

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 25 marzo 2015.

Approvazione delle linee guida sulla prevenzione del Gioco d'azzardo patologico (GAP).**L'ASSESSORE PER LA SALUTE**

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 che, segnatamente all'art. 5, comma 2, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, assegna adeguata attenzione alla prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (G.A.P.);

Visto l'art. 7 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, che reca disposizioni in materia di misure di prevenzione per contrastare la ludopatia;

Visto il manuale sul Gambling emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri per il tramite del Dipartimento delle politiche antidroga e destinato ai Dipartimenti delle dipendenze operanti nell'ambito Servizio sanitario nazionale;

Visto il Patto per la salute 2010-2012, giusta Intesa della Conferenza tra Stato e Regioni del 3 dicembre 2009, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, la promozione della salute e l'educazione sanitaria;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" e la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali" per come applicabile ai sensi dell'art. 32 della predetta legge regionale n. 5/09;

Visti la delibera della Giunta regionale n. 243 del 24 giugno 2010 e il relativo decreto del Presidente della Regione siciliana n. 370 del 28 giugno 2010 sull'assetto organizzativo dei Dipartimenti degli Assessorati regionali e delle relative competenze;

Visto il Piano sanitario regionale "Piano della salute 2011/2013" che, segnatamente, al punto 2, individua i programmi di educazione alla salute nell'ambito degli interventi volti a promuovere il progressivo allineamento della Regione ai livelli di risultato conseguiti da altre regioni in materia di programmi regionali per la prevenzione;

Visto il Piano regionale per la prevenzione 2010-2012 tutt'ora in vigore;

Vista la legge 30 luglio 2010, n. 122, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 30 luglio 2010, n. 176, S.O. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica;

Vista la direttiva generale di cui al D.A. n. 1499 del 5 agosto 2011;

Visto il decreto 4 luglio 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 22 luglio 2011, parte I n. 31 "Indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dell'area dipartimentale delle dipendenze patologiche";Visto il decreto 27 aprile 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 15 giugno 2012,

"Piano strategico per la salute mentale - Verso un lavoro di rete per la salute mentale di comunità in Sicilia" patologie di confine e le nuove droghe;

Vista la relazione n. 16888 del 21 febbraio 2014, con cui il responsabile del servizio "Promozione della salute del DASOE propone la costituzione del tavolo tecnico regionale sulla prevenzione della ludopatia;

Vista la nota DASOE/Serv. 2 n. 52114 del 25 giugno 2014, con cui si costituisce il tavolo tecnico regionale sulla prevenzione della ludopatia;

Vista la nota del tavolo tecnico n. 74267 del 29 settembre 2014 condivisa dal dirigente generale del Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico;

Vista la relazione di cui alla nota n. 89108 del 20 novembre 2014 del servizio 2 "Promozione della salute" del Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico (DASOE);

Visto il D.A. n. 300/12 che approva le linee guida per il funzionamento delle UU.OO. per l'educazione sanitaria e la promozione della salute ed i relativi piani aziendali (UOEPSA);

Visti i verbali prodotti dal suddetto tavolo tecnico regionale appositamente nominato;

Vista la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, "legge di stabilità 2015") pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 300 del 29 dicembre 2014, suppl. ordinario n. 99 e vigente dal primo gennaio 2015;

Considerato che il Piano d'azione nazionale sul gioco d'azzardo patologico 2013-2015 area prevenzione proposto dal Dipartimento delle politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha trovato multiforme recepimento presso le AA.SS.PP. della Regione e necessità di uno strumento che in qualità di linee guida ne renda omogenea la sua applicazione guardando l'eliminazione di comportamenti erranei, l'utilizzo corretto delle risorse e dei protocolli, secondo dinamiche di comunicazione trasversale tra i vari livelli operativi coinvolgendo anche altre istituzioni;

Considerato che la prevenzione primaria svolge un ruolo di strategica importanza in seno ai percorsi clinico assistenziali che vedono nei SERT lo snodo cruciale dell'offerta dei servizi da parte del sistema sanitario pubblico che si avvale sia del supporto delle associazioni operanti nel sociale che di altri enti istituzionali operanti nel mondo della scuola o del lavoro;

Considerato che le UU.OO. di educazione e promozione della salute presso le aziende sanitarie, nell'attuare programmi di educazione sanitaria con la diffusione di buone prassi volte a prevenire o ridurre i fattori di rischio per la salute, sono chiamate anche ad occuparsi del fenomeno GAP operando in stretta collaborazione con i Dipartimenti delle dipendenze patologiche delle AA.SS.PP. con riguardo alle rispettive competenze istituzionali;

Considerato che tale sinergia operativa deve essere ricondotta ad una pianificazione unitaria "di sistema" valida su tutto il territorio regionale giovandosi anche di precise indicazioni di struttura al fine di facilitare l'accesso ai servizi e le dinamiche organizzative interne alle aziende sanitarie della Regione;

Considerato che l'attuale profilo demografico ed epidemiologico della popolazione regionale dà evidenza di un progressivo aumento della prevalenza di patologie inquadrabili nel fenomeno GAP e che, parimenti, risulta in crescita il numero di prestazioni ambulatoriali destinate all'assistenza di tali patologie;

Considerato che il gioco d'azzardo nella sua espressione patologica è un fenomeno prevenibile e riducibile e che l'effi-

cazia degli interventi è strettamente legata alla tipologia di assistenza a cui assegnare le varie categorie di soggetti esposti;

Considerato che esiste già una consolidata evidenza scientifica circa il diretto beneficio, sui soggetti esposti al GAP e, più in generale, sulla popolazione derivante dall'adozione di corretti stili di vita e dall'attuazione di progetti mirati di educazione sanitaria, condotta da specialisti del settore, capaci di incidere sull'insorgenza della suddetta patologia tramite la rimozione o la riduzione dei fattori di rischio modificabili, e l'applicazione di interventi specifici per disciplina;

Ritenuto di strategica importanza investire in programmi di educazione e promozione della salute, quali misure efficaci di economia sanitaria in grado di ridurre sia il numero di ricoveri che di prestazioni ambulatoriali destinati alla gestione di patologie a larga prevalenza e di contenere, conseguentemente, l'impatto economico e sociale da esse derivante;

Ritenuto necessario pervenire all'inquadramento della casistica rappresentata dai soggetti esposti a rischio di GAP al fine di ottimizzare le risorse uniformando tecniche e modelli di comportamento da ricondurre a linee guida così da assicurare una omogeneità di approccio su tutto il territorio regionale;

Considerato, inoltre, che, attualmente, nella Regione siciliana, per contrastare il fenomeno del GAP sotto il profilo della prevenzione, si conducono numerose iniziative tese a promuovere la corretta informazione a favore di diversi target (scuole, gruppi di soggetti a rischio, consumatori, ecc) spesso tra loro non coordinate e che pertanto necessita a livello regionale un'azione di raccordo indispensabile per selezionare intenti e finalità verificandone la rispondenza ad un unico indirizzo sotto forma di linee guida, al fine di sfruttare le possibili sinergie operative, evitare la frammentazione degli interventi e valutare l'efficacia a medio e lungo periodo degli stessi, contrarre i costi e, soprattutto, trasmettere messaggi e favorire comportamenti univoci e condivisi;

Ritenuto che i programmi di educazione sanitaria inerenti il GAP, su proposta dei competenti dipartimenti, debbano trovare annualmente posto in seno ai piani aziendali predisposti dalle UOEPSA delle AA.SS.PP. in armonia con i disposti del D.A. salute n. 300/2012;

Ritenuto, al fine di condurre ad una centralità di indirizzo, monitoraggio e controllo, le diverse iniziative espresse in seno all'assistenza sanitaria al GAP, di dover assicurare continuità operativa al tavolo tecnico regionale così da pervenire ad una periodica valutazione dei livelli applicativi delle linee guida, di cui al presente provvedimento, da parte delle varie AA.SS.PP.;

Ritenuto, al fine di garantire uniformità di linguaggio, di contenuti programmatici e di intervento, di affidare al tavolo tecnico regionale sul GAP anche la supervisione e la validazione dei programmi di educazione sanitaria specifica prima del loro inserimento nei piani aziendali previsti dal D.A. 29 febbraio 2012, n. 300, assegnando al servizio 2 DASOE dell'Assessorato regionale della salute il ruolo di indirizzo e coordinamento;

Ritenuto parimenti di assegnare allo stesso tavolo la supervisione e la validazione di temi e contenuti dei percorsi formativi aziendali sulla prevenzione del GAP redatti in linea con gli obiettivi del presente provvedimento;

Ritenuta altresì finalità del programma formativo la creazione di una rete di rapporti interprofessionali e interistituzionali utili per la realizzazione di ulteriori progettualità basate su metodologia manageriale e su evidenze scienti-

fiche, favorendo, attraverso lo scambio e l'integrazione di competenze professionali, il lavoro interdisciplinare per lo sviluppo delle reti integrate territoriali volte al monitoraggio e al controllo del fenomeno GAP che si avvarranno delle indicazioni scaturite dallo sviluppo dei progetti formativi sugli ambiti di competenza e delle esperienze applicative delle linee guida di cui al presente provvedimento;

Ritenuto di dovere articolare un programma formativo regionale sul tema del GAP destinato a tutti gli operatori professionali del settore e condotto dagli uffici di formazione delle AA.SS.PP. coinvolgendo tutti gli elementi aventi titolo e interesse anche esterni al mondo sanitario (scuola, lavoro, forze dell'ordine, addetti alla pubblica informazione, gestori etc.);

Individuato quale essenziale obiettivo delle linee guida sul GAP quello di riorganizzare in seno alle aziende sanitarie provinciali gli specifici servizi territoriali secondo univoci indirizzi e coerenti integrazioni;

Decreta:

Art. 1

Per tutte le motivazioni espresse in premessa e che si intendono interamente riportate, è approvata l'attuazione nella Regione siciliana delle linee guida sul GAP di cui all'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Art. 2

È istituito un tavolo tecnico regionale permanente con funzioni di indirizzo e di coordinamento per le fasi, formativa e operativa, discendenti dall'applicazione su tutto il territorio regionale delle linee guida sulla prevenzione del GAP di cui all'allegato A al presente decreto.

Il tavolo tecnico permanente è composto da:

- il dirigente generale del Dipartimento ASOE;
- il dirigente del servizio 2 "Promozione della salute" del DASOE;
- il dirigente dell'area 7 "Formazione e comunicazione" del DASOE;
- il dirigente del servizio 7 "Osservatorio epidemiologico" del DASOE;
- il dirigente del servizio 9 "Tutela delle fragilità" del Dipartimento per la pianificazione strategica;
- il dirigente dell'UOB 7.1 "Sorveglianza dei determinanti e delle dipendenze" del DASOE;
- dott. Roberto Cafiso direttore U.O.C. dipendenze patologiche ASP Siracusa;
- dott. Stefano Dell'Aera direttore area dipartimentale dipendenze patologiche ASP Enna;
- dott. Salvatore Di Dio dirigente responsabile Ser.T ASP Catania
- dott. Guido Faillace direttore coordinamento Ser.T ASP Trapani;
- prof. Daniele La Barbera ordinario di clinica psichiatrica università di Palermo;
- dott. Alessandro Lipari dirigente ASP Palermo;
- dott. Giuseppe Mustile dirigente responsabile dell'U.O.C. dipendenze patologiche ASP Ragusa;
- dott.ssa Francesca Picone dirigente responsabile Ser.T ASP Palermo;
- dott.ssa Rosaria Tiziana Pulvirenti dirigente ASP Messina;
- dott.ssa Silvana Scardina dirigente ASP Palermo;
- dott. Giorgio Serio direttore Dipartimento salute mentale ASP Palermo;

– dott. Giovanni Utano dirigente ASP Messina.

A seconda delle problematiche trattate il tavolo tecnico potrà essere integrato da specifiche professionalità di volta in volta individuate con motivata richiesta e previa autorizzazione da parte delle amministrazioni di appartenenza.

Art. 3

Il tavolo tecnico di cui al superiore articolo assolve i seguenti compiti:

- individua e/o valida i docenti della fase formativa, predispone programmi e metodologie e coordina gli interventi della fase operativa, ivi compresa la validazione dei modelli formativi e informativi ed il loro aggiornamento periodico conseguente all'evolversi delle evidenze scientifiche. Fornisce altresì gli indirizzi operativi finalizzati alla migliore attuazione delle linee guida a tutti i rami del SSN coinvolti nella specifica assistenza al GAP nel rispetto della normativa vigente e supporta i conseguenti provvedimenti. Fornisce il parere tecnico per tutte le iniziative a carattere scientifico e divulgativo in materia di educazione sanitaria nell'ambito della prevenzione del GAP finalizzato anche alla concessione del patrocinio dell'Assessorato regionale della salute per tutte le iniziative del settore. Fornisce le dovute indicazioni di ordine tecnico sanitario sui modelli applicati e collabora alla sorveglianza sulla rispondenza a criteri di efficacia, sicurezza e qualità complessiva. Il coordinamento dei lavori del tavolo tecnico è affidato al dirigente generale del Dipartimento ASOE dell'Assessorato regionale della salute o suo delegato.

Art.4

Allo scopo di raggiungere gli standard operativi che consentano la puntuale e omogenea applicazione degli indirizzi regionali su tutto il territorio in una logica di sinergia tra azioni di diversa provenienza istituzionale la Regione siciliana garantisce il raccordo stabile tra le AA.SS.PP. e le istituzioni nazionali attive nel settore in materia di prevenzione del GAP attraverso il riferimento operativo del Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico; lo stesso Dipartimento promuove l'integrazione dei disposti del presente provvedimento con altri programmi regionali a scadenza annuale o pluriennale.

Art. 5

Le AA.SS.PP. istituiscono con atto deliberativo del direttore generale, su proposta del direttore del Dipartimento di salute mentale o del responsabile di una delle strutture aggregate all'uopo delegato, il Coordinamento provinciale permanente per il gioco d'azzardo patologico (CPPGAP), sentite le istituzioni coinvolte e acquisite le relative indicazioni anche attraverso specifici protocolli d'intesa entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto. Il CPPGAP aziendale svolge funzione di raccordo tra il tavolo tecnico di cui ai superiori articoli e le realtà operative locali per ogni opportuna iniziativa sul fenomeno, anche attraverso specifiche azioni di programma; il CPPGAP si dota di funzionale regolamento e opera all'interno nell'area dipartimentale delle dipendenze patologiche. Fino alla formale costituzione del CPPGAP le funzioni previste dal presente decreto sono assicurate dall'area dipartimentale delle dipendenze patologiche dell'ASP.

Art. 6

Con cadenza biennale il CEFPAS di Caltanissetta (ente strumentale della Regione) organizza e gestisce il program-

ma formativo sulla prevenzione del GAP rivolto ai componenti del CPPGAP istituito in seno alle AA.SS.PP. della Regione e agli operatori del servizio sanitario pubblico e privato operanti in strutture coerenti per disciplina agli obiettivi di prevenzione del GAP. Il programma formativo comprende due fasi: una prima fase regionale da svolgersi centralmente presso le strutture del CEFPAS e una seconda fase ad espressione locale condotta autonomamente dalle AA.SS.PP. secondo comune cronoprogramma.

