I VADEMECUM DI
LombardiaSociale.it

DIPENDENZE E GIOCO D'AZZARDO
Tra sperimentazioni e nuove normative

a cura di Oliviero Motta

prefazione di Cristiano Gori

2014

Indice

Prefazione di Cristiano Gori **2**
Introduzione **3**

Politiche e servizi per le dipendenze in Lombardia
Servizi per le dipendenze: tra sperimentazioni a attese 7
La voucherizzazione nelle dipendenze: un fantasma si aggira tra i servizi 11
Dipendenze in Lombardia: il punto di vista degli enti accreditati 15
Dipendenze in Lombardia: il punto di vista di Federserd 19

La legge regionale sul gioco d'azzardo
I contenuti del testo normativo 24
Il confronto con le normative di altre regioni 28
Il programma regionale e i processi attuativi 32

Segnalazioni **36**

Prefazione

di Cristiano Gori

Care Lettrici e Cari Lettori, tutti noi di Lombardiasociale.it - direzione, redazione e collaboratori - siamo lieti di avviare il quarto anno di attività del nostro sito di monitoraggio e discussione sul welfare sociale lombardo.

I nostri risultati, per numero di accessi e circolazione dei materiali proposti nei territori, continuano ad essere positivi e a registrare una costante crescita. Ciò è per noi motivo di soddisfazione così come fattore di stimolo intervenire sulle nostre aree di miglioramento.

Gli obiettivi di Lombardiasociale.it sono quelli di sempre: costruire occasioni di confronto sul welfare lombardo e di discussione delle scelte di policy, e fornire strumenti concreti per l'attività di chi coordina e gestisce i servizi nel territorio.

Come lo scorso anno, apriamo la nuova stagione proponendo i Vademecum 2014, dossier tematici che raccolgono vari articoli pubblicati sinora nel sito e riguardanti alcuni tra i temi di maggiore rilievo per il welfare sociale lombardo. Ogni Vademecum colloca pezzi usciti in momenti diversi all'interno di un quadro comune e si propone, così, come un sintetico stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati ed idee utili all'operatività e alla discussione.

I nuovi vademecum proposti raccolgono articoli usciti tra settembre 2013 e luglio 2014 e coprono nove temi di particolare rilievo per il welfare sociale della nostra regione. Si tratta di: "le misure per minori e famiglie", "programmazione e governance del welfare sociale lombardo", "la presa in carico nella disabilità", "politiche e servizi per le dipendenze", "gli interventi contro la povertà", "il finanziamento e la spesa" e "le politiche per gli anziani non autosufficienti".

Speriamo che i Vademecum possano servire a chi è – a qualunque titolo – impegnato nel welfare sociale lombardo e interessato al suo futuro. Come sempre, i commenti e le critiche ci saranno particolarmente utili.

Milano, settembre 2014

Introduzione

di Oliviero Motta

Tra annunci di riordino del sistema d'offerta e difficoltà di coinvolgimento e motivazione degli attori, le dipendenze si vivono da ormai molto tempo come la cenerentola del sistema sociosanitario lombardo. Nonostante il sistema nel suo complesso abbia alle spalle una lunga e consolidata esperienza, sembra destinato a non uscire dalla fase delle sperimentazioni, delle novità incompiute, della costante e progressiva contrazione.

Una contrazione fatta non solo di risorse scarse, ma soprattutto di calante significatività e motivazione, oltre che di debole integrazione dei vari comparti. In particolare si è assottigliata negli ultimi cinque anni la prevenzione aspecifica (gli interventi nelle scuole, ad esempio), si è indebolita e precarizzata quella specifica (relativa cioè a popolazione a rischio, ad esempio le compagnie di strada o il divertimento notturno), si è contratto anche il reinserimento sociale (casa e lavoro dopo le comunità), per non parlare delle strategie per la riduzione dei danni (distribuzione di siringhe usate o profilattici). Rimane prevalente il trattamento ad opera di Sert, Noa e comunità terapeutiche, sempre più vincolati però dalla contrazione dei budget o, meglio, dalla sostanziale differenza tra posti accreditati e posti a contratto nelle strutture.

Questo aumento della fragilità e della precarietà ha portato a un indebolimento dei legami tra i diversi interventi e della percezione di essere un sistema integrato; ma tali fenomeni hanno anche messo sotto una luce critica e sospetta le varie sperimentazioni condotte nel corso degli ultimi anni, ennesime potenziali concorrenti sia sotto il profilo dell'attenzione, sia sotto quello più concreto della distribuzione delle risorse.

In questo quadro critico e statico, si è inserita dall'ottobre 2013 la nuova normativa regionale sul gioco d'azzardo. Dalla fine del 2012, infatti, le ludopatie e le dipendenze generate dal gioco patologico hanno occupato la scena, non solo regionale ma anche a livello nazionale, e attirato sempre di più l'attenzione dell'opinione pubblica e delle istituzioni. La Regione Lombardia ha varato una normativa di grande interesse, la quale ha generato in questo primo anno dei processi potenzialmente generativi anche per il resto del sistema di risposta alle dipendenze.

In questa raccolta presentiamo una selezione ragionata dei diversi materiali pubblicati negli ultimi mesi da LombardiaSociale.it sul tema delle dipendenze.

Il vademecum è diviso in due parti: la prima è dedicata a un'analisi generale dello stato attuale delle politiche regionali sulle dipendenze, viste anche dal punto di vista dei suoi principali attori. La seconda si concentra invece sulla legge sulla prevenzione e il contrasto delle ludopatie.

Si comincia dunque con un primo articolo a proposito dei progetti sperimentali avviati con la dgr 3239/2012 e in seguito prorogati con la delibera 499 del luglio 2013. Le 73 sperimentazioni, e le conseguenti azioni migliorative, hanno riguardato quattro aspetti cruciali per il futuro dei servizi: la cronicità; i consumi problematici degli adolescenti; le cosiddette "nuove dipendenze"; la prevenzione selettiva e la riduzione del rischio.

Si passa poi ad analizzare un aspetto di cui si parla da molto tempo: la possibile voucherizzazione dei servizi. L'introduzione del voucher nel sistema d'offerta è infatti stato ventilato in maniera reiterata, senza alcuna sperimentazione concreta, almeno fino al recente avvio nel campo delle prestazioni ambulatoriali di cura delle ludopatie. In attesa dei primi riscontri nel prossimo futuro, qui si analizzano le criticità relative alle caratteristiche dei potenziali utenti, alla scelta come parte integrante del percorso terapeutico e all'assenza di un reale "mercato" delle offerte.

Il terzo contributo della prima parte del vademecum è un'intervista a Gabriella Feraboli, presidente del CEAL (Coordinamento enti autorizzati e accreditati lombardi), che dal 2009 riunisce e rappresenta una buona parte degli enti del privato sociale che operano nel settore delle dipendenze in Lombardia. Un punto di vista, quello del CEAL, assai preoccupato e critico sulla *governance* regionale, sulla capacità di lettura aggiornata dei servizi gestiti dal privato sociale e sulle prospettive della programmazione.

Infine, la prima parte è chiusa da un'intervista ad Alfio Lucchini, Presidente regionale della Federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze (Federserd).

Dall'intervista emerge la necessità che il sistema delle dipendenze si ripensi profondamente, superando l'attuale fase d'immobilismo, a partire da una riflessione seria sulla separazione tra sociale e sanitario, tra Asl e Aziende ospedaliere. "Se siamo una società dipendente, dobbiamo puntare su un sistema davvero integrato e declinato per livelli di bisogno".

