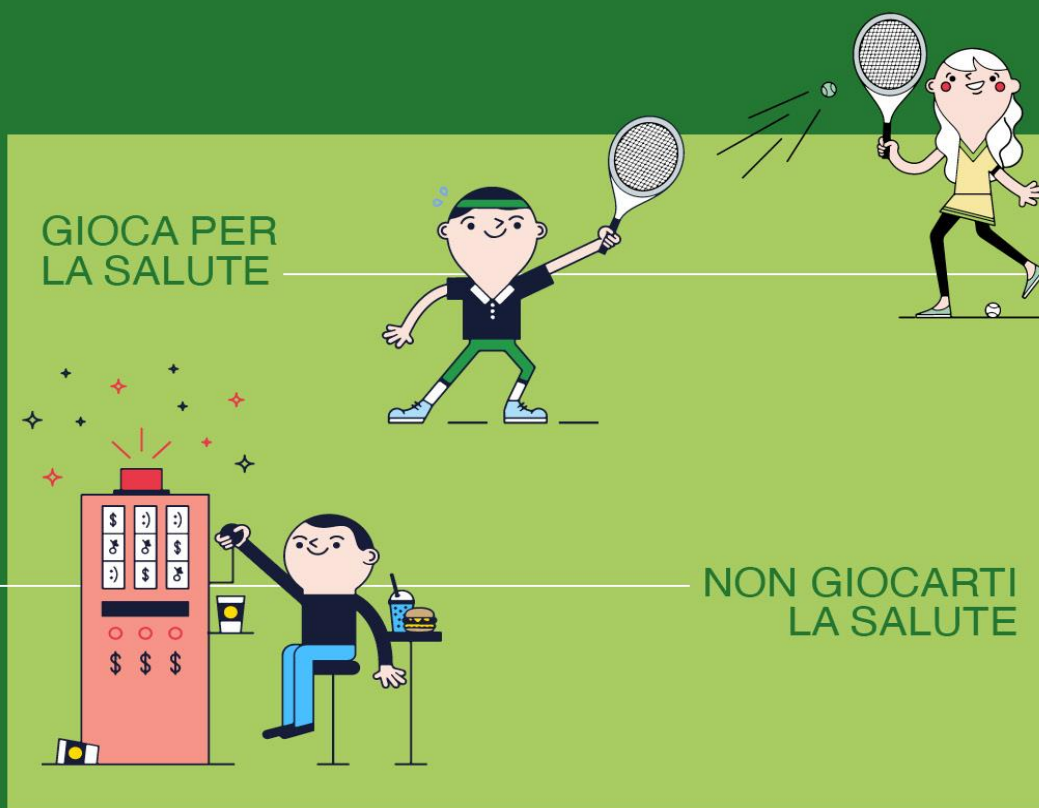


# PIANO LOCALE PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)



Aggiornamento al 31 Maggio 2023

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Montagna

## Sommario

PREMESSA.....	3
CONTESTO TERRITORIALE.....	3
Bilancio Demografico.....	4
Indicatori Socio-Economici .....	6
EPIDEMIOLOGIA .....	8
ANALISI DI CONTESTO: LA MAPPATURA DEGLI ESERCIZI PRESENTI.....	11
MAPPATURA DELL'OFFERTA PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO.....	12
IL PIANO LOCALE PER IL CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP).....	13
Finalità .....	13
Articolazione Locale Degli Obiettivi.....	13
Obiettivi generali .....	13
Target.....	13
Obiettivo 0 .....	14
TABELLA OBIETTIVO 0.....	17
Obiettivo 1 .....	19
TABELLA OBIETTIVO 1.....	22
Obiettivo 2 .....	24
TABELLA OBIETTIVO 2.....	28
Obiettivo 3 .....	33
TABELLA OBIETTIVO 3.....	36
VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO LOCALE .....	39



Il territorio dell'ATS della Montagna rappresenta la zona alpina della Lombardia caratterizzata dalla densità abitativa più bassa di tutta la Regione. L'ATS è stata costituita con delibera della Giunta Regionale della Lombardia n. X/4471 del 10/12/2015, recepita con deliberazione del D.G. n. 1 del 01/01/2016. La Legge regionale 7 del 20/11/2018 ha ridefinito i confini dell'ATS della Montagna riassegnando 29 comuni del Distretto di Menaggio all'ATS Insubria.

L'ATS si estende su un territorio di 4.757 kmq suddiviso in 134 comuni con una popolazione di 293.622 di cui: 195.604 abitanti in Valtellina e Alto Lario (densità abitativa 57,18 ab/km<sup>2</sup>), 98.018 abitanti in Valcamonica (densità abitativa 75 ab/km<sup>2</sup>).

La tabella che segue riporta i dati di superficie, densità abitativa, altitudine, popolazione totale e popolazione per classi di età relativamente ai comuni raggruppati per ambito territoriale.

Tabella | Territorio ATS Montagna al 31/12/2021

N.COMUNI PER AMBITO	DISTRETTO	AMBITO	SUP.in KMQ	DENSITA'	ALT_MIN	ALT_MAX	POP. TOTALE	0-3	4-17	18-64	65 e Oltre
6	VALTELLINA ALTO LARIO	BORMIO	895,51	27,87	735,00	3850,00	24957	854	3547	15670	4886
							12,76%	15,48%	14,70%	13,34%	10,08%
12		CHIAVENNA	560,88	43,57	186,00	3280,00	24440	698	3149	14871	5722
							12,49%	12,65%	13,05%	12,66%	11,80%
16		DONGO	239,61	70,20	196,00	2549,00	16820	401	1869	9856	4694
							8,60%	7,27%	7,75%	8,39%	9,68%
25		MORBEGNO	495,80	95,02	192,00	3662,00	47112	1387	6110	28363	11252
						24,09%	25,14%	25,32%	24,14%	23,21%	
22	SONDRIO	777,30	69,89	255,00	4023,00	54323	1354	6157	32086	14726	
						27,77%	24,54%	25,52%	27,31%	30,37%	
12	TIRANO	451,81	61,87	349,00	3349,00	27952	824	3298	16628	7202	
						14,29%	14,93%	13,67%	14,15%	14,85%	
<b>93</b>			<b>3420,91</b>	<b>57,18</b>	<b>186,00</b>	<b>4023,00</b>	<b>195604</b>	<b>5518</b>	<b>24130</b>	<b>117474</b>	<b>48482</b>
41	VALCAMONICA	VALLE CAMONICA	1305,18	75,10	167,00	3539,00	98018	2688	12383	58845	24102
<b>41</b>							<b>98018</b>	<b>2688</b>	<b>12383</b>	<b>58845</b>	<b>24102</b>
93	VALTELLINA ALTO LARIO	TOTALE	3420,91	57,18	186,00	4023,00	195604	5518	24130	117474	48482
							66,62%	67,24%	66,09%	66,63%	66,79%
41	VALCAMONICA	TOTALE	1305,18	75,10	167,00	3539,00	98018	2688	12383	58845	24102
							33,38%	32,76%	33,91%	33,37%	33,21%
<b>134</b>	<b>ATS-MONTAGNA</b>		<b>4726,09</b>	<b>62,13</b>	<b>167,00</b>	<b>4023,00</b>	<b>293622</b>	<b>8206</b>	<b>36513</b>	<b>176319</b>	<b>72584</b>

Fonte | Elaborazione dati ISTAT

## Bilancio Demografico

Di seguito sono presentati alcuni indicatori che permettono di caratterizzare meglio la popolazione residente nel territorio dell'ATS Montagna.

La tabella seguente riporta il saldo naturale della popolazione di ATS Montagna e il saldo migratorio. La popolazione è diminuita rispetto all'anno precedente.

	Maschi	Femmine	Totale
<b>Popolazione 1 gennaio 2021</b>	145395	148842	294237
<b>Nati</b>	964	994	1958
<b>Morti</b>	1743	1713	3456
<b>Saldo Naturale</b>	-779	-719	-1498
<b>Iscritti Da Altri Comuni</b>	4093	4054	8147
<b>Iscritti Da Estero</b>	880	769	1649
<b>Altri Iscritti</b>	62	30	92
<b>Cancellati Per Altri Comuni</b>	3923	3936	7859
<b>Cancellati Per Estero</b>	492	447	939
<b>Altri Cancellati</b>	492	264	756
<b>Saldo Migratorio</b>	128	206	334
<b>Popolazione Residente Famiglia</b>	144126	146996	291122
<b>Popolazione Residente Convivenza</b>	998	1502	2500
<b>Popolazione 31 dicembre</b>	145124	148498	293622
<b>Numero Convivenze</b>			199

Elaborazione ATS Montagna su dati Istat aggiornati al 31/12/2021

## Residenti per Ambito

Nella Tabella seguente vengono presentati alcuni dettagli della distribuzione della popolazione nel territorio dell'ATS per ambito territoriale.

Ambito	Totale Maschi	Totale Femmine	Popolazione Totale
Bormio	12535	12422	24957
Chiavenna	11985	12455	24440
Dongo	8311	8509	16820
Morbegno	23537	23575	47112
Sondrio	26363	27960	54323
Tirano	13647	14305	27952
Vallecamonica	48746	49272	98018

Elaborazione ATS Montagna su dati Istat aggiornati al 01/01/2022

## Residenti per Età

La distribuzione per sesso è riportata nella seguente tabella.

Classe	Maschi	Femmine	MsuF
<15	18858	17551	107%
15-34	29965	27982	107%
35-64	63881	62801	102%
65-74	18017	18527	97%
75+	14403	21637	67%
Totale	145124	148498	98%

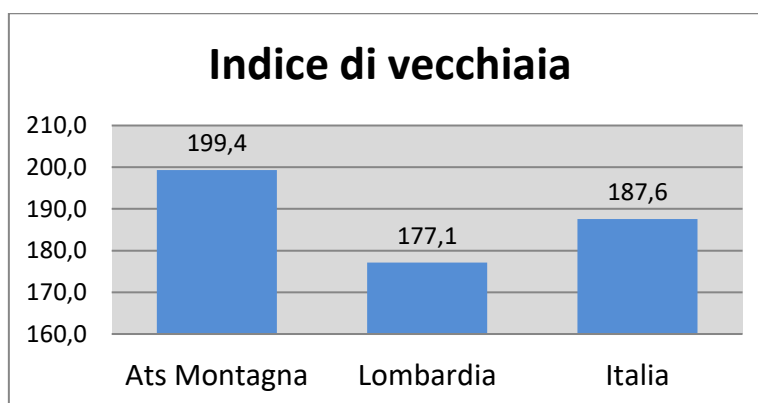
Elaborazione ATS Montagna su dati Istat aggiornati al 01/01/2022

## Indice di Vecchiaia

È il rapporto percentuale fra il numero dei residenti di 65 anni e oltre (anziani) ed il numero dei residenti con meno di 15 anni (giovani); il valore dell'indice pari a 199,4 indica che vi sono 199,4 residenti anziani ogni 100 residenti giovani. L'ATS Montagna presenta un indice di invecchiamento superiore rispetto alla media regionale e nazionale.

Il grafico che segue permette il confronto dei dati di ATS Montagna con la Lombardia e l'Italia. La tabella successiva indica l'indice di vecchiaia per ambito territoriale. I territori con maggior numero di anziani sono l'ambito di Sondrio e dell'Alto Lario.

Dato interessante da considerare per la scelta delle priorità in tema di contrasto al gioco d'azzardo patologico.



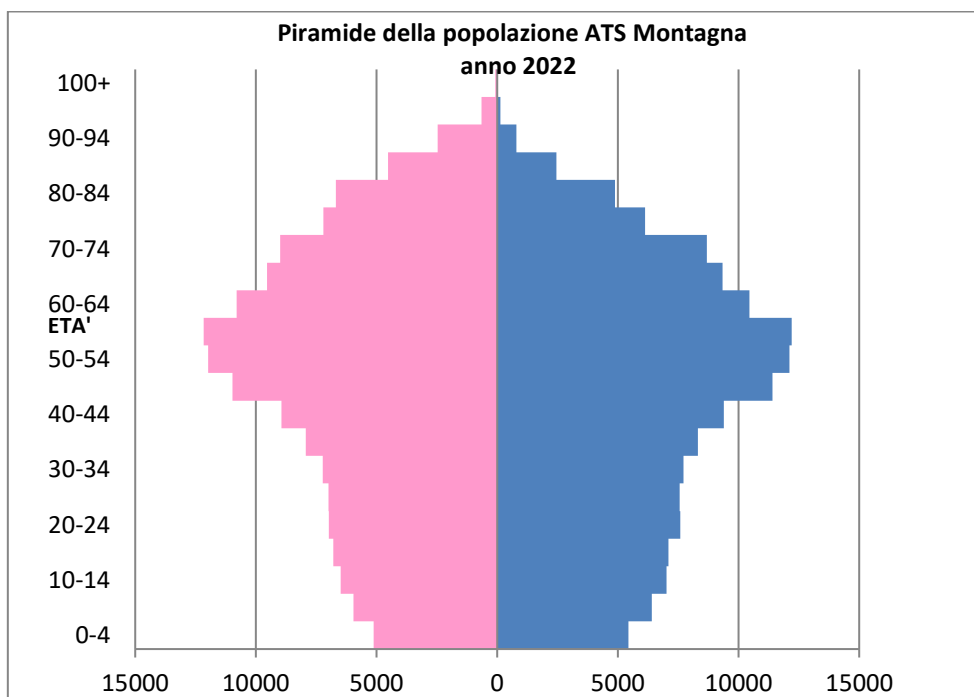
Elaborazione ATS Montagna su dati Istat aggiornati al 01/01/2022

Ambito	Maschi	Femmine	Totale
Bormio	115%	156%	134%
Chiavenna	157%	210%	182%
Dongo	215%	290%	250%
Morbegno	161%	210%	185%
Sondrio	203%	284%	242%
Tirano	179%	250%	213%
Vallecamonica	174%	222%	197%
TOTALE ATS	172%	229%	199%

Elaborazione ATS Montagna su dati Istat aggiornati al 01/01/2022

### Piramide età

Il grafico seguente riporta la piramide dell'età relativa alla popolazione residente nel territorio dell'ATS Montagna. È possibile osservare la numerosità della popolazione, distinta per sesso e per età ad intervalli di 5 anni. È evidente la denatalità che si registra da anni.