Art. 7

Le AA.SS.PP. della Regione sono tenute ad inserire e ad attivare, in armonia con gli indirizzi del tavolo tecnico linee di azione e/o progetti sulla prevenzione del GAP ricadenti nell'ambito degli obiettivi del Piano regionale della prevenzione. Tali azioni e/o progetti dovranno essere adottati in seno ai Piani aziendali per l'educazione e la promozione alla salute e secondo le previsioni del D.A. n. 300/2012.

Art. 8

Le AA.SS.PP. della Regione sono tenute ad inserire e ad attivare, in armonia con gli indirizzi del tavolo tecnico di cui ai superiori articoli, nell'ambito del piano aziendale della formazione, specifici corsi destinati sia ad operatori interni che esterni, attivando la seconda fase del Programma formativo regionale, sempre in collegamento tecnico con il CEFPAS e avvalendosi delle professionalità abilitate attraverso il completamento della prima fase di cui al superiore articolo 6.

Art. 9

Le AA.SS.PP. della Regione in virtù dei superiori articoli garantiscono:

- il raccordo tra il referente e/o gruppo operativo stabile con gli operatori delle aziende sanitarie dedicati alle attività di promozione alla salute, inserendo gli obiettivi di prevenzione nell'ambito degli indirizzi di programmazione aziendale sotto la responsabilità dei competenti direttori di dipartimento e della direzione sanitaria aziendale;
- l'attivazione di reti e di alleanze tra i diversi attori della comunità coinvolte primariamente nelle politiche e nelle strategie di contrasto al gioco patologico in ordine ad azioni basate su iniziative di provata efficacia;
- la dotazione di adeguati strumenti di supporto trasversale indispensabili per la progettazione, la realizzazione, la valutazione di efficacia degli interventi;
- un sistema di sorveglianza della prevalenza dei giocatori monitorando il territorio di riferimento aziendale;
- l'impianto di un sistema di documentazione specifico, promuovendo al meglio la diffusione delle evidenze disponibili, puntando sul collegamento informatico delle strutture preposte; i risultati, a regime, saranno trasmessi con cadenza annuale, al Dipartimento ASOE di questo Assessorato per le opportune valutazioni;
- la promozione della ricerca sull'efficacia degli interventi, dando visibilità alle iniziative ed ai risultati conseguiti anche in sede locale;
- la più adeguata diffusione delle iniziative di formazione, anche nell'ambito dei rapporti di collaborazione già instaurati con le altre istituzioni del territorio (in primo luogo, la scuola e le associazioni).
- la efficiente informazione sulle iniziative e sui servizi offerti utilizzando i sistemi di comunicazione a più diretto consumo, compreso il sito web aziendale, in linea con i target prescelti sia livello centrale (Regione) che di

azienda investendo i competenti servizi (ufficio stampa, ufficio relazioni con il pubblico, ecc.).

Art. 10

Il sostegno economico alle attività aziendali discendenti dall'applicazione del presente provvedimento troverà capienza nell'ambito del 5% del bilancio delle singole ASP destinato alla prevenzione attraverso una puntuale azione di programma.

Il presente decreto viene trasmesso alla Ragioneria centrale dell'Assessorato della salute e alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 25 marzo 2015.

BORSELLINO

N.B. - Non soggetto al visto della Ragioneria centrale dell'Assessorato della salute.

Allegato

LINEE GUIDA PER IL CONTRASTO, LA PREVENZIONE E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO ANNO 2015

PREMESSA

Il gioco d'azzardo fa parte della storia dell'uomo e nel corso dei secoli è stato variamente interpretato, contrastato o incentivato e diffuso, ma sempre costantemente identificato da tre caratteristiche essenziali, in assenza delle quali non si può parlare di azzardo:

- 1) il giocatore mette in palio una somma di denaro o un oggetto di valore;
- 2) la posta in gioco, una volta puntata, non può essere più ritirata;
- 3) il risultato del gioco è affidato esclusivamente, o in larga parte, al caso, alla fortuna.

Per tali caratteristiche, il gioco d'azzardo risulta essere un fenomeno complesso che presenta risvolti importanti su più livelli:

- di tipo socio-culturale, per la larga diffusione e in quanto fenomeno socialmente tollerato;
- di tipo medico-psicologico, in quanto può determinare lo sviluppo di una dipendenza patologica;
- di tipo giuridico-legale, essendo un comportamento regolamentato da leggi dello Stato, alcune delle quali a tutela della salute collettiva;
- di tipo politico in quanto oggetto di incalzanti attenzioni sia a livello legislativo che amministrativo;
- di tipo economico, in quanto riferibile a cospicuo movimento di denaro variamente collegati a introiti erariali;
- di tipo mediatico in quanto fortemente integrato negli odierni sistemi di comunicazione a espansione sociale che ne fanno strumento di moltiplicazione di accesso.

Conseguentemente, in quest'ambito, lo Stato ha almeno tre funzioni fondamentali nei confronti dei cittadini:

- la prima di garanzia verso le libere scelte del singolo cittadino rispetto ai propri comportamenti tesi a soddisfare le sue decisioni purché nel rispetto della legge;
- la seconda, legata alla funzione fondamentale di garantire la tutela e la promozione della salute, relativa alla necessità di informare ed indirizzare il comportamento del singolo e della collettività verso stili di vita salutari prevenendo l'insorgere di patologie e/o disagi e curandole qualora insorgessero per qualunque ragione;
- la terza, di tutela della collettività rispetto a comportamenti del singolo che possano costituire, a vario titolo, minaccia in base a quanto previsto dalle norme.

Tutti i comportamenti che si collocano nella sfera delle cosiddette "Addiction" hanno la caratteristica di riguardare tutti e tre gli aspetti sopracitati e, quindi, di coinvolgere varie Istituzioni dello Stato.

Il gioco d'azzardo, in modo specifico, rappresenta una questione particolarmente "insidiosa" nei rapporti tra il cittadino e lo Stato, poiché, se da un lato, questo garantisce la fruizione dello svago e del divertimento attraverso comportamenti ludici, che si collegano anche alla tradizione specifica di una popolazione, dall'altro, occorre che il singolo e la collettività possano sviluppare dei sistemi di consapevole induzione protettiva (*coping*) atti a fronteggiare il rischio di derive verso il gioco problematico o, addirittura francamente patologico.

Inoltre, non bisogna trascurare che le organizzazioni produttive dell'industria dell'intrattenimento rappresentano un settore importante dell'economia che, se ben gestito, è in grado di generare occupazione e redditi sociali e che lo Stato, al contempo, deve assicurare che questo settore industriale non crei danni alla salute per i cittadini vulnerabili e deve curare coloro che, pur partendo da una libera motivazione ludica, soffrono un'evoluzione in patologia.

Appare evidente, per una corretta regolamentazione di questa realtà così sfaccettata, l'importanza di strutturare un approccio bilanciato in sostanziale equilibrio tra socialità, produttività e tutela della salute.

Per tali motivi, la valutazione dell'efficacia degli interventi e della sostenibilità dei piani e dei progetti di prevenzione costituiscono la basilare piattaforma su cui determinare il quantitativo di risorse vincolate al raggiungimento degli obiettivi previsti e da collegare ai risultati attesi. Appaiono, infatti, oggi sempre più numerose le evidenze scientifiche che portano a connotare quanto la pratica del gioco d'azzardo possa evolvere in forme problematiche o in una vera e propria dipendenza patologica.

Nell'ottica dell'adozione di un modello di salute pubblica, diventa indispensabile, pertanto, porre un'attenzione particolare e mirata su tutti i comportamenti a rischio, non solo a livello terapeutico, ma anche e soprattutto per ciò che riguarda gli interventi di prevenzione.

Allo scopo di inquadrare ancor più opportunamente il tema della prevenzione e della promozione della salute in quest'ambito, appare necessario premettere che il Gioco d'azzardo patologico (GAP), riconosciuto come condizione morbosa dall'OMS sin dal 1980 e inserito nell'ICD-10, è stato classificato tra i disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati nel DSM IV TR (Manuale diagnostico statistico), e solo molto di recente, con il nuovo DSM V, visti i numerosissimi punti di contatto con le dipendenze da sostanze, è stato inserito a pieno titolo nel capitolo delle dipendenze patologiche (*Substance-Related and Addictive Disorders*) e denominato disturbo da gioco patologico (*Gambling Disorder*).

A tal riguardo le evidenze cliniche mostrano come il Gioco d'azzardo patologico sia spesso concomitante con altri disturbi psicopatologici, ovvero trasversale alle dipendenze patologiche in genere e dunque preveda il viraggio contemporaneo verso altre sostanze d'abuso, soprattutto l'alcol.

Da tali brevi premesse, ne consegue l'evidenza di un fenomeno altamente complesso, che determina la necessità, nel definire le linee guida per la prevenzione, di un approccio globale e coordinato tra i livelli di programmazione centrale e locale che devono, pertanto, così poter comprendere:

- l'attuazione di interventi efficaci nella promozione di un comportamento responsabile e sano;
- il potenziamento dei servizi a sostegno dei giocatori che vogliono smettere di giocare o decidono di giocare in modo controllato;
- l'applicazione delle norme di vigilanza e controllo sul gioco;
- la regolamentazione degli aspetti di carattere socio-economico.

QUADRO NORMATIVO

Per la legge italiana, i giochi d'azzardo sono "quelli in cui ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria" (art. 721 del codice penale). Inoltre, secondo l'art. 718, "chiunque, in un luogo pubblico o aperto al pubblico, o in circoli privati di qualunque specie, tiene un gioco d'azzardo o lo agevola è punito con l'arresto da tre mesi ad un anno e con l'ammenda non inferiore a 206 euro".

Numerosi giochi in cui ricorrono lucro e alea sono considerati leciti, perchè esplicitamente autorizzati dalle autorità dello Stato, introdotti per legge, come le lotterie nazionali, o nel novero di provvedimenti più ampi, come le finanziarie. I giochi d'azzardo con premi in denaro, al pari del consumo di tabacco e di alcol, sono vietati ai minorenni.

Il decreto Balduzzi (decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 263 del 10 novembre 2012), nella

parte che riguarda i provvedimenti relativi a giochi e scommesse, recita:

4. Sono vietati messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro nel corso di trasmissioni televisive o radiofoniche e di rappresentazioni teatrali o cinematografiche, rivolte ai minori e nei trenta minuti precedenti e successivi alla trasmissione delle stesse. È altresì vietata, in qualsiasi forma, la pubblicità sulla stampa quotidiana e periodica destinata ai minori e nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati alla visione dei minori. Sono altresì vietati messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro su giornali, riviste, pubblicazioni, durante trasmissioni televisive e radiofoniche, rappresentazioni cinematografiche e teatrali, nonché via internet nei quali si evidenzino anche solo uno dei seguenti elementi:

- a) incitamento al gioco ovvero esaltazione della sua pratica;
- b) presenza di minori;
- c) assenza di formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica del gioco, nonché dell'indicazione della possibilità di consultazione di note informative sulle probabilità di vincita pubblicate nei siti istituzionali dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, successivamente alla sua incorporazione ai sensi della legislazione vigente, dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, nonché dei singoli concessionari ovvero disponibili presso i punti di raccolta dei giochi.

4-bis. La pubblicità dei giochi che prevedono vincite in denaro deve riportare in modo chiaramente visibile la percentuale di probabilità di vincita che il soggetto ha nel singolo gioco pubblicizzato. Qualora la stessa percentuale non sia definibile, è indicata la percentuale storica per giochi similari. In caso di violazione, il soggetto proponente è obbligato a ripetere la stessa pubblicità secondo modalità, mezzi utilizzati e quantità di annunci identici alla campagna pubblicitaria originaria, indicando nella stessa i requisiti previsti dal presente articolo nonché il fatto che la pubblicità è ripetuta per violazione della normativa di riferimento.

5. Formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro, nonché le relative probabilità di vincita devono altresì figurare sulle schedine ovvero sui tagliandi di tali giochi. Qualora l'entità dei dati da riportare sia tale da non potere essere contenuta nelle dimensioni delle schedine ovvero dei tagliandi, questi ultimi devono recare l'indicazione della possibilità di consultazione di note informative sulle probabilità di vincita pubblicate nei siti istituzionali dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, successivamente alla sua incorporazione, ai sensi della legislazione vigente, dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, nonché dei singoli concessionari e disponibili presso i punti di raccolta dei giochi. Le medesime formule di avvertimento devono essere applicate sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni; le stesse formule devono essere riportate su apposite targhe esposte nelle aree ovvero nelle sale in cui sono installati i videoterminali di cui all'articolo 110, comma 6, lettera b), del predetto testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, nonché nei punti di vendita in cui si esercita come attività principale l'offerta di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi. Tali formule devono altresì comparire ed essere chiaramente leggibili all'atto di accesso ai siti internet destinati all'offerta di giochi con vincite in denaro. Ai fini del presente comma, i gestori di sale da gioco e di esercizi in cui vi sia offerta di giochi pubblici, ovvero di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi, sono tenuti a esporre, all'ingresso e all'interno dei locali, il materiale informativo predisposto dalle aziende sanitarie locali, diretto a evidenziare i rischi correlati al gioco e a segnalare la presenza sul territorio dei servizi di assistenza pubblici e del privato sociale dedicati alla cura e al reinserimento sociale delle persone con patologie correlate al GAP.

In ultimo la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, "legge di stabilità 2015" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 300 del 29 dicembre 2014 - suppl. ordinario n. 99 e vigente dall'1 gennaio 2015 che all'art.1 recita:

(omissis)

Comma 133. Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale ai sensi del comma 556, a decorrere dall'anno 2015, una quota pari a 50 milioni di euro è annualmente destinata alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità. Una quota delle risorse di cui al primo periodo, nel limite di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, è destinata alla sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l'adozione di software che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento generando conseguentemente appositi messaggi di allerta. Il Ministro della salute, con decreto di natura regolamentare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP). Al fine del monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese, l'osservatorio istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 10, quarto periodo, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, è trasferito al Ministero della salute. Con decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, è rideterminata la composizione dell'osservatorio, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle regioni e degli enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Alla ripartizione della quota di cui al presente comma si provvede annualmente all'atto dell'assegnazione delle risorse spettanti alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard regionale, secondo i criteri e le modalità previsti dalla legislazione vigente in materia di costi standard. La verifica dell'effettiva destinazione delle risorse e delle relative attività assistenziali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 15, comma 24, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è effettuata nell'ambito del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005.

DIMENSIONE DEL FENOMENO NELLA REGIONE SICILIA

Dalla relazione al Parlamento 2014, si evince come in Italia il fenomeno del gioco d'azzardo sia in continua crescita e come in questi anni stia assumendo dimensioni sempre più rilevanti, come osservabile dai dati sull'andamento delle statistiche dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli (ex AAMS) relative alla quantità di denaro giocato.

Ad oggi, tuttavia, come riportato nella stessa Relazione, non esistono studi e dati epidemiologici accreditati in grado di quantificare correttamente il problema, sia nella dimensione che nella diffusione sia anche rispetto ad eventuali trend di evoluzione.

Il DPA, a questo proposito, ha provveduto a studiare e a realizzare un flusso di dati aggregati, che può permettere di stimare meglio questa realtà complessa, che mostra già segnali evidenti di un fenomeno socio-sanitario rilevante (vedi Relazione al Parlamento 2014).

