delle azioni che si intendono intraprendere, in quanto negli ultimi anni, sono numerose le iniziative messe in atto a contrasto del GAP nel territorio nazionale, ma sembrano carenti le azioni volte a valutarne l'efficacia e l'impatto, aspetto quest'ultimo che ha caratterizzato anche altri campi in tema preventivo.

Infine, si chiariscono principi e fondamenti che sottendono la realizzazione delle attività programmate. Più precisamente, al fine di garantire risultati qualitativamente validi, si riconosce l'importanza di costruire una risposta al fenomeno attraverso un sistema a rete fatto di partner pubblici e privati e si ravvisa la necessità di rispondere a specifici criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza, di assicurare il coinvolgimento di soggetti esperti in materia e di favorire la realizzazione di attività che possano strutturarsi nel tempo, nell'ottica di un sistema quanto più sostenibile.

**Evidenze:** La prevenzione del Gioco d'azzardo patologico ha un apparato di ricerca molto recente, che impedisce ancora di riconoscere interventi chiaramente efficaci. Alcuni interventi di prevenzione godono comunque di letteratura dedicata:

- "Prevention of problem gambling: a comprehensive review of the evidence and identified best practices" , Williams, West, Simpson. (2012), Report prepared for the Ontario problem gambling research centre and the Ontario Ministry of health and long term care.
- D.G.R. n. 12-5525 del 14.03.2013; D.G.R. n. 47-1700 del 6.07.2015
- L.R. n. 9 del 2.05.2016
- Caneppele S, Marchiaro M (a cura di). Gioco d'azzardo patologico: Monitoraggio e prevenzione in Trentino – Rapporto Progetto Pre.Gio. 2013-2014 realizzato da TRANSCRIME, Joint Research Centre on Transnational Crime (Università Cattolica di Milano – Università di Trento).
- Robert J William (2007). Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence. Alberta Gaming Research Institute University of ethbridge, Lethbridge, Alberta, Canada Beverly L. West Research Associate, School of Health Sciences University of Lethbridge, Lethbridge, Alberta, Canada Robert I. Simpson CEO, Ontario Problem Gambling Research Centre Guelph, Ontario, Canada.

- Relativamente alle campagne di informazione e sensibilizzazione sul gioco d'azzardo, l'analisi del suo impatto e della sua efficacia è assai limitata (Williams, West, e Simpson 2012), In ogni caso, visto il basso costo economico, sembra che questo genere di campagne abbia il merito di avvicinare i soggetti a rischio o problematici ai servizi di trattamento e aumenti la collaborazione fra servizi di assistenza e personale che opera nei luoghi di gioco (es. con sessioni di formazione/informazione sul problema del gioco problematico e patologico) (Jackson, Thomason, e Thomas 2002). Oltre a questo, si aggiunge che le campagne preventive dovrebbero essere mirate su target specifici rispetto a variabili come genere, età e livello di coinvolgimento nel gioco, poiché target differenti sono attirati da messaggi con caratteristiche diverse (Messerlian e Derevensky 2006; Shead et al. 2011).

Per quanto concerne le azioni di restrizione dell'offerta di gioco (Storer, Abbott, e Stubbs 2009), si rimanda anche a Breen e Zimmerman 2002; Croce, Lavanco, e Varveri 2001; Parke e Griffiths 2007; John W. Welte et al. 2007 che sostengono l'importanza di indirizzarsi sulla restrizione a quei tipi di gioco che sono ritenuti maggiormente pericolosi e potenzialmente più legati ad una modalità di gioco patologica per le caratteristiche che li contraddistinguono, ossia: molto rapidi; con possibilità di riscossione immediata della vincita; che forniscono continui rinforzi (es. le cosiddette "quasi vincite" o "near miss" o le vincite ridotte, ma continue).

#### **Target:**

La popolazione in generale è il principale destinatario diretto del presente Piano, con particolare attenzione alle fasce più deboli e vulnerabili (uomini appartenenti alla classe socio-economica medio-bassa, giovani, anziani, ecc.). Per raggiungere i soggetti sopraccitati si individuano quali destinatari indiretti del Piano i seguenti:

- operatori istituzionali regionali, delle Aziende sanitarie o convenzionati (MMG/PLS);
  - operatori del terzo settore;
  - docenti e studenti delle scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado e universitari;
  - genitori e famiglie;
  - esercenti e associazioni di categoria e di rappresentanza;
  - altri portatori di interesse.
- I destinatari indiretti, saranno coinvolti in modo attivo nella realizzazione delle attività, anche in considerazione del ruolo professionale, della prossimità con i soggetti più vulnerabili e della specifica esperienza maturata sul tema.

