

## DOCUMENTO VALUTATIVO DI ALEA SUI PIANI REGIONALI PER IL TRATTAMENTO DEL DGA

### Alla Presidenza e ai Componenti dell'Osservatorio sul gioco d'azzardo

Maurizio Fiasco, rappresentante dell'Associazione Scientifica Alea

#### Premessa

Ho consultato tutti i miei colleghi del direttivo di Alea, associazione cui aderiscono 67 Professionisti del settore. Com'è giusto, poiché sono componente dell'Osservatorio in quanto espressione di una società scientifica, la più antica costituita appositamente in Italia, nell'anno 2000. Ho sottoposto loro i testi integrali dei Piani Regionali sulla prevenzione, sulla cura e sull'assistenza dei pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Ho ritenuto di divulgare tali documenti in quanto *in parecchi casi non sono ancora pubblicati – sebbene pervenuti alla fase esecutiva – nel Bollettino Ufficiale Regionale*. Com'è obbligatorio per tutti gli atti pubblici di tale livello dello Stato-ordinamento: premessa inderogabile all'amministrazione in fase esecutiva, dall'assegnazione all'aggiudicazione, fino alla valutazione degli *outcome*.

Compongono Alea sia i pionieri degli studi e della clinica del disturbo da gioco d'azzardo e sia professionisti impegnati nei servizi pubblici e privati. Il livello scientifico è il massimo raggiunto attualmente in Italia (altra questione è, ovviamente, se io sia in grado di rappresentarlo degnamente).

Comunque quel che metto a disposizione è il frutto di tale consultazione.

La sentenza del Tar *prescrive di restare rigorosamente ancorati a una premessa inderogabile: la governance della questione clinica del gioco d'azzardo è attribuita - in virtù della fonte e della natura dei fondi aggiuntivi posti a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale - alle Aziende Sanitarie Locali*.

*In funzione della esigibilità conferita, finalmente, con i LEA al diritto alla presa in carico del paziente con disturbo da gioco d'azzardo, quindi in ragione di una prospettiva terapeutica sistemica, il processo va diligentemente governato dalla Azienda Sanitaria Locale in partenariato e d'intesa con la rete dei servizi ritenuti rilevanti per questo tipo di approccio clinico*. Tutto il resto è di specie ulteriore ed inappropriato.

Molte azioni diventano allora eleggibili se e in quanto risultino adeguati a questo dispositivo di norma. Per esempio, finanziare l'indagine del CNR di Pisa ha senso - come in diversi casi è rilevato - se avviene in funzione di esigenze circostanziate.

Così è stato per esempio a Bergamo dove la AST ha commissionato un approfondimento al CNR che quindi ha restituito un'immagine descrittiva accurata del problema relativo al territorio di appartenenza.

Ovvio che ciò comporti una disamina critica e attenta dell'impianto epistemologico della ricerca. E' la convergenza da parte di due comunità contigue: quella dei ricercatori è quella dei clinici.

#### **Allego, a titolo di esempio, qual modello di processo valutativo una relazione sul Piano della Regione Lombardia.**

*Per comodità in appendice si riportano gli artt. 28 e 35 del DPCM 12 gennaio 2017*

## INTRODUZIONE

Negli scorsi anni, e ben prima dell'assunzione di una responsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale, numerose ASL (o AST, o ASP o ULS), seppure distribuite in modo disomogeneo sul territorio nazionale, hanno avviato sperimentazioni e quindi reso disponibili ai cittadini una gamma di offerte terapeutiche e in generale di assistenza per fronteggiare il Gioco d'Azzardo Patologico (oggi definito come Disturbo da Gioco d'Azzardo).

Contemporaneamente si sono sviluppate diverse esperienze qualificate del privato sociale o del privato tout court che hanno avuto due grandi meriti: in primo luogo l'aver fatto emergere l'evidenza clinica di un fenomeno; in secondo luogo l'aver dimostrato la concreta fattibilità e le speranze di risultato di un approccio competente e serio.