Allo scopo di individuare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo, di studiare il fenomeno della dipendenza da gioco, nonché monitorare l'andamento dello stesso con la raccolta di dati epidemiologici, il DPA ha già da tempo provveduto ad indicare la necessità dell'attivazione di Osservatori a ciò dedicati, a livello nazionale e regionale, e infine a cascata a livello di ogni singola Azienda sanitaria provinciale.

In linea con tutto ciò, l'Assessorato della salute della Regione siciliana, oltre alle informazioni sull'utenza assistita per uso di sostanze stupefacenti, ha rilevato anche i dati relativi ai soggetti assistiti dai servizi per dipendenza da gioco. L'integrazione di queste informazioni al profilo dei soggetti tossico ed alcol dipendenti ha consentito e consente nel corso degli anni una visione completa dell'utenza e delle attività erogate dai Ser.T.

In modo particolare, le tabelle standard NIOD, che vengono di seguito riportate relative agli anni 2012 e 2013, sull'utenza con problematiche relative a comportamenti di *addiction* per tipo di contatto, genere ed età, mostrano il numero di utenti assistiti dai servizi nel periodo di riferimento per comportamenti di *addiction* inerenti il gioco d'azzardo. Le informazioni sono desunte dal flusso informativo extra-SIND, e vengono forniti direttamente in forma aggregata dai Servizi.

Questi dati dimostrano chiaramente come il numero complessivo dei giocatori patologici assistiti dai Ser.T nell'arco di un solo anno si sia quasi raddoppiato e che sia passato dal 2,5% a quasi il 5% del totale degli assistiti nello stesso periodo di tempo.


Tabella B.1.1: Assistiti dai Ser.T. in Sicilia per *addiction da gambling*, per classe di età, genere e tipo di contatto. Anno 2012

Gambling		Tipo di contatto per genere				Totale
		Nuovi utenti		Utenti già noti		
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Classi di età	Fino a 14 anni	0	0	0	0	0
	15-19 anni	8	0	6	1	15
	20-24 anni	21	4	15	3	43
	25-29 anni	33	0	21	1	55
	30-34 anni	40	1	22	1	64
	35-39 anni	47	6	36	4	93
	40-44 anni	51	6	24	4	85
	45-49 anni	37	7	32	5	81
	50-54 anni	27	6	13	7	53
	55-59 anni	27	5	17	2	51
	60-64 anni	12	3	15	1	31
	65 anni e più	9	6	7	3	25
Totale gambling		313	44	208	32	596

Fonte: flusso informativo extra-SIND

Addiction da gioco d'azzardo (*Gambling*): soggetti assistiti dal Servizio nel periodo di riferimento per dipendenza da gioco d'azzardo (scommesse alle corse di cavalli, cani, etc., videopoker, giochi al casinò, etc.) (flusso extra-SIND);

Dati extra-SIND

Nuovi utenti: numero di soggetti che per la prima volta si rivolgono al Servizio e, quindi, vengono assistiti dal Servizio stesso, secondo il genere e la classe di età;

Dati extra-SIND

Utenti già noti: numero di soggetti già assistiti dall'anno precedente a quello di riferimento o rientrati dopo aver sospeso o concluso il trattamento negli anni precedenti, secondo il genere e la classe di età;

Dati extra-SIND

COPIA TRATTA DA
NON VALIDA PER

Tabella B.1.1: Assistiti dai Ser.T. in Sicilia per *addiction da gambling*, per classe di età, genere e tipo di contatto nel 2013.

Gambling		Tipo di contatto per genere				Totale
		Nuovi utenti		Utenti già noti		
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Classi di età	Fino a 14 anni	0	0	1	0	1
	15-19 anni	13	1	12	1	27
	20-24 anni	18	1	30	4	53
	25-29 anni	44	2	49	6	101
	30-34 anni	58	3	60	3	124
	35-39 anni	51	9	71	4	135
	40-44 anni	69	4	86	6	165
	45-49 anni	57	8	94	9	168
	50-54 anni	40	12	43	11	106
	55-59 anni	17	5	34	9	65
	60-64 anni	19	7	25	8	59
	65 anni e più	10	3	25	7	45
	Totale gambling	396	55	530	68	1049
Totale assistiti	4148	707	13141	1783	19734	

STRATEGIA GENERALE

La strategia generale che guida ogni tipologia d'intervento sul controllo del gioco d'azzardo patologico si basa su alcuni principi generali che vengono riportati per come espressi dal DPA:

1. GAP: malattia sociale (OMS).

Il gioco d'azzardo patologico, che in alcune persone può instaurarsi come conseguenza estrema di un gioco prolungato, è una "dipendenza comportamentale patologica" e come tale è una malattia prevenibile, curabile e guaribile. Non controllato è in grado di compromettere la salute e la condizione sociale del singolo individuo e della sua famiglia.

Il gioco d'azzardo problematico è invece un "comportamento a rischio per la salute" prevenibile ed estinguibile, prodromico allo sviluppo di dipendenza patologica.

2. Vulnerabilità.

Esistono persone particolarmente vulnerabili a sviluppare tale condizione patologica in seguito alla presenza di fattori individuali e socio-ambientali. Tali persone, se esposte alle varie forme di gioco d'azzardo, proprio per la loro condizione di particolare suscettibilità, possono sviluppare un comportamento a rischio per la salute (gioco d'azzardo problematico) in grado, se persistente, di evolvere verso uno stato di dipendenza patologica.

3. Gioco e intrattenimento.

Il gioco d'azzardo, non in tutte le persone, ma solo in una minoranza, può creare problemi di salute di vario tipo; in altre, può essere fonte di intrattenimento che, se esercitato legalmente e moderatamente, non crea particolari problemi.

4. Sviluppo di consapevolezza e diagnosi precoce.

Gli interventi preventivi dovrebbero mirare a creare precocemente consapevolezza dell'esistenza di un eventuale problema nelle persone a rischio, in modo da indurre comportamenti di autoregolazione e autodeterminazione. Tali comportamenti possono ridurre il rischio evolutivo e, nel caso di presenza di patologia già sviluppata, indurre un accesso precoce ai servizi sanitari pubblici di diagnosi e cura.

5. Offerta e incentivo al gioco.

È dimostrato che le persone vulnerabili risentono dell'alto grado di disponibilità e accessibilità agli stimoli di gioco e pertanto la presenza di un'elevata densità di punti di gioco sul territorio, specialmente se non ben regolamentata, può creare un aumento delle persone con problemi GAP correlati.

6. Prevenzione dell'usura.

Le persone con GAP sono facilmente preda di usura e sfruttamento da parte di organizzazioni criminali. È quindi necessario prevedere piani e programmi che tengano conto di questo aspetto che può creare gravi problemi sia per l'individuo sia per la sua famiglia.

7. Legalità del gioco.

Il gioco legale e l'organizzazione che lo sostiene e lo offre sono un mezzo in grado di ridurre l'offerta di gioco illegale, se ben gestito e controllato. Pertanto, è necessario mettere in atto misure preventive che sostengano il gioco legale e contrastino quello illegale anche al fine di prevenire l'accesso di persone particolarmente vulnerabili e quindi attratte da percorsi a più alto rischio che, apparentemente, offrono maggiori vincite e agevolazioni di credito.

8. Informazione e avvertenze.

La comunicazione preventiva e le informazioni di *warning* si sono dimostrate efficaci nel rendere consapevoli le persone che il gioco d'azzardo può produrre dipendenza, ma è necessario tenere conto che le azioni preventive devono trovare una giusta differenziazione nei messaggi di comunicazione in base ai differenti target, ai loro modelli comportamentali e alle problematiche correlate specifiche (giovani, adulti, anziani, persone più vulnerabili per proprie caratteristiche individuali, persone che contemporaneamente al gioco d'azzardo usano sostanze stupefacenti e/o alcol, persone con patologie psichiatriche correlate).

9. Approccio bilanciato.

L'approccio generale per una corretta regolamentazione del settore, dovrà essere bilanciato e ben strutturato in modo da trovare il giusto equilibrio tra la produttività e la tutela della salute. Deve cioè essere garantita la continuità di gettito erariale derivante dalle libere scelte del cittadino che frequenta il gioco e, contestualmente, il peculiare controllo del rischio patologico che dallo stesso discende.

10. Valutazione dell'efficacia della prevenzione.

La valutazione dell'efficacia e della sostenibilità dei piani preventivi costituisce presupposto fondamentale per determinare la corretta collocazione delle risorse e l'adeguata strutturazione degli investimenti finalizzati al raggiungimento dei risultati attesi.

11. Coordinamento nazionale, interregionale e regionale delle azioni di prevenzione.

Il coordinamento delle politiche di prevenzione sono un fattore decisivo e fondamentale per assicurare interventi equanimi, efficaci ed omogenei su tutto il territorio nazionale.

Le strategie per la prevenzione devono essere orientate e informate anche a due sostanziali tematiche di peculiare importanza: Il Gioco d'azzardo *on line* e la particolare fascia di popolazione a rischio costituita dai giovani.

Il Gioco d'azzardo on line

Il gioco d'azzardo *on line* rappresenta un fenomeno che ha radicalmente modificato oggi le tradizionali modalità di gioco. Come precisato dal DPA, l'impiego delle tecnologie digitali permette un maggior coinvolgimento di larghi strati di popolazione con la possibilità di utilizzare carte di credito e con un conseguente abbassamento della percezione della perdita di denaro che normalmente si ha utilizzando il pagamento tramite contante o *fiche*.

Queste, in breve, le caratteristiche principali che configurano oggi il cambiamento qualitativo, oltre che quantitativo, dello scenario del gioco d'azzardo: il passaggio dalla manualità alla tecnologia, dalla lentezza alla velocità, dalla socialità alla solitudine, dalla visibilità all'invisibilità, dalla riscossione non immediata a quella immediata, dall'alta soglia di accesso alla bassa soglia di accesso, dalla ritualità al consumo. Tutto ciò, come è evidente, determina l'abbassamento della soglia dell'impulsività con conseguente maggiore rischio di evoluzione in patologia.

Uno studio recente (Kairouz, 2011) ha messo in luce come i giocatori *on line* potrebbero essere più a rischio di avere problemi correlati al gioco d'azzardo rispetto a quelli che giocano *off line*. Le attività di gioco d'azzardo che sono più frequentate *on line* sono le lotterie, il poker, le scommesse sportive, le *slot-machine* e i giochi da tavolo (ad esempio, roulette). Circa il 43% dei giocatori *on line* gioca settimanalmente, ma ben il 19% gioca quotidianamente o più volte al giorno. La maggior parte di questi ultimi (32,3%) spende dai 1.000 ai 5.000 dollari annualmente e circa il 46% trascorre più di 3 ore per sessione di gioco, mentre il 50% tra una e tre ore. Nella casistica dello studio, si è visto anche che i giocatori *on line* consumano normalmente più tabacco, alcol e sostanze stupefacenti, quali la cannabis, rispetto a quelli che non usano questo tipo di gioco d'azzardo.

I giovani, target a rischio

Il fenomeno del gioco d'azzardo *on line* riguarda particolarmente i giovani e le offerte di gioco utilizzano grafiche e messaggi estremamente stimolanti e accattivanti per questo *target*. Come evidenziato da Griffiths M. et al. (2010), le persone più giovani hanno grandi capacità e abilità nell'usare le più moderne tecnologie digitali. Questa condizione li espone maggiormente ad un uso problematico che può essere fatto di tali strumenti, e in particolare, per quanto riguarda Internet, al gioco d'azzardo *on line*.

In uno studio condotto da Tsitsika A. et al (2011) su 484 adolescenti intervistati, il 15,1% giocava d'azzardo *on line*. Per costoro, sono stati contemporaneamente registrati disturbi della condotta e comportamenti *borderline*. Inoltre, la ricerca ha evidenziato che l'uso di Internet finalizzato al gioco d'azzardo, negli adolescenti, denota un'alta probabilità di sviluppare un uso problematico di Internet. Ad integrazione di ciò, Wood et al., già nel 2007, riportavano che su quasi 2000 giocatori d'azzardo *on line*, il 42,7% era affetto da gioco d'azzardo problematico o patologico (Wood, 2007).

King et al. (2010) suggeriscono che in riferimento ai fattori che promuovono il gioco d'azzardo *on line* tra gli adolescenti, le nuove tecnologie digitali rendono il gioco d'azzardo più accessibile e attrattivo per le giovani generazioni; promuovono informazioni non corrette e fuorvianti circa le reali probabilità di vincita; forniscono una via di fuga, percepita come facile e affascinante dai problemi del mondo reale; creano un contesto ambientale che aumenta la pressione sugli adolescenti a giocare d'azzardo e, contemporaneamente, rende il gioco d'azzardo stesso socialmente accettato.

Amici e familiari giocano un ruolo molto importante nell'avviare l'esperienza di gioco d'azzardo tra gli adolescenti. Ad esempio, nella ricerca di Brunelle et al. (2009), solamente il 2% dei giocatori *on line* risultava giocare da solo: ben il 57% dei ragazzi riferiva di aver giocato con un membro della famiglia e il 37% dichiarava di averlo fatto con un amico. Ciò indica l'alto grado di accettazione sociale che si registra relativamente al gioco d'azzardo su Internet tra gli adolescenti. Queste percentuali risultano molto diverse rispetto ad indagini condotte su popolazioni adulte dove, invece, il 59% dichiarava di giocare da solo.

Modello operativo nella Regione siciliana

La Regione siciliana, già dal 2011, ha aderito al progetto nazionale GAP che il Dipartimento politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha avviato per poter realizzare interventi coordinati e integrati in modo da assicurare la diffusione di un approccio basato sulle evidenze, utilizzando metodologie standard e univoche da realizzare sul territorio nazionale.

Tale compito è stato affidato al Dipartimento attività sanitarie dell'Assessorato della salute (DASOE), all'interno del quale l'Osservatorio epidemiologico regionale (OER) delle dipendenze:

- fornisce il supporto scientifico, organizzativo e progettuale a tutte le istituzioni coinvolte nella lotta alle dipendenze;

- si occupa della sorveglianza, garantendo il flusso informativo annuale richiesto dal DASOE attraverso l'apposita modulistica predisposta;
- garantisce il monitoraggio del fenomeno in base agli standard definiti dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT);
- coordina i flussi informativi degli osservatori epidemiologici provinciali delle Dipendenze;
- promuove studi a valenza regionale finalizzati alla programmazione degli interventi negli ambiti delle dipendenze, compreso il Gioco d'azzardo patologico.

Considerato che il gioco d'azzardo patologico è una dipendenza a tutti gli effetti, si spiega come siano indicati gli operatori dei SerT a prendere in carico i soggetti che lo richiedono.

Sulla scorta delle indicazioni del progetto nazionale GAP, che si prefigge di attivare strategie mirate per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche, coordinate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e al trattamento del GAP attraverso forme strutturate e scientificamente orientate di cura, riabilitazione e valutazione dell'esito dei trattamenti e, soprattutto azioni di prevenzione dell'insorgenza del gioco d'azzardo problematico e patologico, la Regione siciliana, attraverso l'OER delle dipendenze ha rafforzato la rete territoriale attraverso momenti formativi (a cascata) presso le ASP. Premesse necessarie, in tale prospettiva, sono il forte raccordo tra livello nazionale e territoriale, e il rafforzamento della funzione descrittiva e analitica quale base epidemiologica del processo organizzativo.