#### **Setting:**

- comuni;
- servizi per le dipendenze e altri servizi sanitari regionali;
- scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado e università;
- famiglie;
- esercizi commerciali e associazioni di categoria e di rappresentanza;
- regione;
- osservatorio regionale e istituti di ricerca;
- contesti aggregativi (stadi, piazze, mercati, ...)

Obiettivo generale 1: Prevenzione					
Obiettivo specifico 1	Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi	
<b>1) Implementare la normativa (nazionale e regionale)</b>					
<b>risultati</b>	<p>1) formazione e aggiornamento per i gestori e il personale operante nelle sale da gioco e sale scommesse e per gli esercenti che gestiscono apparecchi per il gioco ai fini dell'apertura e/o per la prosecuzione dell'attività</p> <p>2) Predisposizione e promozione di un "codice etico" di autoregolamentazione per responsabilizzare i gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale per vietare concessione di spazi pubblicitari sul gioco a rischio.</p> <p>3) Formazione ordini professionali (ad esempio Medici, Psicologi ...)</p> <p>4) Formazione operatori polizia locale</p> <p>5) Diffusione del Piano GAP</p> <p>6) Diffusione buone pratiche degli Enti Locali</p>	<p>1) avvio ed effettuazione corsi formazione e aggiornamento per i gestori e il personale</p> <p>2) numero incontri con le organizzazioni di categoria dei gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale e produzione Codice etico.</p> <p>3) modulo formativo di e-learning</p> <p>4) percorso formativo</p> <p>5) Convegno informativo</p> <p>6) workshop con enti locali</p>	<p>1) Regione e Agenzie di Formazione accreditate, Confcommercio, ..</p> <p>2) Regione,</p> <p>3) Regione, ASL, Ordini professionali coinvolti ...</p> <p>4) Regione, ASL, Enti Locali ...</p> <p>5) Regione, ASL, ...</p> <p>6) Regione, ASL,</p>	<p>Atti Regione</p>	<p>1.1) il 100% entro il 2018 (nuova apertura)</p> <p>1.2 Aggiornamento dal 2019 entro 2020</p> <p>2) n. 2 incontri entro il 2017 e produzione Codice etico nel 2018</p> <p>3) progettazione modulo formativo nel 2017 e realizzazione nel 2018</p> <p>4) progettazione modulo formativo nel 2017 e realizzazione nel 2018</p> <p>5) progettazione convegno nel 2017 e realizzazione nel 2018</p> <p>6) progettazione workshop nel 2017 e realizzazione nel 2018</p>
<b>azioni</b>	<p>1) Realizzazione dei profili dei formatori e inserimento modulo specifico nei programmi di formazione obbligatoria per gestori e il personale ..</p> <p>2) Incontri con le organizzazioni di categoria dei gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale.</p> <p>3) Progettazione modulo formativo di e-learning per ordini professionali (Medici, Psicologi, ...)</p> <p>4) progettazione percorso formativo per operatori polizia locale</p> <p>5) Convegno informativo su Piano di contrasto al GAP</p> <p>6.1) workshop con enti locali per scambio buone pratiche</p> <p>6.2) Azioni di incentivazione verso i comuni (concorso di idee)</p>				

Obiettivo specifico 2		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
<b>2) Aumentare la conoscenza dei rischi</b>					
<b>risultati</b>	1) Campagna di sensibilizzazione sul GAP per popolazione generale 2) Formazione scuole	1) realizzazione Campagna informativa  1.1) Studio grafico	1) Regione, USR, ASL ..	1) atti regione  2) Atti USR	1) raggiungimento del 50% della popolazione target dai 16 ai 75 anni di età
<b>azioni</b>	1.1) linea grafica coordinata, logo “slot no grazie”, impaginazione supporti grafici vari 1.2) Realizzazione materiali informativi (Decalogo di azioni su gioco sicuro e test di verifica per una rapida valutazione del rischio di dipendenza) 1.3) Annunci stampa 1.4) spot radio 1.5) banner web 1.6) affissione dinamica urbana ed extra-urbana 1.7) veicolazione materiali informativi su riviste a grande tiratura 1.8) social media marketing 2.1) costruzione modulo formativo ed erogazione nelle scuole 2.2) Formazione insegnanti	1.2) minimo 3 materiali informativi  1.3) Copertura testate locali Piemonte 1.4) Copertura emittenti locali Piemonte 1.5) pianificazione web 1.6) copertura mezzi trasporto pubblici Piemonte 1.7) minimo n. 4 riviste a grande tiratura 1.8) pianificazione social network 2) realizzazione formazione scuole		3) Atti ASL	2.1) progettazione e costruzione dei moduli nel 2017 e conduzione formazione in almeno 3 istituti per provincia nel 2018 2.2) progettazione modulo formativo insegnanti nel 2017 e formazione di almeno 1 insegnante per istituto (scuole secondarie di secondo grado)