Dunque in anni di parecchio antecedenti il cosiddetto Decreto Balduzzi (2012) e la promulgazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (2017) si è proceduto a delineare – in modo pressoché completo – un modello scientifico, eticamente rigoroso e istituzionalmente ineccepibile, di presa in carico, di terapia e di assistenza. Su tale know how sono derivate due altre acquisizioni fondamentali: un modello di prevenzione tecnicamente e verosimilmente efficace; le linee di *valutazione dei risultati dei modelli di prassi terapeutiche*.

Eppure negli atti conseguenti (di Governo e Parlamento) *non vi è una previsione specifica per il finanziamento di quanto previsto per il Disturbo da gioco d'azzardo* (l'erogazione di tutte le prestazioni ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali previste per le altre forme di *addiction*). Questo dato di fatto rende ancora più stringente l'obbligo di destinare il fondo di 50 milioni di Euro della legge di Stabilità a rendere effettivo, grazie alla *governance* del SSN e quindi delle ASL, il diritto del cittadino alla presa in carico terapeutica delineata nei LEA.

L'importante produzione scientifica di Alea – con la sequenza strutturata di convegni, seminari, corsi, documenti, produzione di letteratura negli aspetti più disparati della materia – ci autorizza ampiamente a intervenire esprimendo una valutazione sui venti piani fatti pervenire al ministero della Salute, al suo Osservatorio e, finalmente desecretati, alla comunità degli operatori, dei ricercatori e dei professionisti qualificati sul campo.

Tutto ciò dunque ci muove a mettere a disposizione un percorso di esame delle politiche regionali come formulate nei Piani. Con un'osservazione, in premessa, molto netta ed energica. Eccola.

Poiché in campo clinico “è il servizio che permette ai bisogni di salute di emergere attraverso una (nuova) domanda di assistenza”, a mano a mano che l'offerta terapeutica si estende, conseguentemente si ha un balzo quantitativo della domanda di assistenza.

La domanda di assistenza – in un paese civile e democratico qual è l'Italia – dev'essere integralmente soddisfatta dalla rete dei servizi: e per questo prioritariamente è *ai servizi* (del pubblico e del privato qualificato accreditato) *che vanno destinate le risorse finanziarie e organizzative*.

Altrimenti si verificherebbe il paradosso – assolutamente da evitare – che prima si sollecitano le domande di assistenza e poi non le si possano soddisfare per mancanza di mezzi. Quelli inizialmente messi in campo, infatti, sono destinati velocemente a rivelarsi insufficienti grazie al (positivo) balzo in avanti della domanda di assistenza clinica.

Dunque un primo criterio di giudizio è il seguente: con il fondo di 50 milioni di euro annuali, assegnati alle Regioni, si provvede anche a un parziale adeguamento dell'organizzazione dei servizi della clinica delle dipendenze da gioco d'azzardo? Una risposta a tale quesito è di cruciale importanza dal momento che –

ripetiamo – *la nuova incombenza prevista per i Servizi delle Dipendenze da parte dei “LEA 2017” non è coperta finanziariamente da nessuna altra previsione di budget specifico.*

E laddove si individua l’esigenza di un’effettiva prevenzione del DGA, la premessa capitale – *che rende finanziabile e legittimo un Piano regionale* – è che sia concepita in analogia con la prevenzione nel campo delle altre dipendenze patologiche: ovvero che risulti – persino nei suoi dispositivi – *strettamente connessa con la presa in carico terapeutica e con interventi rivolti a ridurre l’esposizione ambientale ai fattori di rischio* (prevenzione strutturale).

## IL PERCORSO DI VALUTAZIONE

### 1. Ancoraggio istituzionale per la congruenza e la legittimità di un Piano regionale per il DGA

Dopo la "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" (Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017) per Alea è divenuto fondamentale il rispetto dell'obbligo a valutare se il Piano risponda al profilo indicato all'art. 28 del Decreto (Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche). Tale articolo va correttamente interpretato nel “combinato disposto” dell’art. 35 (Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche).

Su tale fondamento - scientifico, deontologico e istituzionale - la nostra Associazione procede a esaminare e quindi formula un parere per il tramite del suo rappresentante in Osservatorio su ogni singolo elaborato delle Regioni.