Elaborazione ATS Montagna su dati Istat aggiornati al 01/01/2022

### Indicatori Socio-Economici

Dall'analisi della situazione ricavata dai Piani di Zona del territorio di competenza emerge che, a fronte dell'aumento della disoccupazione e delle difficoltà economiche dovute alla pandemia, le misure nazionali e regionali si sono via via accumulate a quelle locali e sovrapposte, ma sono state sostanzialmente misure frammentate di sostegno al reddito. "Il Reddito di cittadinanza in Lombardia" (RdC), promosso dalla Direzione Generale Politiche sociali, abitative e disabilità, è una misura che ha fatto tanto discutere e che fatica a realizzare pienamente le potenzialità per cui è stata introdotta. Molto si è detto e scritto sulle difficoltà nell'attuazione delle potenzialità previste dal RdC, in particolare per la ricerca e accompagnamento al lavoro. Il patto per il lavoro firmato dai beneficiari con il Centro per l'impiego non ha portato a risultati apprezzabili e il servizio sociale ha incontrato e incontra molte difficoltà nell'attivare servizi di accompagnamento e supporto educativo e sociale per i beneficiari.

A tali difficoltà, connesse principalmente all'articolazione del sistema di governance e alla traduzione operativa del Reddito di cittadinanza, si sono sommate diverse criticità legate all'impatto dell'emergenza Covid 19, che ha avuto

ricadute importanti tanto in termini di sospensione o forte rallentamento delle attività del RdC, quanto in relazione all'aggravamento delle condizioni economiche dei beneficiari. Si può tuttavia affermare che, proprio durante il periodo di emergenza "Covid", il RdC ha svolto, con altre misure, un'importante funzione di ammortizzatore sociale.

In Lombardia i dati resi noti a settembre 2020 riportavano un totale di 130.516 domande accolte, con un incremento del 38% dalla prima rilevazione relativa ai 12 mesi precedenti (agosto 2019), una crescita annua di poco superiore al dato nazionale (36%) e a quello delle regioni del Nord (35%); la quinta posizione su scala nazionale della Lombardia per domande accolte (risultando essere la prima tra le Regioni del nord).

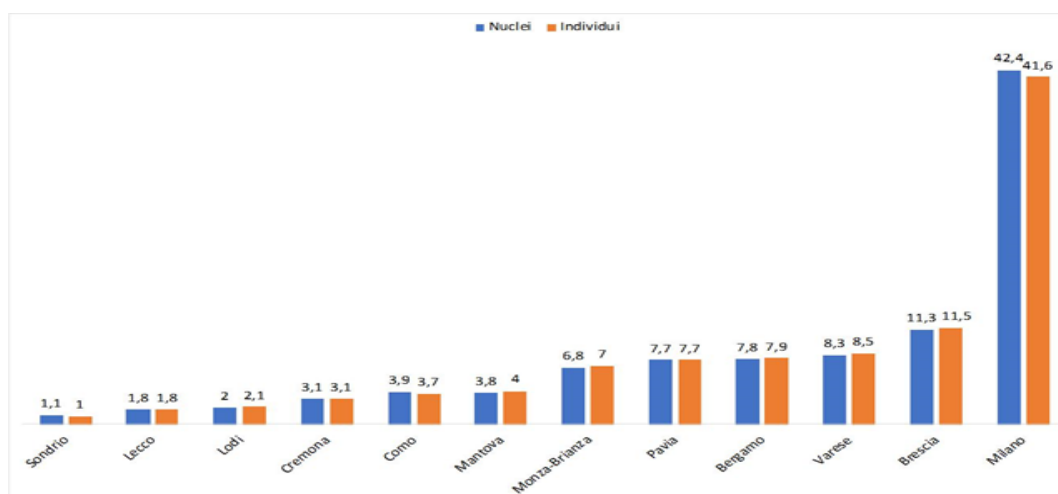
Nel documento "MONITORAGGIO RdC PRIMO SEMESTRE DI ATTUAZIONE – 2019", dedicato alla Lombardia e scaricabile dal sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, è possibile individuare alcuni dati interessanti riferiti al **Distretto di Valcamonica**. Si tratta in questo caso di un documento che fa riferimento ai dati di settembre 2019, in cui sono riportati i principali indicatori relativi alla distribuzione delle famiglie e degli individui beneficiari, per RdC e per PdC (Pensione di Cittadinanza).

Territorio	Totale famiglie beneficiarie	Famiglie beneficiarie – solo RdC	Famiglie beneficiarie – solo PdC	Totale individui beneficiari	Individui beneficiari – solo RdC	Individui beneficiari solo PdC	Incidenza sulla popolazione residente
Bassa Bresciana Centrale	596	486	110	11.235	10.663	572	1%
Brescia città	2.268	1.767	501	3.499	3.258	241	2%
Valle Camonica	712	558	154	1.415	1.253	162	1%
Valle Sabbia	450	388	62	788	719	69	1%
Valle Trompia	653	531	122	6.840	6.532	308	1%

Monitoraggio Rdc Primo Semestre Di Attuazione – 2019 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

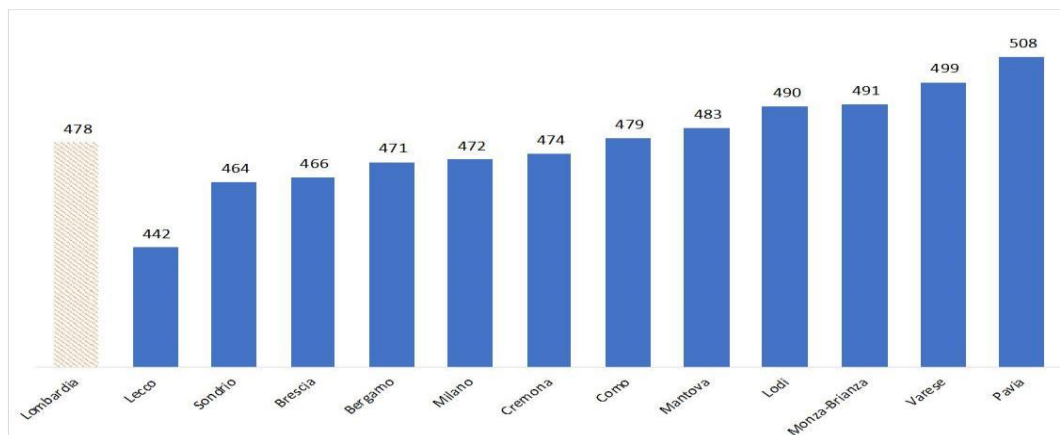
Secondo i dati resi disponibili dall'INPS, in Lombardia, i nuclei beneficiari del Reddito di cittadinanza e della Pensione di cittadinanza sono complessivamente 99.600 per un totale di 203.630 persone coinvolte. Considerando la distribuzione dei beneficiari nel territorio lombardo, vediamo che il 42,4% dei nuclei e il 41,6% delle persone complessivamente coinvolte si trova nella provincia di Milano. Segue a distanza significativa la provincia di Brescia. Le percentuali più basse si registrano invece nelle province di Sondrio e Lecco.

**Nuclei richiedenti il RdC /PdC e persone coinvolte in Lombardia per provincia, valori percentuali, anno 2021**



Fonte: elaborazione Polis Lombardia su dati INPS (giugno 2021)

All'interno del territorio lombardo, l'importo medio del beneficio oscilla dai 508 euro erogati nella provincia di Pavia, ai 442 euro nella provincia di Lecco. Valori superiori alla media regionale si registrano a Mantova, Lodi, Monza-Brianza, Varese e Pavia.



Fonte: elaborazione CM Tirano su dati INPS (giugno 2021)

Un'analisi condotta a fine luglio 2021 da Regione Lombardia, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano e con Polis Lombardia, ha evidenziato che la povertà è un fenomeno multidimensionale, la cui misurazione non può limitarsi alla disponibilità di reddito familiare o individuale. Altri bisogni, non-monetari, impattano sulla capacità individuale di accedere ad alcuni servizi, di raggiungere i propri obiettivi e di partecipare attivamente alla vita sociale.

Intercettare i nuovi vulnerabili oggi, quando hanno bisogno di ascolto e di aiuto per ri-orientare lo stile di vita (all'interno di luoghi conviviali, non stigmatizzanti), non comporta l'erogazione di contributi, ma predisposizione di risorse-tempo di operatori professionali e volontari.

Affrontare questo problema richiede di innovare il modo di lavorare consolidato dei servizi, muoversi in modo proattivo e inventivo all'interno di un contesto, promuovere un avvicinamento di chi può essere portatore di risorse.

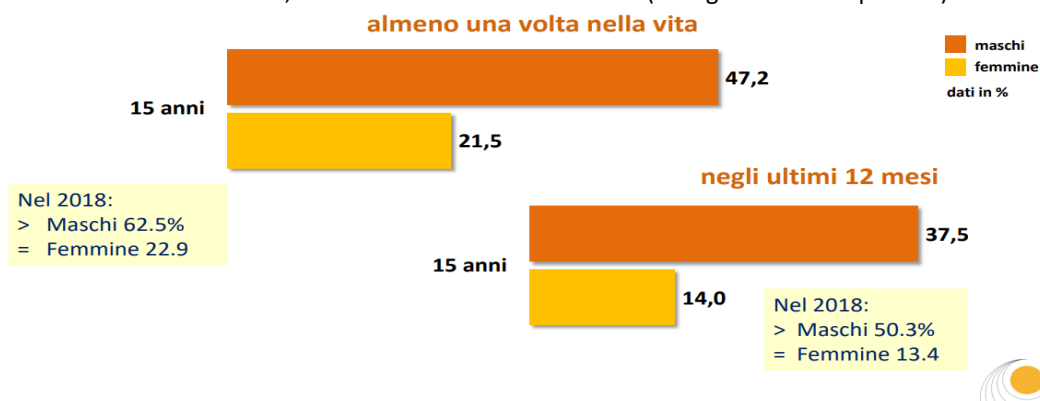
## EPIDEMIOLOGIA

Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica; quest'abitudine può portare a conseguenze negative quali: comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali, abuso di sostanze, depressione e persino suicidio.

Di seguito si evidenziano i dati a disposizione distinti per fasce di età.

### Adolescenti

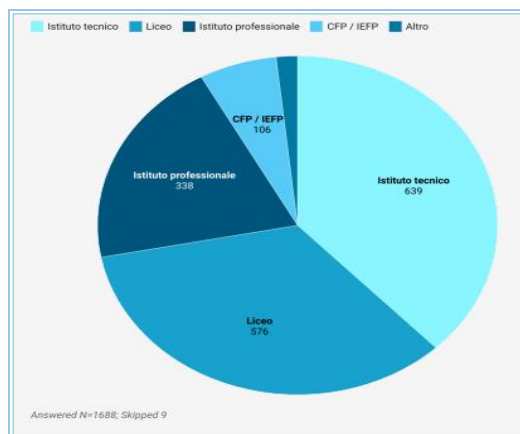
L'indagine HBSC 2022 ha indagato la percentuale di ragazzi quindicenni che hanno provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita. L'esperienza del gioco d'azzardo evidenzia una differenza di genere in quanto è un'abitudine più frequente nei maschi; va evidenziato però che, rispetto alla rilevazione precedente del 2018, il ricorso al gioco d'azzardo è sensibilmente diminuito tra i maschi, mentre è stabile tra le femmine (vedi grafico sottoriportato).





A livello del territorio della Valle Camonica il progetto GAME OVER 2020 – 2021, cofinanziato da Regione Lombardia e promosso dalla Comunità Montana della Valle Camonica, dall’Azienda Territoriale del Servizi alla Persona della Valle Camonica, dalla cooperativa Bessimo e dal Centro Studi Socialis, nell’ambito delle iniziative legate alla DGR 2609719, ha permesso di indagare il rapporto tra i giovani e il gioco d’azzardo.

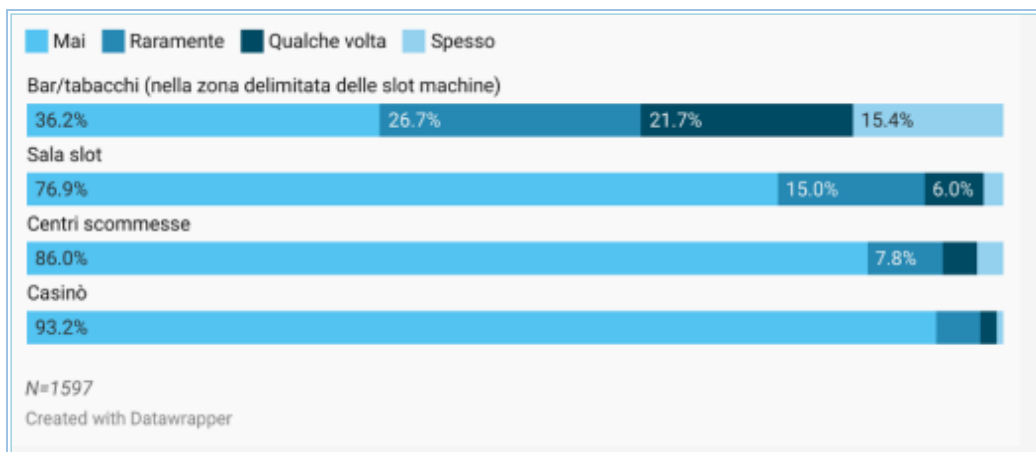
Nel complesso sono stati intervistati 1697 studenti e studentesse di età compresa tra i 14 e i 18 anni, frequentanti scuole secondarie di secondo grado della Valle Camonica.



GAME OVER 2020 – 2021

Gran parte dei giovani intervistati dimostra una buona consapevolezza del funzionamento dei meccanismi del gioco d’azzardo e delle probabilità di vincita, definendolo “una perdita di denaro” e, in misura minore, “un problema simile all’alcolismo e all’uso di droghe”.