Tutta la seconda parte del presente vademecum è invece dedicata alla normativa regionale n.8 per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico.

Nel primo dei tre approfondimenti viene analizzato l'articolato, approvato all'unanimità e in soli quattro mesi di lavoro dal Consiglio regionale. La Lombardia, infatti, è la regione italiana che spende di più per il gioco; l'importo medio annuo giocato pro capite è di 1.700 euro, la media più alta è in provincia di Pavia dove -

record nazionale - quasi l'8% del Pil è consumato nel gioco. Solo a Milano c'è una *slot machine* ogni 160 abitanti e un fatturato di oltre due miliardi di euro. La legge 8 mette in campo un ampio spettro di azioni: la prevenzione e il contrasto di forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito, ma anche il trattamento e il recupero delle persone che ne sono affette e il supporto alle loro famiglie. Allarga il suo perimetro fino a declinare "misure volte a contenere l'impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco d'azzardo lecito sulla sicurezza urbana, sulla viabilità, sull'inquinamento acustico e sul governo del territorio".

Nel secondo articolo si offre al lettore un confronto con le altre normative regionali, approvate prima o successivamente alla legge lombarda. Infatti la legge, voluta fortemente dal Presidente Maroni, è stata la quarta normativa regionale in ordine di tempo. Molti i tratti comuni con le altre leggi, ma il testo lombardo è caratterizzato dall'attenzione al trattamento terapeutico e ai processi di implementazione e valutazione della normativa.

Infine il vademecum si chiude con l'analisi dei cinque provvedimenti d'applicazione della legge n.8, varati a partire dal gennaio 2014: l'approvazione dei Piani territoriali da parte delle Asl; la determinazione della distanza minima tra le nuove istallazioni per il gioco e i luoghi considerati sensibili, e le modalità con le quali implementare tale regola sul territorio; il varo del Programma annuale regionale; la messa in opera degli sgravi fiscali per chi rimuove le slot dal proprio esercizio commerciale; la campagna per il marchio "no slot"; la scrittura delle linee operative per gli interventi di cura e riabilitazione da finanziare attraverso l'introduzione dei voucher.

Politiche e servizi per le dipendenze in Lombardia

Punti di vista

Servizi per le dipendenze: tra sperimentazioni e attese

Tante le strade possibili, ma il sistema è in crisi di fiducia

di Oliviero Motta

23 novembre 2013

Temi > Dipendenze, Programmazione e governance

Anche nel settore delle dipendenze sono in corso le sperimentazioni in ambito sociosanitario prorogate al 31 gennaio 2014 dalla dgr 499. Ma le azioni innovative devono fare i conti con un sistema dei servizi che fatica a riconoscersi come tale, frammentato tra molti attori e alla ricerca di un'efficace regia

Le sperimentazioni in atto

I servizi per le dipendenze in Lombardia stanno attuando in questi mesi le azioni migliorative richieste dalla Regione l'estate scorsa con la delibera 499. Le sperimentazioni in questo settore, il cui termine è fissato per il prossimo 31 gennaio, assorbono poco meno del 10 % dei 37.724.000 assegnati alle Asl; in tutto sono attivi 73 progetti.

Quattro sono le aree che impegnano le sperimentazioni regionali:

- La cronicità. Servizi cioè dedicati a persone caratterizzate da una lunga storia di riabilitazione comunitaria, che è comunque sfociata in difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale, o persone con grave deterioramento psicofisico
- Adolescenti in difficoltà, anche con problemi di consumo, abuso o dipendenza
- Nuove dipendenze. Attività destinate a persone con dipendenze da farmaci, comportamenti compulsivi o da sostanze che richiedono particolari modalità d'intervento
- Prevenzione selettiva e riduzione del rischio: da un lato l'aggancio precoce di adolescenti in contesti di incontro, aggregazione e divertimento connotati da situazioni di rischio e, dall'altro, la riduzione dei rischi in soggetti tossicodipendenti o

consumatori problematici (in particolare situazioni di grave marginalità) che non si rivolgono ai servizi.

Come si può vedere, si tratta di sperimentazioni che entrano nel vivo delle sfide poste dai mutamenti del consumo di sostanze e delle dipendenze; ci si muove in particolare in due direzioni, entrambe orientate agli "estremi" del sistema dei servizi: da una parte i bisogni che rischiano di sfuggire perché ancora non completamente espressi o individuati (giovanissimi consumatori, nuove dipendenze cosiddette immateriali, rischi del divertimento e del *plaisir*), dall'altra i problemi che rischiano di sclerotizzarsi, diventando così ancora più difficili da aggredire (cronicità, riduzione dei rischi per consumatori problematici e grave marginalità).

Si tratta dunque di una mappa ragionata, costruita a partire da una rielaborazione attenta del sistema complessivo, in grado di individuarne i lati più deboli e critici. Eppure la sperimentazione in atto non sembra essere in grado di portare nei tempi previsti a una ridefinizione condivisa dei servizi e pare scontare fatiche e criticità riconducibili alla vita ordinaria del sistema complessivo.

Le criticità

Il primo fattore di criticità coincide con alcuni aspetti tecnici della sperimentazione, evidenziati in più riprese anche dal Coordinamento degli Enti autorizzati e accreditati lombardi (CEAL); riguardano in particolare **la corretta individuazione dei target** (in particolare nell'area della cronicità, dove vige un prerequisito incomprensibile come l'assenza di precedenti carcerari), **la corrispondenza del budget al volume dell'utenza** (per esempio per quanto riguarda i pacchetti di prestazioni per le nuove dipendenze) e **l'estrema varietà di attività contenute nell'area adolescenti**. Si tratta in sostanza di difetti della messa a fuoco, limiti che pongono in difficoltà i gestori e che potrebbero mettere a rischio l'effettiva significatività delle sperimentazioni. Insomma, **è difficile apprendere dalle sperimentazioni se il budget è inadeguato, il target in parte sbagliato o se si confrontano, nella stessa area, le mele con le pere**.

In secondo luogo vi è una questione di tempi. I progetti, infatti, intercettano domande e "sperimentano" risposte assai sgranate nel tempo; cioè racchiudono servizi che hanno quasi due decenni di effettiva e concreta esperienza alle spalle (ad esempio le Unità mobili e i Drop in) e attività che muovono effettivamente i primi passi su scala regionale grazie ai finanziamenti messi a disposizione dal 2012 (le risposte alle ludopatie o alle dipendenza da internet). **E' come se in questa tornata di sperimentazioni si siano concentrate le mancate risposte (o, ancora meglio, i precari tentativi di risposta) di fenomeni che si sono susseguiti negli ultimi due decenni. Un**

lavoro complesso da portare a termine in pochi mesi, tanto meno negli ultimi sei di sperimentazione, da luglio al gennaio 2014.

Ma l'elemento di maggiore fragilità pare essere il fatto che **le sperimentazioni cadono in una contingenza in cui il sistema delle risposte è in sostanziale arretramento e contrazione**. Una contrazione fatta non solo di risorse scarse (come sempre, o quasi), ma anche di calante significatività e motivazione, oltre che di debole integrazione dei vari comparti. In particolare è quasi scomparsa negli ultimi cinque anni la prevenzione aspecifica (gli interventi nelle scuole, ad esempio), si è indebolita e precarizzata anche quella specifica (relativa cioè a popolazione a rischio, ad esempio le compagnie di strada o il divertimento notturno), si è contratto anche il reinserimento sociale (casa e lavoro dopo le comunità), per non parlare delle strategie per la riduzione dei danni (distribuzione di siringhe usate o profilattici). Rimane prevalente il trattamento ad opera di Sert, Noa e comunità terapeutiche, sempre più costretti però dalla contrazione dei budget o, meglio, dalla sostanziale differenza tra posti accreditati e posti a contratto nelle strutture.