1.1. Il primo quesito è dunque: il Piano contiene diligentemente i punti inderogabili previsti dal Servizio Sanitario Nazionale in tema di Livelli di Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche?

1.2. Qual è l’apparato concettuale scientifico che si rinviene nelle azioni previste dal Piano? Per esempio, cosa si deve intendere per *prevenzione nel suo significato epidemiologico*? Qual è il profilo minimo inderogabile per una *diagnosi*? Quali sono i punti irrinunciabili di *un protocollo*? Anzi, in cosa consiste un protocollo<sup>1</sup>?

1.3. Qual è l’equilibrio ottimale nell’impegno delle risorse? La risposta sul piano pragmatico può utilmente scaturire dalla definizione di una appropriata griglia valutativa. Ma tutti i Piani regionali presentati devono motivare una scelta di destinazione di una quota adeguata del fondo per ciascuna della quattro macro aree seguenti:

- Area clinica – almeno il 50-60%
- Area Prevenzione – tra 20-30%
- Area Formazione / Ricerca – tra 10- 20%
- Area Coordinamento – non oltre 10% tra tutti i livelli organizzativi, gestionali e promozionali.

E’ essenziale, per attestare la idoneità delle scelte delle Regioni, che i Piani siano *effettivamente orientati e articolati su azioni specifiche per il Disturbo da Gioco d’Azzardo*. E’ per esempio da evitare ogni scorciatoia o

---

<sup>1</sup> Qui il patrimonio scientifico accumulato dai soci di Alea trova il riferimento nella vasta letteratura che abbiamo prodotto: tre volumi, Bulletin, articoli, saggi, opere di singoli soci ecc.

escamotage che consista in mere traslazioni di modelli epistemologici, di cura o di prevenzione, derivanti da altre aree o per altre *addiction* da non confondere con la particolarità del *gambling*.

In questo senso l'Osservatorio si deve impegnare ad appurare che i Piani regionali provvedano a finanziare proprio l'ambito dei servizi rivolti al DGA. Solo in via accessoria, ad esempio nel caso di accertabile doppia diagnosi di comorbidità, si possono inserire anche altre azioni, evitando comunque metodiche o tecniche generaliste di approcci preventivi aspecifici.

## **2. Elementi per una griglia di valutazione di contenuti che dovrebbero contenere i piani regionali distinti per area**

### **2.1 Area Clinica:**

I protocolli di intervento devono contenere:

- una fase di valutazione con strumenti e questionari specifici del DGA
- una fase di intervento multidisciplinare che contempli anche una valutazione dell'area economica e legale, fissandone anche i tempi.
- Sperimentazione e attuazione di interventi innovativi per gruppi, popolazioni o problemi di genere con una caratterizzazione specifica (a esempio, le donne, gli anziani, i giocatori compulsivi e i giovani) ed in differenti setting di trattamento (ambulatoriale, residenziale breve e a medio-lungo termine, *day treatment*)
- Per ogni progetto d'intervento vanno adottati, elaborandoli, strumenti per la valutazione dell'esito con tempistica adeguata (follow-up a 6, 12, 24 mesi).

Nella presa in carico va contemplata *anche l'assistenza ai familiari dei giocatori d'azzardo patologici*, pur in assenza del giocatore stesso nella fase iniziale del setting: con risorse aggiuntive e percorsi ad hoc.

Come l'esperienza dei più qualificati clinici ha rivelato, in numerosi casi occorre agire sulla sofferenza del "sistema familiare" causata dalla fenomenologia del giocatore d'azzardo patologico, per quindi impostare un progetto terapeutico personalizzato sul paziente.

L'area clinica dovrebbe contemplare anche la verifica della congruenza tra piante organiche dei servizi pubblici e nuovi bisogni di assistenza, con la previsione di dotare ciascun territorio di équipe multidisciplinari congrue per tipologie di professionalità e numerosità di risorse umane adeguate al bisogno di cura stimato sulla base della popolazione residente.