Da queste premesse scaturisce la necessità di adottare le linee guida per la Regione siciliana sul Gioco d'azzardo patologico, per la realizzazione delle quali è stato costituito un apposito tavolo tecnico regionale della prevenzione primaria sulla ludopatia, "al fine di uniformare le tecniche progettuali alle evidenze scientifiche e alle esperienze organizzative improntate alle conoscenze territoriali, che hanno caratterizzato l'attività dei SerT negli ultimi anni". Tali linee guida, "inserite a pieno titolo, nell'ambito del nuovo Piano regionale della prevenzione (PRP)", si sviluppano su più obiettivi e prevedono dal punto di vista operativo, il coinvolgimento delle ASP della Regione, il coordinamento con gli enti locali, il supporto offerto dal terzo settore e dalla società civile attivando sinergicamente interventi sulla base di programmi annuali.

Nella considerazione che il quadro nosologico del GAP è oggetto di studio continuo così come le tecniche a cui uniformare le pratiche di ogni azione preventiva e assistenziale destinate ad un progressivo affinamento sulla scorta della più attenta analisi dei dati di efficacia, le linee guida adottate dalla Regione siciliana devono essere acquisite come lo *start up* di un percorso evolutivo, che nel tempo si avvantaggi delle evidenze della più accreditata ricerca scientifica, e pertanto soggetto a periodiche revisioni e continuo monitoraggio anche alla luce delle subentranti disposizioni normative.

A tale scopo è istituito il tavolo tecnico permanente sul GAP in seno all'Assessorato regionale della salute, Dipartimento ASOE composto da operatori dello specifico settore di matrice pubblica (SSN/Aziende sanitarie) e/o accreditate, da associazioni di categorie, associazioni di impresa, associazioni di volontariato e coordinato dal servizio 2 promozione della salute. Il tavolo tecnico, a stabile operatività, riceve e analizza i dati dell'OER delle dipendenze sul GAP; elabora le proposte e le priorità di intervento annuali, sulla base di un inquadramento generale delle tipologie di prevenzione, individuando macroazioni e proponendo provvedimenti normativi destinati alle strutture sanitarie coinvolte ed elementi di coordinamento nell'ottica di una integrazione operativa con altre istituzioni.

A livello provinciale, sulla base di quanto indicato dal Piano strategico per la salute mentale, le ASP si dotano di un proprio Piano d'azione locale (PAL) in linea con la normativa vigente: "elaborato attraverso pratiche di concertazione con tutte le Agenzie del proprio territorio (distretti, enti locali, imprese sociali e imprenditoriali, Associazioni di familiari e degli utenti, organizzazioni del mondo del lavoro e sindacali, volontariato e organizzazioni culturali, ricreative e del mondo della formazione e dell'istruzione). Nell'individuare gli obiettivi tale PAL dovrà indicare anche le priorità a medio e breve termine compatibili ed adeguate con le dotazioni finanziarie disponibili". (Decreto 27 aprile 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 15 giugno 2012, "Piano strategico per la salute mentale - Uno strumento per cambiare").

La prevenzione del GAP rappresenta uno degli obiettivi prioritari del PAL e andrà svolta anche attraverso il pieno coinvolgimento dei vari soggetti pubblici e/o privati che, a vario titolo, possono espletare un ruolo positivo nell'attività di prevenzione.

Le ASP tramite l'osservatorio epidemiologico provinciale dell'area dipartimentale dipendenze, avranno il compito di garantire, all'interno delle attività del PAL, la guida delle attività di programmazione degli interventi provinciali sul Gioco d'azzardo patologico, attivando il coordinamento provinciale permanente sul GAP (CPPGAP). Nel modello operativo regionale il CPPGAP rappresenta la piattaforma di base che concorre all'indicazione e allo sviluppo nell'ambito territoriale di riferimento del completo e corretto programma di prevenzione specifica.

Il Coordinamento provinciale permanente sul GAP (CPPGAP) è costituito da:

- 1) strutture delle ASP (SerT, U.O. della salute mentale, U.O. educazione e promozione della salute, formazione, staff ecc.);
- 2) istituzioni scolastiche;
- 3) attività produttive pubbliche e private;
- 4) prefetture;
- 5) comuni;
- 6) privato sociale organizzato e competente;
- 7) associazioni di volontariato interessate al fenomeno;
- 8) organizzazioni sindacali, di famiglie, nuclei di aggregazione, soprattutto giovanili;
- 9) una rappresentanza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

L'osservatorio epidemiologico provinciale dell'area dipartimentale dipendenze di ogni ASP costituisce l'elemento di raccordo operativo avvalendosi delle strutture organizzative aziendali interessate.

Il CPPGAP è istituito con atto deliberativo del direttore generale della ASP su proposta del direttore del Dipartimento di salute mentale o del responsabile di una delle strutture aggregate all'uopo delegato, sentite le istituzioni coinvolte e acquisite le relative indicazioni anche attraverso specifici protocolli d'intesa con enti e istituzioni non sanitarie del settore. Il CPPGAP è istituito entro 180 giorni dall'entrata in vigore del decreto sulle linee guida di prevenzione sul GAP. In caso di mancata istituzione e/o fino alla formale costituzione del CPPGAP le funzioni previste saranno svolte dall'area dipartimentale delle dipendenze delle ASP.

Il CPPGAP, sulla base della relazione dell'osservatorio epidemiologico provinciale dell'area dipartimentale dipendenze, predisponde il Piano annuale d'intervento (PAI) specifico per il Gioco d'azzardo patologico, quale strumento orientato su tutte le forme della prevenzione e finalizzato sia ad una sinergica lotta contro la diffusione del GAP che ad un'efficace terapia dei soggetti giocatori patologici indicando azioni, ruoli e risorse specifiche. Il CPPGAP si dota di un regolamento nel quale è delineata l'organizzazione interna, il calendario delle riunioni a frequenza regolare, modalità di interscambio di informazioni, etc.

Il CPPGAP in seno al PAI dovrà prevedere per ogni azione di prevenzione proposta, progettata e condotta, una completa analisi del fenomeno a livello provinciale che deve comprendere:

- 1) ricognizione e mappatura dei tipi di gioco esistenti sul territorio di riferimento;
- 2) distribuzione territoriale dei fenomeni;
- 3) tipologia dei giocatori;
- 4) strumenti di valutazione generale e specifica anche per la verifica dei risultati.

Quest'analisi costituisce priorità e base documentativa per la programmazione locale dei vari tipi di intervento operativo da inserire nel PAI. Il Piano annuale d'intervento potrà prevedere, altresì:

- A) un protocollo d'intesa con l'ordine degli avvocati per interventi informativi sui rischi legati al GAP (debiti ed usura);
- B) intese con altri enti (privato sociale e associazioni di volontariato) che si occupano di GAP presenti sul territorio e da coinvolgere, motivatamente, in specifiche azioni;
- C) definizione della struttura della rete d'intervento su soggetti problematici o patologici ed anche, eventualmente sul loro contesto, al fine di garantire la massima efficacia.

LINEE GUIDA OPERATIVE

Le presenti linee guida sono rivolte al contrasto della diffusione del fenomeno del Gioco d'azzardo patologico a livello regionale. Tutti gli operatori sono chiamati ad osservarle per conseguire i sotto indicati obiettivi:

Obiettivo generale

- Prevenire lo sviluppo di Gioco d'azzardo patologico.

I dati scientifici mostrano che nell'ambito dei comportamenti di dipendenza accrescere i fattori di protezione e ridurre i fattori di rischio sono alla base di ogni intervento di prevenzione, ed è stato dimostrato che la precocità dell'intervento ha un impatto di efficacia maggiore rispetto a un intervento operato successivamente, riducendo notevolmente i costi.

In armonia col Piano d'azione nazionale GAP del Dipartimento politiche antidroga, si individuano i seguenti tipi di prevenzione:

Universale (PU):	indirizzata alla popolazione generale (non <i>target</i> specifica), ad impostazione informativa/comunicativa generale sul rischio dipendenza da gioco;
Ambientale (PA):	indirizzata al territorio e agli ambienti dove si concentra il rischio (sale, ambienti di intrattenimento, bar, internet, ecc.), ad impostazione più specifica e orientata a ridurre accessibilità e disponibilità al gioco d'azzardo sul territorio, limitarne la pubblicità indiscriminata, incentivare l'autovalutazione precoce (sviluppo di consapevolezza) del proprio comportamento a rischio e della propria condizione di malattia;
Selettiva e Indicata (PS/I):	indirizzata alle persone vulnerabili (che non abbiano ancora sviluppato un gioco problematico, ma per caratteristiche individuali abbiano un rischio aumentato) e a persone con gioco d'azzardo problematico (con rischio evolutivo verso il gioco patologico), precoce e orientata all' <i>early detection</i> , ad impostazione educativa e prevenzione delle ricadute.

A queste forme di prevenzione si affianca poi, l'attività clinica specialistica vera e propria, indirizzata ai soggetti che presentano già la dipendenza patologica e che necessitano di vari interventi terapeutici farmacologici, psicoterapici e riabilitativi sia individuali che di gruppo, anche in strutture residenziali specialistiche.

Obiettivi specifici

- ridurre l'incidenza di sviluppo di gioco d'azzardo patologico;
- incrementare l'incidenza di gioco controllato, sano e/o responsabile;
- ridurre il numero di persone esposte al rischio di sviluppare GAP;
- aumentare il numero di giocatori intenzionati a smettere di giocare.

Obiettivi organizzativi, strutturali e strumentali

Tali obiettivi costituiscono condizione fondamentale per il progressivo raggiungimento degli standard operativi per una puntuale e omogenea applicazione degli indirizzi su tutto il territorio regionale. In una logica di sinergia gli attori di diversa provenienza istituzionale trovano negli specifici servizi delle ASP l'elemento di coordinamento su base provinciale, al fine di:

- garantire il raccordo stabile tra la Regione siciliana e le Istituzioni nazionali attive nel settore in materia di prevenzione del GAP attraverso il riferimento operativo del Dipartimento delle attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico e il collegamento applicativo con le strutture del SSN attive sul territorio;
- promuovere l'integrazione del programma generale con altri interventi regionali di prevenzione opportunamente allocati nell'ambito del Piano regionale della prevenzione;
- assicurare il coordinamento regionale degli interventi rispetto a priorità condivise, che vengono attuate a livello di ogni singola ASP mediante il coordinamento provinciale permanente sul GAP (CPPGAP);
- sostenere il raccordo con gli operatori delle aziende sanitarie impegnati nelle attività di promozione alla salute, inserendo gli obiettivi di prevenzione nell'ambito degli indirizzi di programmazione aziendale sotto la responsabilità dei competenti direttori di dipartimento e della direzione sanitaria aziendale;
- favorire l'attivazione di reti e di alleanze tra i diversi attori della comunità coinvolte primariamente nelle politiche e nelle strategie di contrasto al gioco patologico in ordine ad azioni basate su iniziative di provata efficacia;
- dotarsi di adeguati strumenti di supporto trasversale indispensabili per la progettazione, la realizzazione, la valutazione di efficacia degli interventi;
- consolidare un sistema di sorveglianza della prevalenza dei giocatori, monitorando il territorio di riferimento aziendale;
- implementare un sistema di documentazione, promuovendo al meglio la diffusione delle evidenze disponibili, puntando sul coordinamento informatico delle strutture preposte;
- promuovere la ricerca sull'efficacia degli interventi, dando visibilità alle iniziative ed ai risultati conseguiti anche in sede locale;
- promuovere iniziative di formazione, anche nell'ambito dei rapporti di collaborazione già instaurati con le altre istituzioni del territorio (in primo luogo, quelle scolastiche).

LINEE D'INTERVENTO

Le presenti linee guida al fine di conseguire gli obiettivi descritti prevedono linee d'intervento con azioni differenziate in base al tipo di prevenzione condotto:

Prevenzione universale

La prevenzione universale (PU) è indirizzata alla popolazione generale (non *target* specifica) ed è orientata principalmente verso aspetti preventivi informativi generali attraverso raccomandazioni di base, tese a comunicare i rischi e i pericoli legati al gioco d'azzardo, al possibile sviluppo della dipendenza e le bassissime probabilità di vincita a fronte dei rischi connessi.

La prevenzione universale (schema 1 in calce) del gioco d'azzardo patologico mira a contrastare il rischio di sviluppo della dipendenza con programmi che possono essere indirizzati agli individui, oppure alle comunità.

Per il contrasto al gioco, esistono programmi efficaci, per cui è possibile mettere a punto vere e proprie politiche di prevenzione del gioco, che includono diversi tipi di interventi, in una logica che preveda dei protocolli operativi che tengano in debita considerazione le caratteristiche della realtà locale e che in funzione di questa dovranno essere adeguatamente modulate.

Infatti, le strategie generali di contrasto del gioco, ribadite dal DPA nei più recenti documenti, raccomandano un approccio globale e multidisciplinare a tutte le problematiche relative.

La prevenzione universale al gioco patologico deve quindi mirare a sviluppare e a coordinare efficacemente, in un'ottica sistemica e di rete, tutte le risorse significative della comunità e del territorio. A tale scopo, si dovranno attivare mirate strategie volte a valorizzare principalmente i seguenti aspetti, con protocolli d'intervento motivati:

- partecipazione dei cittadini alla crescita della cultura del gioco responsabile;
- intersectorialità, mediante il coinvolgimento operativo di settori sanitari e non sanitari (scuola, sport e spettacolo, mass-media, imprenditoria privata, privato-sociale, volontariato, ecc.);
- integrazione degli interventi di carattere comunicativo-educativo, oltre che di supporto alla popolazione, in particolare giovanile;
- multidisciplinarietà, favorendo la collaborazione culturale e operativa tra le diverse professionalità competenti in tema di prevenzione, cura e controllo del gioco patologico, mediante la realizzazione di percorsi di formazione integrata e di aggiornamento permanente;

– valorizzazione delle buone pratiche già disponibili. Le esperienze internazionali, condotte secondo le raccomandazioni dell'OMS, hanno permesso di definire le direttive necessarie a realizzare una efficace azione integrata contro il gioco patologico, identificando specifici ambiti di intervento;

– puntare su sistemi di comunicazione a più diretto consumo, compresi sito *web* dell'Assessorato della Regione siciliana, siti *web* delle ASP, in considerazione dei target prescelti sia livello centrale (Regione) che di ASP investendo i competenti servizi (ufficio stampa, ufficio relazioni con il pubblico, ecc).

Si evidenzia in modo precipuo la necessità di utilizzare indicazioni metodologiche e strumenti differenziati e adeguati per i giovani (in particolare se minori), che prevedano la partecipazione attiva dei ragazzi delle scuole nel processo di prevenzione, allo scopo di sviluppare la consapevolezza dei rischi connessi al gioco.

Macroindicatori di rischio sono l'assenza di informazioni preventive di base fruibili.