Obiettivo specifico 3		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
<b>3) Promuovere la consapevolezza nei soggetti a rischio e potenziare l'informazione di accesso ai servizi</b>					
<b>risultati</b>	<p>1) Campagna di counseling in eventi e manifestazioni di massa (Gap-Tour)</p> <p>2) applicazioni per PC o mobile per bloccare il gioco o per misurare il livello dipendenza (per bloccare si intende programmi software che, se scaricati, consentono all'amministratore del PC o del mobile di bloccare l'accesso al sito x o y, oppure banner con contenuti tipo "warning")</p> <p>3) potenziamento portale <a href="http://www.giocopatologicopiemonte.it">www.giocopatologicopiemonte.it</a> e Facebook e del sito istituzionale della "Regione Piemonte"</p> <p>4) coordinamento attività sul territorio a livello locale</p> <p>5) produrre e diffondere materiali informativi a livello locale</p> <p>6) mettere in grado il numero verde regionale di fornire un set di informazioni</p>	<p>1) numero interventi attuati</p> <p>2) realizzazione applicazioni per PC o mobile</p> <p>3) potenziamento e aggiornamento informazioni portale internet e del profilo FB</p> <p>4) Piano Locale e report attività in ogni ASL</p> <p>5) materiali informativi prodotti</p> <p>6) set minimo di informazioni</p>	Regione, ASL, Comuni, Questure, Associazioni di categoria, ...	Atti Regione, Piani Locali Dipendenze ASL, atti dei Comuni, Registri ad hoc ...	<p>1) progettazione Tour entro il 2017 e almeno 3 interventi per territorio ASL entro il 2018</p> <p>2) progettazione di almeno 1 applicazione entro il 2017 e realizzazione entro il 2018</p> <p>3) il sito aggiornato sarà attivo dal gennaio 2018</p> <p>4) presentazione Piani Locali Dipendenze in ogni ASL entro il 2017 e realizzazione nel 2018 e presentazione report attività svolte</p> <p>5) almeno un prodotto per ASL</p> <p>6) set minimo informazioni entro il 2017 e utilizzato dal 2018</p>
<b>azioni</b>	<p>1) interventi di counseling anche con l'ausilio di postazioni mobili negli eventi sportivi di massa, manifestazioni, fiere, etc.</p> <p>2) sviluppo applicazioni per PC e mobile per bloccare gioco e misurare livello dipendenza</p> <p>3) aggiornamento e potenziamento dei contenuti del portale "<a href="http://www.giocopatologicopiemonte.it">www.giocopatologicopiemonte.it</a>" e Facebook con l'istituzione di un GL con competenze professionali cliniche ed informatiche</p> <p>4) Implementazione specifica all'interno dei Piani Locali delle Dipendenze ASL</p> <p>5) Realizzazione materiali informativi a livello locale e veicolazione presso sale gioco ed esercizi commerciali</p> <p>6) costruire set minimo di informazioni di primo livello (luogo e orario di apertura dei servizi dedicati) per numero verde regionale</p>				