Questo aumento della fragilità e della precarietà ha portato a un indebolimento dei legami tra i diversi interventi e della percezione di essere un sistema integrato; ma **tali fenomeni hanno anche messo sotto una luce critica e sospetta le sperimentazioni stesse, ennesime potenziali concorrenti sia sotto il profilo dell'attenzione, sia sotto quello più concretamente economico**. Insomma, se una sperimentazione si afferma, potrebbe partecipare anch'essa al volume dei finanziamenti, intaccando ulteriormente le calanti risorse a disposizione dei servizi esistenti.

In questo clima di autodifesa delle posizioni, gioca un ruolo la frammentazione degli attori del sistema e la dinamica pubblico/privato. Basterebbe scorrere l'elenco degli enti gestori delle sperimentazioni per rendersi conto che su 73 solo 5 sono a titolarità Asl, le altre sono diffuse tra moltissimi enti del privato sociale.

In questo panorama in crisi di fiducia, da tempo e da più parti si ritiene necessaria una efficace regia regionale, ma anche strategie di composizione a livello territoriale. In realtà negli ultimi anni la Regione ha faticato a porsi alla guida di un autorevole processo di riordino del sistema e anche la prima parte delle sperimentazioni ha visto mettere in campo atteggiamenti e propositi che hanno rischiato di colludere con le fragilità: il persistere da un lato di rigidità ideologiche (ad esempio l'ostilità verso le strategie di riduzione del danno e il sospetto verso quelle di riduzione dei rischi) e dall'altro di rigidità procedurali come il sottoporre le sperimentazioni agli stessi criteri e processi di vigilanza dei servizi accreditati. Ha creato ulteriore confusione e sospetto la reiterata ventilazione, almeno negli ultimi cinque anni, di un mai realizzato passaggio alla voucherizzazione complessiva dei servizi.

Prospettive

La nuova Giunta regionale e la nuova Direzione generale stanno dando segnali interessanti di ripresa del lavoro di integrazione del sistema e di cambiamento, a partire dal rilancio significativo della Cabina di regia delle sperimentazioni. Inoltre, altri due fatti che – seppur ambivalenti – fanno intendere una maggiore intenzionalità della Regione: il decreto 7386 dello scorso agosto ha cominciato a sdoganare, dopo anni di gelo, gli interventi di riduzione dei danni (seppure con un linguaggio e delle categorie un tantino bizantine) e la Dgr 856 del 25 ottobre ha stanziato fondi ad hoc sulla presa in carico delle persone affette da gioco d'azzardo patologico (introducendo anche una prima forma di voucherizzazione delle prestazioni ambulatoriali).

Il compito è arduo e non si esaurirà certo entro il prossimo gennaio: riconquistare una effettiva capacità di *governance*; rinnovare fiducia e riconoscere ruolo ai diversi attori in campo perché ritornino ad essere risorse effettive; trovare insieme una strada virtuosa ed efficace per ridisegnare il sistema, anche a partire dai servizi "storici".

Punti di vista

La voucherizzazione nelle dipendenze: un fantasma si aggira tra i servizi

Se ne parla da tanto, ma i problemi sembrano superare le opportunità

di Oliviero Motta

27 febbraio 2014

Temi > Dipendenze, Voucher

L'introduzione di voucher nel sistema d'offerta per le dipendenze è ventilato da molti anni, senza alcuna sperimentazione concreta. Il recente avvio del voucher per le prestazioni ambulatoriali di cura delle ludopatie non sembra per ora in grado di superare le criticità che si sono sempre evidenziate in questo settore.

Una lunga storia dai vaghi contorni

Se ne discute da molto, e per molto intendiamo anni. A dire il vero il verbo "discutere" non pare adeguato, quanto piuttosto il termine "ventilare", "far trapelare". Come un ectoplasma non ben definito ma persistente nel tempo, una spada di Damocle assai virtuale sulla testa dei servizi. Parliamo della voucherizzazione delle prestazioni di presa in carico, trattamento e riabilitazione nel settore delle dipendenze in Regione Lombardia.

Lo spettro della voucherizzazione è stato senza dubbio, negli ultimi dieci anni, uno dei numerosi fattori che hanno contribuito ad alimentare incertezza e sfiducia, indebolendo i legami tra i diversi attori e la percezione di essere un sistema integrato d'offerta (su questi temi si veda articolo precedente).

L'ipotesi di ricorrere alla voucherizzazione dei servizi per le dipendenze – nata negli anni di maggior spinta riformatrice delle Giunte Formigoni – si trascina tuttora, facendola apparire un elemento controcorrente nel panorama più ampio delle politiche sociali e sociosanitarie. Mentre, infatti, con varie delibere del 2013, la Regione ha assunto come indirizzo prioritario delle politiche di welfare quello di

sostenere la presa in carico integrata della persona, l'insistenza sullo strumento del voucher finisce per apparire anacronistico.

D'altra parte le azioni di sistema per l'anno in corso non hanno chiarito i contenuti della riforma a cui sarebbe sottoposto il sistema d'offerta delle dipendenze; si insiste nell'obiettivo di una riorganizzazione della rete d'offerta sociosanitaria in materia: *"I servizi ed interventi relativi all'area delle dipendenze saranno oggetto di un profondo riordino anche alla luce dei mutati bisogni espressi dalle persone e dalle loro famiglie. In particolare il riordino interverrà sull'intera filiera dell'offerta precisando i contenuti metodologici, le funzioni e i protocolli di intervento individuando nuove modalità organizzative e operative, in grado di ottimizzare l'utilizzo delle risorse tecniche e finanziarie disponibili".*

Tre piani di criticità

1. I potenziali utenti

Le criticità relative all'utilizzo dello strumento del titolo di acquisto per le dipendenze si situano almeno su tre livelli:

- Le caratteristiche delle persone e quindi dei potenziali utenti dei servizi
- Il tema della scelta come parte integrante del percorso terapeutico
- L'assenza di un "mercato" delle offerte

La prima criticità riguarda le caratteristiche delle persone che si affacciano ai servizi per le dipendenze e la loro libertà di scegliere. Sappiamo che solo una parte minoritaria di coloro che hanno sperimentano un consumo problematico di sostanze arriva ai servizi, pubblici e privati. Se poi allarghiamo la nostra visione alle cosiddette nuove dipendenze, dal gioco ad internet, tale fascia appare ancora più residuale. Nei fatti, nonostante i tanti progetti che in questi anni hanno lavorato sulla presa in carico precoce delle persone, ci si avvicina ai servizi quando i problemi sono conclamati e spesso difficili da gestire. Una quota consistente degli utenti presenta compromissioni significative, sia della propria salute che della vita relazionale; molto spesso si riscontra comorbilità e una coesistenza di criticità di diversa natura: sociale, relazionale, sanitaria, economica. Insomma, si tratta spesso di persone con un deficit di autonomia e consapevolezza, che hanno bisogno di un significativo percorso di accompagnamento e orientamento alla ricerca delle risposte più adeguate a loro. I familiari, molto spesso, sono attori del problema e faticano a diventare dei punti di riferimento, sia per gli utenti che per i servizi. In questo scenario – ancora di più che per gli anziani o le persone con disabilità (come ampiamente argomentato nella pubblicazione "Come cambia il welfare lombardo") - l'adozione di uno strumento come il voucher, che

richiede e punta proprio sulla autonoma capacità di discernimento e di libera scelta, rischierebbe di rappresentare solo un espediente senza reale sostanza; dunque il percorso di accompagnamento e costruzione del Piano personalizzato di trattamento, nel settore delle dipendenze, gioca un ruolo strategico inevitabilmente in capo ai servizi stessi.