Le azioni previste dovranno, pertanto, essere:

- incontri di informazione-formazione;
- distribuzione di materiale informativo;
- pubblicizzazione dei punti di supporto e di aiuto;
- non utilizzare *testimonial* famosi per attrarre al gioco o utilizzarli per messaggi opposti tesi a creare un'immagine negativa del gioco e del giocatore;
- forte riduzione e gestione dei messaggi pubblicitari proteggendo le fasce giovanili-adolescenti e anziane nell'ambiente esterno e per via mediatica;
- incrementare pubblicità e marketing anti gioco d'azzardo, anche rendendo esplicito e obbligatorio il dato relativo alle reali possibilità di vincita e di perdita.
- vietare e sanzionare la pubblicità ingannevole e non veritiera.

Nel suo complesso, per una valida ed efficace prevenzione universale, diventa centrale porre in essere tutte quelle azioni che mirano a promuovere una cultura della disapprovazione sociale del gioco d'azzardo, utilizzando le principali leve del sistema sociale e sanitario a maggior penetrazione territoriale.

Formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Ai fini dello sviluppo di un programma di prevenzione universale, è necessaria la formazione mirata dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, che hanno, come è evidente, un ruolo cardine nel promuovere, da una parte, una cultura del gioco sano e dall'altra, nell'intercettare situazioni problematiche. Si dovrà attivare un percorso formativo-informativo attraverso:

- la conoscenza e condivisione di indicatori di *screening* in medicina generale;
- l'individuazione e l'utilizzo di schemi diagnostici concordati che consentano tempestivamente di evidenziare e segnalare situazioni a rischio;
- la messa in atto di competenze di *counseling* breve con i giocatori problematici o patologici e/o con i loro familiari secondo modalità stabilite e facilitate;
- l'acquisizione di informazioni sui servizi specialistici territoriali competenti al trattamento del GAP.

Si ritiene indispensabile l'individuazione in sede aziendale dei percorsi assistenziali specialistici, a partire dalla segnalazione del MMG fino alla specifica presa in carico, in funzione del singolo profilo, al fine di ottimizzare le risorse impegnate, secondo una logica di appropriatezza di intervento. I singoli percorsi dovranno comunque coinvolgere i SerT al fine di applicare omogenei protocolli operativi.

Programmi di promozione e di educazione alla salute per la prevenzione del GAP in adolescenza.

Interventi di educazione alla salute di provata efficacia

I principali programmi di promozione ed educazione alla salute nell'ambito del Gioco d'azzardo patologico si dovranno attuare attraverso tre fondamentali modelli di intervento (Page & Bailey, 1995; Pacula & Chaloupka, 2001; Echeburua, 2005; Coombs & Howatt, 2005; Brugal, 2006):

- lavoro sulle *Life Skill* e sull'*Empowerment*;
- *information Giving Model* (con la tecnica della *Peer Education* e *Dispeer Education*);
- colloquio motivazionale breve.

Il colloquio motivazionale breve (Rollnick, 2003; Miller & Rollnick, 2004), oltre che nei *setting* strutturati, si è mostrato sufficientemente flessibile in ambito di iniziative di prevenzione nei luoghi più frequentati dai giovani (sportelli d'ascolto, parrocchie, etc) da mantenere intatte quelle qualità di elicitazione e implementazione dell'autostima, dell'autonomia e della presa di decisione personale, caratteristiche utili per l'intervento sulle dipendenze senza sostanze, che hanno come fattore di rischio la bassa autostima e l'indirizzamento delle proprie azioni verso finalità pericolose per il sé e per la propria salute.

In un recente studio (Yeager & Gregoire, 2005) è stato confrontato un modello particolare di colloquio motivazionale, il *Seven-stage Crisis Intervention* di Roberts (2002) con il Modello Transteorico di Prochaska e Di Clemente (1984; 1986). Lo scopo di questo studio è stato quello di proporre una tipologia di intervento mirata specificatamente al trattamento delle Nuove Dipendenze: la possibilità di lavorare sul singolo e sul gruppo.

Inoltre, i temi che si dovranno sviluppare negli interventi sui minori sono:

- aumento della capacità di *problem solving*, della capacità di astrazione, della competenza sociale (doti di flessibilità, capacità di comunicazione e comportamenti pro sociali);
- autoefficacia;
- autocontrollo;
- progettualità per il futuro (Brown, 2001; Dickson, 2002), promuovendo in ogni caso un coinvolgimento attivo dei ragazzi.

In particolare, per gli adolescenti, i protocolli che si sono dimostrati più efficaci prevedono programmi sulla salute (Jessor 1998) che includono lo sviluppo della consapevolezza riguardo tutti i comportamenti a rischio e che promuovono comportamenti resilienti (Luthar 1993; Rutter 1987, 1989; Werner, 2000; Evans, 2003).

I programmi di prevenzione dovranno, pertanto, includere il tema dell'informazione e della prevenzione del rischio (Ferland 2002).

In linea con alcuni Autori (Benson e Saito, 2000; Damon W., 2004;), si dovranno attuare programmi che prendono in considerazione quello che viene definito "lo sviluppo positivo del giovane" per incrementare i fattori protettivi che possono mantenere l'adolescente lontano dal gioco d'azzardo.

Attraverso l'applicazione ragionata del modello di intervento proposto da Yeager e Gregoire (2005) e tenendo in considerazione le griglie di intervento proposte da Green & Kreuter (2004), si attueranno delle griglie di intervento-azione, utili per guidare la progettazione di programmi educativi nelle scuole.

PROTOCOLLI OPERATIVI DI FUNZIONAMENTO NELLA SCUOLA PRIMARIA, SUPERIORE DI I E II GRADO

Alla luce di quanto esposto, si deve, pertanto:

1) Pianificare e condurre una valutazione bio-psico-sociale del problema, comprendente dati epidemiologici di incidenza, frequenza e mortalità. Valutare l'eventuale presenza di gioco d'azzardo problematico o patologico, attraverso la conduzione di *circle time* mirati e l'analisi degli scritti del bambino, se nella scuola primaria, nonché l'uso di questionari e dibattiti dopo gli undici anni promuovendo progressivamente la sua partecipazione.

2) Stabilire un contatto e una relazione. Le figure preposte ad iniziare un intervento educativo devono essere gli insegnanti e, nella scuola di II grado, eventuali esperti esterni (psicologi ed educatori esperti nell'ambito del GAP).

3) Identificare eventuale portata del problema sul singolo e sul gruppo, valutando l'ipotesi di eventuali colloqui con i genitori e le figure significative e le figure importanti del ragazzo.

4) Esplorare sentimenti ed emozioni, utilizzando le tecniche di elezione come il *circle time* e l'analisi del vissuto attraverso la produzione di disegni e scritti (utile la supervisione di uno psicologo).

5) Esplorare e generare alternative (risorse inesplorate e *life skills*). Nell'educazione di queste abilità, è necessario avviare un processo dinamico di apprendimento attraverso il lavoro in piccoli gruppi, giochi e l'utilizzo di forme espressive artistiche e, nella scuola superiore, attraverso il *brainstorming*, il *role playing*, giochi e dibattiti con esperti.

6) Sviluppare e formulare un piano di azione specifico attraverso l'utilizzo mirato e ragionato di racconti e favole create *ad hoc*, l'insegnamento di metodi alternativi di divertimento (sport, lettura, pittura, etc.)

Mentre nella scuola primaria è sufficiente la figura dell'insegnante, nella scuola superiore possono essere utili le figure di esperti esterni; come segnalato dalla letteratura scientifica molto meno gli incontri con persone che hanno vissuto l'esperienza della dipendenza. In caso di dipendenza conclamata, è opportuno rimandare ad un *help desk* o a colloqui motivazionali brevi con psicologi esperti.

7) Rendere operativo un *follow up* a cadenza annuale.

8) Promuovere il ruolo attivo degli alunni.

STRUMENTI E METODOLOGIE DI PREVENZIONE UNIVERSALE

1) La Peer Education nella prevenzione del GAP

Nell'ambito delle nuove dipendenze, anche secondo le indicazioni più volte espresse dall'Istituto superiore di sanità, la *Peer education* (educazione tra pari) costituisce una modalità educativa rivolta ad un piccolo gruppo, comunque numericamente inferiore rispetto al gruppo di appartenenza, al cui interno si instaurano relazioni di educazione reciproca, "tra pari", con la finalità di operare attivamente per informare ed influenzare la parte maggioritaria di quel gruppo. Tutto ciò chiaramente prevede la partecipazione attiva dei ragazzi delle scuole nel processo utilizzando e sviluppando i più appropriati suggerimenti e proposte.

Nell'ambito delle dipendenze, è noto come non sia efficace fornire informazioni sulla natura del rischio o consigliare; è evidente la forte controindicazione per metodi di approccio educativi di tipo "prescrittivo" o "terroristico". Il messaggio di promozione della salute dovrà essere adattato alle caratteristiche delle persone e dei gruppi, soprattutto nel caso di adolescenti.

Per promuovere la salute è necessario favorire la partecipazione dei giovani alle scelte che li riguardano. Il loro contributo costituisce, a volte, una miniera di informazioni illuminate sulle variabili di contesto che li circondano.

Pertanto, per la sua capacità di incidere su atteggiamenti e comportamenti salute-correlati, la *Peer education*, come metodo di lavoro sulle principali problematiche educative e nella promozione della salute, dovrà essere diffusamente applicata in adolescenza e nel mondo della scuola, soprattutto perché, a certe condizioni, a) contribuisce ad aumentare il controllo sulle decisioni e le iniziative che riguardano la salute ed il benessere (*empowerment*), b) favorisce lo sviluppo delle "abilità di vita" (*life skill*), di competenze che consentono alle persone di affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana; c) si avvale di un processo esperienziale e comunicativo che valorizza le informazioni ed i codici del gruppo *target*.

Nella scuola secondaria di secondo grado, lo strumento del "*peer group*" dovrà rappresentare uno spazio di condivisione e confronto all'interno del quale acquisire (e modificare) conoscenze e attitudini, consentendo di sperimentarsi in un clima "protetto" come educatore "alla pari".

Nel caso degli interventi di prevenzione per il GAP, elaborare un progetto di *peer education* nella scuola comporterà il fatto di far propria una prospettiva a medio-lungo termine. Il gruppo dei pari, in qualità di adolescenti coinvolti attivamente nel processo, non dovrà limitarsi a rappresentare un ambito circoscritto di confronto, utile solo ai *peer* in formazione, ma dovrà rendersi operativo nei termini di una potente opportunità di riflessione e di cambiamento per la scuola a partire dai bisogni degli allievi.

Come in tutto l'ambito delle *addiction*, si deve prevedere che l'attivazione del progetto sia preceduta da una rilevazione dei bisogni e da una valutazione delle condizioni di contesto; le modalità più opportune sono quelle che derivano dalla ricerca-azione e da approcci che valorizzano la partecipazione e la ricerca del consenso.

Particolare attenzione dovrà essere riservata alla selezione degli allievi *peer* che sarà svolta utilizzando criteri diversi (ad esempio, auto-candidatura, designazione da parte del gruppo classe ecc.) Per utilizzare anche modalità e strumenti, tendenzialmente più "obiettivi" (questionari o interviste), si devono considerare i seguenti aspetti:

- l'attitudine ad occuparsi degli altri (il comportamento del giocatore non è solo "affar suo");
- la disponibilità ad investire nell'attività, per esempio, lavorare insieme anche fuori dalla scuola;
- la propensione per il lavoro in gruppo (assertività, ascolto, empatia).

Come criterio generale, la *Peer education* dovrà porre al centro della proposta educativa l'allievo nel suo ambiente, tendendo ad affermare il protagonismo e l'autodeterminazione degli studenti quali artefici, realizzatori e valutatori delle azioni che riguardano la promozione della salute e del benessere nel contesto scuola. La progettazione deve tendenzialmente superare la percezione dell'adolescente come "destinatario" dell'intervento e piuttosto deve considerarlo un partner dell'attività educativa, e quindi protagonista *in toto* del processo.

Pertanto, per ciò che riguarda le misure di prevenzione del GAP, il progetto di *Peer Education* deve essere realizzato su molteplici livelli di intervento; devono, a tale scopo, essere distinti più ambiti di attività, tra loro combinati e coerenti:

- l'attività formativa preliminare, rivolta agli allievi *peer* selezionati, che valorizzerà soprattutto lo sviluppo di competenze (comunicative, sociali ecc.) e la creatività;
- le attività *peer-led* nei gruppi classe che devono considerarsi centrali nel progetto educativo;
- iniziative complementari di produzione di idee, di materiali e di diffusione delle informazioni create e condotte dai *peer* che hanno le loro premesse nelle "politiche" della scuola sul gioco.

Formatori

I formatori degli adolescenti che condurranno il progetto educativo nella scuola dovranno essere in possesso di una specifica formazione sulle teorie più accreditate nella promozione della salute, sulle dipendenze patologiche, nella comunicazione e nella conduzione di gruppi, nelle dinamiche proprie dell'adolescenza.

Valutazione

Molteplici saranno i livelli e gli oggetti della valutazione del progetto educativo: il percorso formativo degli allievi *peer*, il gradimento dell'iniziativa, le competenze apprese; in un progetto necessariamente pluriennale, particolarmente rilevanti dovranno essere le valutazioni "a distanza" sulle classi *target* e sull'ambiente-scuola. Di particolare interesse per la valutazione del progetto educativo sarà il numero di gruppi classe raggiunti mediante attività *peer led*.

Considerate le potenzialità della *Peer Education* nell'ambito della prevenzione del GAP, si dovrà estendere tale metodica a tutte le ASP del territorio regionale che dovranno promuovere iniziative rivolte agli alunni delle scuole secondarie di secondo grado, anche attraverso la formazione dei formatori, proponendo progetti pilota "multicomponente" (attività educative, presidio sistematico dei divieti, offerta attiva di percorsi di disassuefazione ecc.), che coinvolgono attivamente gli studenti *peer educator*.

2) Il Cooperative learning e il parent training nella prevenzione del GAP

Si dovrà rendere operativo il *Cooperative learning* e il *parent training*. Nell'approccio del *Cooperative learning* è centrale il "gruppo classe" come luogo che amplifica le competenze dei singoli, poichè come osservato da Vygotskij, "il gruppo riesce ad arrivare a soluzioni a cui nessuno dei suoi singoli componenti sarebbe giunto da solo". Le soluzioni date in gruppo sono più complesse, più creative, poichè nascono dalla discussione, dall'argomentazione di idee, dalla necessità di negoziare soluzioni.

Pertanto, la metodologia del *Cooperative learning* nel contesto del gruppo classe, essendo centrata sulla cooperazione tra studenti, presuppone che l'apprendimento venga ottimizzato in virtù di uno scambio combinato di informazioni tra i componenti di un gruppo e tra i gruppi stessi in un clima di effettiva collaborazione (Carmoglio M., Cardoso M.A., 1998). Tutto ciò ha un'importanza di grande rilievo per supportare e potenziare lo "sviluppo positivo del giovane" e per incrementare i fattori protettivi che contribuiscono a mantenere il ragazzo lontano dal gioco, come l'*empowerment*, le competenze sociali e affettivo-relazionali, lo sviluppo di autoefficacia, l'osservazione delle norme pro-sociali oltre che, la capacità di utilizzare strategie cognitive come: *the problem solving*, *the coping*, e la capacità di autoorientarsi, cioè la capacità di costruire progetti personali.