Obiettivo specifico 4		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
<b>4) Osservazione e studio del fenomeno e monitoraggio delle attività</b>					
risultati	<p>"Raccolta, monitoraggio e analisi dei dati:</p> <p>1) sull'andamento del fenomeno del gioco a rischio di sviluppare dipendenza in Piemonte, anche in confronto alla situazione nazionale;</p> <p>2) sulle modalità di realizzazione e di svolgimento degli interventi per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio e la cura della dipendenza da GAP anche con una ricognizione dell'offerta e dei profili di cura dei servizi specialistici regionali.</p> <p>3) sugli Interventi di formazione e aggiornamento per il GAP rivolti agli operatori dei servizi.</p> <p>4) sulle attività svolte dal servizio specifico per un primo livello di ascolto (Numero Verde regionale).</p> <p>5) sulle iniziative sostenute dalla Regione per interventi di formazione e aggiornamento per i gestori o personale operante nelle sale gioco e nelle sale scommesse e per gli esercenti che gestiscono apparecchi.</p> <p>6) sul censimento inerente l'Albo degli esercizi aderenti all'iniziativa ""Slot no grazie"".</p> <p>7) sugli atti adottati dai comuni (trasmessi alla GR) relativi alle funzioni di vigilanza e controllo.</p> <p>8) sulle opinioni prevalenti tra gli operatori dei servizi dedicati e delle organizzazioni del terzo settore competenti, nonché tra i portatori di interesse."</p> <p>9) sul progetto della Regione inerente il sovra campionamento della sezioni relative al gioco inserite negli studi "ESPAD" (studio popolazione 15-64 anni) e "IPSAD" (studio sugli studenti principalmente di età 15-16 anni)</p> <p>10) valutazione degli impatti delle attività di informazione e comunicazione</p>	<p>1-8) produzione di report</p> <p>9) produzione documento sui risultati ottenuti.</p> <p>10) ricerca</p>	<p>1-8) Regione, ASL,</p> <p>9) Regione, IFC-CNR di Pisa</p> <p>10) Regione, Osservatorio Epidemiologico Regionale</p>	<p>Atti Regione, ASL, IFC-CNR di Pisa Report pubblicati, Bollettino OED</p>	<p>1-8) nel 2018 Report complessivo sulle attività e creazione di una nuova sezione specifica sul GAP all'interno del Bollettino OED</p> <p>9) Report CNR</p> <p>10) Report valutazione di efficacia degli interventi</p>
azioni	<p>1-8): Potenziamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze (OED) per la raccolta dei dati e produzione di report specifici contenenti dati quantitativi e qualitativi.</p> <p>9) convenzione con l'IFC-CNR di Pisa</p> <p>10) ricerca quali-quantitativa per valutare gli impatti delle attività di informazione e comunicazione</p>				

## Obiettivo generale 2: Cura

La costruzione di un piano relativo all'offerta di trattamenti adeguati per le persone affette da disturbi da gioco d'azzardo deve tener conto di un'elevata complessità di quadri clinici e di contesto presenti tra cui:

- la scarsa consapevolezza della propria condizione di difficoltà, o di vera e propria patologia, che spesso caratterizza la situazione del giocatore problematico;
- la forte ambivalenza tra l'aspettativa di migliorare la propria condizione di salute e ridurre la situazione di tensione o di conflitto nelle relazioni intra ed extra familiari e quella del desiderio di poter continuare, seppure in misura ridotta, la propria pratica di gioco d'azzardo;
- le diverse tipologie delle persone coinvolte legate a differenze di età, di modalità, grado di coinvolgimento e tipo di gioco, nonché a molteplici profili di personalità e relative risorse, di condizioni di salute, di condizioni economiche nonché di ulteriori variabili culturali e sociali.

L'incrocio dei summenzionati elementi determina un'ampia gamma di situazioni connesse a bisogni specifici che vanno tradotte in un'articolata e personalizzata gamma di risposte e di offerte di intervento.

A rendere ancora più complessa la costruzione di piani di lavoro terapeutico-riabilitativi efficaci, oltretutto realisticamente applicabili e fruibili, va considerato un ulteriore fattore: mentre per alcuni disturbi collegati all'esposizione a stimoli che attivano il desiderio di agire un certo comportamento problematico (ad es. per il consumo di droga) è possibile strutturare delle strategie di evitamento di tale esposizione (ad es. evitando di frequentare certe zone o certi locali ecc.), le stesse sono attualmente quasi impraticabili per il gioco d'azzardo. Infatti, la fortissima e pervasiva pressione mediatica ed esperienziale (mass-media, elevato numero di locali pubblici di concrete offerte di gioco, canali on-line, ecc.) rende difficilissimo, se non impossibile, ridurre per i soggetti in cura l'esposizione a stimoli che possono riattivare un desiderio impellente, il craving, e il conseguente sviluppo e messa in atto di azioni che conducono al gioco.

E' noto da tempo che i pazienti che presentano criteri sufficienti per una diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo siano, in realtà, costituiti da cluster fortemente differenziati, sul piano della diagnosi, della compliance e degli esiti (Blaszczynski, 2000, Blaszczynski, Nower, 2002). E' pertanto necessario articolare modelli organizzativi e di intervento che tengano conto di queste differenziazioni (Bellio G., 2014). Inoltre, l'elevata comorbidità con sostanze ed altre condotte di addiction, indica la necessità di trattamenti che tengano conto dei rischi di cross-addiction (Croce M, D'Agati M, 2016).