2. La dimensione della "scelta" come parte del percorso terapeutico

Ma possiamo dire di più: con tutta evidenza l'individuazione del trattamento più rispondente ai bisogni (gruppi di auto aiuto, psicoterapia, percorsi ambulatoriali o diurni, comunità, percorsi riabilitativi brevi o lunghi) è parte integrante del percorso riabilitativo stesso. Il problema non è quindi scegliere presso quale "ente gestore" spendere il proprio voucher, quanto come individuare insieme e sperimentare il percorso terapeutico sulla carta più adeguato.

Diventare consapevoli dei propri problemi, saperli leggere e interpretare, dare loro dei significati per poi affrontarli, è già in sé parte ponderosa del cosiddetto trattamento. Si può persino dire che, per molti utenti dei servizi, il percorso terapeutico sia una lunga maturazione della scelta. Di fronte a un bisogno di questo tipo, diviene importante investire ancora di più sull'accompagnamento e la presa in carico integrata della persona. Si pensi, ad esempio, alle persistenti quotidiane difficoltà di trovare una sinergia positiva tra servizi per le dipendenze e psichiatria nei casi di doppia diagnosi oppure alla necessità che servizi specialistici e servizi sociali lavorino insieme nella fase del reinserimento.

3. Non c'è "mercato"

Il terzo fattore di criticità riguarda l'assenza di qualcosa che assomigli a un mercato dei servizi per le dipendenze, nel quale un voucher possa svolgere una funzione regolativa. Nei fatti non esiste su ciascun territorio Asl una pluralità di offerte ambulatoriali o semi-residenziali: i SerT e i Servizi multidisciplinari integrati (SMI) sono pochi e concentrati nelle città capoluoghi o di riferimento di un territorio allargato. Inoltre molti di loro, negli ultimi anni, si è specializzato nelle risposte e nelle prestazioni: alcuni hanno sviluppato gli interventi sulla dipendenza da cocaina, alcuni sul gioco d'azzardo, per fare solo due esempi. Per non parlare dei Nuclei operativi per l'alcologia (NOA), pochi e iperspecializzati. Insomma, un presupposto per la spesa di un voucher è la presenza di una pluralità di offerte tra loro in (relativa) competizione, ma in realtà in questo settore - ancor più che in altri – non esiste nulla di simile, almeno nei contesti limitati in cui un cittadino vive e utilizza servizi.

Un discorso diverso si potrebbe fare per le strutture riabilitative residenziali, un'esperienza tutta italiana che ha dato vita a modelli d'intervento, percorsi e risposte

diversificate. Ma anche qui ci sono da fare due sottolineature. La prima riguarda il positivo processo di standardizzazione e accreditamento che la Regione ha implementato negli ultimi due decenni: un percorso che ha omogeneizzato l'offerta, almeno sotto il profilo degli standard strutturali e gestionali; la seconda, in una direzione contraria, riguarda l'assenza di strumenti valutativi in grado di stabilire reali differenze tra comunità e comunità in merito all'efficacia della propria proposta riabilitativa. Anche qui, insomma, il voucher in mano all'utente sarebbe uno strumento inutilizzabile, senza l'orientamento e l'accompagnamento di servizi in grado di farlo; senza contare che l'utenza che arriva alle comunità è sempre più problematica e deprivata, e così torniamo alla nostra prima criticità, quella relativa alle caratteristiche dei potenziali utenti di oggi.

L'introduzione del voucher per le dipendenze da gioco d'azzardo patologico

Gli ultimi provvedimenti in tema di dipendenze (dalle delibere 116/2013 e 856/2013, fino alla circolare 1/2014 e al "Programma 2014 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco patologico" del 30 gennaio scorso) hanno introdotto una sola forma di voucher, quella relativa ai percorsi psicodiagnostici, la consulenza sanitaria, i trattamenti psicologici individuali e/o di gruppo e il tutoraggio economico di soggetti affetti da ludopatie. L'intervento prevede l'erogazione di un voucher mensile di 200 euro, per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali a seconda del bisogno, per un ammontare massimo di 1.200 euro.

Nei fatti, il voucher non è ancora entrato nella concreta operatività ed è già sotto accusa da parte di molte strutture riabilitative e comunitarie che, pur avendo un curriculum nel campo delle ludopatie e avendo partecipato alle sperimentazioni di settore, si sono sentite nei fatti tagliate fuori dall'esclusiva competenza affidata ai SerT e agli SMI.

Rimane da vedere se questa prima manifestazione del voucher-dipendenze sarà il prototipo di altri che verranno, o l'ultimo colpo di coda dell'ormai invecchiato ectoplasma.

Punti di vista

Dipendenze in Lombardia: il punto di vista degli enti accreditati

Intervista a **Gabriella Feraboli** - Presidente del Coordinamento Enti autorizzati e accreditati lombardi (CEAL)

A cura di Oliviero Motta

14 maggio 2014

Temi > Dipendenze

Tra annunci di riordino del sistema d'offerta e difficoltà di coinvolgimento e motivazione degli attori, le dipendenze si vivono sempre di più come la cenerentola del sistema sociosanitario lombardo. Abbiamo sentito la voce degli enti autorizzati e accreditati, riuniti nel loro coordinamento regionale.

Il Coordinamento enti autorizzati e accreditati lombardi (CEAL) è un'associazione di promozione sociale che dal 2009 riunisce una buona parte degli enti del privato sociale che operano nel settore delle dipendenze in Lombardia. Attualmente raccoglie 39 organizzazioni. Tra gli scopi statutari c'è la collaborazione con la Regione e, in particolare, "*la partecipazione alla progettazione e programmazione degli interventi nel Settore a livello regionale, alla gestione del budget generale e alla verifica e valutazione dell'operato nel settore delle dipendenze, anche attraverso la costituzione di organismi misti pubblico/privato e il loro riconoscimento come strumenti attraverso i quali le istituzioni pubbliche procedono alla concertazione e alla integrazione del lavoro degli organi competenti*".

Abbiamo chiesto a Gabriella Feraboli, Presidente del CEAL, a che punto sia questo percorso di concertazione e integrazione nel settore.

Innanzitutto uno sguardo sugli enti che il CEAL rappresenta: al di là del numero delle organizzazioni aderenti, qual è la vostra capacità di rappresentare bisogni e servizi?

Il CEAL è un'organizzazione nata nel 1999 e formalizzatasi in Aps dieci anni dopo. Rappresenta associazioni e cooperative che gestiscono tutta l'ampia gamma di servizi

di cui è dotato il sistema regionale delle dipendenze: la prevenzione, le comunità pedagogiche e terapeutico-riabilitative, i centri diurni e la pronta accoglienza, le comunità mamma-bambino e i cosiddetti Sert privati, cioè i Servizi multidisciplinari integrati. Rispondiamo inoltre a tutte le nuove e vecchie domande d'intervento: dal sostegno farmacologico alle misure alternative al carcere, dall'accoglienza di stranieri all'alcolismo. Insomma, abbiamo una sperimentata capacità di accoglienza dei bisogni – senza una selezione particolare dell'utenza – e una buona attenzione alla trasformazione dei fenomeni.

Qual è la percezione generale degli enti accreditati a proposito delle politiche sulle dipendenze in Regione? In particolare, a che punto è il processo di riordino complessivo del sistema d'offerta di cui tanto spesso si parla?