### **2.2 Verso la costruzione di un modello maturo di presa in carico**

Nei Piani regionali occorre mettere in evidenza quegli elementi di qualità che, se condivisi a livello strategico e centrale, potrebbero dare una spinta notevole ad omogeneizzare l'offerta di cura nel complessivo territorio nazionale

### **2.3 Area della Prevenzione**

Valutare se il Piano regionale prevede azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale, e/o di target più specifici attraverso molteplici strumenti e piattaforme di diffusione.

A questo proposito si può sottolineare che lo scopo della sensibilizzazione e dell'informazione è essenzialmente l'aumento della consapevolezza del problema e *l'incremento dell'area di consenso attorno ad iniziative più incisive di prevenzione*, rivolte anche ai minorenni. Tale consenso tuttavia dovrebbe

sostenere primariamente l'implementazione di politiche limitative dell'esposizione al rischio che abbiamo un soddisfacente impatto sulla tutela della salute pubblica.

Le iniziative di prevenzione ultime vanno realizzate sulla base di razionali consolidati o attraverso azioni innovative il cui impatto verrà valutato. Senza eccezione alcuna i progetti di prevenzione devono possedere un soddisfacente impianto metodologico e una procedura di valutazione completa. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, d'altro canto, riconosce che sono le politiche di sanità pubblica a essere più efficaci nel campo della prevenzione. È evidente che in una realtà, come quella italiana, dove la distribuzione dei giochi d'azzardo e la loro pubblicità conoscono una capillarità e un'insistenza senza corrispettivi in altri paesi europei, il mero intervento (spesso solo simbolico) sulla "vulnerabilità" individuale è tanto inutile quanto una tautologia. E' così infatti che accade nelle dichiarazioni che replicano, sia pure indirettamente, come il giocatore patologico è una persona divenuta tale poiché è "esistenzialmente" un soggetto vulnerabile e quindi predisposto alla patologia.

Bandite le iniziative dall'insufficiente impianto scientifico, privilegiati gli interventi *evidence-based* con solide basi teoriche e con un corretto impianto valutativo, dopo aver definito con precisione i termini dell'interlocuzione e allontanato ogni equivoco (o peggio, conflitto d'interesse) occorre inoltre verificare il profilo di fattibilità di collaborazioni con operatori dei punti gioco in quanto soggetti chiave per l'individuazione e il contatto precoce di giocatori compulsivi; in ciò tenendo conto anche di altre iniziative in essere (Istituto Superiore di Sanità).

#### **2.4 Area Formazione/Ricerca**

Nella valutazione è essenziale accertare se i piani Regionali, com'è necessario, riservino una quota di fondi per la formazione degli operatori o per la sperimentazione di interventi innovativi anche in collaborazione con altre Istituzioni o Centri collegati con i servizi territoriali pubblici.

Nell'ambito della ricerca dovranno essere ricomprese le azioni di valutazione d'efficacia sia degli interventi clinici sia delle *policies* messe in atto dalle comunità locali per il contenimento dell'offerta.

#### **2.5 Area della Governance**

Per Alea quel che attesta la qualità e la finanziabilità di un Piano è l'avvenuta costituzione (o in corso di realizzazione) di un Tavolo di coordinamento scientifico delle attività del Piano a livello regionale che si prenda cura di *formalizzare le azioni dirette a rafforzare la collaborazione* tra Enti, servizi, e agenzie del territorio, per implementare la rete assistenziale, rafforzare la policy delle Amministrazioni locali. Anche per tale organismo ("Tavolo di coordinamento scientifico del piano a livello regionale"), nei piani devono essere indicati i criteri degli attori da reperire in base alle competenze espresse e documentate (cv, ecc.); nei piani andrebbero altresì esplicitati anche i modelli di funzionamento del tavolo.

### **3. Valutazione dei singoli piani**

Tenendo fermo il *Paradigma di un Piano Regionale ineccepibile per fronteggiare la Dipendenza da gioco d'azzardo*, si procede alla disamina dei 20 documenti.

#### **3.1 Soggetti attuatori del Piano:**

Con assoluto rigore va appurato come nel Piano regionale siano stati individuati i soggetti attuatori, procedendo in modo trasparente a motivare la scelta.