Va inoltre osservato che, già prima dell'inclusione nel DSM (2013) del disturbo da gioco d'azzardo nell'area delle addiction, varie fonti (Korn e Shaffer, 2004; NIDA, 2012) avevano evidenziato che i principi fondamentali, evidence-based per il trattamento delle dipendenze chimiche, potessero essere utilizzati come linee di indirizzo anche per le dipendenze comportamentali, sebbene con specifiche attenzioni ad es. relativamente all'area degli interventi finanziari, educativi e di auto-aiuto. Ulteriori indicazioni (Korn e Shaffer cit.) riguardavano l'accessibilità dei trattamenti, la necessità del continuo monitoraggio del programma terapeutico (da modificarsi in base al variare dei bisogni e delle condizioni) ed infine l'opportunità, in presenza di disturbi mentali, di indirizzare i trattamenti su entrambe le aree in modo integrato.

Nella definizione degli obiettivi personalizzati per ciascun paziente pertanto, oltre alla ricerca di una riduzione del comportamento compulsivo orientato all'astensione della pratica del gioco d'azzardo, vanno ricercati anche quelli relativi al miglioramento dello stato di salute, dell'autostima e dell'autonomia della persona, delle condizioni economiche e relazionali.

Per il raggiungimento di questi obiettivi occorre sviluppare e consolidare, attraverso un'attenta programmazione formativa, i contenuti culturali e tecnico-professionali di chi opera nei setting specialistici per la cura di questi pazienti, creando altresì un'estesa sensibilizzazione e consapevolezza tra i molteplici soggetti sociali e gli operatori socio-sanitari dei diversi settori al fine di sostenere i percorsi di emersione della problematica, l'aumento della consapevolezza sociale e personale e il sostegno alla motivazione, accompagnamento e invio ai servizi di cura.

Per quanto riguarda i trattamenti e la formazione degli operatori si osserva come le indicazioni internazionali non offrano percorsi gold standard e solide linee guida. Gli studi presentano infatti ancora limiti metodologici (O'Connor et al, 2000, Problem Gambling Research and Treatment Centre, 2011) di fronte a quello che appare come un fenomeno complesso, dai contorni incerti, estremamente sfuggente, di difficile classificazione e dalla eziologia incerta. Si può comunque rilevare una sostanziale convergenza sull'utilità degli interventi di tipo cognitivo-comportamentali e sul colloquio motivazionale, insieme ad un sostanziale accordo verso il trattamento multimodale (Korn e Shaffer, 2004) considerato come l'approccio più corretto. (Hodgins, El-Guebaly 2000, Cowlshaw et al. 2012). Va sottolineato tuttavia che, come dimostrato da una review Cochrane, gli studi sui trattamenti psicoterapici sono connotati da limiti significativi, tali da attenuare l'attendibilità delle evidenze di efficacia. A ciò si aggiunge il fatto che le principali ricerche a disposizione considerano essenzialmente l'efficacia a breve termine e vi siano pochi dati riguardo ai risultati a lungo termine.

In termini di sistemi assistenziali, le prestazioni erogabili per la cura e la riabilitazione dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico sono contenute negli artt. 28 e 34 dello "Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del



decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

Attualmente nella nostra Regione la presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici è garantita dai Dipartimenti e dei Servizi per la Patologia delle dipendenze, in congruità con la recente riclassificazione del Disturbo da gioco d'azzardo nell'ambito dei disturbi da addiction. In tutte le AA.SS.LL. piemontesi sono attivi interventi trattamentali per questa tipologia di utenza ma con un'offerta disomogenea in quanto, accanto a territori nei quali è stato insediato un Servizio con una specifica dotazione organica, una sede dedicata, un orario di apertura al pubblico e così via, vi sono invece realtà nelle quali la situazione è più frammentata specie a causa dell'inadeguatezza di risorse (umane e non) disponibili.

Dal punto di vista dell'offerta specialistica è invece necessario garantire un'organizzazione più stabile e strutturata dei servizi dedicati, garantendo un adeguato profilo qualitativo e di uniformità dell'offerta di base, la possibilità di sviluppare ricerca clinica ed epidemiologica, l'estensione delle buone pratiche e la massimizzazione dell'impiego delle risorse elettive specialistiche già presenti, il sostegno all'accessibilità ai servizi collegato alla corretta comunicazione e promozione del valore dell'offerta effettivamente disponibile.

Allo stato attuale le cure disponibili in Piemonte rappresentano quasi l'intera gamma dei trattamenti validati dalla letteratura scientifica internazionale, con la presenza anche di rilevanti esperienze originali. Il principale problema non è quindi rappresentato dall'attivazione ex novo di nuovi interventi, quanto dalla loro omogenea distribuzione sul territorio regionale e la messa a disposizione all'utenza dell'intera Regione degli interventi di alta specializzazione come quelli residenziali sperimentati da 10 anni presso l'ASL TO3.