Nell’indagine è stata inoltre indagata la frequentazione da parte dei ragazzi di locali o spazi dedicati esclusivamente al gioco, facendo emergere che il 37% è entrato qualche volta o spesso nella zona delle slot machine dei bar, il 21% nelle sale slot e il 6% nei centri scommesse.

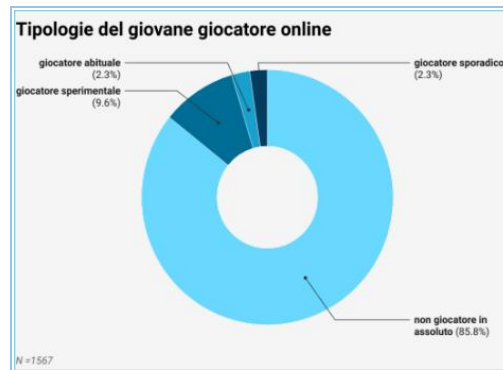
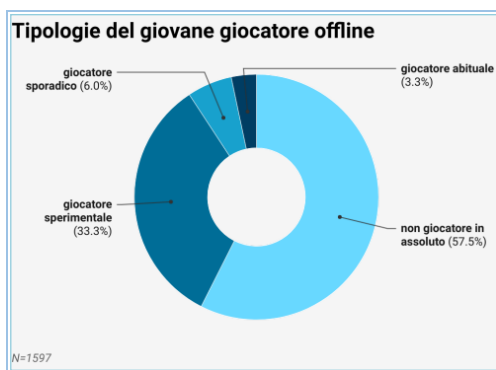


GAME OVER 2020 – 2021

Entrando nello specifico dell’abitudine al gioco, in base alla frequenza di gioco, è possibile individuare le seguenti tipologie di giocatori: il non giocatore assoluto (non ha mai o quasi mai giocato), il giocatore sperimentale (gioca un paio di volte l’anno), il giocatore sporadico (gioca una volta al mese) e il giocatore abituale (gioca da una volta a settimana a tutti i giorni).

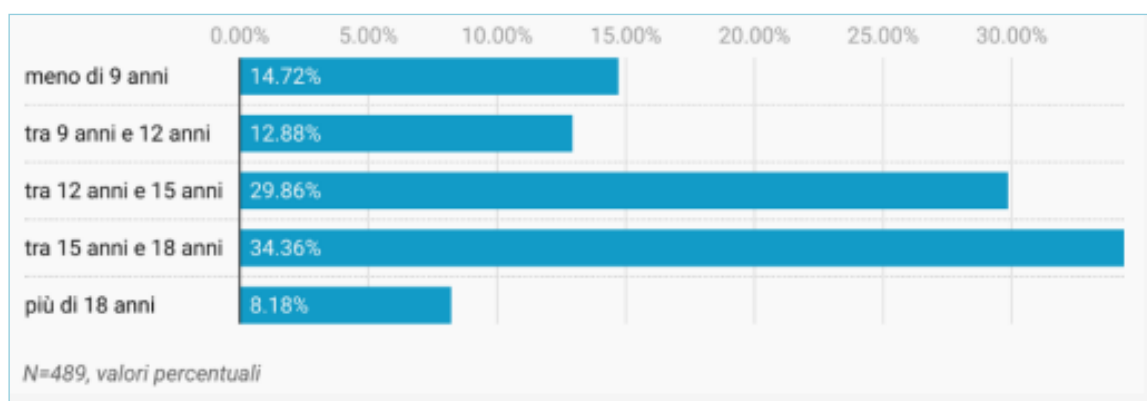
Il gioco non è un elemento completamente estraneo nella vita degli adolescenti, più del 40% degli intervistati ha giocato almeno una volta offline, il 15% online.

Tra i giochi offline, quello più popolare risulta essere il Gratta e Vinci, seguito dal Lotto, Superenalotto e dalle Lotterie, mentre online la tipologia di gioco che emerge rispetto alle altre è quella delle scommesse sportive.



GAME OVER 2020 – 2021

A tutte le persone che hanno dichiarato di avere giocato è stata chiesta l'età in cui hanno giocato la prima volta ed è emerso che più del 90% ha iniziato a giocare prima dei 18 anni e quasi il 15% prima dei 9 anni.



GAME OVER 2020 – 2021

### Popolazione generale

Il disturbo da gioco d'azzardo colpisce anche la popolazione adulta con effetti seriamente invalidanti sia sulle relazioni sociali che sulla salute; può assumere la connotazione di un vero e proprio disturbo psichiatrico ed è a tutti gli effetti una dipendenza patologica. Secondo il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, il DSM-IV, la prevalenza tra la popolazione adulta varia dall'1 al 3% della popolazione, con una maggiore diffusione tra i familiari e parenti di giocatori. L'Istituto Superiore di Sanità stima che in Italia il gioco d'azzardo è un'attività che coinvolge una popolazione di circa 5,2 milioni "abitudinari" di cui circa 1,2 milioni sono considerati problematici, ovvero con dipendenza.

Negli ultimi anni precedenti all'emergenza sanitaria da Covid-19, i dati relativi alla diffusione della pratica del gioco d'azzardo, in Italia, sono risultati in continuo aumento. L'indagine epidemiologica condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) tra il 2016 ed il 2019 ha mostrato che i giocatori, cioè coloro che hanno giocato almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'indagine, costituiscono il **36,4%** della popolazione maggiorenne (18.450.000); sono per la maggior parte maschi (il **43,7%** degli uomini contro il **29,8%** delle donne). Sebbene il gioco d'azzardo sia diffuso soprattutto nella fascia di età compresa tra i **40 e i 64 anni**, l'insorgenza del comportamento avviene molto prima, tra i 18 e i 25 anni (51,8%). Di questi giocatori, un milione e mezzo (circa il **3%**) ha un "**profilo problematico**", ossia presenta difficoltà a gestire il tempo da dedicare al gioco e a controllare quanto spende; anche in questo caso, emerge una propensione maggiore nel sesso maschile (3,6%) rispetto a quello femminile (2,5%). Ricerche più recenti sul consumo di gioco d'azzardo nella popolazione italiana hanno necessariamente preso in considerazione gli effetti della pandemia e delle restrizioni ad essa connesse sulla pratica di tale comportamento, ponendo particolare attenzione a cambiamenti nelle abitudini di fruizione, anche rispetto all'offerta online.

Dai dati di uno studio condotto dal CNR, in collaborazione con ANCI e alcune Regioni, è emersa una generale diminuzione del gioco su rete fisica, con più del 35% dei giocatori che ha ridotto le puntate e quasi il 23% che ha smesso. Tra i giochi privilegiati ci sono il *Gratta e vinci*, il *Superenalotto* e il *Lotto*, con una frequenza di consumo per persona da una a tre

volte al mese e una spesa pari a 10 euro nell'intero periodo di lockdown, sebbene il 2,6% degli intervistati abbia dichiarato di aver speso tra i 200 e i 500 euro.

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

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

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

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

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

### **La Ricerca - Azione Condotta Sulla Popolazione Generale (Dgr 2609/2019)**

La finalità generale della ricerca è stata quella di indagare il rapporto tra la popolazione generale e il gioco d'azzardo, in termini di atteggiamenti, propensione e conoscenza delle dinamiche di gioco on line.

Sviluppata nel territorio della Valtellina e Alto Lario, dalle 10 interviste effettuate (2 rivolte a dipendenti di sale giochi, 2 a psicologi di una comunità sperimentale per il trattamento della dipendenza da Gioco d'Azzardo e 6 a giocatori d'azzardo adulti) è stato possibile trarre informazioni rispetto al tema, risultate per lo più congruenti con quanto emerso dalla letteratura di riferimento rispetto al gioco online. Tali informazioni si sono rivelate utili, in particolare, per confrontare il fenomeno e le sue caratteristiche, con la quotidianità delle persone che lo vivono da vicino. È da sottolineare la difficoltà incontrata rispetto all'individuazione di persone disposte a rilasciare interviste riguardanti il loro comportamento verso il fenomeno del Gioco d'Azzardo.

La ricerca ha costituito un supporto trasversale, utile ad orientare la programmazione di interventi mirati. Le considerazioni operative che si sono delineate, in seguito alla valutazione dei risultati, sono state la guida per la revisione delle azioni proposte e saranno utili nelle nuove programmazioni. Le considerazioni principali sono riportate alla fine del presente documento.

## **ANALISI DI CONTESTO: LA MAPPATURA DEGLI ESERCIZI PRESENTI**

**Mappatura dell'offerta di gioco d'azzardo illecito:** si è sviluppata in entrambi i territori. In Valtellina gli esercizi mappati sono stati 106 con presenza di new slot; il 33% degli stessi è stato verificato dagli agenti della polizia locale dotati di una check list e relativa modulistica per l'attività di controllo. In Vallecamonica si sono rilevati 162 esercizi con presenza di new slot.

### **Caratterizzazioni del territorio di competenza di ATS sui volumi di gioco per Province**

L' Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, fornisce un dettaglio per provincia e comuni rispetto alla ripartizione del Giocato, delle Vincite, dell'Erario e dello Speso per Tipo Gioco.

Dalla tabella sottostante si evince come nel 2019 le provincie di Como, Sondrio e Brescia siano state le provincie con maggiore volume di giocato procapite; dato che si evince dal rapporto tra il giocato Fisico dei vari territori e la popolazione residente per provincia (ISTAT 01/01/2020).

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

*Tabella 7. Dettaglio giocato pro-capite per provincia*

## **MAPPATURA DELL'OFFERTA PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO**

Nell'ambito del territorio di competenza della scrivente ATS, i Servizi e le opportunità presenti, destinati al contrasto e alla cura del Gioco d'Azzardo, sono 9. L'attività di rilevazione è stata condotta nell'ambito della progettualità della DGR 2609 e nello specifico:

- In Valtellina e Alto Lario l'attività è stata coordinata dall'Ambito capofila Comunità Montana Alta Valtellina – Gestore Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale Alta Valtellina in sinergia con gli altri Ambiti partner coinvolti (ASST Valtellina e Alto Lario, Ufficio Scolastico Territoriale di Sondrio, Centro Servizi Volontariato Monza Lecco Sondrio, Cooperativa Lotta Contro L'Emarginazione Cooperativa Sociale Onlus) che hanno promosso l'azione presso i Comuni, mappando 7 servizi.
- In Vallecamonica il lavoro è stato coordinato dalla Comunità Montana di Vallecamonica, capofila dell'ambito, attraverso lo scambio di informazioni nei Tavoli di lavoro, contatto diretto, raccolta dati, mappando 2 servizi.

Informazioni più dettagliate si riportano nell'obiettivo 3.

# IL PIANO LOCALE PER IL CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

## Finalità

In riferimento alla L. 8/2013 “Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d’azzardo patologico”, al recente inserimento del GAP nei LEA, alla deliberazione n. X/585 dell’1/10/2018 “approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d’azzardo patologico...”, si aggiorna, in linea con il Piano Regionale della Prevenzione 2021/2025 e la recente DGR n. XII/80 del 03/04/2023, il Piano Locale di attuazione di interventi per il contrasto alla diffusione del gioco d’azzardo e al fenomeno della polidipendenza.

## Articolazione Locale Degli Obiettivi

Lo sviluppo degli obiettivi del piano GAP ha richiesto uno sforzo organizzativo, propedeutico a fare SISTEMA rispetto sia alle azioni in essere che alle molteplici iniziative condotte in passato.

Il processo ha consolidato il raccordo organizzativo interno tra il Dipartimento per la Programmazione per l’Integrazione delle Prestazioni Socio-Sanitarie con quelle Sociali (PIPSS) e il Dipartimento di Igiene e Prevenzione (DIPS).

Il lavoro svolto con le ASST e il Terzo settore ha visto l’ATS impegnata nella costruzione di percorsi facilitanti l’accesso ai servizi specialistici da parte del giocatore d’azzardo, con la successiva presa in carico, riconoscendo la necessità anche di un livello intermedio che veda il Terzo Settore parte integrante del processo per la sua capillare presenza nella comunità in sinergia con gli ambiti distrettuali.

Lo sviluppo integrato del Piano GAP deve rinforzare l’approccio fra i vari interlocutori, utilizzando gli strumenti ad oggi disponibili (programmi regionali, reti, etc...) per lavorare sulla matrice comune di comportamenti non salutari agendo attraverso una strategia multifattoriale, garanzia di efficacia, puntando al coinvolgimento sia delle diverse tipologie di Attori coinvolti nelle azioni (SSR, Enti locali, Soggetti del Terzo settore, Impresa, Scuola, ecc.) che della popolazione, nella logica dell’empowerment delle persone e delle comunità.

I risultati raggiunti nel corso dell’anno 2022 hanno confermato la scelta di continuare la collaborazione con il Terzo Settore, interlocutore privilegiato insieme agli enti locali e alla scuola, nella presentazione di progetti finalizzati allo sviluppo degli obiettivi del piano nei vari setting (lavoro, scuola) in una logica di vision comune, permettendo anche di affrontare il tema delle disuguaglianze di salute.

## Obiettivi generali

Il Piano si articola su obiettivi di ordine generale:

0. supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d’azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore (Prevenzione Ambientale);
1. promuovere aumento di conoscenze e competenze attraverso finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target;
2. potenziare l’attività di prevenzione e contrasto del GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali;
3. Potenziare le opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA).

## Target

La declinazione operativa delle attività prevede di raggiungere in modo mirato e capillare la popolazione nei suoi diversi setting di vita, con particolare riferimento a:

### Obiettivi 0, 1 e 2:

- popolazione generale (lavoratori, genitori, adulti over 65 anni, ecc...)
- popolazione specifica (gruppi fragili, detenuti, utenza servizi, ecc...)
- famiglie
- popolazione scolastica (dirigenti, docenti, studenti e loro famiglie)

- mondo del lavoro (datori di lavoro, sindacati, lavoratori)

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

Viste le esperienze precedenti si sottolinea l'importanza di un coordinamento e integrazione delle azioni di sistema degli obiettivi 0, 1 e 2 della DGR 80/23 in collegamento con le azioni di sensibilizzazione e informazione, puntando a un lavoro che sviluppi sempre più sinergie fondamentali a creare un contesto ambientale favorente scelte di salute.