A tal proposito i quesiti elementari sono i seguenti:

- E' stata data *evidenza documentata alla qualità scientifica e di servizio* degli attuatori del piano?
- Si è proceduto all'analisi puntuale dei *curricula* (di soggetti associativi, degli Enti e dei singoli professionisti coinvolti) e la *selezione è avvenuta mediante criteri standard* di valutazione di qualità scientifica?
- Sono stati analizzati i *precedenti* progetti attuati, le pubblicazioni, i ruoli di docenza ricoperti, le esperienze individuali documentabili?
- Si rinviene *Appropriatezza, Equilibrio* tra servizio pubblico e prestazioni ai privati, ed è previsto l'accertamento dei livelli di competenza e di strumentazione dei soggetti attuatori pubblici e privati?
- I programmi di formazione-aggiornamento del personale dei servizi pubblici rispondono a requisiti di professionalità e di efficacia?

### **3.2. Evidenza pubblica delle procedure di assegnazione degli incarichi o di aggiudicazione dei progetti**

Ai fini dell'appropriatezza delle azioni – nonché di *rispetto dei criteri di economicità e di efficienza dell'azione amministrativa* – le attività rilevanti del Piano regionale devono passare *per procedure di evidenza pubblica*, tanto nel caso di ricorso a soggetti societari o associativi aventi personalità giuridica, quanto nell'individuazione di persone fisiche in base a requisiti precisi di professionalità e di onorabilità.

Sempre la Pubblica Amministrazione regionale deve seguire *la procedura paradigmatica*: a) definizione degli *obiettivi* per la prevenzione, cura e riabilitazione; b) individuazione delle *linee di azione* conseguenti; c) articolazione del *progetto specifico*; d) *reperimento delle risorse* delle professionalità o dei soggetti attuatori nell'ambito del privato e del privato sociale.

In altri termini, occorre assolutamente *rifuggire da ogni prassi (purtroppo invalsa nel passato) di pervenire a un Piano regionale quale risultante della promozione e dell'autopromozione di iniziative frammentarie, "a spot"* e spesso distanti dai *principi di universalità e integrità* delle prestazioni del Servizio Sanitario al cittadino utente.

Il *rational* del Piano deve essere chiaramente definito "a monte".

### **4. Le azioni individuate e i protocolli di PDTA**

Da un punto di vista clinico-epidemiologico e di formulazione scientificamente corretta nel Piano occorre rinvenire la precisa descrizione dei seguenti assi di intervento:

- Prevenzione
- Diagnosi
- Presa in carico
- Terapia
- Assistenza<sup>2</sup>

### **5. Approccio sistemico al piano e idoneità a far conseguire un carattere di continuità agli interventi nella materia**

Poiché i Servizi territoriali per le dipendenze lavorano già da anni per i giocatori, è proprio dallo sviluppo della loro prassi che deriva la richiesta molto fondata di ottenere una quota significativa dei fondi.

---

<sup>2</sup> In questo asse si possono svolgere interventi personalizzati di psicoeducazione/automutuo aiuto, di riabilitazione psicosociale, di assistenza sociale ed economico-finanziaria coerenti con il progetto terapeutico e a questo funzionali.

Sul piano clinico, infatti, i servizi territoriali comunque sono andati offrendo una risposta concreta di cura ai giocatori patologici e alloro famiglie, senza che questo impegno sopravvenuto sia stato riconosciuto a livello centrale prima del DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale.

A tal proposito, gli art. 28 e 35 codificano la qualità richiesta al servizio e la prospettiva sistematica che si richiede come requisito minimo (cfr. testi degli articoli in appendice).

Insomma se l'utenza "aggiuntiva" ha davvero aumentato l'ampiezza della popolazione seguita dai servizi per le dipendenze (aventi mezzi già insufficienti per le "tradizionali" *addiction* da sostanze) la complessiva organizzazione del SSN non ha compiuto gli atti conseguenti a far evolvere il profilo delle strutture e il loro capitale umano.