Interventi quali accoglienza e presa in carico dei pazienti, assessment psicologico con particolare rilievo allo spettro depressivo (prevenzione del suicidio), monitoraggio del sintomo, sostegno psicologico, psicoterapia individuale con le specifiche tecniche validate dalla evidenza di efficacia (CBT, colloquio motivazionale), sostegno al nucleo familiare e messa in protezione dei minori, consulenza/tutoraggio legale, patrimoniale ed economico-finanziario, andranno garantiti in ogni presidio locale per la cura del disturbo da gioco d'azzardo.

Potranno viceversa essere organizzati su territori con bacini più ampi ulteriori interventi quali gruppi di auto-mutuo aiuto tra pazienti, gruppi psico-educazionali per pazienti, psicoterapia di gruppo per pazienti e gruppi di sostegno, psico-educazionali per familiari.

Si sottolinea, in sintesi, l'importanza di équipe integrate con percorsi di trattamento articolate a seconda delle diverse tipologie di pazienti e delle diverse fasi del trattamento così come la necessità di avvalersi di una rete che veda la partecipazione di diversi soggetti e setting (MMG, servizi sociali, centri residenziali, consulenti su aspetti economici/usura) ed anche “luoghi” non connotati sanitariamente ove sia possibile rivolgersi per una consulenza o un primo colloquio. Di rilievo è anche la possibilità di strutturare interventi “senza il paziente” (es. consulenze, implementazione di gruppi per familiari) così come accessi ai servizi differenziati per fasce orarie e tipologie di trattamento..

**Evidenze:** - Bellio G., 2014 L'ambulatorio per il gioco d'azzardo patologico nei servizi pubblici per le dipendenze: modelli organizzativi, prospettive, criticità, in (a cura di) Bellio, Croce, Manuale sul gioco d'azzardo, Franco Angeli, Milano.

- Blaszczynski A. (2000), “Pathways to pathological gambling: identifying typologies”, Journal of Gambling Issues, 1, March 2000;

- Blaszczynski A., Nower L. (2002), “A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling”, Addiction, 97:487-499).

- Cowlshaw S., Merkouris S., Dowling N., Anderson C., Jackson A., Thomas S. (2012), “Psychological therapies for pathological and problem gambling”, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, Issue 11, Art. No. CD008937.

- Croce M., D'Agati M., (2016), “Gambling and Substance Use Disorders: Epidemiology, Diagnostic Hypothesis and Treatment”, in Gambling and Internet Addiction. Epidemiology and treatment, Lelonek-Kuleta B, Chwaszcz J. (eds), Natanaelum Association Institute for Psychoprevention and Psychotherapy, Lublin, ISBN: 978-83-940389-7-7: 7-23 Hodgins, D.C., El-Guebaly, N., (2000): “Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers”. Addictions, 95, 5, pp. 777-789

- Korn D.A., Shaffer H.J. (2004), Massachusetts Department of Public Health's Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems. An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians, Developed by the Massachusetts Council on Compulsive Gambling

- NIDA . National Institute on Drug Abuse (2012): Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide. Rev. 2012. Ediz. Originale 1999)

- O'Connor J, Ashenden R, Raven M, Allsop S (2000): Current 'Best Practice' Interventions for Gambling Problems: A Theoretical and Empirical Review. Department of Human Services, Melbourne, Victoria.

- Problem Gambling Research and Treatment Centre (2011): Guideline for Screening, Assessment and Treatment in Problem Gambling. Monash University, Clayton, Victoria.

**Target:** •

- operatori istituzionali regionali, delle Aziende sanitarie o convenzionati (MMG/PLS);



<ul style="list-style-type: none"><li>· operatori del privato accreditato;</li><li>· operatori del terzo settore;</li><li>· pazienti e famigliari;</li><li>· altri portatori di interesse</li></ul>
<b>Setting:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• servizi per le dipendenze e altri servizi sanitari regionali</li><li>• Comunità terapeutiche residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali del Servizio Pubblico e degli Enti accreditati per le dipendenze</li></ul>

Obiettivo specifico 1		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
<b>1) Potenziare l'organizzazione e l'accessibilità dei servizi sanitari</b>					
<b>risultati</b>	1) potenziamento dei Ser.D 2) migliorare l'accessibilità ai servizi	1) numero operatori dedicati al GAP 2) documento con dati identificativi e di contatto dei servizi (orari di apertura al pubblico, telefono, mail) e descrizione offerta trattamento	Regione, ASL, Enti Accreditati	Atti Regione, Bollettino OED, Report specifico, siti web istituzionali, ...	1) identificazione degli operatori GAP entro il 2017 2) pubblicazione del documento entro il 2017
<b>azioni</b>	1) acquisizione risorse professionali e personale dedicato 2) sostenere la comunicazione e la promozione del contenuto e del valore dell'offerta di trattamento				