### **Obiettivo 3:**

- Giocatori problematici /patologici agganciati negli sportelli di ascolto dei servizi ospedalieri
- Giocatori problematici in carico alla rete dei servizi dell'area dipendenze
- Giocatori problematici detenuti negli istituti penitenziari che manifestano, fra i comportamenti di abuso/dipendenza, anche il disturbo da gioco d'azzardo
- Familiari di giocatori problematici o patologici

### **Obiettivo 0**

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

In riferimento a questo obiettivo, il Piano Locale GAP declinerà, in coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione e con le attività ex DGR 1114/18 e ex DGR 2609/19, interventi che mirino a Supportare la messa a sistema di policy e azioni locali integrate fra ambito sociosanitario e sociale per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico che vedano attivamente coinvolti gli Enti Locali e il Terzo settore (Prevenzione Ambientale).

### **Evidenze**

Le evidenze presenti in letteratura sottolineano l'importanza di sviluppare iniziative politiche volte a ridurre le occasioni e le opportunità di gioco mediante azioni quali ridurre i tipi di gioco più dannosi, limitare il numero di tipi di gioco, restringere il numero dei luoghi di gioco, limitare gli orari di apertura, nonché porre un limite relativamente all'installazione di Slot e VLT (McMahon, Thomsonb, Kanerb, & Bambrab, 2019; Tanner, Drawson, Mushquash, Mushquash, & Mazmanian, 2017; Williams, West & Simpson, 2012).

Anche la riduzione della possibilità di gioco risulta essere un'azione preventiva: proibire il gioco tra i giovani, incrementare i controlli, aumentare l'età legale per il gioco, restringere l'accesso ai luoghi di gioco ai non residenti e restringere l'accesso alle classi socioeconomiche più alte sembrano ottenere alti e medio-alti livelli di efficacia.

Turner e collaboratori (2018), inoltre, sottolineano come unitamente allo sviluppo di tali politiche, risulti efficace anche lo sviluppo di buone pratiche volte a fornire occasioni alternative al gioco nei differenti setting. Una recente review internazionale evidenzia inoltre che, affinché tali azioni possano essere considerate efficaci, occorre sviluppare interventi intersettoriali, coordinati e globali, capaci di coinvolgere tutti i differenti attori in gioco (Velasco et al.,2021)

### **Stato Dell'arte**

In questi anni ATS ha individuato come prioritario lo sviluppo e il progressivo rafforzamento di approcci di "Prevenzione ambientale", in grado di modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici all'interno dei quali le persone compiono le proprie scelte in relazione ai diversi fattori di rischio.

Questa prospettiva tiene in considerazione il fatto che gli individui entrano in contatto con l'offerta di gioco influenzati da un insieme complesso di fattori caratterizzanti l'ambiente circostante, come ad esempio ciò che viene considerato normale, previsto o accettato nelle comunità in cui vivono, le norme o regolamenti applicati a livello nazionale/regionale

e/o locale, il clima e l'ambiente di apprendimento, i messaggi pubblicitari diretti o indiretti ai quali sono esposti, la disponibilità di altri consumi (ad es. di alcolici) che possono accompagnare l'esperienza di gioco stesso ecc. Diventa fondamentale Prestare attenzione ai paradossi delle limitazioni del gioco fisico: il rischio di nomadismo territoriale e di migrazione online. Emerge l'esistenza di un nomadismo territoriale, evidenziato dai dati raccolti dalla ricerca azione sviluppata nel nostro territorio: visto che gli orari di limitazione dell'apertura delle sale gioco, o dell'utilizzo delle slot machines, sono differenti, si assiste allo spostamento dei giocatori da un Comune all'altro per un gioco senza sosta. Se queste limitazioni del gioco fisico arrivassero a produrre una migrazione di massa al Gioco d'Azzardo online, si potrebbe assistere ad un problema poiché esso rimarrebbe "privato" e difficilmente intercettabile e intercettato dai Servizi. E' chiaro che il mondo del Gioco d'Azzardo online non si presta alle stesse forme di controllo e limitazione possibili per il gioco fisico. Le ipotesi scaturite dalla ricerca azione meriteranno un terreno di confronto con i vari portatori di interesse della comunità, nello specifico:

- Campagna "Wi-Fi no Gamble" nei luoghi pubblici, e negli esercizi commerciali, o anche nelle reti dei privati che desiderano aderire: le pagine di accesso al gioco online sono bloccate dalle reti Wi-Fi di chi aderisce e, nella pagina di blocco, si trovano alcune informazioni (sensibilizzazione e/o informazioni sui Servizi a cui rivolgersi in caso di bisogno di aiuto).
- Un'applicazione per smartphones che viene installata sul dispositivo per limitare il tempo passato sulla piattaforma di gioco. Grazie all'App, dopo un certo tempo, dovrebbero comparire alcuni timoli alternativi o "compiti distraenti".

Le azioni previste per questo setting iniziate nella prima annualità con la partecipazione del Terzo settore hanno visto negli anni successivi la sperimentazione di modelli di sviluppo in capo alla DGR 1114/18 prima e successivamente nella DGR 2609/19 con i risultati di seguito evidenziati.

Nell'ambito territoriale Valtellina, con capofila Ufficio di Piano di Bormio vi è stato il coinvolgimento di 34 comuni dei 134 dell'ATS della Montagna, con il coinvolgimento del 22% circa della popolazione degli ambiti di Bormio, Chiavenna, Dongo, in cui il giocato pro-capite era di 1.633,59 euro/anno.

Nei tre ambiti si giocavano mediamente ogni giorno 300 mila euro: di questi il 71% circa spesi per new slot (40%) e VLT (31%). Tali dati esprimono la gravità del problema pur con alcune specificità nei territori sia per presenza del fenomeno che di iniziative di contrasto intraprese negli anni precedenti.

Le azioni previste nell'obiettivo 0 riconoscono la trasversalità degli obiettivi che si sviluppano nei diversi setting del contesto di vita.

In Valtellina attraverso un lavoro congiunto tra Ambiti, CSV, Ufficio Scolastico Territoriale e Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione, realizzato all'interno della cornice delle progettualità in capo alla DGR 2609/19, è stata stilata una Carta dei Valori che esprimesse il pensiero degli interlocutori relativamente ai valori ritenuti importanti per sostenere la crescita personale e sociale e, allo stesso tempo, evidenziasse i fattori di rischio collegati all'azzardo nelle sue diverse forme. Lo scopo della Carta è stato anche quello di aumentare la consapevolezza presente sul territorio, nonché la presenza di sensori territoriali che potessero orientare verso i servizi di cura disponibili, oltre che la conoscenza rispetto agli indicatori di rischio per il gioco d'azzardo patologico. In tal senso, la diffusione della Carta dei Valori e soprattutto la promozione della sua adesione sono stati gli aspetti centrali. La diffusione dello strumento ha consentito la realizzazione di azioni sinergiche che nel corso del 2023 hanno visto il tema oggetto di approfondimento all'interno dell'ambito scolastico con la strategia della peer. Gli istituti coinvolti sono stati 5, per un totale di 13 classi e 39 peer educator formati.

Legata alla Carta dei Valori in Valtellina è stato sviluppato un lavoro tra Ambito di Bormio, Sert e Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione che, attraverso un accompagnamento formativo sulla comunicazione efficace, ha portato il gruppo a elaborare l'idea di un marchio, un brand che consentisse di unire i soggetti coinvolti nel contrasto all'azzardo e di superare la logica del progetto. "TICHE OFF" OFFICINA AZZARDO è quindi l'esito di un percorso di confronto tra realtà del terzo settore, enti pubblici e istituzioni scolastiche. Un marchio che intende accompagnare tutte le iniziative e i progetti che nei territori dell'Alto Lario e della provincia di Sondrio prenderanno vita sul tema dell'azzardo in futuro; un "contenitore" che abbraccia tutte le realtà, gli enti, le istituzioni, i cittadini, che riconoscono l'importanza di sensibilizzare e mobilitare alla valorizzazione di una comunità educante che si fa portatrice di ascolto, dignità e solidarietà.

L'obiettivo di ridurre le barriere socioeconomiche, culturali e ambientali che ostacolano l'adozione di comportamenti favorevoli alla salute trova la motivazione, in un'ottica di equity, di tutelare le fasce di popolazione più fragili che in

genere mostrano un peggiore stato di salute. Questo significa che diventa fondamentale l'ingaggio degli Enti locali, nell'attivazione di politiche di contrasto attraverso un sistema integrato di interventi multilivello e intersettoriali. Dallo sviluppo delle azioni in questi anni si è evidenziata la grande difficoltà nel coinvolgere gli amministratori locali, dato confermato anche dallo sviluppo della ricerca azione (nell'ambito dell'obiettivo 1) come un indicatore di scarso arruolamento sul tema: la campagna comunicativa ha bisogno di fondarsi "sull'ingaggio" (commitment) prima ancora che sulla competenza.

Nell'ambito territoriale Vallecamonica, con capofila la Comunità Montana, vi è stato il coinvolgimento iniziale di 33 comuni dei 41 dell'ambito, facendo emergere che il Comune in cui vi è stato un aumento significativo del giocato è stato quello di Darfo Boario Terme, passato da una spesa di 1872 euro annui pro-capite a 2639 euro.

Nell'**Area Regolamentazione e controllo** il distretto di Vallecamonica ha realizzato un regolamento bozza da sottoporre all'approvazione di tutte le Amministrazioni comunali con l'obiettivo di uniformare i regolamenti del territorio, evitando il rischio del "flusso migratorio" dei giocatori tra i comuni e tenendo conto delle problematiche a cui gli enti gestori potrebbero appellarsi. La pandemia non ha consentito l'attuazione della bozza del regolamento che è comunque stata portata all'attenzione dell'Assemblea dei Sindaci.

L'ambito di Sondrio, già impegnato nella ex DGR 1114718, si è posto l'obiettivo sia di aumentare il numero di Comuni che hanno adottato il regolamento di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico che di elaborare, per quei Comuni che hanno già adottato il regolamento, un'ordinanza sindacale per la limitazione degli orari di apertura dei locali con apparecchi di gioco.

Nell'area di **contrasto al Gap**, la Vallecamonica, al fine dell'aumento della visibilità del fenomeno, ha realizzato uno Spot, "No Slot", messo in onda sulle reti locali, per sensibilizzare all'Azzardo Patologico; inoltre, è stata svolta una importante formazione agli sportellisti degli istituti bancari (anche se in numero limitato) al fine di aumentarne le conoscenze e le competenze trattando sia aspetti legali che sociopsicologici, in linea con le indicazioni della nuova DGR. L'azione di formazione si è svolta in continuità con la formazione fatta agli Assistenti Sociali nelle precedenti progettualità.

Nel distretto Valtellina, la formazione è stata fatta sia agli amministratori locali che agli agenti di polizia locale, al fine di aumentare le conoscenze e le competenze in tema GAP.

Oltre alle attività di sensibilizzazione, nel distretto di Vallecamonica si è realizzata una mappatura degli esercizi presenti nei Comuni aderenti all'iniziativa che hanno scelto di non installare apparecchiature per il gioco d'azzardo con l'obiettivo di aumentarne la visibilità e valorizzarne l'attività con un marchio NO SLOT.

Nell'area di **Organizzazione delle informazioni**, entrambi i territori hanno sviluppato sia la mappatura dell'offerta di gioco d'azzardo lecito che la mappatura dell'offerta presente sul territorio destinata alla prevenzione e al contrasto del gioco d'azzardo.



## TABELLA OBIETTIVO 0

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

Obiettivo specifico	Azioni DGR 80 allegato B	Indicatori	Declinazione locale	Risultati
<b>0.1.</b> Promuovere la condivisione e/o l'estensione su territori omogenei di dispositivi di intervento integrati fra EELL e SSR e/o Buone pratiche esito dell'attuazione della DGR 2609/19	<p>0.1.1 Integrare la tematica del contrasto al GAP (integrazione sociale – socio-sanitario) nei Piani di Zona</p> <p>0.1.2 Definire Schema tipo di provvedimenti regolamentativi comunali</p>	<p>Approvazione:</p> <p>-di almeno 1 Piano di Zona comprendenti la tematica del contrasto al GAP (integrazione sociale-socio-sanitario)</p> <p>-di Schema tipo di provvedimenti regolamentativi comunali</p>	<p>-realizzare percorsi formativi integrati coinvolgendo altre figure presenti negli ambiti territoriali al fine di inserire la tematica gap nei Piani di zona in sinergia con i Piani territoriali DGR 7499</p> <p>- uniformare i provvedimenti comunali (regolamenti, ordinanze) in atto per la prevenzione e il contrasto al GAP attraverso attività di consulenza da parte di esperti</p> <p>- promuovere l'adozione di un'ordinanza sindacale per la limitazione degli orari di apertura dei locali con apparecchi di gioco dando evidenza delle iniziative intraprese</p> <p>-effettuare il monitoraggio attraverso la creazione di tavoli di sistema</p>	<p>Rafforzamento delle policy integrate fra ambito sociale e socio-sanitario</p> <p>Omogeneizzazione dei provvedimenti comunali (regolamenti, ordinanze) in atto per la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico</p>
<b>0.2.</b> Potenziare l'attività di controllo e vigilanza sull'attuazione della normativa e dei regolamenti da parte della Polizia Locale (in aggiunta ad azioni FFOO)	<p>0.2.1 Definire e formalizzare check list per l'attività di controllo esercitata dai Comandi di Polizia Locale e di un modello di verbale</p> <p>0.2.2 Mappare e implementare le attività di controllo svolte da parte della Polizia Locale e da parte delle FFOO</p>	<p>Approvazione di una check list e di un modello di verbale per le attività di controllo da parte delle Polizie Locali</p> <p>N. di Comandi di Polizia Locale che hanno adottato la check list per i controlli</p> <p>N. di controlli effettuati da Polizia Locale e da FFOO</p> <p>N. di violazioni riscontrate e importi delle relative sanzioni</p> <p>N. di Comandi di Polizia Locale che</p>	<p>-stesura e diffusione presso la Polizia locale e le FFOO di una check list e di un modello di verbale condiviso e sperimentato nell'ambito della DGR 2609</p> <p>-aggiornare con costanza la mappatura dell'offerta di gioco e verificare la presenza di informativa aggiornata esposta negli esercizi commerciali</p> <p>-geolocalizzare l'offerta di gioco e costruzione di un report</p>	<p>Presenza di una check list per l'attività di controllo esercitata dai Comandi Polizia Locale e di un modello di verbale</p> <p>Rilevazione e mappatura delle attività di controllo svolte da parte della Polizia Locale e da parte delle FFOO</p>