In realtà il processo è totalmente fermo, mancando qualsiasi tavolo di confronto. Questa riorganizzazione complessiva del sistema è continuamente annunciata – da ultimo nelle regole di sistema 2014 – ma mancano proprio i presupposti per poter arrivare da qualche parte.

Quali sono in particolare i problemi di coinvolgimento e comunicazione?

Il settore delle dipendenze è quello meno curato dall'amministrazione regionale; basti pensare che, al contrario di altri ambiti, non ha un ufficio specifico e dedicato. Da anni lamentiamo l'assenza di punti di riferimento; i nostri interlocutori oggi sono la Direzione generale e qualche funzionario dell'amministrazione, ma manca un centro di programmazione e di concertazione degno di questo nome. Soprattutto non riscontriamo una sufficiente capacità di costruire un processo programmatorio riconoscibile e costante nel tempo. Gli enti accreditati, in pratica, sono visti come meri "enti gestori". Si fissano incontri che poi vengono disattesi o ai quali non si invitano gli interlocutori più diretti; insomma, a nostro modo di vedere, manca un reale interesse politico e non c'è un pensiero riconoscibile. Indubbiamente esiste un forte centralismo regionale, caratterizzato purtroppo da una visione arretrata dei fenomeni.

In cosa consiste questa arretratezza?

Ci troviamo davanti, ad esempio, a una lettura vecchia delle comunità; sia l'attuale amministrazione che la precedente hanno un'immagine poco definita dei servizi, hanno in testa le comunità di almeno dieci fa, ma nel frattempo le strutture residenziali sono molto cambiate. Basterebbe pensare a quello che facciamo a proposito della dipendenza da cocaina o dall'alcol, all'accoglienza dal carcere. La Regione ha una debole capacità di lettura reale; riscontriamo, per esempio, una scarsa

rielaborazione dei dati costantemente forniti attraverso il debito informativo. Non vedono i cambiamenti. Pensano che le comunità siano il ricettacolo dei vecchi tossicodipendenti cronici, ma non è così; in una ricognizione dello scorso 3 marzo abbiamo dimostrato che i cronici ultraquarantenni all'interno delle nostre comunità sono solo 197 sugli 875 ospiti censiti.

Ma le sperimentazioni non dovevano servire proprio a una nuova lettura dei fenomeni e a concretizzare nuovi servizi?

Sì, ma finora hanno assorbito un sacco di tempo ed energia, senza cambiare molto. A parte il fatto che nelle sperimentazioni sono stati inseriti anche servizi che esistono da più di vent'anni come quelli di prossimità, c'è da dire che se tu fai esperimenti indossando occhiali vecchi non hai molte possibilità di innovare veramente. In Regione continuiamo a incappare nelle solite parole d'ordine un po' ideologiche – la necessità dell'appropriatezza, l'eccesso di prestazioni socio assistenziali, la tutela della famiglia – senza un costrutto veramente riformatore. Sembra un dialogo tra sordi. Tra l'altro, sull'esito delle sperimentazioni si sa poco, a parte il termine tassativo della loro fine, il prossimo 30 giugno.

A questo aggiornamento della capacità di lettura non potrebbero contribuire in maniera significativa i servizi pubblici?

In realtà esiste un forte scollamento tra i territori e la Regione, a noi pare che anche Federserd fatichi a trovare un terreno positivo di confronto. I Dipartimenti per le dipendenze in Regione sono lasciati a se stessi: alcuni funzionano, ma la maggior parte hanno una vita stentata, senza un vero sforzo di co-programmazione: si riuniscono una volta l'anno per certificare il budget annuale a disposizione delle strutture e stop. I direttori di Dipartimento non sono convocati tutti insieme in Regione da almeno due anni; da più anni si è cessato di fare formazione per gli operatori. Dalla Regione non vengono più richieste o proposte di coinvolgimento reale e nei Dipartimenti c'è tanta demotivazione. Anche i servizi di vigilanza delle Asl vanno ognuno per proprio conto, dando ogni volta interpretazioni diverse delle nuove norme che di anno in anno vengono introdotte dalla Regione.

Insomma, non avete registrato delle differenze sostanziali con l'ingresso dell'amministrazione guidata da Maroni?

Beh, qualche differenza naturalmente c'è. Apparentemente c'è più volontà di programmare scadenze e date a cui tener fede e c'è un approccio un po' meno ideologico, questo sì. C'è qualche interlocuzione in più, almeno con la Direzione centrale, e registriamo un positivo dialogo tra l'Assessorato alla Famiglia e quello alla

Salute. Ma ci vuole un cambiamento di passo importante, altrimenti il sistema non si rianima.

Neanche la nuova legge sul gioco d'azzardo patologico ha portato nuova attenzione politica e nuove energie?

No. Si è fatta una discreta legge, che ha propri finanziamenti e questo è positivo. Ma non ha cambiato l'orizzonte più generale, nonostante la ludopatia sia solo una tra le tante dipendenze (vecchie e nuove) che insieme, come sistema, dovremmo contrastare e curare.

Insomma, quali prospettive vedete per il prossimo futuro?

Noi siamo molto preoccupati perché, a fronte dei molti problemi sul tappeto, non vediamo la volontà di costruire risposte comuni. Innanzitutto c'è un problema di sostenibilità delle strutture riabilitative: le rette, ferme dal 2008, sono fortemente sottostimate, a fronte di una crescente domanda di nuovi adempimenti che generano oneri aggiuntivi in capo agli "enti gestori". Ci sentiamo in balia delle circostanze e poco tutelati. Siamo d'accordo sul fatto che sia necessario riordinare il sistema dei servizi, ma tale revisione va fatta insieme e nella sua complessità. Le forme di accreditamento sono troppo rigide e spesso non consentono di rispondere adeguatamente ai bisogni, fin qui ci siamo; si parla di dote di cura, di flessibilità ed elasticità. Tutto bene. Ma tutto questo va collocato in un quadro programmatorio più complessivo che va costruito con una cura particolare per i soggetti del sistema e per i processi di trasformazione. In questo orizzonte, riteniamo importante dire la nostra, sia per il lavoro quotidiano che facciamo tutti i giorni che per la trentennale esperienza accumulata.

Punti di vista

Dipendenze in Lombardia: il punto di vista di Federserd

Intervista ad **Alfio Lucchini** - Presidente regionale della Federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze (Federserd).

A cura di Oliviero Motta

27 giugno 2014

Temi > Dipendenze

Il sistema delle dipendenze ha bisogno di ripensarsi profondamente, superando l'attuale fase d'immobilismo. A partire da una riflessione seria sulla separazione tra sociale e sanitario, tra Asl e Aziende ospedaliere. Se siamo una "società dipendente", dobbiamo puntare su un sistema davvero integrato e declinato per livelli di bisogno.

Federserd è un'associazione che riunisce e rappresenta a livello nazionale e regionale i professionisti dei servizi per le dipendenze. Tra i suoi scopi statutari vi è la formazione e l'aggiornamento professionale dei suoi aderenti, la promozione di ricerche sperimentali, cliniche, sociali e giuridiche nel settore delle dipendenze e la promozione di "*rapporti con le istituzioni nazionali e regionali di carattere politico, al fine di garantire la coerenza scientifica e operativa delle scelte legislative e organizzative*".

Dopo aver sentito la voce degli enti accreditati, attraverso l'intervista a Gabriella Feraboli (link), abbiamo intervistato Alfio Lucchini, presidente regionale di Federserd e responsabile della funzione advocacy e organizzazione dei servizi per Federserd nazionale.