E nemmeno in sede decentrata avviene tuttora una presa d'atto della complessità della domanda emergente di trattamento del DGA, cosa che comporta l'identificazione, per esempio, di un'alta specializzazione della struttura e dei professionisti che vi operano.

Del resto, le realtà locali dei singoli servizi per le dipendenze, pur erogando delle prestazioni aggiuntive per i trattamenti dei giocatori patologici, hanno oggi (cioè a distanza di 10 anni in media di attività implementata), drammatica necessità di nuove risorse: sia per sanare una situazione già carente e soprattutto per sperimentare – in applicazione dei nuovi LEA – ulteriori percorsi di cura come suggerito dalle linee guida della Cochrane<sup>3</sup>.

***Di conseguenza, per essere idoneo, un piano regionale deve seguire un prospetto chiaro, come il seguente***

- Individuare la popolazione target e procedere alla stima dell'utenza potenziale.
- Motivare la ripartizione quantitativa per tipologia d'azione (accoglienza, clinica, prevenzione ecc.) in base a una stima del trend di formazione della domanda di presa in carico. In altri termini, poiché nel corso degli ultimi cinque anni si è assistito alla veloce diffusione di richieste di interventi clinici, *è del tutto necessario privilegiare l'assistenza.*

Dopo che l'attività del servizio ha permesso ai bisogni di salute di emergere attraverso una inedita domanda di assistenza, dunque i nuovi LEA impongono di individuare tale domanda agendo con *una promozione attiva della propensione dei pazienti a rivolgersi alle strutture.*

- Se, a fronte di un'attesa legittimata di assistenza, gli utenti si trovassero davanti una offerta scadente, scarsa e inappropriata di terapia, questo contraddirebbe la lettera e i principi del Servizio Sanitario Nazionale.
- Se venisse privilegiata una idea della prevenzione e una pratica conseguente non scientifica, non competente, sovrastrutturale, ovvero se si procedesse senza aver messo a disposizione un concetto o un profilo di prevenzione scientificamente fondata nella specificità del problema del disturbo da gioco d'azzardo, questo si tradurrebbe in uno *sperpero di pubblico denaro.*

*Ecco perché occorre giustificare, in generale e in ogni particolare Regione, il proporzionamento del fondo assegnato.*

Aver evocato, da parte di taluno, la prevenzione in modo generico e spesso includendovi anche azioni del tutto ultronee, rispetto alla riduzione dell'esposizione dei cittadini e dei pazienti al Disturbo da gioco d'azzardo, *ha contribuito a disorientare o a depistare le Regioni dal concepire piani rigorosi ed equilibrati.*

---

<sup>3</sup> La *Cochrane Collaboration* è una iniziativa internazionale no-profit avviata nel 1993 con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative alla efficacia ed alla sicurezza degli interventi sanitari.

Per questo, sostiene l'Associazione Alea, *le Regioni che non avranno ricevuto l'approvazione del piano dovranno rapidamente provvedere a compilarlo in coerenza con il decreto dei Livelli Essenziali di Assistenza.*

*In caso di assenza di predisposizione di un piano idoneo alla sua approvazione, si deve prevedere l'esercizio del potere sostitutivo dello Stato, come prescritto dall'art. 120 – Titolo V della Costituzione della Repubblica.*

## **6. Considerazioni conclusive**

La sentenza del Tar appare netta e dura: il Ministero ha approvato i Piani dopo il parere consultivo dell'Osservatorio, ma con un difetto grave nell'istruttoria.

Conseguentemente la valutazione dell'Osservatorio dovrà essere precisa, analitica, circostanziata, Piano regionale per Piano regionale.

E l'esame andrà condotto rigorosamente secondo le attribuzioni del Ministero della Salute e per la finalità della norma che ha stanziato 50 milioni di euro per gli interventi.

A parziale attenuante dell'Osservatorio (e di conseguenza del Ministero della Salute) vi è stato che la valutazione è stata impostata prima dell'entrata in vigore del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che include nei nuovi livelli essenziali di assistenza il Disturbo da Gioco D'azzardo.

Ma adesso i LEA sono in vigore e hanno valore prescrittivo con due articoli, il 28 e il 35.