	0.2.3 Promuovere utilizzo applicativo SMART	hanno adottato un modello tipo di verbale condiviso	-promuovere l'utilizzo e la gestione dell'applicativo SMART	
0.3 Promuovere l'ingaggio dei Gestori di punti vendita con offerta di gioco legale anche in collaborazione con Associazioni Tutela Consumatori per l'incremento di Esercizi "No Slot"	0.3.1 Realizzare attività di informazione e comunicazione con il coinvolgimento dei gestori  0.3.2 Realizzare attività di informazione e comunicazione con il coinvolgimento di Associazioni Tutela dei consumatori	N. attività di informazione e comunicazione che hanno coinvolto i gestori e le Associazioni di Tutela dei Consumatori	-organizzare iniziative finalizzate alla conoscenza del fenomeno GAP in presenza e /o remoto -condividere con gli amministratori locali in collaborazione con i gestori forme di sostegno per gli esercizi commerciali virtuosi -divulgare video NO SLOT -diffondere newsletters -distribuire materiale informativo rispetto al giocato  - coinvolgere L'associazione di tutela dei consumatori nell'attività di informazione	Collaborazione attiva con gestori  Collaborazione attiva con Associazioni Tutela consumatori

## **Obiettivo 1**

### **Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target.**

In riferimento a questo obiettivo il Piano Locale GAP declinerà, in coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione, gli interventi volti all'aumento di health literacy, ovvero "alfabetizzazione alla salute", anche attraverso attività di comunicazione, informazione e sensibilizzazione, declinata coerentemente alle diverse tipologie di target, al fine di sostenere i processi di empowerment individuale e di comunità.

#### **Evidenze**

Le evidenze presenti in letteratura mostrano un legame tra health literacy e outcome di salute: bassi livelli di health literacy sono un fattore di rischio rispetto allo stato di salute delle persone, aumentano le disuguaglianze, incrementano i costi a carico del sistema sanitario e ostacolano il processo di cura (Berkman et al., 2011). In quanto fattore protettivo per la salute, quindi, la promozione di health literacy può essere considerata sia una strategia che un obiettivo delle politiche di welfare (Svendsen et al., 2020; Vamos et al., 2020).

Analizzare e comprendere il livello di alfabetizzazione della popolazione, infatti, permette di veicolare efficacemente messaggi di salute, così da raggiungere sia coloro che posseggono buone capacità di health literacy, sia coloro che presentano maggiori difficoltà nell'accesso a informazioni relative alla propria salute (Batterham et al., 2016; Hu, Qin, & Xu, 2019). Allo stesso tempo, l'health literacy non costituisce una capacità "finita", ma un processo trasversale che deve essere adattato alla situazione e quindi, a fronte di diverse malattie o problematiche, essa deve essere alimentata e aggiornata con nuove informazioni ed esperienze, considerandola dunque una responsabilità individuale e sociale, ovvero che necessita del contributo di tutti i cittadini e gli attori sociali (Spring, 2020). Per quanto riguarda la prevenzione e il contrasto al GAP, diverse review internazionali evidenziano come le strategie e gli interventi in materia, per essere efficaci, debbano essere indirizzati verso fattori di rischio sia individuali che ambientali e comunitari (Rehm et al., 2019), in grado dunque di prendere in considerazione ed agire su tutti i differenti ambiti che caratterizzano tale fenomeno. Tra questi, assume un ruolo fondamentale la promozione di conoscenza del fenomeno all'interno della popolazione, sottolineandone la maggiore efficacia laddove essa preveda interventi formativi secondo un approccio target-oriented, life course e per setting (Williams & Connolly, 2006; Williams et al., 2012; Ladouceur et al., 2017; Grande-Gosende et al., 2020).

#### **Stato Dell'arte**

In linea con quanto definito in letteratura, al fine di promuovere un aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target si è condiviso all'interno di ATS di incentivare una ricerca azione che tenesse conto delle specificità territoriali, in continuità con le azioni comunicative svolte negli anni. L'obiettivo della RICERCA – AZIONE è stato quello di fornire indicazioni utili alla elaborazione di programmi di comunicazione sociale- efficaci, che tenessero conto delle percezioni e rappresentazioni sociali del gioco d'azzardo e degli stili di vita in generale nei diversi target del territorio dell'ATS della Montagna, secondo il principio di equità: considerando non solo le fragilità individuali/familiari, ma anche le caratteristiche del contesto socio-culturale ed economico della comunità di appartenenza e dei programmi integrati promossi localmente in linea con le indicazioni regionali (reti SPS, WHP, città sane etc...).

All'interno del progetto di ricerca sono stati coinvolte le seguenti figure:

- 1) Amministratori locali (Sindaci e/o Assessori alle Politiche Sociali)
- 2) Dirigenti scolastici e docenti (inclusi i referenti della salute)
- 3) Responsabili di Enti del Terzo Settore
- 4) Rappresentanti del mondo produttivo
- 5) Rappresentanti nel mondo culturale
- 6) Cittadini impegnati (es. volontari, allenatori, educatori, opinion leader, giornalisti locali, ecc.).

La platea dei testimoni individuati è stata coinvolta nella compilazione di *un questionario online*, articolato in tre sezioni di seguito evidenziate:

- a) percezione del problema del gioco d'azzardo;

- b) livello di Gap-Health-Literacy;
- c) percezione dell'efficacia della comunicazione nelle azioni di prevenzione e promozione della salute precedenti al complesso degli attori inclusi nella mappatura.

I questionari raccolti sono stati complessivamente 614 a cui sono seguite interviste individuali (focus group) con il coinvolgimento delle diverse figure previste nel disegno di ricerca. Contemporaneamente, al fine di allargare la platea dei soggetti raggiunti, si è realizzato un ciclo di incontri on line, stile radiofonici, dal titolo "Un po' di quello che avreste voluto sapere sul gioco d'azzardo ma non avete mai osato chiedere", a cui hanno partecipato 155 persone; inoltre, si è promossa la diffusione di una newsletter per l'aggiornamento sulle fasi della ricerca e per la sponsorizzazione delle azioni territoriali a contrasto del GAP.

Di seguito i temi affrontati negli incontri:

1. **Innamorarsi della dea bendata.** *Dal gratta e vinci allo slot in cerca di fortuna:* in dialogo con Mauro Croce, psicoterapeuta e docente universitario. Nell'incontro si è parlato della fenomenologia del gratta e vinci, analizzando il dispositivo a partire dalle sue grafiche, per arrivare a comprendere i meccanismi implicati e l'immaginario sulla fortuna che spinge al loro acquisto.
2. **L'ebbrezza della scommessa.** *Dal fantacalcio all'ippica per il sogno della vittoria:* in dialogo con Michele Marangi, media educator, ricercatore del CREMIT e docente universitario. Nell'incontro si sono analizzate le scommesse nelle forme specifiche e particolari che assumono nell'epoca nostra contemporanea, che ci presenta un mondo sempre più "azzardificato".
3. **Il caso Fornite.** *Orientarsi nel gioco online tra le trappole dell'azzardo:* in dialogo con Davide Fant, Carlo Milani e Agnese Trocchi di C.I.R.C.E. Nell'incontro si è parlato di guardare criticamente le interfacce del mondo del gioco e del gioco online, in quanto spesso si connotano come "ambienti tossici" creati per spingere i giocatori a compiere determinate azioni, che talvolta rischiano di andare nella direzione dell'azzardo.

Dalla "Ricerca-Azione: Una conoscenza che attiva" sono scaturite le seguenti indicazioni relative alle azioni da intraprendere nel presente piano

- Impostare campagne informative che mirano ad aumentare la qualità della conoscenza sul fenomeno del «gioco d'azzardo» fra gli *opinion leader* dei diversi ambienti/settori della comunità locale
- Considerare le difficoltà di coinvolgimento nella ricerca come un indicatore di scarso ingaggio sul tema: la campagna comunicativa ha bisogno di fondarsi "sull'ingaggio" (commitment) prima ancora che "sulla competenza"
- Potenziare azioni di marketing sociale dei servizi e dei progetti esistenti in modo da aumentare l'area di contatto con *opinion leader*, cittadini attivi e potenziali utenti
- Allestire campagne informative e di sensibilizzazione, diversificate per target, sulla base di criteri di *Public Health Literacy*
- Ideare e programmare azioni che mirano ad aumentare (in maniera stabile e continuativa) la visibilità complessiva dell'offerta dei servizi: carta dei servizi, mappa dell'offerta, newsletter periodica, eventi sensibilizzativi online
- Costruire azioni formative specifiche (ad es. sul tema della autodifesa digitale sulla base di principi di pedagogia hacker, allo scopo di rinforzare competenze e fattori protettivi nell'ambiente digitale)
- Consolidare le collaborazioni attivate con le scuole del territorio, valorizzandone il ruolo di «interfaccia» con la comunità, tenendo conto il significativo livello di ingaggio già dimostrato
- Aumentare le competenze di *health literacy* nell'ambiente scolastico migliorando l'azione informativa e formativa sulla base di criteri di evidenza scientifica rispetto al fenomeno del «gioco d'azzardo»
- Potenziare azioni informative e formative rivolte ai «clienti interni» del sistema socio-sanitario locale (ATS-ASST) in una logica di *commitment* («impegno nell'azione») colleghi e colleghe di settori limitrofi alla prevenzione; dirigenti, responsabili e funzionari e operatori di altri settori del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale locale
- Valorizzare il duplice ruolo dei «clienti interni» dell'azione preventiva: *opinion leader* nel sistema socio-sanitario e moltiplicatori esterni (genitori, cittadini, volontari...), nei diversi settori/ambienti della comunità territoriale
- E' necessario porre attenzione ai giovani, al piacere e alla loro "presunta sicurezza" con cui si muovono nel mondo dell'online, in virtù della familiarità che hanno con esso. Le persone adulte si pongono nel mondo

digitale con un atteggiamento timoroso. Nonostante questo, non è da sottovalutare quanto entrambe le categorie siano soggette all'attrazione esercitata dal mondo digitale (di gioco e non). È importante tenere conto, nelle strategie di Prevenzione, dei diversi target generazionali e dei loro differenti atteggiamenti nei confronti del mondo online

## TABELLA OBIETTIVO 1

**Promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di health literacy nei diversi target.**

Obiettivo specifico	Azioni DGR 80 allegato B	Indicatori	Declinazione locale	Risultati
1.1 Promuovere conoscenze, competenze e consapevolezza mediante opportunità di comunicazioni “protette”, di informazione agli EELL, ecc	<p>1.2.1 Avviare la messa in rete dei Servizi di Ascolto/orientamento</p> <p>1.1.2 Rafforzare i Servizi informazioni consulenza</p>	Copertura popolazione	<p>-realizzare in collaborazione con ASST azioni di comunicazione specifica setting opportunistici (ambulatori MMG e PDF, aziende whp...)</p> <p>- attuare procedure di raccordo attivazione/revisione delle modalità di gestione dello sportello in sinergia con obiettivo 3</p> <p>- Promuovere l’attività di sostegno ai familiari attraverso sportelli dedicati sviluppati da Servizi, Auto-Mutuo-Aiuto e Associazionismo, Ordini (ad es. Avvocati), nell’ambito della programmazione sociale – Piani di Zona coinvolgendo ASST e EE.LL.</p>	<p>Sostegno ai familiari</p> <p>Emergenza della domanda anche con il coinvolgimento di Ordini Professionali (Avvocati ecc.)</p> <p>avvio rete regionale Servizi di informazione consulenza anche telefonici</p>
1.2 Promuovere l’aumento di conoscenze nei diversi target (giovani, famiglie, anziani)	<p>1.2.1 Progettare e realizzare Attività comunicative, coerenti a contesti e target sul fenomeno e la relazione con la salute (Health Literacy)</p> <p>1.2.2. Disseminare strumenti (web 2.0, app ecc.) definiti a livello regionale</p>	Presenza di iniziative di comunicazione target oriented	<p>-Diffusione di materiale prodotto nelle annualità precedenti target oriented (video no slot, carta dei valori, ecc...)</p> <p>-attivazione di azioni di sensibilizzazione con particolare riferimento all’area anziani con la collaborazione di associazioni Auser ecc...</p> <p>-diffusione esiti ricerca azione presso EELL ingaggiando figure diverse a supporto dei sindaci (es assessori servizi sociali, ecc...)</p> <p>-introdurre la tematica Gap attraverso webinar anche da remoto verso i diversi interlocutori</p>	<p>Supporto all’aumento delle conoscenze finalizzate a sostenere competenze decisionali</p> <p>Accompagnamento al cambiamento Supporto alle famiglie</p>

			della salute (medici competenti, MMG/PDF, farmacisti, infermieri di comunità, ecc...) -diffusione materiale informativo presso studi MMG	
1.3 Promuovere la conoscenza dell'offerta e delle modalità di accesso alla rete dei <b>servizi territoriali anche sociali</b>	1.3.1. Progettare e realizzare Attività comunicative, coerenti a contesti e target per l'incremento delle conoscenze sull'offerta e sulle modalità di accesso  1.3.2. Attivare strumenti per diversi canali/setting  1.3.3. Implementare i contenuti informativi mirati nelle pagine web istituzionali ATS/ASST, Enti Accreditati, EELL	Copertura popolazione  Realizzazione di una "campagna" con diffusione di infografiche nell'ambito delle iniziative rivolte alla popolazione nell'ambito dei Piani Locali GAP delle ATS	-Attivazione strumenti per diversi canali/setting  -Implementazione dei contenuti informativi mirati nelle pagine web istituzionali LOCALI SSR-Enti Accreditati, degli EELL linkando le pagine regionali  -diffusione materiale informativo secondo diversi canali comunicativi e differenziato per target anche attraverso le reti esistenti (lavoratori, giovani, anziani) in collegamento con le azioni previste dall'obiettivo specifico 2.3 (piani territoriali) -aggiornamento e manutenzione della mappatura online dei servizi di presa in carico e trattamento -monitoraggio del protocollo di invio ai servizi trattamentali MMG-operatori redatto nell'ambito della DGR 2609/19	Aumento delle opportunità di accesso ai servizi del sistema socio-sanitario e sociale regionale  Riduzione del rischio di cronicizzazione  Sostegno ai familiari

## Obiettivo 2

### **Potenziare l'attività di prevenzione e contrasto del GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali.**

In riferimento a questo obiettivo il Piano Locale GAP declinerà, in coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione, gli interventi nell'ambito dei programmi regionali nei diversi setting di riferimento (in particolare "Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia", "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", "Life Skill Training Lombardia", "Unplugged," "Competenze genitoriali nel Percorso Nascita", "Comunità locali").