Dottor Lucchini, cosa e chi rappresenta Federserd in Lombardia?

Federserd è un'organizzazione scientifica e professionale che riunisce in Lombardia duecento professionisti sia dei servizi pubblici che del privato sociale. Siamo riconosciuti dalla Regione e da moltissimi anni collaboriamo con essa nell'ambito della programmazione generale e della riforma dei servizi. Sono nostri soci la gran parte dei direttori dei Dipartimenti dipendenze e abbiamo un approccio multidisciplinare, avendo tra i nostri associati – e, per statuto, anche nel Direttivo – tutte le figure

presenti nel settore delle dipendenze: medici, psicologi, educatori, assistenti sociali, infermieri, amministrativi.

Qual è la percezione generale degli operatori e dei professionisti rappresentati da Federserd a proposito delle politiche sulle dipendenze in Regione? In particolare, a che punto è il processo di riordino complessivo del sistema d'offerta di cui tanto spesso si parla?

Diciamo innanzitutto che la Lombardia ha uno dei sistemi d'intervento e di *governance* più interessanti, soprattutto se messa a confronto con le altre regioni italiane. E' la realtà regionale che ha sperimentato di più e che fin dal 2000 ha programmato, strutturato e – diciamolo – difeso i Dipartimenti per le dipendenze. E' una Regione che ha anche istituito e promosso gli Osservatori territoriali. Insomma, non siamo in una situazione arretrata, se dobbiamo dare una prima valutazione generale. Ma proprio per questa ragione, tra gli operatori dei servizi, pubblici e privati, si vive anche un profondo rammarico.

Da dove viene questo rammarico?

Viene da un vissuto generale che tra il dire e il fare, tra gli sforzi di elaborazione e i risultati, ci sia una distanza abissale. Nei fatti tre anni fa si era intrapreso un impegnativo percorso di ridefinizione generale dell'approccio alle dipendenze, basato sull'analisi del bisogno e sulla valutazione dei diversi livelli diagnostici. Ebbene, questo lavoro è rimasto praticamente al palo. Le regole di sistema del 2013 e del 2014 hanno finalmente citato il sistema d'offerta delle dipendenze, ma alle parole non sono seguiti i fatti. Ci sono sempre delle difficoltà enormi che fanno alla fine pensare che sia impossibile passare dalla teoria alla realtà dei fatti.

Può fare qualche esempio di queste difficoltà?

Si può citare l'esempio della legge 8 sulle ludopatie: una buona legge per la quale la Regione, in attesa di una ridefinizione dei Lea nazionali, ha messo sul tavolo circa 6 milioni di euro. Ebbene, questi soldi ora non si possono spendere per una serie di incongruenze tra leggi nazionali e provvedimenti regionali; qualche disattenzione di troppo nel costruire le delibere e oggi noi ci troviamo a non poter assumere personale da dedicare all'azione di prevenzione e di cura dei problemi relativi al gioco d'azzardo patologico. Certo, la responsabilità della Regione, in questo caso specifico, è parziale, siamo in un regime di spending review e nel mirino della Corte dei conti; di fatto però l'intero sistema registra una difficoltà di consequenzialità degli atti che porta a conseguenze gravi. La *governance* e la capacità di programmazione dovrebbe essere

più consistenti. Se no, rischiamo di restare ancora completamente fermi. Io spero che gli abbozzi di riforma maturino in fretta.

In che direzione dovrebbe muoversi il processo di riforma del sistema d'offerta?

Innanzitutto va ricomposta la frattura tra Asl e aziende ospedaliere. In questa scelta, fondante del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, c'è la radice dei problemi che abbiamo di fronte: la distinzione si è rivelata un grandissimo errore per le dipendenze, che hanno finito per essere il sistema più sanitario all'interno dell'organizzazione delle Asl. Si è così rotta ogni continuità assistenziale che è invece la chiave vera, oggi, per innovare il sistema d'offerta; noi immaginiamo un lavoro integrato e continuativo, a seconda delle fasi e dei cicli di bisogno, tra servizi territoriali, risposte ambulatoriali e servizi ospedalieri. La settorializzazione invece è stata esiziale per le dipendenze, scotomizzando da un lato la parte più squisitamente sociale (pensiamo ai servizi sociali dei Comuni o ai consultori) e, dall'altro, la dimensione più ospedaliera. Stanno circolando da più parti dei progetti di legge per riformare la sanità lombarda e per rivedere il modello verso una maggiore continuità assistenziale; la prospettiva è condivisa al di là dell'appartenenza politica e questo ci fa sperare in un possibile miglioramento della situazione.

Perché è così importante questo nuovo approccio?

Guardi, abbiamo bisogno tutti di capire che viviamo in una "società dipendente"; cioè oggi per comprendere davvero i consumi di sostanze dobbiamo allargare lo sguardo sull'intera società e sui suoi modelli generali; in pratica ci troviamo di fronte a fenomeni sempre più in espansione perché sono legati alla dinamica stessa della società, consumista e individualista. Bisogna dunque smetterla di guardare alle dipendenze come a un settore, o a un sotto-settore, specifico e periferico; bisogna invece investire per aprire, per far crescere un sistema integrato territoriale di risposta, declinato secondo livelli di gravosità: un primo livello di base aperto al sociale e al territorio, studiando diversi punti e forme di accesso, individualizzando e personalizzando meglio i percorsi; un secondo livello specialistico ambulatoriale e un terzo livello, più ridotto, di tipo ospedaliero per le situazione di vera gravosità (riutilizzando magari nei piccoli ospedali spazi o reparti sottoutilizzati). Dovremmo poi promuovere unità funzionali insieme, ad esempio, alla psichiatria, per affrontare in maniera integrata fenomeni come la doppia diagnosi. La vera riforma che attendiamo e per la quale lavoriamo è questa apertura, è questa ridefinizione per livelli di gravosità.

Ma non c'è anche un problema di risorse dedicate?

Parto da un dato: nel 2006 nel settore lavoravano 1.100 operatori pubblici, ora ce ne sono 750 e il *turn over* è completamente bloccato; da questo punto di vista siamo in una situazione davvero grave e non siamo in grado di lavorare in sicurezza. Oltre che delle 40.000 persone in carico nei Serd, ci occupiamo anche dei lavoratori sospesi dalle mansioni a rischio e di coloro che hanno problemi per la patente di guida a causa dei loro consumi. Fino a qualche anno fa il sistema, a livello nazionale, era alimentato anche dal Fondo ad hoc di 1 miliardo di lire che andava a finanziare le sperimentazioni. Ora tutto questo non c'è più ed è naturale che ci sia un problema di risorse. Tuttavia, io dico che una strada nuova si può intraprendere anche a Isorisorse, spendendo molto meglio i 120 milioni di euro che si impiegano ora per tutto il sistema dipendenze regionale. La strada è quella che ho indicato prima e che passa per la ridefinizione degli stretti confini del sistema delle dipendenze; un risultato che si può raggiungere attraverso una nuova collaborazione tra lo Stato e le regioni per la definizione dei livelli di assistenza e poi una collaborazione vera tra Assessorato alla famiglia e solidarietà e quello alla salute.

E' fiducioso per il futuro?

Diciamo che le potenzialità sono molte e le cose da fare altrettante. C'è una prospettiva da ribaltare. E per questo mi piacerebbe che la Regione avviasse finalmente un percorso serio e condiviso, concreto e operativo per arrivare a un vero e proprio Piano obiettivo regionale, coinvolgendo in questo tutti i potenziali attori.