Obiettivo specifico 2		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
<b>2) Ampliare l'offerta e le tipologie di cura</b>					
<b>risultati</b>	<p>1) a partire dalla ricognizione dei profili di cura offerti individuare e diffondere le buone pratiche, supportando la standardizzazione e il profilo di qualità dei trattamenti ottimizzando l'impiego delle offerte elettive già esistenti</p> <p>2) sperimentazione di interventi clinici innovativi</p>	<p>1.1) Costituzione del gruppo di lavoro</p> <p>1.2) Report finale</p> <p>1.3) Evento conclusivo</p> <p>2) Individuazione e sperimentazione di moduli residenziali o semiresidenziali di breve durata dedicati al GAP</p>	Regione, ASL,	Atti regionali, Atti ASL, Formazione ECM	<p>1.1) entro 2017</p> <p>1.2-1.3) fine 2018</p> <p>2) individuazione di almeno un percorso entro 2017 e sperimentazione nel 2018</p>
<b>azioni</b>	<p>1) Costituzione di un gruppo di lavoro, anche utilizzando la formazione ECM, che, a partire dalla letteratura e dalla ricognizione dei profili di cura offerti, individui le buone pratiche. I risultati saranno condivisi con i direttori e gli operatori dei servizi (pubblici e privati) in un evento conclusivo.</p> <p>2) supportare la standardizzazione e il profilo di qualità dei trattamenti</p> <p>3) estendere le buone pratiche presenti e ottimizzare l'impiego delle offerte elettive già esistenti</p> <p>4) Individuazione moduli residenziali o semiresidenziali di breve durata dedicati al GAP da sperimentare presso strutture pubbliche o private accreditate.</p>				

Obiettivo specifico 3		Indicatori	Soggetto attuatore	Fonte di verifica	Valori attesi
<b>3) Aggiornare e formare gli operatori dei servizi sanitari</b>					
<b>risultati</b>	Aggiornare e formare gli operatori dei servizi sanitari secondo le evidenze più aggiornate.	Numero di operatori formati	Regione, ASL	Formazione ECM	Almeno un operatore per professione e per ASL. Almeno un operatore per ente accreditato (circa 100 persone)
<b>azioni</b>	1) pianificare le fasi e le dimensioni del piano formativo 2) predisporre le offerte formative				

Tabella 3: Modalità di utilizzo dei fondi

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	FONDO GAP	FONDO SANITARI O INDISTINTO	TOTALE
<b>Prevenzione GAP</b>	Aumentare la conoscenza dei rischi e promuovere la consapevolezza nei soggetti a rischio e potenziare l'informazione di accesso ai servizi	coordinamento attività sul territorio, produzione e diffusione materiali informativi a livello locale e interventi nelle scuole		150.000,00	150.000,00
<b>Obiettivo generale 1 – PREVENZIONE</b>	Obiettivo specifico 1	1) Realizzazione dei profili dei formatori e inserimento modulo specifico nei programmi di formazione obbligatoria per gestori e il personale .. 2) Incontri con le organizzazioni di categoria dei gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale. 3) Progettazione modulo formativo di e-learning per ordini professionali (Ord. medici e Psico ...) 4) progettazione percorso formativo per operatori polizia locale 5) Convegno informativo su Piano di contrasto al GAP 6.1) workshop con enti locali per scambio buone pratiche 6.2) Azioni di incentivazione verso i comuni (concorso di idee)	1-3) 28.538,00           4) 95.000,00           5) 15.000,00           6.1) 15.000,00           6.2) 200.000,00		353.538,00