Oltre a questi – che dovranno comunque avere rilievo prioritario – una quota di risorse (max 3%), potrà essere destinata a ulteriori linee di attività, riconducibili alle seguenti "categorie":

- interventi di prevenzione specifici: interventi complessi, comprendenti diverse azioni (es. incontri rivolti a singoli o piccoli gruppi) che si sviluppano in un arco di tempo, non inferiore al bimestre, condotti da figure professionali sociosanitarie e/o sociali e/o educative.
- interventi di sensibilizzazione rivolti alla generalità della popolazione: attività, iniziative uniche o articolate, incontri rivolti a gruppi, condotti da figure professionali sociosanitarie e/o sociali, e/o esperti del fenomeno e delle sue implicazioni a livello giuridico, economico, sociale, ecc.

### **Evidenze**

L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi (Velasco et al., 2021; Abbott, 2020; Rehm, Crepault, Hasan, Lachenmeier, Room, & Sornpaisarn, 2019). Il lavoro a rete dà l'opportunità di influenzare le politiche attraverso: lo sviluppo di partnership e di relazioni sociali utili allo scopo, l'organizzazione di contesti di dialogo e la facilitazione della mobilitazione della comunità. All'interno di tale logica, quindi, assumono importanza e rilevanza tutti i programmi preventivi caratterizzati ed orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto - da un approccio di promozione della salute, capaci di prendere in considerazione ed agire su tutti i differenti ambiti che caratterizzano tale fenomeno e che perseguono (capacity building) la costruzione di capacità individuali e collettive. Risulta fondamentale quindi implementare strategie capaci di considerare le diverse politiche e i diversi settori in esse coinvolte (sanitario, sociosanitario, fiscale, ecc.) La prevenzione del GAP ricade quindi nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e, per questo, deve orientare tutte le politiche; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo, la letteratura evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, quali:

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

### **Setting scolastico**

La promozione della salute nel contesto scolastico può essere definita come qualsiasi attività intrapresa per migliorare e/o proteggere la salute e il benessere della comunità scolastica.

Il ruolo dell'ATS, in un percorso in cui la titolarità rimane al sistema scuola, è stato di sostegno tecnico-scientifico, sviluppato attraverso la promozione di programmi e buone pratiche quali LST, Unplugged, Peer Education, Policy sul fumo di tabacco.

La collaborazione con il mondo della scuola sviluppato in questi anni ha consentito il potenziamento del modello operativo "Scuole che promuovono Salute- Rete SPS/SHE Lombardia" in cui la titolarità della scuola nel definire la pianificazione in tema di promozione alla salute, ha portato a una corresponsabilizzazione diversa nel processo di



costruzione della salute. Si è sviluppata una collaborazione con i rispettivi Uffici Scolastici Provinciali e con le relative scuole capofila provinciali, che per l'ATS della Montagna sono quella di Brescia, Sondrio e Como.

Il Programma SPS prevede che le scuole governino i determinanti di salute riconducibili allo sviluppo di competenze, alla qualificazione dell'ambiente sociale, all'ambiente fisico ed organizzativo, promuovendo oltre ad iniziative proprie anche iniziative attraverso le alleanze con i diversi attori della comunità (Comuni, no profit, associazionismo, volontariato ecc.).

In collaborazione con ATS Brescia e con la rete SPS di Brescia si è promosso un percorso formativo rivolto ai dirigenti, docenti, operatori ATS e genitori finalizzato a promuovere l'acquisizione delle competenze base per facilitare il dialogo e promuovere la sinergia tra gli attori dei diversi contesti scolastici tramite l'utilizzo del modello Time-out. Ulteriore obiettivo da raggiungere è stato la valorizzazione del modello della Rete delle Scuole che Promuovono Salute: tramite una facilitazione dialogica ci si è orientati alla co-costruzione di una strategia di sostegno per i bisogni di salute e benessere di tutta la comunità scolastica all'interno del modello della rete.

Nel 2023 in collaborazione con la Rete SPS di Brescia e con il supporto di tutti gli istituti scolastici dell'Ambito 8, si è organizzato un percorso formativo intitolato "Verso una nuova alleanza educativa: Time-out pratiche dialogiche a scuola".

Il corso di formazione sulle pratiche dialogiche è stato rivolto a tutti i dirigenti scolastici e il loro staff, i docenti referenti dell'educazione alla salute e tutti i docenti referenti dei diversi Plessi scolastici delle scuole camune integrando la presenza anche di operatori sanitari impegnati nelle attività di promozione della salute. Il percorso che ha avuto una durata di 24 ore, suddivise in 4 giornate formative, si è svolto presso l'I.C. Tonolini di Breno e ha visto il coinvolgimento di numerosi dirigenti scolastici con il loro staff complessivamente hanno partecipato 70 operatori scolastici che hanno ruoli dirigenziali da Ponte di Legno a Darfo. Queste giornate hanno consentito lo sviluppo di una rete comunicativa tra il sistema scolastico e quello sanitario costruendo le basi per un percorso di continuità da sviluppare nel futuro sull'intero territorio di ATS della Montagna.

Gli Istituti scolastici ad oggi aderenti alla rete sono 30 raggiungendo una copertura del 57%. La copertura raggiunta nel 2022 con i programmi LST è dell'8% per la Primaria e del 41% per la secondaria, mentre il dato del programma Unplugged implementato in 7 plessi solo sul territorio VCS evidenzia la necessità di implementare una collaborazione con il terzo settore e azioni di sostegno alle scuole, nonché ricostruire un'alleanza con la scuola attraverso l'azione dei referenti ATS territoriali per la promozione alla salute definiti nella ripartenza.

Nell'ambito della costruzione di competenze, le proposte di supporto alle scuole sono state condivise con gli operatori dell'ASST dei servizi consultoriali al fine di dare continuità al processo costruito negli anni con la prosecuzione degli interventi formativi sul tema dell'affettività e sessualità con la strategia della peer education.

Allo stato attuale (anno scolastico 2022/2023) il progetto di peer education ha raggiunto il 67% scuole secondarie di II grado del territorio della Valle Camonica. Le scuole interessate sono state n.4: CFP Zanardelli di Darfo BT, Liceo Golgi di Breno, Istituto Tassara Ghislandi di Breno e per la prima volta l'Istituto Olivelli di Darfo BT. Sono state raggiunte 33 classi per un numero complessivo di 69 Peer formati e 622 studenti raggiunti. Inoltre, è stata sperimentata la metodologia della peer in collaborazione con il terzo settore nell'IIS Meneghini di Edolo con il reclutamento di 25 peer. In 5 istituti della Valtellina (ITS De Simoni-Quadrio Sondrio, IP Besta-Fossati Sondrio, ITIS Mattei Sondrio, Polo liceale Città di Sondrio, IIS Saraceno-Romegialli Morbegno) in cui sono stati reclutati 39 peer, il tema è stato il Gioco d'Azzardo: i peer hanno valorizzato la Carta dei Valori quale strumento di comunicazione con i pari al fine di promuovere fattori protettivi. Il lavoro sviluppato con questa metodologia ha consentito di non demonizzare il gioco e il gioco online in modo assoluto, in quanto ne esistono di diverse tipologie e con finalità differenti. Quando si parla di continuità tra gaming e gambling, si fa infatti riferimento ad una specifica tipologia di gioco, in genere "passivizzante", in cui si innescano nelle persone idee di punteggi, guadagni e offerte economiche, per cui diviene possibile pagare per acquistare strumenti che danno la sensazione di diventare più forti, di superare i diversi livelli, di comprare pacchetti "sorpresa" che avvicinano sempre più al mondo dell'Azzardo. Si intuisce quanto non si tratti tanto della dimensione del "giocare" quanto piuttosto della perdita di un'idea di gioco come costruzione creativa di qualcosa e, in quanto tale, espressione di sé. Pertanto, diventa utile promuovere l'utilizzo di giochi attivi, e creativi al fine di promuovere in loro un livello tale di consapevolezza.

Gli operatori formati per i programmi regionali sono stati 5 dell'ATS, 9 del consultorio e 5 operatori del Terzo settore (3 per la Peer e 1 per LST; la formazione dei docenti impegnati nel percorso ha coinvolto 126 persone di cui 3 a ruolo di formatori.

Si è promosso, attraverso la collaborazione delle associazioni dei genitori un percorso di Family skill, il cui primo incontro si è realizzato alla fine dello scorso anno scolastico (30/05/2022), proposto in tre edizioni, rivolte ai genitori dell'alta, media e bassa Vallecamonica, e due edizioni per la Valtellina. L'esperienza ha senza alcun dubbio facilitato il dialogo nella progettazione futura al percorso.

### **Setting lavorativo**

Gli ambienti di lavoro rappresentano dei contesti di grande interesse per la promozione della salute, essendo dei microcosmi in cui le persone passano la maggior parte del proprio tempo, spesso in presenza di forti dinamiche relazionali. Inoltre, i luoghi di lavoro offrono la possibilità di raggiungere la fascia di popolazione adulta, difficilmente raggiungibile in altri contesti comunitari. In questo contesto, si colloca il programma WHP Work Health Promotion la cui idea centrale è che una azienda che promuove la salute si impegna a costruire, attraverso un processo partecipato che vede il coinvolgimento di tutte le parti coinvolte, un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute, nel proprio interesse e nell'interesse dei lavoratori e della collettività. Per ogni lavoratore reso consapevole dei fattori protettivi nei confronti della salute possiamo immaginare un effetto moltiplicatore della consapevolezza acquisita nell'ambito della propria famiglia/comunità. Il programma propone un lavoro di promozione salute in varie aree tematiche, in particolare è presente l'area sui comportamenti additivi e relative buone pratiche.

In linea con quanto definito dal Piano Regionale prevenzione 2021/2025 e in coerenza con gli indirizzi nazionali, l'obiettivo punta al potenziamento/rinforzo delle azioni di prevenzione e contrasto del GAP, attraverso lo sviluppo di programmi multistakeholder orientati al sostegno di processi di empowerment individuali e di comunità e capacity building da parte dei decisori delle politiche che impattano nei diversi setting.

Nell'ambito territoriale dell'ATS, le Aziende attualmente in carico sono 52, con una buona partecipazione in linea con il programma regionale. Nel dettaglio, le BP relative al GAP attuate sono le seguenti:

- Evento formativo rivolto a MC e MMG finalizzato alla comprensione del fenomeno e a conoscere gli strumenti a disposizione per il contrasto al Gap
- FAD regionale relativa alle competenze dei MC nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio
- 3 webinar rivolti ai MC per sensibilizzare e trasmettere conoscenze rispetto al fenomeno GAP
- Policy aziendali attuate attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (già definite da 3 aziende)
- Formazione delle figure di sistema aziendali in programma per il 2023 finalizzate ad aumentare la conoscenza delle policy aziendali e le capacità di gestione dei lavoratori con comportamenti additivi.

Ci sarà anche un coinvolgimento degli interlocutori degli enti Locali affinché possano essere promotori di un processo partecipato in tema di promozione alla salute nella comunità.

Il coinvolgimento dei medici competenti continuerà non solo per un loro impegno diretto nello sviluppo delle buone pratiche previste dal programma, ma anche come risorsa nella diffusione del programma ad altre aziende presenti sul territorio, in particolare per raggiungere quelle maggiormente bisognose secondo i dati di letteratura sulle disuguaglianze di salute.

Nel corso del 2022 e del 2023 si è evidenziato che:

- vi è stato un significativo sviluppo di sinergie della rete degli attori coinvolti con relativo potenziamento dei tavoli di confronto finalizzati ad ottimizzare le strategie di monitoraggio e di implementazioni di azioni di raccordo in tema di "Gioco d'Azzardo Patologico" e della promozione salute più in generale;
- si è sviluppata una prima geolocalizzazione delle iniziative di prevenzione e di adesione ai programmi ed alle reti Regionali (rete SPS, WHP, LST e Unplugged) finalizzate a costruire una cornice all'interno della quale promuovere le varie iniziative in continuità;
- vi è stato un incremento di adesioni alla rete regionale di aziende WHP e il coinvolgimento oltre a Confindustria Lecco Sondrio per la Valtellina anche di Assocamuna per il territorio della Vallecamonica.
- l'aggancio delle aziende del terzo settore coinvolto per la promozione del programma ha comportato l'adesione di cooperative sociali in cui sono impegnati lavoratori a bassa qualifica

- I risultati ottenuti dall'integrazione con il terzo settore hanno certamente confermato l'utilità con questa collaborazione

I progetti tutt'ora in corso sviluppati dal Terzo settore, vedono un importante coordinamento di ATS come attore fondamentale nello sviluppare sinergie con gli altri enti e istituzioni all'interno dei programmi regionali. Il coordinamento, in media, ha previsto degli incontri con cadenza mensile.