Il potenziamento di tali fattori dovrà essere altamente favorito attraverso l'applicazione del *Cooperative learning*, nella cui metodologia elementi fondamentali sono: l'interdipendenza positiva, la capacità di auto-monitoraggio dei comportamenti e il ricorso alla metacognizione, per riflettere sulle scelte volte alla soluzione di compiti individuali e di gruppo, oltre che di problemi di interrelazione.

L'interdipendenza sociale positiva è il tipo di relazione che si stabilisce tra le persone per il conseguimento di un obiettivo comune. In particolare, l'interdipendenza positiva si osserva nelle strutture cooperative dove la responsabilità del successo è affidata all'intero gruppo ed il conseguimento dell'obiettivo del singolo dipende dal conseguimento dell'obiettivo da parte degli altri e viceversa.

Oltre all'interdipendenza sociale positiva, la *Cooperative learning* deve fare leva sui seguenti principi:

1) Responsabilità individuale. Questa metodologia deve evitare la deresponsabilizzazione tipica di molte attività condotte in gruppo, il singolo non può nascondersi nel gruppo, poichè gli viene assegnato un compito e un ruolo specifico che deve portare a termine, pena la compromissione del raggiungimento dell'obiettivo. Il singolo è responsabile del proprio apprendimento oltre che dei comportamenti pro-sociali che vengono valutati dall'insegnante.

2) La soluzione dei problemi. I problemi di natura didattica e relazionale dovranno essere affrontati con diversi modelli decisionali, come le strategie di *problem solving*, *the coping*, strategie per la gestione positiva del conflitto.

3) Il compito del docente/tutor diventa duplice: facilitare i processi cognitivi che non possono essere slegati dalle competenze comunicative, di gestione del conflitto, di *leadership*. I compiti assegnati devono elicitarne comportamenti competenti su un piano dei contenuti, dei processi cognitivi, ma anche su un piano delle competenze pro-sociali. Il docente deve lavorare metodologicamente per favorire il potenziamento degli studenti su entrambi i piani di sviluppo.

Formatori

I formatori, che sono i docenti, conducono il progetto educativo nella scuola, e devono essere in possesso di una specifica formazione sulle teorie più accreditate nella promozione della salute, sulle dipendenze patologiche, in particolare sul GAP nella comunicazione e nella conduzione di gruppi, nelle dinamiche proprie dell'adolescenza.

Valutazione

Anche in questo caso, come per la *Peer education*, molteplici dovranno essere i livelli e gli oggetti della valutazione del progetto educativo. Dovranno essere valutati il percorso formativo degli allievi, il gradimento dell'iniziativa, le competenze apprese; in un progetto che potrà anche essere pluriennale, particolarmente rilevanti risulteranno le valutazioni "a distanza" sulle classi target e sull'ambiente-scuola. Di particolare interesse per la valutazione del progetto educativo sarà il numero di gruppi classe raggiunti.

Nell'approccio del *Parent Training*, viene posto l'accento sul ruolo significativo esercitato dalla famiglia come fattore protettivo rispetto all'uso di sostanze psicoattive, e ai comportamenti di *addiction* più in generale, negli adolescenti e su quelle dinamiche familiari che possono agire da fattori di rischio. Pertanto, è necessario che i programmi di prevenzione prevedano una formazione dedicata ai genitori e propeedeutica al corretto sviluppo psico-fisico dei figli, anche nel caso della prevenzione del GAP. L'obiettivo principale è quello di coinvolgere i genitori o le figure di riferimento per aiutarli a comprendere le motivazioni che stanno alla base del disagio del figlio e sostenerli nel trovare le strategie più adeguate per agevolare il superamento del problema. Gli interventi di *Parent Training* si rivelano di estrema efficacia in tutti i casi in cui un minore o un adolescente soffre di un qualche disagio, sia di tipo emotivo, relazionale, cognitivo, scolastico.

Un altro ambito di applicazione del *Parent Training* deve riguardare gli interventi di sostegno alla genitorialità, ossia tutte quelle situazioni in cui uno o entrambi i genitori si trovano in difficoltà nel gestire con serenità ed efficacia il rapporto con il figlio e/o il suo stato di disagio. In sintesi, gli incontri di *Parent Training* dovranno essere finalizzati a fornire una serie di informazioni sul disturbo presentato dal figlio, definirne e circoscriverne il comportamento-problema, identificare le possibili soluzioni, riflettere sul proprio modo di pensare e agire rispetto al comportamento del figlio, per verificare se vi sono modalità relazionali che devono essere modificate per il benessere familiare e in particolare, dei figli.

I Centri Informazione e Consulenza (CIC)

L'art. 106 del D.P.R. n. 309/90 e le successive direttive del Ministero pubblica istruzione istituisce i CIC nelle scuole che, nel corso degli anni, con alterne vicende, a seconda dei contesti, si sono imposte come strutture finalizzate ad assolvere funzioni di servizio agli studenti e all'intero contesto scolastico.

Gli obiettivi dei CIC si possono così schematizzare:

- l'attivazione di sportelli di ascolto;
- l'offerta di consulenza a docenti, studenti e genitori per quanto riguarda l'accoglienza e la decodifica del disagio, il riconoscimento dei fattori di rischio, la gestione dei processi comunicativi e delle dinamiche di gruppo;
- il sostegno alla capacità progettuale di gruppi di lavoro di almeno 20 studenti su tematiche quali: l'educazione alla salute, la prevenzione delle malattie, l'informazione sui rischi connessi all'uso di sostanze stupefacenti, alcol e comportamenti che possono indurre dipendenza e/o a rischio, l'educazione alla gestione delle emozioni.

Gli sportelli di ascolto, ove opera uno psicologo, devono essere ri-orientati anche per le problematiche legate al Gioco d'azzardo patologico - al fine di attivare programmi di "early detection" degli adolescenti vulnerabili, prevedendo altresì supporti specialistici, interazioni "vis a vis" e *counseling* operando in raccordo con le strutture sanitarie individuate dalle ASP.

Prevenzione ambientale

La prevenzione ambientale (schema 2 in calce) riguarda tutti i soggetti, le amministrazioni, gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione chiamando il Dipartimento attività sanitarie della Regione siciliana e le ASP ad un ruolo di *advocacy*. Deve, pertanto, essere indirizzata al territorio e agli ambiti in cui si concentra il rischio (sale, luoghi di intrattenimento, bar, internet, ecc.), secondo una impostazione più specifica ed orientata a ridurre l'accessibilità e la disponibilità al gioco d'azzardo, limitarne la pubblicità indiscriminata, incentivare l'autovalutazione precoce (sviluppo di consapevolezza) del proprio comportamento a rischio e della propria condizione di malattia, attraverso programmi che possono essere indirizzati agli individui, oppure alle comunità.

Si deve creare una coerenza comunicativa e di comportamento preventivo antigiochi d'azzardo in tutti gli ambienti pubblici e sociali e nelle organizzazioni di riferimento (comuni, scuole, società, ecc.), sviluppando e coordinando efficacemente, in un'ottica sistemica di rete, tutte le risorse significative della comunità e del territorio.

I macroindicatori di rischio principali sono l'assenza di campagne e programmi preventivi ufficiali e strutturati, coordinati e coerenti tra loro.

Azioni di intervento previste:

- attivare incontri di informazione-formazione di operatori sociali dei comuni, forze dell'ordine (polizia municipale, Guardia di finanza, polizia di Stato, ecc.);
- attivare incontri di informazione-formazione di operatori che a vario titolo agiscono nella distribuzione di occasioni di gioco d'azzardo (esercenti sale gioco, baristi, tabaccai, ecc.);

- attivare incontri di informazione-formazione per avvocati riguardo la gestione legale e gli aspetti riguardanti l'usura;
- applicare il divieto di gioco prima dei 18 anni, mirando a deterrenza e contrasto sui minori;
- ridurre il numero delle sedi nel territorio dove poter giocare d'azzardo e dislocarle lontano dalle scuole e dalle sedi di raduno giovanili;
- ridurre il numero di sale gioco, *slot machines* e giochi *on line*;
- regolamentare la collocazione delle apparecchiature da gioco negli esercizi pubblici;
- dotare i giochi di segnali di *warning* e di *stop* in caso di comportamenti problematici del giocatore;
- inserire l'uso di carte prepagate controllabili e tracciabili;
- prevedere l'utilizzo della tessera sanitaria prima dell'inizio del gioco nelle *slot machines*;
- stampare supporti cartacei e elettronici relativi all'informazione corretta della dipendenza da gioco d'azzardo;
- impedire a chi gestisce i siti di gioco *on line* di inviare spam ai potenziali utenti;
- impedire la comparsa di *pop-up* che promuovono il gioco d'azzardo nei siti che non riguardano il gioco e che sono dedicati ai giovani.

Prevenzione selettiva e indicata

La prevenzione selettiva e indicata (PS/I) (vedi schemi 3 e 4 in calce) è indirizzata alle persone vulnerabili (che non hanno ancora sviluppato un gioco problematico, ma per caratteristiche individuali hanno un rischio aumentato) e a persone con gioco d'azzardo problematico (con rischio evolutivo verso il gioco patologico), precoce e orientata all'*early detection*, ad impostazione educativa e prevenzione delle ricadute.

È oggi dimostrata scientificamente l'esistenza di una cosiddetta vulnerabilità all'*addiction*, su base neurobiologica, che predispone allo sviluppo di una dipendenza patologica, tra cui anche il Gioco d'azzardo patologico. Tale vulnerabilità non significa però predeterminazione, ma si tratta solo di una condizione di rischio aumentato. Infatti, non tutti gli individui vulnerabili sviluppano una forma patologica. Nell'eventuale evoluzione in patologia, entrano in gioco fattori di rischio individuali, familiari e socio-ambientali, che, combinandosi variamente, creano delle differenze nella popolazione esposta al gioco: in sostanza, da una condizione di gioco ricreativo, sociale e sano, in soggetti predisposti, si può pervenire ad un comportamento a rischio per la salute, riconosciuto nel cosiddetto gioco d'azzardo problematico, che può a sua volta approdare o meno, verso uno stato di dipendenza patologica.

I fattori di rischio individuali sono rappresentati in primo luogo da alterazioni neuropsico-biologiche che, in sintesi, si possono identificare in alterazioni dei sistemi della gratificazione, con una contemporanea bassa efficacia del controllo prefrontale degli impulsi. Individui vulnerabili presentano alta frequenza di comportamenti di ricerca/specializzazione.

Oltre a ciò, è necessario però anche un contesto sociale favorente, caratterizzato spesso da relazioni familiari problematiche, da scarsa presenza di offerte attive di prevenzione, da scarse regole e leggi di controllo e deterrenza.

È dato acquisito per la comunità scientifica che l'individuo è molto più esposto all'acquisizione di un comportamento problematico di gioco se entrambi i genitori hanno avuto problemi di *gambling*. Inoltre, appartenere e frequentare un gruppo di giocatori innescherebbe un circolo vizioso fatto di comprensione reciproca, di solidarietà e di supporto, con il susseguente convincimento di far parte integrante di un mondo magico condiviso tra pochi eletti, un nucleo che protegge dalla propria fragilità.

Importante inoltre l'età del primo contatto col gioco, con maggiore possibilità di evoluzione in patologia, se tale contatto avviene in età adolescenziale.

Anche la tolleranza e la promozione attiva del gioco d'azzardo nel contesto sociale, nonché l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso alcolico, sono fattori in grado di incrementare il potenziale di rischio additivo.

La terza componente riguarda lo "stimolo" e le sue caratteristiche ed in particolare la facile disponibilità e accessibilità, l'alta frequenza d'uso, l'intensità, la capacità di creare un effetto gratificante e nel contempo, un effetto inibente su ansia, pensieri ossessivi, depressione e noia (Bouju, 2011; Potenza, 2011).

In particolare, nella popolazione giovanile si sono dimostrati particolarmente a rischio i soggetti con temperamento *novelty seeking*, con un'evoluzione del gioco d'azzardo che da iniziale "gioco sociale e socializzante", diventa "gioco individuale" e quindi "gioco isolato" nel momento in cui si sviluppa una dipendenza patologica.

Secondo il Ministero della salute (2012), gli adolescenti con comportamento di gioco d'azzardo problematico e/o patologico manifestano:

- 1) difficili rapporti con i familiari;
- 2) scarso interessamento e controllo da parte dei genitori;
- 3) bassa percezione della condizione economica della famiglia in generale;
- 4) probabilità doppia di diventare giocatori d'azzardo patologici;
- 5) riti familiari in cui è presente il gioco d'azzardo;
- 6) presenza di un tempo libero non strutturato.

Sulla base di numerose segnalazioni bibliografiche (Jacobs, 1989; Rosenthal, 1992; Gambino, 1993; Petry, 1999; Ibanez, 2002; Goldstein, 2004; Crockford, 2005; Pallanti, 2006; Marazziti, 2008; De Ruiter, 2009; Clark, 2009; Goudrian, 2009; SF Miedl, 2010; Takahashi, 2010; Goudriaan, 2010; Buhle, 2010; Hewig, 2010; Joutsa, 2011; Winstanley, 2011; Martini, 2011; Joutsa, 2011; Pinhas, 2011;), il target primario dell'intervento, che ha presentato maggior rischio di sviluppare gioco d'azzardo patologico, è costituito da:

- bambini (3-12 anni) con deficit del controllo comportamentale ed emozionale;
- adolescenti vulnerabili con presenza di disturbi comportamentali e temperamento "*novelty seeking*" (propensione al rischio);
- soggetti con familiarità di gioco d'azzardo patologico;
- soggetti giovani con disturbi del controllo dell'impulsività;
- soggetti con false e distorte credenze su fortuna e su reale possibilità di vincita al gioco d'azzardo;
- soggetti con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico;
- soggetti prevalentemente di sesso maschile (70%);
- soggetti divorziati;
- adulti/anziani con carenti attività ricreative e socializzanti (anti-noia).

Ad oggi le evidenze scientifiche hanno dimostrato che se queste tipologie di soggetti sono sottoposte a stimoli pubblicitari continuativi e fortemente promozionali, aumenta la loro probabilità di sviluppare una malattia cronica (con tutte le conseguenze correlate).

Alla luce di questo dato, sarebbe logico attribuire una responsabilità diretta a chi utilizza forti stimoli pubblicitari per promuovere il gioco d'azzardo.

È chiaro ormai, infatti, che da tutto ciò può svilupparsi malattia, disabilità fisica, psichica e sociale nonché l'innalzamento del rischio di suicidio.

Le principali azioni preventive (Clark et al., 2009; McComb, 2010; Blinn-Pike, 2010; Grant, 2010; Shead, 2010; Shaffer, 2010; Potenza, 2011; Ariyabuddhiphongs, 2011; Slutske, 2012; Rahman, 2012; Todirita, 2012; Jimenez-Murcia, 2012; Carillon, 2012; Larimer, 2012; Khazal, 2012;) dovranno, pertanto, mirare ad intervenire sui singoli fattori di rischio, tenendo conto che per un'azione efficace è necessario agire sia sull'individuo, ma anche sugli stimoli e sul contesto socio-ambientale.

Per quanto riguarda l'individuo, la prevenzione selettiva è la forma più efficace soprattutto negli ambienti della scuola e della famiglia, con protocolli operativi di funzionamento di volta in volta strutturati sulle evidenze dei fattori di rischio e sulla necessità di incentivare i fattori di protezione.