Di conseguenza ad essi ci si deve attenere in modo coerente. Se dunque l'Osservatorio esprimesse un parere in difformità dal prospetto dei citati articoli, con ciò indurrebbe il Ministero e il Ministro a un errore sistematico.

Dopo la sentenza del Tar, questo peraltro comporterebbe un giudizio di responsabilità, anche contabile, per i componenti dell'Osservatorio.

*Il nostro parere deve perciò restare fermamente nei canoni della legittimità.*

Ciò implica la selezione delle azioni incluse nel Piano, con segnalazione di quelle appropriate, secondo i LEA, e di quelle ultronee agli articoli 38 e 35 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

In secondo luogo tutte le azioni di una qualche complessità e onerosità devono passare *per una procedura di evidenza pubblica*, ovvero per un avviso pubblico che indichi con chiarezza il binario del bando e il suo riferimento alla necessità di attuare in tema di disturbo da gioco d'azzardo i Livelli Essenziali di Assistenza.

Come corollario questo implica *divieto di duplicazione, di azioni eccentriche*, e per contro la essenzialità delle strutture locali del Servizio Sanitario Nazionale, che assumono la *governance* del processo.

Una duplicazione si può, ad esempio, notare a proposito delle *survey* - indagini campionarie di autorappresentazione, di percezione, di atteggiamento sociale - che si presentano con una duplicità di avvio (per non citare quelle avviate *motu proprio* dall'agenzia delle Dogane e dei Monopoli per i concessionari, che si moltiplicano).

*Ci riferiamo a quella del CNR di Pisa e a quella dell'Istituto Superiore di Sanità.*

Della prima abbiamo potuto ascoltare l'illustrazione metodologica al plenum dell'Osservatorio; della seconda finora non conosciamo alcun documento scientifico, né della epistemologia, né dello scopo chiaramente da enunciarsi, né sulla metodologia, né - dunque - sui risultati attesi e sulla conseguente impiegabilità ai fini della promozione della politica della Salute nella materia del disturbo da gioco d'azzardo.

Politica che si traduca in servizio disponibile ai cittadini - in questo come nel resto delle prestazioni - per il tramite delle ASL e dei livelli istituzionali di programmazione in coerenza con la Direttiva Generale Annuale del ministro per gli obiettivi della amministrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Noto, di sfuggita, che un ente strumentale di ricerca - l'Istituto Superiore di Sanità - ha esternalizzato, mediante appalto, l'esecuzione di un compito che ne costituisce il cuore della Mission.

Aggiungiamo, solo come osservazione di sfondo, che la provenienza delle risorse finanziarie per la *survey* dell'ISS è dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli e, *de relato*, dall'attività dei giochi d'azzardo in concessione pubblica.

Questo impone comunque l'adozione - per correggere anche in ipotesi un possibile conflitto di interessi o solo di scopo - di *un codice etico per tutti i partecipanti a qualsiasi titolo al progetto*.

## Appendice

### **Dai nuovi LEA**

(DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15)

#### **Art. 28**

#### *Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche*

1. Nell'ambito dell'assistenza territoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti, ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) valutazione dello stato di dipendenza;
- d) certificazione di tossicodipendenza;
- e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato;
- f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico
- g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- i) colloqui psicologico-clinici
- j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia
- k) interventi di riduzione del danno
- l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)
- m) interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- n) interventi di consulenza e sostegno per problematiche amministrative e legali;
- o) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;
- p) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;
- q) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- r) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- s) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali.

## **Art. 35.**

### *Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche*

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SERT) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- c) gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica;
- d) colloqui psicologico-clinici;
- e) psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);
- f) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- g) interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
- h) collaborazione con la rete sociale formale e informale; i) collaborazione con l'autorità giudiziaria per le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare;
- j) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- k) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;
- l) rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale sociosanitario sulle 24 ore;
- b) trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;
- c) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

3. I trattamenti residenziali di cui al comma 2 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:

*a)* trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale.

I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana;

*b)* trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

5. I trattamenti semiresidenziali di cui al comma 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.