La legge regionale sul gioco d’azzardo

Atti e normative

Le legge regionale sul gioco d'azzardo muove i primi passi – 1

I contenuti del testo normativo

di Oliviero Motta

27 febbraio 2014

Temi > Dipendenze

Nello scorso ottobre è stato approvata la legge regionale n.8 per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico, mentre in queste settimane vengono emanati i provvedimenti d'attuazione. In questo primo articolo dedicato al tema, LombardiaSociale analizza il testo della legge.

Il quadro di riferimento

E' stata varata in soli quattro mesi e in queste settimane si stanno susseguendo a passo di carica i provvedimenti attuativi che consentiranno la sua piena applicazione. Si tratta della legge regionale lombarda n. 8 dello scorso 21 ottobre: "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico". Approvata all'unanimità, il provvedimento è il frutto di un movimento diffuso e assai variegato di allarme e mobilitazione nei confronti di questo fenomeno che ha assunto dimensioni notevoli.

La Lombardia, infatti, è la regione italiana che spende di più per il gioco; l'importo medio annuo giocato pro capite è di 1.700 euro, la media più alta è in provincia di Pavia dove – record nazionale – quasi l'8% del Pil è consumato nel gioco. Solo a Milano c'è una *slot machine* ogni 160 abitanti e un fatturato di oltre due miliardi di euro (quasi ottanta a livello nazionale).

Il gioco d'azzardo è un'attività ludica che ha tre caratteristiche fondamentali: si gioca per ottenere un premio, per giocare si deve rischiare una somma di denaro (o beni equivalenti), la vincita dipende più dal caso che dalla bravura del giocatore.

Ma tre sono anche i segnali d'allarme circa il fatto che il gioco d'azzardo – pur legale, dalle *video lottery* al gratta e vinci – si trasforma in patologia: avverto il bisogno di giocare di più per ottenere lo stesso livello d'eccitazione, se tento di smettere sorgono

nervosismo, ansia e tremori e, infine, comincio a perdere il controllo, cioè penso di poter smettere, ma non ci riesco.

L'allarme sociale è stato alimentato dalla consapevolezza che le patologie compulsive legate al gioco d'azzardo toccano in particolare le fasce sociali più deboli, le persone a basso reddito, anziani e casalinghe, mentre sta crescendo il livello di attenzione per le nuove generazioni.

Una legge ad ampio spettro

L'obiettivo principale della legge, in linea con le altre normative regionali, è la dissuasione e il contrasto al fenomeno, ben sintetizzato da una delle dichiarazioni del Presidente Maroni: "Noi non demonizziamo il business del gioco, ma c'è una componente sociale di cui dobbiamo farci carico, per evitare che questa passione degeneri e possa avere un impatto sociale negativo e rovinare intere famiglie, come purtroppo sta avvenendo. C'è un limite oltre il quale non si può andare, un limite oltre il quale un'attività lecita diventa un'attività che rovina le famiglie e noi questo limite abbiamo voluto marcarlo con questa legge."

In realtà la normativa intende mettere in campo e coordinare un ampio spettro di azioni: la prevenzione e il contrasto di forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito, ma anche il trattamento e il recupero delle persone che ne sono affette e il supporto alle loro famiglie. Allarga il suo perimetro fino a declinare "misure volte a contenere l'impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco d'azzardo lecito sulla sicurezza urbana, sulla viabilità, sull'inquinamento acustico e sul governo del territorio".

Locali e gestori

Un primo insieme di norme riguarda gli esercenti di locali pubblici, siano essi sale giochi o bar o circoli nei quali sono installate slot. La legge ha previsto il diniego all'autorizzazione di nuove sale giochi o all'installazione di nuove *slot machine* a una distanza inferiore a 500 metri da luoghi sensibili come scuole, chiese e moschee, impianti sportivi, strutture residenziali o semi residenziali di ambito socio sanitario come le case di riposo, centri giovanili e oratori. I sindaci avranno il potere di individuare altri luoghi sensibili o di adottare forme per premiare chi rinuncerà alle macchinette.

La legge ribadisce inoltre il divieto di fare pubblicità, già previsto dalla legge nazionale 189 del 2012, all'apertura di nuovi locali per il gioco d'azzardo.

In capo agli esercenti vengono previsti altri obblighi, come quello di frequentare appositi corsi di formazione organizzati dalle Asl e dalle reti territoriali dei soggetti

impegnati nelle campagne “no slot” o quello di mettere in evidenza nei propri locali materiali informativi sulle ludopatie, strumenti auto valutativi e numeri utili in caso si problemi.

Al contrario, per i gestori che decidessero di rinunciare alla strumentazione per il gioco sarà dedicato un apposito marchio “no slot” appositamente creato dalla Regione; una sorta di bollino di qualità per certificare gli esercizi *slot-free*. Gli esercenti che provvederanno volontariamente alla completa disinstallazione degli apparecchi da gioco avranno uno sconto sull’Irap dello 0,92 per cento per quattro anni a decorrere dal 2014. Al contrario, gli esercizi che continueranno ad ospitare le macchinette pagheranno più tasse: lo 0,92 per cento dell’Irap per lo stesso periodo.

Infine la Regione, nella concessione di finanziamenti, benefici e vantaggi economici comunque denominati, considererà titolo di preferenza l’assenza di apparecchi da gioco d’azzardo lecito all’interno degli esercizi autorizzati alla pratica del gioco.

Chi non rispetterà le distanze previste dalla nuova legge sarà punito con una sanzione amministrativa da 5mila a 15mila euro. Chi violerà il divieto di fare pubblicità all’apertura di nuovi locali per il gioco d’azzardo incorrerà in una sanzione da mille a 5mila euro. Stessa sanzione per gli esercenti che non parteciperanno ai corsi di formazione previsti dalle nuove norme.

Prevenire e curare

La legge definisce poi due strumenti fondamentali d’intervento: da un lato una insieme di attività che vanno dall’informazione e sensibilizzazione, alla formazione ed educazione. Sono attività coordinate dalle Asl, in raccordo a una larga rete di soggetti, tra i quali spiccano le realtà del terzo settore. La legge non entra del dettaglio dei contenuti informativi e degli obiettivi formativi.

Sull’altro versante declina le attività di cura e riabilitazione, affidate in toto ai dipartimenti per le dipendenze e ai servizi multidisciplinari integrati accreditati, in raccordo con i consultori familiari accreditati. Alla rete dei servizi sociosanitari, in una dimensione strettamente ambulatoriale, restano in capo infatti tutte le funzioni di accoglienza, valutazione diagnostica, presa in carico e cura, reinserimento sociale e sostegno ai familiari. La legge specifica che tali prestazioni saranno erogate “anche in collaborazione con le associazioni che si occupano di gioco d’azzardo”, ma vedremo in un prossimo articolo come questo snodo non sia di facile attuazione e abbia già generando problemi e recriminazioni da parte delle comunità terapeutiche.

Le competenze dei soggetti e i fondi

Infine va sottolineato che una buona parte della normativa è dedicata a tracciare le competenze dei tre principali attori coinvolti: Regione, Comuni, Asl. Il disegno istituzionale della legge è preciso e finalizzato a costruire una rete territoriale diffusa e visibile. Molto definiti sono anche i processi attraverso cui arrivare a mettere in pratica le norme e raggiungere gli obiettivi definiti: tempi, modalità, scadenze. Di rilievo la clausola valutativa prevista all'articolo 11, che vincola la Giunta regionale ad elaborare una relazione annuale, in grado di rispondere "in maniera documentata" ai seguenti *items*: attività in-formative e soggetti coinvolti, quantità e qualità dell'offerta dei servizi di cura a giocatori patologici e famigliari, quantità di finanziamenti e distribuzione territoriale, grado di diffusione del marchio non slot, modifiche alla diffusione territoriale delle sale gioco e degli apparecchi, principali criticità incontrate e contromisure da adottare.