Le azioni concrete consigliate dovranno, pertanto essere l'*early detection* (individuazione precoce) delle condizioni di vulnerabilità (6-12 anni) e l'*early detection* dei comportamenti a rischio (nel momento in cui le persone cominciano a giocare). Sull'individuo si dovranno anche

espletare degli interventi precoci, quali i *training* per il riconoscimento preventivo delle situazioni di rischio, il rinforzo delle funzioni di autocontrollo e di *coping* e la correzione delle distorsioni cognitive e delle false credenze sulle probabilità e abilità di vincita.

Si dovrà attuare anche la prevenzione selettiva precoce, motivata dall'evidenza per cui nei bambini di 3 anni, dove sia presente un temperamento caratterizzato da scarso controllo dei comportamenti e delle emozioni (Slutske, 2012), vi è un aumento della probabilità di sviluppare disordini correlati al gioco d'azzardo in età adulta (21-32 anni). L'obiettivo di questo tipo di prevenzione selettiva dovrà essere, quindi, quello di cogliere anticipatamente il deficit del controllo degli impulsi emotivi e comportamentali in giovanissima età, intervenendo tempestivamente, attraverso la diagnosi precoce del deficit prefrontale e un intervento altrettanto precoce, allo scopo di determinare il potenziamento dell'autocontrollo e della regolazione emotiva e di supporto educativo alla famiglia.

Si dovrà, inoltre, intervenire con programmi di prevenzione specifica e precoce sulle distorsioni cognitive dei giovani relative al gioco d'azzardo. L'obiettivo di questa azione dovrà essere quello di cambiare le credenze erranee sul gioco d'azzardo (probabilità di vincita, capacità di influenzare il risultato di vincite casuali mediante riti od oggetti o abilità, ecc.). Dovranno, inoltre, anche essere messi a punto ed utilizzati *software* interattivi specifici e contemporaneamente interventi di educazione emotiva e razionale (Todirita, 2012).

Target primario di riferimento:

In sintesi, e in primo luogo, è necessario considerare le fasce di età più vulnerabili e le differenti caratteristiche che esse presentano. Anche nel caso della prevenzione selettiva e indicata, si dovranno utilizzare indicazioni metodologiche e strumenti differenziati per i giovani (con particolare riguardo ai minori) e per gli anziani, in particolare se soli e a basso reddito.

Altri target primari, come già detto, sono alcuni gruppi di persone che, per le proprie condizioni, si sono dimostrate maggiormente vulnerabili anche per lo sviluppo contemporaneo di GAP:

- giocatori problematici (possibile vulnerabilità in processo evolutivo verso il GAP);
- portatori di malattie mentali;
- persone tossicodipendenti e/o alcol dipendenti;
- persone in grave disagio economico e gravate da indebitamento.

Target secondario:

- famiglie;
- insegnanti;
- esercenti;
- medici di medicina generale/pediatri di libera scelta.

Ambienti da raggiungere:

- scuole;
- famiglie;
- luoghi di gioco;
- luoghi di lavoro;
- internet;
- punti di accesso assistenziale dei giocatori problematici/patologici;
- eventi che si svolgono a livello locale (concerti, feste locali, ecc.).

Alla luce di tali considerazioni, si deve prevedere per una corretta applicazione di tali interventi di prevenzione selettiva e indicata, la strutturazione di una rete di servizi territoriali (Aree dipendenze patologiche, DSM, Ser.T, Dipartimento prevenzione, UU.OO per l'educazione alla salute), che operi in sintonia seguendo linee guida nazionali e internazionali, le disposizioni assessoriali e le indicazioni del Tavolo tecnico permanente.

Bisogna, pertanto:

- 1) Avviare mirate campagne di informazione/comunicazione:
 - a) rivolte ai giocatori - sulla presenza di un'offerta terapeutica ai giocatori d'azzardo sia problematici che patologici, *in primis*, con interventi di psicoeducazione di gruppo sulle caratteristiche e sulle manifestazioni della patologia;
 - b) rivolte ai familiari - sulla presenza di un'offerta di psicoeducazione di gruppo sulle caratteristiche e sulle manifestazioni della patologia, sui più opportuni comportamenti da adottare, utili a favorire un recupero del benessere della vita familiare e ad un'accettazione da parte del giocatore di un percorso terapeutico;
- 2) ampliare l'offerta e le possibilità di accesso per le valutazioni cliniche e per l'eventuale presa in carico terapeutica dei giocatori e dei loro familiari;
- 3) favorire l'istituzione di ambulatori per il trattamento dei giocatori e dei loro familiari, prevedendo, laddove ritenuto utile a causa di situazioni logistiche particolari, anche la nascita di ambienti dedicati diversi dai Ser.T, e/o con la collaborazione di operatori del privato sociale con formazione specifica convalidata;
- 4) favorire la costituzione di gruppi di auto-mutuo aiuto per i giocatori problematici e per i loro familiari;
- 5) favorire la costituzione di un'unità di offerta con molteplici articolazioni e specialistici percorsi assistenziali.

Infine, si puntualizza che gli interventi per i soggetti francamente patologici devono dipendere direttamente dalle valutazioni diagnostiche alla base dei singoli Programmi Terapeutici concordati e personalizzati: il GAP, come altre forme di *addiction*, è una sindrome che presenta aspetti di forte disomogeneità all'interno della popolazione coinvolta, come il genere, le caratteristiche di personalità, le motivazioni, l'eventuale presenza di comorbidità e di elementi psicopatologici, la storia e le dinamiche familiari, i fattori individuali di resilienza e di *coping*, la vulnerabilità allo stress. La complessità del fenomeno rende quindi necessaria la personalizzazione del trattamento, individuando una fase preliminare di valutazione clinica e di *assessment*, in grado di 'tipizzare' il giocatore (Blaszczynski & Nower), in funzione della successiva messa a punto di programmi terapeutici integrati e multidimensionali, ritenuti i più adatti ad affrontare la complessità dei diversi quadri clinici.

A tal proposito, si dovrà attuare, ove possibile, una presa in carico globale dell'intero gruppo familiare. Infatti, come emerge dalla letteratura scientifica, il GAP si configura come 'esperienza traumatica familiare': la famiglia con un genitore giocatore patologico non può assicurare una base sicura, né emotiva, né materiale, in quanto 'la situazione gioco' tende a saturare completamente lo spazio relazionale e ad impedire la sintonizzazione affettiva. Un siffatto contesto si caratterizza frequentemente per la presenza di "violenza intrafamiliare" e per esperienze croniche di trascuratezza emotiva e maltrattamento psicologico nei confronti dei minori che possono costituire uno specifico fattore di rischio per lo sviluppo di una vulnerabilità alle dipendenze patologiche.

Per tali motivi, si devono attivare:

- 1) interventi di informazione, per individuare precocemente i comportamenti che possono rappresentare un rischio per i familiari;
 - 2) interventi di informazione e orientamento, allo scopo di salvare le relazioni e tutelare il patrimonio immobiliare ed economico-finanziario della famiglia;
 - 3) interventi terapeutici nelle sue molteplici e personalizzate articolazioni, potenziando le attività dei Ser.T. e coinvolgendo le famiglie in percorsi specifici e personalizzati;
 - 4) gruppi di affiancamento ed auto mutuo-aiuto per le famiglie;
 - 5) conseguenze legali del Gioco d'azzardo patologico, con accesso al patrocinio a spese dello Stato anche per i familiari del giocatore;
 - 6) individuazione di percorsi assistenziali in strutture residenziali, che abbiano appositi programmi terapeutici socio-riabilitativi.
- Tutti gli interventi dovranno essere prodotti di volta in volta, ed anche in modo congiunto dal servizio pubblico, dalle organizzazioni del privato sociale e dalle associazioni di volontariato che abbiamo completato specifico percorso formativo.

Più specificamente, per quanto riguarda le organizzazioni del privato sociale e delle associazioni di volontariato, si ritiene fondamentale l'istituzione di un bando regionale per la formazione di un albo, diviso per ambiti di competenza, in cui possano essere iscritte tutte quelle associazioni o organizzazioni che devono presentare le seguenti caratteristiche:

- 1) caratteristiche costitutive e di statuto coerenti con la prevenzione e l'assistenza al GAP;
- 2) dotazione di personale di comprovata formazione specifica e indicazione degli ambiti di competenza.

Tale albo regionale dovrà essere aggiornato annualmente per la verifica dei requisiti.

Tutti gli interventi di prevenzione primaria del GAP posti in essere dalle ASP devono essere programmati in armonia con i disposti del decreto assessoriale salute n. 300/2012.

PROGRAMMA FORMATIVO REGIONALE

Si prevede che l'ente strumentale della Regione siciliana cui l'Assessorato della salute delega l'istituto della Formazione del personale socio-sanitario siciliano debba gestire le attività didattiche ricadenti nell'ambito del GAP; è possibile anche ipotizzare una convenzione con altri enti di formazione e università che abbiano al loro interno una struttura tecnico-scientifica con reali e comprovate competenze nell'ambito del GAP e a cui possano accedere tutti coloro che, a vario titolo, avranno compartecipazione nel progetto.

Stante la complessità del fenomeno e le diverse tipologie di interventi da condurre (informativo/comunicativo, di prevenzione e di promozione della salute, di cura e riabilitazione) nei confronti di *target* di popolazione differenti, per assicurare azioni appropriate, efficaci e ben coordinate il programma formativo sarà finalizzato allo sviluppo di conoscenze e competenze specifiche e si articolerà su due livelli principali: una prima fase centrale di "formazione dei formatori", da svolgersi con cadenza biennale presso il CEFPAS, avente come destinatari le specifiche figure professionali individuate quali componenti del Coordinamento provinciale permanente per il Gioco d'azzardo patologico (CPPGAP); una seconda fase provinciale, da svolgersi presso le AASSPP della Regione, i cui ambiti di intervento saranno inseriti nel piano aziendale della formazione e condotti secondo un cronoprogramma comune. Per l'organizzazione della fase provinciale le AASSPP si avvarranno delle professionalità abilitate nella prima fase e opereranno in collegamento con il CEFPAS, con il coordinamento del Tavolo tecnico regionale.

Per gli ambiti specialistici che riguardano la cura e la riabilitazione dei soggetti con GAP e la presa in carico delle famiglie, il CEFPAS, nel Programma formativo annuale, dovrà prevedere alcuni moduli necessari all'aggiornamento continuo tecnico-professionale e all'affinamento delle competenze relazionali e motivazionali, specificamente rivolti agli operatori dei SerT e ad operatori del privato sociale e delle associazioni di volontariato con formazione ed esperienza documentate nel settore.

Riguardo alle attività di prevenzione universale, ambientale e selettiva, a seguito dei percorsi formativi e avvalendosi delle specifiche competenze delle UU.OO. di educazione e promozione della salute aziendali, presso il CEFPAS saranno attivati laboratori permanenti, guidati da esperti, che coinvolgeranno i componenti dei CPPGAP. I laboratori rappresenteranno un'opportunità di lavoro e di confronto multi-professionale per valutare e condividere modelli, tecniche e strumenti innovativi della comunicazione per la salute, del *marketing* sociale e di *empowerment*, finalizzati all'elaborazione di materiali divulgativi e di *format* standardizzati da utilizzare per i differenti *target* sensibili, verso i quali andranno orientati messaggi e attività di formazione di provata efficacia.

CONCLUSIONI

In linea con le principali indicazioni in ambito preventivo di livello internazionale e in modo particolare con quelle fornite dall'*Australian Psychological Society* (Blaszczynski, Walker, Sagris, Dickerson, 1999), in conclusione, si ritiene necessario puntualizzare e ribadire quanto segue:

Nell'ambito della prevenzione universale, bisogna incentivare la ricerca sulle condizioni sociali e psicosociali che conducono all'incremento del numero di persone che giocano d'azzardo ed i fattori che contribuiscono alla perdita del controllo sullo stesso.

Si sottolinea l'importanza dell'opportunità di adottare una posizione neutra, anche dal punto di vista del giudizio morale, allo scopo di promuovere la concezione del gioco d'azzardo come forma di intrattenimento piuttosto che come mezzo per ottenere denaro, e sostenere modelli di gioco controllato piuttosto che argomentarne la proibizione assoluta.

È fondamentale il ruolo che può svolgere l'informazione (*education*) delle persone riguardo ai problemi del gioco eccessivo e la disponibilità di servizi di assistenza specifica in ambito socio-sanitario, attraverso interventi nei media e la produzione e distribuzione di materiale informativo.

In tema di prevenzione ambientale, bisogna promuovere una azione cooperativa tra amministratori, imprenditori del gioco e le organizzazioni del *welfare*, al fine di adottare comportamenti di gioco responsabile all'interno delle comunità attraverso formazione e programmi di riduzione dei danni.

Programmi educativi dovranno poi essere indirizzati al miglioramento della comprensione da parte delle persone, soprattutto dei giovani, delle leggi statistiche e delle variabili (probabilità e caso) che reggono il gioco d'azzardo. A tal fine risulta fondamentale la scelta dei linguaggi più adatti per una efficace *education* tenendo conto del livello culturale e della *compliance* dei vari *target*.

La pubblicità del gioco d'azzardo non dovrà favorire le credenze erranee e dovrà includere delle informazioni accurate sulle considerevoli disparità tra ammontare delle vincite e percentuali di ritorno ai partecipanti sul volume di risorse complessivamente impegnato. Si ricorda, inoltre, come sia importante ampliare e condividere il concetto di valore sociale e di intrattenimento che il gioco può svolgere, anziché puntare sui presunti vantaggi economici.

La pubblicità e l'informazione contro i danni alla salute del gioco eccessivo dovrà ancor più essere chiaramente esposta nelle aree dove ha luogo il gioco, così come informazioni sulla disponibilità di assistenza psicosociale e servizi di *counselling* dovranno essere liberamente pubblicizzati e resi disponibili ai giocatori ed ai loro familiari.

Bisogna, poi, educare le persone a riconoscere i primi segni di gioco problematico istruendole sui livelli soglia oltre i quali è consigliabile rivolgersi ad operatori del settore socio-sanitario.

Per quanto riguarda, invece, la prevenzione selettiva ed indicata, si devono attivare programmi efficaci di intervento prontamente disponibili per persone che evidenziano i primi sintomi di gioco problematico. Devono, pertanto, essere promossi servizi di *counselling* psicologico e di supporto per giocatori problematici e loro familiari, con personale formato *ad hoc*.

Inoltre, tutti gli operatori a vario titolo coinvolti, nell'ambito di una formazione specifica, dovranno condurre *training* professionali di formazione per professionisti della salute in strutture (*setting*) pubbliche o private e quelli con maggiore esperienza, realizzare *training* di alta qualità a clinici e *counselor*, al fine di accrescere le loro competenze.

Bisogna implementare la realizzazione di studi di prevalenza ed analisi dei bisogni al fine di determinare l'estensione e la natura del *gambling* all'interno dei diversi gruppi sociali e culturali. Dovranno, poi, essere promosse ricerche sui modelli (*pattern*) di gioco, sulle ragioni per le quali le persone giocano, sulle differenze di età e genere al fine di ottenere migliori opportunità di trattamento per le persone che stanno sviluppando comportamenti di gioco problematico.