## TABELLA OBIETTIVO 2

### Potenziare l'attività di prevenzione e contrasto GAP nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali

Obiettivo specifico	Azioni DGR 80 allegato B	Indicatori	Declinazione locale	Risultati
2.1 Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting Luoghi di lavoro	<p>2.1.1. Integrare la tematica "prevenzione GAP" all'interno delle linee di attività del Programma "Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia"</p> <p>2.1.2. Incrementare del 15% il numero di "Luoghi di Lavoro" coinvolti nel Programma</p> <p>2.1.3. Incrementare del 15% il numero dei destinatari finali del Programma</p> <p>2.1.4. Documentare gli elementi equity oriented a sostegno delle scelte</p>	<p>Incremento n. aziende che partecipano al programma regionale Rete WHP</p> <p>Presentazione del programma alle aziende</p> <p>Incremento n. lavoratori raggiunti</p>	<p>-formazione figure di sistema e dirigenti delle aziende sul fenomeno gap e sulla rete dei servizi presenti</p> <p>-formazione e accompagnamento referenti e figure di sistema per la redazione della policy per i comportamenti additivi</p> <p>- Formazione dei medici competenti sulle Buone Pratiche in merito al contrasto al GAP e sul programma WHP e loro ingaggio attraverso il CMB</p> <p>- formazione dei medici competenti sul counseling motivazionale breve</p> <p>- Iniziative di comunicazione rivolta ai lavoratori sulla rete dei servizi esistenti</p> <p>Produzione di materiale comunicativo dedicato sul tema del fenomeno gap nel territorio di competenza</p> <p>Diffusione del programma presso le aziende pubbliche e private del territorio con particolare attenzione alle aziende con operatori a bassa qualifica</p> <p>-Formazione Operatori del SSR,</p>	<p>Ingaggio di fasce di popolazione adulta di profilo socio – economico diversificato</p> <p>Aumento responsabilità sociale d'impresa verso problematiche specifiche</p> <p>Ingaggio individuale GAP anche attraverso azione del medico competente</p>

			<p>EELL, Enti Accreditati, Terzo Settore, comunità Montane , Comuni sul programma WHP e con particolare riferimento al fenomeno GAP</p> <p>-Raccordo tra programma WHP e gli interventi e servizi per la conciliazione vita/lavoro</p> <p>- mappatura delle aziende con presenza di lavoratori a bassa qualifica sul territorio di competenza e promozione del programma a una quota maggiore o uguale al 10% delle aziende aderenti alla rete WHP locale</p> <p>-condividere la ricerca di buone pratiche funzionali alle aziende medio piccole con caratteristiche strutturali specifiche con il tavolo regionale in linea con le indicazioni di letteratura</p>	
<p>2.2 Incrementare l'offerta di pratiche di prevenzione evidence based in tema di GAP nel setting scolastico</p>	<p>2.2.1. Integrare la tematica "prevenzione GAP" all'interno delle linee di attività del Programma "Scuole che Promuovono salute – Rete SPS-SHE Lombardia"</p> <p>2.2.2. Incrementare del 25% il numero di Scuole coinvolte nel Programma</p> <p>2.2.3. Incrementare del 25% il numero dei destinatari finali dei programmi regionali di potenziamento delle Life Skills</p>	<p>Incremento n. Scuole che partecipano al programma regionale Rete SPS.</p> <p>Incremento n. docenti e studenti raggiunti dai programmi regionali di potenziamento delle Life Skills (LST e Unplugged adattati e Peer education)</p>	<p>-Sostegno e sviluppo delle reti provinciali SPS promuovendo lo sviluppo di percorsi formativi integrati per raccordare e integrare le azioni sulle competenze base per facilitare il dialogo e promuovere la sinergia fra i vari attori in linea con il modello della Rete SPS (es Time out)</p> <p>-Seminari e workshop sulla diffusione del modello della Rete SPS per incrementarne l'adesione</p> <p>-attivazione di un gruppo di lavoro allargato (dirigenti scolastici, docenti, operatori Asst e consultori accreditati, operatore del terzo settore) finalizzato alla condivisione di BP e modalità di implementazione nei diversi contesti</p>	<p>Aumento delle opportunità di sviluppo di competenze "di vita" e "di cittadinanza" nei giovani</p> <p>Promozione del valore culturale (target "giovani") di stili di vita positivi e prevenzione GAP</p> <p>Orientamento delle policy delle singole scuole</p>

	<p>2.2.4. Documentare gli elementi equity oriented a sostegno delle scelte</p>		<p>-Promuovere l'adesione dei centri di formazione Professionale alla rete SPS in ottica equity oriented</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consolidare il raccordo con le reti d'ambito, di scopo, le scuole polo della formazione e le reti provinciali della rete SPS</li> <li>-coinvolgimento delle ASST nelle cabine di regia allargata delle reti SPS provinciali</li> </ul> <p><b>PROGRAMMI REGIONALI E POLICY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-consolidare la collaborazione con le ASST (area consultoriale ecc...)e gli operatori del terzo settore formati in questi anni per lo sviluppo dei programmi regionali</li> <li>- Formazione operatori del terzo settore, nuovi operatori ASST, sulle evidenze/programmi regionali in merito di contrasto al GAP</li> <li>-formazione per operatori Asst e terzo settore sulle policy</li> <li>-mappatura delle policy presenti nelle scuole e accompagnamento alla stesura per le nuove scuole</li> <li>-Attivazione di laboratori motivazionali per docenti già impegnati nel programma LST</li> <li>-Formazione docenti scuola primaria sul programma LST in collaborazione con la scuola secondaria</li> <li>-Formazione genitori e figure chiave della comunità locale per attività Peer Education in materia di life skills in sinergia con l'obiettivo 0</li> <li>- Incontri di monitoraggio e di rinforzo su tematiche specifiche sollecitate dai docenti in collaborazione con Associazioni del territorio e Regionali</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			-Implementazione del lavoro di prevenzione selettiva in raccordo con il Terzo Settore con le azioni previste dal protocollo d'intesa con la Prefettura e lo sviluppo del Piano locale DGR 7499	
2.3 Aumentare la copertura territoriale delle iniziative attivate dagli Enti Locali in partnership con Terzo Settore, Scuole, SSR -Enti Accreditati	<p>2.3.1. Integrare la tematica "prevenzione GAP" all'interno delle iniziative realizzate in sinergia/co-progettazione/partnership con EELL</p> <p>2.3.2. Incrementare del 25% il numero di Comuni attivati sulla tematica</p> <p>2.3.3. Incrementare del 25% il numero dei destinatari finali</p> <p>2.3.4. Documentare gli elementi equity oriented a sostegno delle scelte</p>	<p>Incremento dei Comuni che attivano azioni</p> <p>Incremento dell'attivazione di partnership da parte dei Comuni</p>	<p>-Promuovere l'adesione alla carta dei valori presso gli opinion leader della comunità</p> <p>-Attivazione/consolidamento della formazione per gli amministratori, operatori dei servizi e agenti della polizia locale sulle azioni di contrasto al GAP con particolare attenzione alle disuguaglianze di salute.</p> <p>- sperimentare un modello organizzativo integrato a livello di ambito territoriale</p> <p>- Progettazione di iniziative di engagement target specifiche per soggetti (anziani, genitori) e luoghi di aggregazione (parrocchie, centri ricreativi) in sinergia con l'OBIETTIVO 3</p>	<p>Riduzione dell'accesso all'offerta (gioco)</p> <p>Incremento di iniziative</p> <p>Miglioramento contesti urbani</p>
2.4 Promuovere la capacity building di decisori/reti locali dei diversi setting e la diffusione di Buone Pratiche	<p>2.4.1. Realizzare iniziative finalizzate alla conoscenza, condivisione e diffusione di azioni validate da evidenze e/o raccomandati quali Buone Pratiche.</p> <p>2.4.2. Attivazione di uno strumento regionale di rilevazione delle azioni realizzate dalle ATS</p>	<p>Incremento di disponibilità di strumenti di analisi, valutazione, accountability</p>	<p>Attivazione Tavolo monitoraggio Piano Gap con partecipazione degli ambiti territoriali, ACB, Terzo Settore, associazioni di categoria</p> <p>Attivazione dell'Osservatorio interistituzionale per il contrasto al GAP (1 per ogni ambito distrettuale) in relazione agli obiettivi del presente Piano</p> <p>Produzione di report locali</p>	<p>Coerenza con analisi di contesto/bisogni della programmazione integrata</p> <p>Diffusione di azioni di prevenzione e contrasto efficaci/raccomandate</p> <p>Sviluppo di Reti (diffusione BP)</p>

	<p>nell'ambito dell'Obiettivo Generale per la conoscenza e diffusione di buone pratiche (azione di coordinamento a carattere regionale)</p> <p>2.4.3. Realizzazione Piano ricerche regionali/locali per l'elaborazione di dati di contesto e di comportamento nello scenario regionale e produzione di reportistica regionale qualiquantitativa (azione di coordinamento a carattere regionale)</p>			
--	---	--	--	--



### Obiettivo 3

#### Potenziare le opportunità di Diagnosi precoce, Cura e Riabilitazione a livello territoriale in linea con l'assetto organizzativo

Rispetto alla Regione Lombardia, i dati dell'Agenzia Dogane e Monopoli – Libro Blu 2021 – mettono in evidenza il primato della Lombardia rispetto all'offerta di gioco, anche in ragione del peso della popolazione lombarda rispetto al totale nazionale, per un volume importante di prestazioni sanitarie e psico-socio-educative. La dipendenza da gioco d'azzardo è, inoltre, uno dei fattori che incide sulla precarietà economica delle famiglie, esponendo a indebitamento e povertà.

Al fine di migliorare la prevenzione e il contrasto al Disturbo da Gioco d'Azzardo, promuovendo un approccio precoce, intersettoriale e multidimensionale che prenda in carico la persona e la sua famiglia, considerando i riflessi sociali ed economici che questa produce, Regione Lombardia ha adottato il Piano operativo regionale per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) che si basa su principi cardine come: aggancio precoce, potenziamento dei servizi di cura per la diversificazione/ personalizzazione delle offerte di trattamento, eliminazione dello stigma che caratterizza le forme patologiche delle dipendenze. Fondamentale è il coinvolgimento a livello territoriale del maggior numero possibile di attori sociali con un approccio sinergico all'interno di un unico framework strategico. In questo senso, sono stati attivati percorsi intersettoriali sperimentali, tuttora in corso, per l'implementazione di un modello di governance integrata e multilivello che permetta di ottimizzare le forze in campo, massimizzando le ricadute preventive delle politiche adottate.

Le azioni introdotte per l'obiettivo 3 "Potenziare le opportunità di diagnosi precoce, cura e riabilitazione a livello territoriale anche tramite sperimentazioni di residenzialità e semi-residenzialità", in continuità con le precedenti annualità, hanno determinato, nel 2022, per il territorio di ATS Montagna, un incremento dell'utenza con DGA (diagnosi primaria esclusi i poli dipendenti) rispetto al 2021 (68 totali del 2022 vs i 58 del 2021).

Si riporta di seguito la sintesi dei dati relativa all'anno 2022 effettuata sulla base del flusso AMB-SERT/SMI Regione Lombardia.

Il quadro epidemiologico al 31.12.2022 presentava un numero di 68 soggetti in carico (diagnosi primaria GAP e cartella aperta) di cui il 77,94 % di genere maschile.

**TAB-1 SOGGETTI IN CARICO DISTRIBUITI PER GENERE E SERVIZIO DI RIFERIMENTO**

Soggetti	SERT Chiavenna	SERT Bormio	SERT Tirano	SERT Morbegno	SERT Sondrio	SERT Darfo	SMI Mago di Oz	TOT.
MASCHI	5	1	5	8	6	23	5	53
FEMMINE	0	0	0	4	1	7	3	15
TOTALE	5	1	5	12	7	30	8	68

**TAB-2 SOGGETTI IN CARICO DISTRIBUITI PER TIPOLOGIA DI ACCESSO**

TIPOLOGIA ACCESSO	DI	SERT Bormio	SERT Chiavenna	SERT Tirano	SERT Morbegno	SERT Sondrio	SERT Darfo	SMI Mago di Oz	TOT.
Accesso Volontario		1	3	5	11	7	21	2	50
Altro			2				1		3

Familiari/Amici				1		2		3
non noto/non risulta						1	6	7
Strutture Ospedaliere						5		5
<b>Totale complessivo</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>8</b>	<b>68</b>

L'obiettivo specifico 3.1., "Rafforzamento del collegamento tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale", che ha visto l'attivazione di Sportelli d'Ascolto, è proseguito con delle limitazioni rispetto all'ampia campagna pubblicitaria svolta attraverso le reti locali e al materiale pubblicitario distribuito. Infatti, nonostante le attività svolte in modo propositivo, non sono pervenute richieste di consulenza ospedaliera in ASST Valcamonica e lo sportello informativo telefonico dell'ASST Valtellina e Alto Lario, aperto ai dipendenti, ha avuto una bassa fruizione.

L'obiettivo specifico 3.2, che concerne l'avvio sperimentale di percorsi residenziali dedicati e specializzati per la cura del DGA, prevede il coinvolgimento dei Servizi residenziali e semiresidenziali - previsti in ottemperanza ai LEA – che si dividono in due categorie principali:

- Servizio di Diagnosi, definizione dell'esigenza e primo trattamento;
- Servizi di Trattamento, suddivisi, a loro volta, in 3 tipologie, in considerazione delle strategie elettive previste nella realizzazione dell'intervento;
  - a. Servizio Residenziale breve con Progetto Territoriale;
  - b. Servizio Residenziale;
  - c. Servizio Semiresidenziale.

Sulla base di quanto previsto dalla DGR 585/2018 la scrivente ATS con delibera n.24 del 17.01.2019 ha approvato l'ammissibilità della manifestazione di interesse dell'Associazione Comunità IL GABBIANO Onlus, rimodulata e recepita da questa ATS con protocollo n. 1787/2019 del 11.01.2019. La convenzione con la comunità è stata attiva fino alla data del 31.12.2022.