	Obiettivo specifico 2	1.1) linea grafica coordinata, logo "slot no grazie", impaginazione supporti grafici vari 1.2) Realizzazione materiali informativi (Decalogo di azioni su gioco sicuro e test di verifica per una rapida valutazione del rischio di dipendenza) 1.3) Annunci stampa 1.4) spot radio 1.5) banner web 1.6) affissione dinamica urbana ed extra-urbana 1.7) veicolazione materiali informativi su riviste a grande tiratura 1.8) social media marketing 2.1) costruzione modulo formativo ed erogazione nelle scuole 2.2) Formazione insegnanti	1.1) 30.000,00 1.2) 40.000,00 1.3) 130.000,00 1.4) 50.000,00 1.5) 50.000,00 1.6) 70.000,00 1.7) 50.000,00 1.8) 30.000,00 2.1) 50.000,00 2.2) 40.000,00	2.1) 70.000,00	540.000,00
	Obiettivo specifico 3	1) interventi di counseling anche con l'ausilio di postazioni mobili negli eventi sportivi di massa, manifestazioni, fiere, etc. 2) sviluppo applicazioni per PC e mobile per bloccare gioco e misurare livello dipendenza 3) aggiornamento e potenziamento dei contenuti del portale "www.giocopatologicopiemonte.it" e Facebook con l'istituzione di un GL con competenze professionali cliniche ed informatiche 4) Implementazione specifica all'interno dei Piani Locali delle Dipendenze ASL 5) Realizzazione materiali informativi a livello locale e veicolazione presso sale gioco ed esercizi commerciali 6) costruire set minimo di informazioni di primo livello (luogo e orario di apertura dei servizi dedicati) per numero verde regionale	1) 100.000,00 2) 40.000,00 3) 40.000,00 4) 280.000,00 5) 40.000,00 6) 20.000,00		520.000,00
	Obiettivo specifico 4	1-8): Potenziamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze (OED) per la raccolta dei dati e produzione di report specifici contenenti dati quantitativi e qualitativi. 9) convenzione con l'IFC-CNR di Pisa 10) ricerca quali-quantitativa per valutare gli impatti delle attività di informazione e comunicazione	1-8) 375.000,00 9) 70.000,00 10) 40.000,00		485.000,00
<b>Totale per obiettivo 1</b>			<b>1.898.538,00</b>	<b>220.000,00</b>	<b>2.118.538,00</b>

<b>Trattamento GAP</b>	Contrasto della dipendenza da GAP	accoglienza, valutazione diagnostica e trattamento terapeutico delle persone che soffrono di GAP e delle eventuali patologie correlate;		2.850.000,00	
<b>Obiettivo generale 2 - CURA</b>	Obiettivo specifico 1	1) acquisizione risorse professionali e personale dedicato 2) sostenere la comunicazione e la promozione del contenuto e del valore dell'offerta di trattamento	1) 1.100.000,00 2) 30.000,00		1.130.000,00
	Obiettivo specifico 2	1) Costituzione di un gruppo di lavoro, anche utilizzando la formazione ECM, che, a partire dalla letteratura e dalla ricognizione dei profili di cura offerti, individui le buone pratiche. I risultati saranno condivisi con i direttori e gli operatori dei servizi (pubblici e privati) in un evento conclusivo. 2) estendere le buone pratiche presenti e ottimizzare l'impiego delle offerte elettive già esistenti supportando la standardizzazione e il profilo di qualità dei trattamenti 3) Individuazione moduli residenziali o semiresidenziali di breve durata dedicati al GAP da sperimentare presso strutture pubbliche o private accreditate.	1) 25.000,00 2) 45.000,00 3) 600.000,00		670.000,00
	Obiettivo specifico 3	1) pianificare le fasi e le dimensioni del piano formativo 2) predisporre le offerte formative	1) 10.000,00 2) 10.000,00		20.000,00
	<b>Totale per obiettivo 2</b>		<b>1.820.000,00</b>	<b>2.850.000,00</b>	<b>4.670.000,00</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>3.718.538,00</b>	<b>3.070.000,00</b>	<b>6.788.538,00</b>	

## VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO

### MODALITÀ DI UTILIZZO DEI FONDI

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi indicati nel presente Piano, l'Amministrazione Regionale procede al finanziamento di azioni su due filoni di intervento:

- uno a livello centrale, in collaborazione con tutti i settori regionali di competenza
- uno a livello locale, attraverso il riparto dei fondi alle ASL (riparto su quota capitaria), da utilizzarsi per le azioni specifiche individuate dal presente Piano, anche tenendo conto delle attività previste nei Piani Locali delle Dipendenze, previa approvazione della Direzione Regionale Sanità.

## VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO

La realizzazione del presente Piano si fonda principalmente sulla consapevolezza e motivazione degli operatori delle aziende sanitarie e dei diversi portatori di interesse coinvolti a vario titolo nella progettazione regionale.

Nella realizzazione saranno coinvolti principalmente i Servizi per le dipendenze che, attraverso l'attuazione dei Piani Locali delle Dipendenze, si interfaceranno con tutti i soggetti coinvolgibili (Enti Locali, Enti accreditati, Associazioni di volontariato, Istituti scolastici, ..).

Sono demandate all'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze le attività di monitoraggio:

- dei Piani Locali per le Dipendenze;
- degli interventi sul GAP effettuati dai Servizi per le dipendenze;
- degli Interventi di formazione e aggiornamento per il GAP rivolti agli operatori dei servizi;
- degli interventi di prevenzione condotti a livello centrale;

così come dettagliati nel presente Piano.