Pur considerando come non esista un modello unificato e riconosciuto di interpretazione del gioco d'azzardo problematico, tuttavia esiste ormai un solido consenso nel ritenere che il gioco problematico sia una condizione trattabile, come, peraltro, precisato dal DPA. La ricerca evidenzia, infatti, come il processo che conduce al gioco problematico comprende una complessa e dinamica interazione tra fattori di tipo ecologico, psicofisiologico, dello sviluppo, cognitivi e comportamentali. Tutti questi elementi devono essere affrontati all'interno di una strategia di globale cambiamento se si vuole ottenere un beneficio certo e duraturo.

È pur vero che la letteratura relativa alla valutazione dei trattamenti (si vedano le revisioni di Lesieur, Blume, 1991; Murray, 1993; Walzer, 1993; Lopez Vietz e Miller) non risulta conclusiva e sembra ancora soffrire di alcuni importanti limiti. Come infatti, segnalano Blaszczynski (1993) e poi Hogdins e El Guebaly (2000), i lavori di *evaluation* spesso si riferiscono a *single case report*, oppure presentano campioni di ridotte dimensioni. Carenti sono poi gruppi di controllo e rari i riscontri di *follow-up* in grado di evidenziare la reale efficacia di un trattamento. Inoltre, pochi studi presentano *trial* randomizzati di controllo, per cui il pervenire a conclusioni risulta quantomeno complesso, arbitrario e certamente prematuro. Tuttavia, pur non essendo disponibile un singolo tipo di trattamento che rappresenti l'attuale "gold standard"

o pratica migliore, nel trattamento del gioco problematico si raccomanda precipuamente l'utilizzo di strategie ed obiettivi che devono essere sviluppati in relazione al paziente, tenendo conto delle condizioni di comorbidità ed altri importanti fattori ambientali.

I criteri minimi per ogni intervento devono comunque rispettare, come messo in evidenza in più contesti scientifici, almeno questi punti:

- 1) il *counselling*, o l'intervento psicologico deve essere condotto da clinici formati (*appropriately trained clinicians*);
- 2) devono essere utilizzati solo interventi la cui efficacia è sostenuta dalla ricerca empirica;
- 3) le primarie condizioni di comorbidità devono essere diagnosticate e trattate di conseguenza;
- 4) devono essere incluse le strategie di prevenzione delle ricadute per evitare la ripresa (*recurrence*) dei problemi;
- 5) deve essere favorita la possibilità di accesso per i giocatori problematici a trattamenti efficaci sia in *setting* individuali che di gruppo e deve essere prevista anche la possibilità di offrire assistenza psicologica anche ai familiari;
- 6) risulta, poi, necessario portare avanti studi sugli *outcomes* controllati dei trattamenti, al fine di sviluppare approcci basati sulle migliori pratiche;
- 7) per ciò che riguarda i programmi terapeutici, si dovrà in modo particolare attivare una stretta collaborazione tra psicologi e psichiatri nell'organizzare programmi residenziali, per giocatori seriamente disturbati che possano essere a rischio di suicidio o che presentino seri problemi di comorbidità psichiatrica;
- 8) si sottolinea l'importanza di disegnare interventi per sottogruppi specifici in relazione alle caratteristiche demografiche e rendere consapevole il sistema giudiziario della relazione tra gioco e reati penali commessi al fine di acquisire le risorse necessarie per mantenere l'attuale livello di gioco;
- 9) sono consigliati i programmi di riabilitazione psicologica per i trasgressori in aggiunta alle pene disposte dai tribunali.

Tutte le linee di intervento previste dalle ASP dovranno trovare capienza nell'ambito dei fondi destinati alle attività sanitarie di prevenzione e nei piani aziendali di cui al D.A. n. 300/2012.

Al fine di agevolare una più facile lettura anche in sede comparativa delle azioni previste nell'ambito dei diversi tipi di prevenzione condotta in sede locale, si prospettano qui di seguito le tabelle sinottiche sotto forma di schemi relativi a :

Universale (PU):	indirizzata alla popolazione generale (non target specifica), ad impostazione informativa/comunicativa generale sul rischio dipendenza da gioco;
Ambientale (PA):	indirizzata al territorio e agli ambienti dove si concentra il rischio (sale, ambienti di intrattenimento, bar, internet, ecc.), ad impostazione più specifica e orientata a ridurre accessibilità e disponibilità al gioco d'azzardo sul territorio, limitarne la pubblicità indiscriminata, incentivare l'autovalutazione precoce (sviluppo di consapevolezza) del proprio comportamento a rischio e della propria condizione di malattia;
Selettiva e Indicata:	indirizzata alle persone vulnerabili (che non abbiano ancora sviluppato un gioco problematico, ma per caratteristiche individuali abbiano un rischio aumentato) e a persone con gioco d'azzardo problematico (con rischio evolutivo verso il gioco patologico), precoce e orientata all' <i>early detection</i> , ad impostazione educativa e prevenzione delle ricadute.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE



Schema 1 – prevenzione universale

Tipo di prevenzione	Target	Specifiche	Obiettivi delle azioni di prevenzione	Macro indicatori di rischio	Azioni
Universale	Tutti i soggetti	Si rivolge alla totalità della popolazione; è orientata principalmente verso aspetti preventivi informativi generali attraverso raccomandazioni di base, tese a comunicare i rischi e i pericoli legati al gioco d'azzardo al possibile sviluppo della dipendenza.	Comunicazione e informazione generale sulla pericolosità del gioco e sulle bassissime probabilità di vincita e dei rischi connessi Appoggiare, favorire e strutturare interventi orientati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute, rivolti a tutta la popolazione, adolescenti <i>in primis</i>	Assenza di informazioni preventive di base fruibili	Incontri informazione/formazione Distribuzione di materiale informativo Pubblicizzazione dei punti di supporto e di aiuto Non utilizzare testimonial famosi per attrarre al gioco o utilizzarli per messaggi opposti tesi a creare un'immagine negativa del gioco e del giocatore Forte riduzione e gestione dei messaggi pubblicitari proteggendo le fasce giovanili-adolescenti e anziane durante le ore del giorno e della notte, nell'ambiente esterno e per via mediatica. Incrementare pubblicità e <i>marketing</i> anti gioco d'azzardo anche rendendo esplicito e obbligatorio le reali possibilità di vincita e perdita Vietare e sanzionare la pubblicità ingannevole e non veritiera



Schema 2 – prevenzione ambientale

Tipo di prevenzione	Target	Specifiche	Macro indicatori di rischio	Obiettivi delle azioni di prevenzione	Azioni
Ambientale	Tutti i soggetti, le amministrazioni, gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione	Creare una coerenza comunicativa e di comportamento preventivo antigiooco d'azzardo in tutti gli ambienti pubblici e sociali	Assenza di campagne e programmi preventivi ufficiali e strutturati, coordinati e coerenti tra loro	Rendere coerenti i messaggi, le azioni e le caratteristiche ambientali con le strategie anti gioco d'azzardo in tutti gli ambienti pubblici e contesti sociali	<p>Incontri di informazione/formazione di operatori sociali dei comuni, forza di polizia municipale, ecc.</p> <p>Incontri di informazione/formazione di operatori che a vario titolo agiscono nella distribuzione di occasioni di gioco d'azzardo (esercenti sale gioco, baristi, tabaccai...)</p> <p>Regolamentare la collocazione delle apparecchiature da gioco negli esercizi pubblici</p> <p>Incontri di formazione per avvocati inerenti la gestione legale delle varie situazioni determinate dalla problematicità o dalla patologia</p> <p>Ridurre il numero delle sale giochi, <i>slot machines</i> e giochi <i>on-line</i></p> <p>Divieto di gioco prima dei 18 anni</p> <p>Dotare i giochi di segnali di <i>warning</i> e di <i>stop</i> in caso di comportamenti problematici del giocatore</p> <p>Uso di carte prepagate controllabili e tracciabili</p> <p>Leggi di controllo, deterrenza e contrasto sui minori</p> <p>Prevedere l'utilizzo della tessera sanitaria prima dell'inizio del gioco nelle <i>slot machines</i></p> <p>Ridurre il numero delle sedi nel territorio dove poter giocare d'azzardo e distocarle lontano da scuole e luoghi di raduno giovanili</p> <p>Stampare supporti cartacei e elettronici relativi all'informazione corretta della dipendenza da gioco d'azzardo</p> <p>Impedire alle aziende che gestiscono i siti di gioco <i>on-line</i> di inviare spam ai potenziali utenti</p> <p>Impedire la comparsa di <i>pop up</i> che promuovono il gioco d'azzardo nei siti che nulla hanno a che vedere con il gioco e che sono dedicati ai giovani</p>



Schema 3 – prevenzione selettiva

Tipo di prevenzione	Target	Specifiche	Obiettivi delle azioni di prevenzione	Macroindicatori di rischio	Condizioni incrementanti il rischio	Azioni
Selettiva	Soggetti che non hanno ancora giocato d'azzardo ma che presentano un rischio specifico superiore alla media, per la presenza di fattori di rischio individuali e/o ambientali	Soggetti che presentano disturbi comportamentali o dell'attenzione -fattori vulnerabilità individuale che comportano un rischio incrementale di sviluppo di percorsi evolutivi verso l' <i>addiction</i> se giocheranno d'azzardo	Individuazione precoce dei disturbi e dei fattori di rischio e corretta gestione in famiglia e a scuola (<i>Early detection and early intervention</i> – fattori di rischio) Supporto educativo alla famiglia	Insuccessi scolastici Aggressività Difficoltà relazionali Iperattività Deficit cognitivi Figli di genitori giocatori d'azzardo	Povertà Ambiente sociale problematico Alta offerta occasioni di gioco d'azzardo Famiglia problematica con basso controllo parentale Bassa presenza interventi preventivi Eventi stressanti	Interventi di informazione/formazione A individui minorenni Alle famiglie A dirigenti e insegnanti A chiunque ha a che fare con minorenni

Schema 4 – prevenzione indicata

Tipo di prevenzione	Target	Specifiche	Obiettivi delle azioni di prevenzione	Macroindicatori di rischio	Condizioni incrementanti il rischio	Azioni
Indicata	Soggetti che hanno giocato e giocano ancora in modo sperimentale e discontinuo ma in assenza di dipendenza	Soggetti che giocano occasionalmente e/o periodicamente (es. <i>weekend gamblers</i>) in una fase iniziale, ma con un rischio evolutivo verso forme di gioco problematico o forme di dipendenza	<p>Individuazione precoce dell'uso e corretta gestione in famiglia e a scuola</p> <p>(<i>Early detection and early intervention</i> – gioco patologico)</p> <p>Diagnosi precoce della possibile dipendenza</p> <p>Riduzione del rischio evolutivo</p> <p>Supporto educativo alla famiglia</p>	<p>Precoce gioco</p> <p>Comparsa di disturbi dell'umore</p> <p>Cambiamenti comportamentali e abituarini</p> <p>Calo del rendimento scolastico</p> <p>Alterazione del ritmo sonno veglia</p> <p>Alterazioni delle abitudini alimentari</p>	<p>Pregressi disturbi comportamentali o dell'attenzione</p> <p>Povertà</p> <p>Ambiente sociale problematico</p> <p>Alta offerta di gioco</p> <p>Famiglia problematica</p> <p>Gruppo sociale dei pari a rischio (gioco d'azzardo diffuso)</p> <p>Eventi stressanti</p> <p>Bassa presenza di interventi preventivi</p>	<p>Attività formative di autovalutazione del proprio comportamento verso il gioco, sui rischi verso la dipendenza, sui segnali, sulle conseguenze, sulle azioni di difesa</p> <p>Istituzione dei centri di ascolto</p> <p>Gruppi psico-educativi per i giocatori problematici e per i familiari</p>

AMBITI OPERATIVI (LIVELLI PROFESSIONALI COINVOLTI)

Prevenzione universale:

- Scuola
- Servizi sociali del comune
- Terzo settore
- Ordini professionali medici, psicologi
- Organizzazioni del welfare

Prevenzione ambientale:

- Camera di commercio e ASP
- Forze dell'ordine e ASP
- Ordini professionali avvocati e ASP
- Organizzazioni del welfare

Prevenzione selettiva e indicata:

- ASP e scuola,
- Terzo settore

(2015.14.835)102

DECRETO 7 aprile 2015.

Programma per la compensazione intra ed interregionale degli emocomponenti labili per l'anno 2015.

**IL DIRIGENTE GENERALE
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE
PER LE ATTIVITÀ SANITARIE
E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO**

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833 del 23 dicembre 1978;

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Vista la legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati" e, in particolare, l'art. 14, che al comma 1, nel riconoscere la funzione sovraregionale e sovraziendale dell'autosufficienza, individua specifici meccanismi di programmazione, organizzazione e finanziamento del sistema trasfusionale nazionale e al successivo comma 2 prevede che il Ministero della salute, sulla base delle indicazioni fornite dal Centro nazionale sangue e dalle strutture regionali di coordinamento, in accordo con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, definisce annualmente il programma di autosufficienza nazionale che individua i consumi storici, il fabbisogno reale, i livelli di produzione necessari, le risorse, i criteri di finanziamento del sistema, le modalità organizzative ed i riferimenti tariffari per la compensazione tra le regioni, i livelli di importazione ed esportazione eventualmente necessari;

Visti, altresì, gli articoli 10, comma 1, e 11 della citata legge n. 219 del 2005, che nell'individuare le competenze del Ministero della salute nel settore trasfusionale definiscono, in particolare, la funzione di programmazione delle attività trasfusionali a livello nazionale e stabiliscono i principi generali sulla programmazione sanitaria in materia di attività trasfusionali, specificando che per il raggiungimento dell'autosufficienza è richiesto il concorso delle regioni e delle aziende sanitarie;

Visti i decreti del Ministro della salute 3 marzo 2005, recanti, rispettivamente, "Protocolli per l'accertamento dell'idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti" e "Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti";

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante "Attuazione della direttiva n. 2005/61/CE che

applica la direttiva n. 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi";

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante "Attuazione della direttiva n. 2005/62/CE che applica la direttiva n. 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali";

Visto il decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva n. 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti";

Visto il decreto del Ministro della sanità 1 settembre 1995, recante, "Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri" come modificato dal decreto del Ministro della sanità 5 novembre 1996, recante "Integrazione al decreto ministeriale 1 settembre 1995 concernente la costituzione ed i compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri";

Visto il decreto del Ministro della salute 21 dicembre 2007, recante "Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali";

Visto il D.A. n. 1141 del 28 aprile 2010, recante "Piano regionale sangue e plasma 2010-2012 - Riassetto e rifunzionalizzazione della rete trasfusionale";

Visto il D.A. n. 3102 del 15 dicembre 2010, recante "Interventi a supporto della plasmaproduzione e tariffe di trasferimento degli emoderivati";

Visto il decreto assessoriale n. 384 del 4 marzo 2011, recante "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti nell'ambito della Regione siciliana";

Visto il decreto assessoriale n. 1019 del 29 maggio 2012, recante "Caratteristiche e funzioni della Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali";

Visto il decreto assessoriale n. 598 del 27 marzo 2013, recante "Accordo, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lettera b, della legge 21 ottobre 2005, n. 219, e dell'art. 2 dell'Accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008 (Atti n. 115/CSR) tra la Regione siciliana, Assessorato della salute, e le associazioni e federazioni dei donatori volontari di