La disponibilità da parte dell'Associazione Comunità il Gabbiano onlus, presso la UDO di Bassa Intensità assistenziale per le Dipendenze, sita in via Nazionale,150, Villa di Tirano (SO) è stata di:

- ☒ n° 1 posto accreditato per il "Servizio di trattamento Residenziale Breve"
- ☒ n° 1 posto accreditato per il "Servizio di trattamento Residenziale".

Al fine dell'inserimento degli utenti nelle strutture sperimentali, ATS definisce, in collaborazione con l'inviante della richiesta, le modalità di raccordo.

Nel corso dell'anno 2022, sono state utilizzate parte delle risorse residuali riferite al sotto obiettivo 2 "Percorsi Residenziali", con l'inserimento di n. 2 persone in Enti Accreditati da Regione Lombardia per la cura del paziente con diagnosi primaria di "gioco d'azzardo patologico".

L'obiettivo specifico 3.3., che ha previsto la realizzazione di azioni formative finalizzate a costruire competenze nella conduzione di gruppo, secondo il modello DBT Skills Training, ha consentito di applicare nella pratica clinica la suddetta innovativa tipologia di percorsi terapeutici. È stato promosso il percorso formativo rivolto ai MMG e ai medici competenti, al fine di promuovere il programma WHP e la comprensione del fenomeno, con i relativi strumenti finalizzati a una presa in carico precoce del soggetto affetto da GAP. In aggiunta alla formazione sopra descritta, è stato completato un percorso informativo di sensibilizzazione su tematica GAP rivolto al personale ASST.

Nell'ambito delle azioni sviluppate dallo SMI di Pisogne, di particolare rilievo è stata la realizzazione, in rete, del sito Playwithsmi che ha visto l'attivazione di un servizio di consulenza, da parte di operatori di marketing informatico del sito, al fine di favorirne una maggior diffusione sul territorio di appartenenza alla nostra ATS.

Le parole chiave e gli ambiti che avrebbero potuto meglio incontrare le richieste di persone con dei dubbi rispetto al proprio comportamento di gioco o all'ipotesi di coinvolgimento di un familiare, sono frutto di uno studio ed elaborazione avvenuta nella primavera 2022. I pazienti che hanno compilato il questionario sul sito, e che successivamente sono stati contattati dagli operatori dello SMI, evidenziavano una maggior difficoltà ad accedere di persona ai servizi ambulatoriali, esprimendo nella maggior parte dei casi, un vissuto di vergogna che rende ancora più difficile la cura e il trattamento di questo disturbo. L'accesso telefonico ha permesso, in molti casi, il racconto del personale vissuto di sofferenza legato al fatto di agire un comportamento che è ritenuto "disdicevole" e fuori dal controllo personale.

## **Stato dell'Arte**

Sul territorio dell'ATS Montagna, in linea con l'organizzazione regionale per quanto concerne l'assistenza ai giocatori d'azzardo patologici e alle loro famiglie, sono presenti Servizi Pubblici e del Privato Accreditato dedicati e specializzati.

In specifico, sono presenti 7 Servizi Ambulatoriali per le dipendenze, così suddivisi:

- Distretto Valtellina e Alto Lario: 5 Ser.D afferenti all'ASST Valtellina e Alto Lario;
- Distretto Valcamonica: 1 Ser.D afferente all'ASST Valcamonica; 1 SMI accreditato a contratto.

I servizi per il Disturbo da Gioco d'Azzardo, di seguito "DGA", con azioni specifiche di informazione/consulenza rispetto alla problematica e di diagnosi e presa in carico, sono potenziati sul territorio delle azioni di cui agli obiettivi specifici 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4 (ex DGR 585/18).

Ogni Servizio è strutturato in una o più equipe multidisciplinare composte da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, con in carico utenza con problematiche DGA ed offre attività di diagnosi, cura e riabilitazione per i pazienti ed i loro familiari, garantendo l'attivazione di un piano di assistenza individuale che comprende interventi psicologico/clinici, psico educazione, interventi socioeducativi, terapia farmacologica con il coinvolgimento, altresì, importante, della rete familiare.

Tutto il personale, sia dipendente che consulente, prima di essere dedicato al trattamento del DGA ha seguito percorsi di formazione specifici. Va specificato che una parte del personale rientra negli organici dei vari Servizi, mentre una parte è garantito da contratti di consulenza finanziati con le risorse previste dai Piani Locali GAP.

Si sottolinea l'importanza del lavoro d'integrazione con le altre risorse del territorio, quali MMG, i Servizi Psichiatrici, i Consultori, i Servizi Sociali dei Comuni e i Gruppi di Auto Aiuto. Nel territorio dell'ASST VAL, in specifico, la rete dell'offerta sociosanitaria è integrata da soggetti del terzo settore che promuovono e conducono Gruppi di mutuo-auto/aiuto. I Servizi sono costantemente coinvolti nei progetti attivati dagli Enti locali per il contrasto al gioco d'azzardo.

Il Piano Regionale GAP che si cerca di realizzare, in ottica di continuità con il lavoro già intrapreso nel territorio dell'ATS Montagna nel corso delle precedenti annualità, mira a potenziare le opportunità di diagnosi precoce, cura e riabilitazione già esistenti a livello territoriale. Per quanto riguarda gli obiettivi specifici dell'obiettivo 3, tenendo presente gli obiettivi del Piano Regionale, dal confronto avvenuto tra ATS e i Servizi è emerso quanto sintetizzato nella tabella sotto riportata.

**TABELLA OBIETTIVO 3**

**Potenziare le opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)**

Obiettivo specifico	Azioni DGR 80 allegato B	Indicatori	Declinazione locale	Risultati
3.1 Rafforzamento del collegamento tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale delle ASST al fine di diffondere la consapevolezza del Disturbo da Gioco d'Azzardo come patologia curabile e di facilitare l'accesso all'offerta dei Servizi presenti sul territorio	3.1.1. Attività informative rivolte a pazienti e familiari su trattamenti e luoghi di cura esistenti 3.1.2. Attività informative rivolte al personale ospedaliero sui trattamenti e luoghi di cura esistenti 3.1.3. Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro familiari, 3.1.4. Attività di raccordo con i reparti ospedalieri e servizi specialistici per segnalazione / invio di pazienti 3.1.5. Attività di formazione e aggiornamento del personale ospedaliero 3.1.6. Produzione di report per il monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto	Garantire la continuità degli sportelli già attivi;  Favorire l'apertura di nuovi punti di ascolto e aumentare il numero di soggetti destinatari di percorsi di consulenza	3.1.1. Attività informative rivolte a pazienti e familiari su trattamenti e luoghi di cura esistenti 3.1.2. Attività informative rivolte al personale ospedaliero sui trattamenti e luoghi di cura 3.1.3. Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro familiari 3.1.4. Attività di raccordo con i reparti ospedalieri e servizi specialistici per segnalazione / invio di pazienti 3.1.5. Attività di formazione e aggiornamento del personale ospedaliero 3.1.6. Produzione di report per il monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto	Mantenimento degli sportelli attivi  Diffusione cultura DGA come patologia prevenibile, curabile e guaribile nei Servizi di Cura secondo le indicazioni OMS  Implementazione attività di connessione Ospedale /Territorio  Incremento del numero dei pazienti e dei familiari accompagnati dalle realtà ospedaliere ai Servizi Territoriali
3.2 Residenzialità a. Servizio residenziale e semiresidenziale di diagnosi e di definizione dell'esigenza b. Servizio residenziale/territoriale di trattamento e accompagnamento	quantificazione del fabbisogno economico	n. 3 utenti per un totale di € 129.600,00 - fabbisogno previsionale sul massimo della permanenza di 18 mesi previsti dalle DGR 585 e seguenti (n. 1 utente per ogni servizio – ASST Valtellina e Alto Lario, ASST Vallecamonica e SMI).		

<p>3.3 Implementare nella rete dei Servizi Territoriali (SerD e SMI) percorsi di cura per il Disturbo da Gioco d'Azzardo ampliando il numero di soggetti in carico, ottimizzando gli interventi</p>	<p>3.3.1. Reperimento di personale socio-sanitario dedicato al GAP per i servizi ambulatoriali del territorio 3.3.2. Attività informative rivolte a pazienti e familiari su GAP e modalità di cura 3.3.3. Attività di screening e valutazione per GAP su soggetti in carico nei servizi per problemi di polidipendenza 3.3.4. Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro familiari, 3.3.5. Attività diagnosi precoce del GAP e per possibili co-diagnosi con altre dipendenze 3.3.6. Integrazione di tutte le prestazioni previste dai LEA e descritte nei flussi AMB 3.3.7. Attività di raccordo con i reparti ospedalieri e servizi socio-sanitari e di volontariato del territorio 3.3.8. Attività di formazione del personale 3.3.9. Monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto</p>	<p>Sperimentazione di nuove tecniche di trattamento  Aumento utenti in trattamento  Attività di rete con le strutture Residenziali che hanno aderito al Progetto sperimentale</p>	<p>3.3.1. Reperimento di personale socio-sanitario dedicato al GAP per i servizi ambulatoriali del territorio 3.3.2. Attività informative rivolte a pazienti e familiari su GAP e modalità di cura 3.3.3. Attività di screening e valutazione per GAP su soggetti in carico nei servizi per problemi di polidipendenza 3.3.4. Attività di ascolto, di valutazione clinica e motivazionale su pazienti e loro familiari, 3.3.5. Attività diagnosi precoce del GAP e per possibili co-diagnosi con altre dipendenze 3.3.6. Integrazione di tutte le prestazioni previste dai LEA e descritte nei flussi AMB 3.3.7. Attività di raccordo con i reparti ospedalieri e servizi socio-sanitari e di volontariato del territorio 3.3.8. Attività di formazione del personale 3.3.9. Monitoraggio quali-quantitativo delle attività in atto</p>	<p>Presenza in carico multidisciplinare per pazienti con DGA e/o polidipendenti  Definizione strumenti di valutazione multidimensionale per diagnosi</p>
<p>3.4 Consolidare da parte delle ASST-SerD attività di diagnosi e cura negli Istituti Penitenziari, sia bper i pazienti affetti da DGA sia per quelli affetti anche da disturbo da uso di Sostanze</p>	<p>3.4.1. Reperimento di personale socio-sanitario dedicato al DGA per i servizi dedicati alle carceri 3.4.2. Attività informative rivolte ai familiari dei detenuti su DGA e modalità di cura. 3.4.3. Attività di screening e valutazione su soggetti detenuti in carico per problemi di DGA e/o polidipendenza 3.4.4. Attività di ascolto, di valutazione clinica e</p>	<p>Utilizzo delle batterie di test più adeguate e colloqui di valutazione diagnostica  Presenza in carico per trattamenti brevi di soggetti con diagnosi primaria DGA o comportamento problematico associato al consumo di sostanze psicoattive  Partecipazione ad incontri di rete</p>	<p>3.4.1. Reperimento di personale socio-sanitario dedicato al DGA per i servizi dedicati alle carceri 3.4.3. Attività di screening e valutazione su soggetti detenuti in carico per problemi di DGA e/o polidipendenza 3.4.5. Attività diagnosi precoce del DGA e per possibili co-diagnosi con altre dipendenze</p>	<p>Implementazione Attività di Prevenzione indicata all'interno degli Istituti Penitenziari in particolare fra soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze  Aumento soggetti affetti da DGA o da Disturbo da uso di Sostanze e DGA presi in carico dai Servizi che operano all'interno Istituti Penitenziari</p>

	<p>motivazionale su pazienti detenuti e loro familiari,</p> <p>3.4.5. Attività diagnosi precoce del DGA e per possibili co-diagnosi con altre dipendenze</p> <p>3.4.6. Potenziamento di tutte le prestazioni previste dai LEA e descritte nei flussi AMB</p> <p>3.4.7. Attività di raccordo con i reparti ospedalieri e servizi sociosanitari e di volontariato del territorio</p> <p>3.4.8. Attività di formazione del personale</p> <p>3.4.9. Monitoraggio qualitativo delle attività in atto</p>		<p>3.4.6. Potenziamento di tutte le prestazioni previste dai LEA e descritte nei flussi AMB</p> <p>3.4.8. Attività di formazione del personale</p> <p>3.4.9. Monitoraggio qualitativo delle attività in atto</p>	
--	---	--	--	--

In riferimento alle nuove risorse economiche che Regione Lombardia ha previsto di assegnare alle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), di cui alla deliberazione n. XII/80 del 03.04.2023, per la realizzazione della quinta annualità del programma di attività per il Contrasto al gioco d'azzardo patologico (DGA), per quanto riguarda l'obiettivo 3, verranno assegnati ad ATS Montagna complessivi € 87.130,00 che saranno ipoteticamente così suddivisi alle ASST (Valtellina e Alto Lario e Valcamonica) e allo SMI di Pisogne:

<b>3.1 Ospedali</b>	=> € 6.100,00
<b>3.2 Residenzialità</b>	=> €
<b>3.3 Ambulatorio</b>	=> € 79.288,00
<b>3.4 Carceri</b>	=> € 1.742,00

Non risultano residui relativi al primo biennio – anni operativi 2018-2019-2020-2021 se non relativamente alla quota dell'obiettivo 3.2 che, alla data del 31.12.2021 risultava pari a € 48.361,34.

Il primo utente GAP è stato inserito alle fine del primo semestre 2022.

Al 31.12.2022 il residuo era pari a € 38.601,64, con un primo utilizzo nel 2023 e quindi un residuo attuale di € 31.401,34 che verrà utilizzato per il prosieguo dell'utente nella comunità terapeutica.

## **VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO LOCALE**

La valutazione del Piano sarà improntata ai criteri di accountability; in relazione ai singoli obiettivi sarà effettuato monitoraggio degli indicatori individuati, anche in parallelo agli indicatori del Piano Regionale della Prevenzione 2021/2025.