Come si può vedere, si tratta di una discreta strumentazione valutativa, soprattutto se consideriamo il fatto di essere definita all'interno di uno strumento normativo e non regolamentativo.

Infine le risorse: un milione di euro per tutti gli interventi di natura sociosanitaria, più un altro milione previsto per le attività di prevenzione e attualmente già esaurito nel corso delle attività sperimentali delle unità d'offerta innovative in ambito sociosanitario (dgr 3239/2012).

Punti di vista

La legge regionale sul gioco d'azzardo muove i primi passi – 2

Il confronto con le normative di altre regioni

di Oliviero Motta

30 marzo 2014

Temi > Dipendenze

La legge regionale n.8 per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico è stata la quarta Regione che ha emanato normative in materia. Molti i tratti comuni con le altre leggi, ma il testo lombardo è caratterizzato dall'attenzione al trattamento terapeutico e ai processi di implementazione e valutazione della normativa.

Il quadro delle leggi regionali del 2013[1]

All'inizio di tutto c'è una veniale bugia del Presidente Maroni:"Questa legge è un importante passo in avanti, ora speriamo che le altre Regioni e il Governo seguano la strada che, per primi, abbiamo tracciato". In realtà la legge lombarda non è stata la prima, ma solo la quarta legge regionale sul gioco d'azzardo patologico nel nostro Paese. Dopo che la Corte costituzionale, nel 2011, ha riconosciuto alle Regioni la possibilità di legiferare in materia di regolamentazione delle sale da gioco, al fine di tutelare persone socialmente a rischio e prevenire la ludopatia, la serie è stata aperta dalla Liguria – vera e propria apripista nell' aprile 2012 – dall'Emilia Romagna e dal Lazio, nell'estate seguente. Il 2013 ha visto poi il varo, in coda alla Lombardia, delle leggi di Abruzzo, Toscana e Puglia.

[1] *Indicazione sulle Leggi Regionali considerate:
Regione Liguria, L.R. 30 aprile 2012, n. 18 *Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico;* Regione Emilia Romagna L.R. del 04 luglio 2013, n. 5 *Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate;* Regione Lazio, L.R. 5 agosto 2013, n. 5 *Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (gap);* Regione Toscana, L.R. 18 ottobre 2013, n. 57 *Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia;* Regione Puglia L.R. n.216/2013 Legge regionale "contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico (*gap)";* Regione Lombardia L. R. del 21 ottobre 2013, n. 8 *Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico*

Insomma, in assenza di una normativa nazionale, il 2013 è stato l'anno in cui le Regioni hanno rotto gli indugi e sono passate all'azione. L'anno in corso non sembra da meno, perché dal Piemonte alle Marche, passando per la Calabria, il Veneto, l'Umbria e il Friuli, il quadro nazionale va completandosi. Ancora una volta le Regioni anticipano lo Stato nazionale nel disegnare politiche e strategie sociali.

I tratti comuni

Ma veniamo al merito delle normative approvate e alla legge lombarda: quali assonanze e quali differenze? Innanzitutto bisogna dire che la prima legge, quella ligure, appare assai diversa da quelle che l'hanno seguita nel 2013; si tratta infatti più di un manifesto che di una legge vera e propria, con tutti i punti di forza e di criticità del caso: ha infatti richiamato per prima l'attenzione su un fenomeno che ancora non aveva allarmato l'opinione pubblica, ma si presenta con tratti e indicazioni piuttosto generali.

Le leggi del 2013, invece, sono entrate nel merito delle questioni e hanno cercato di normare anche aspetti particolari.

In tutti i testi, infatti, è rintracciabile un indice comune, così riassumibile: limiti alla collocazione delle sale da gioco, ideazione di un marchio "no slot", istituzione di un Osservatorio, divieto di pubblicità per i locali, obblighi per i gestori e relative sanzioni, la formazione e le campagne di prevenzione, i Piani annuali.

Dunque sono molti i tratti che la legge lombarda condivide con il resto del gruppo: innanzitutto l'ispirazione restrittiva. Tutte le normative, infatti, insistono nel definire misure di restrizione della possibilità di impiantare nuove sale e nuovi strumenti di gioco legale, imponendo doveri e vincoli precisi: la distanza minima da scuole e luoghi di socialità, le sanzioni per le inosservanze dei gestori, il dovere di frequentare corsi di formazione da parte degli stessi, l'obbligo di informare adeguatamente gli utenti circa i rischi del gioco.

Le differenze

La leva fiscale

Tuttavia, una prima caratteristica peculiare della normativa lombarda è l'utilizzo della leva fiscale per disincentivare nuovi insediamenti e incentivare la rinuncia alle slot da parte dei locali pubblici. Su questo terreno alcune Regioni non si sono inoltrate (Liguria, Abruzzo, Puglia), altre hanno delegato ai Comuni (Lazio) o hanno più timidamente indicato forme di sgravi, contributi o premialità (Emilia Romagna e Toscana). La Lombardia, dunque, appare l'unica ad aver puntato in maniera definita e

in misura significativa sullo sconto Irap (-0,9) e al contempo sull'aggravio per gli esercizi che continueranno ad ospitare le macchinette.

Contrasto o prevenzione?

Le parole chiave della legge Lombarda sono quelle comuni a tutte le altre Regioni, disegnando un perimetro di interventi e strategie assai largo: tutte le leggi, infatti, intendono promuovere prevenzione, contrasto, trattamento terapeutico, recupero sociale. Significativa l'assenza – coerentemente con un tratto ideologico che ha caratterizzato la legislazione lombarda sulle dipendenze – della strategia della riduzione del rischio, presente in maniera chiara, invece, nelle leggi di Puglia, Emilia Romagna e Lazio. E' interessante notare come **nel testo lombardo sia comunque prevalente la cultura del contrasto, piuttosto che la promozione di una cultura positiva da diffondere**; significative, in questo senso, sono le dichiarazioni di Puglia ed Emilia Romagna che tra le proprie finalità comprendono l'implementazione di una cultura del gioco misurato e dell'utilizzo responsabile del denaro.

Tutte le normative presentano un'ampia sezione dedicata al dovere delle istituzioni e delle reti territoriali di diffondere prevenzione e informazione. Le parole chiave, in questo ambito, sono sostanzialmente le stesse per tutti i testi: formazione, informazione, sensibilizzazione, educazione, aggiornamento degli operatori sanitari e sociali. Tutte le normative prevedono campagne informative, affidate alle reti territoriali imperniate su Asl, Enti locali, terzo settore, Osservatori, scuole.

I soggetti e le reti territoriali

In questo quadro, tuttavia, **la legge lombarda si distingue per una maggiore definizione delle reti territoriali coinvolte nelle azioni di prevenzione e contrasto del fenomeno**. Nella posizione opposta ci sono, invece, la legge ligure – come abbiamo detto, assai generica – e quella Toscana. Da sottolineare la normativa pugliese, che indica con chiarezza come uno dei ruoli centrali sia affidato non ai Comuni, come nella normativa lombarda, ma ai Piani sociali di zona.

La legge lombarda **si caratterizza con un'enfasi assai pronunciata sul ruolo e la funzione del terzo settore**, perché tale soggetto viene subito indicato tra coloro che concorrono alle finalità della legge; tuttavia, il testo – al contrario di altre normative – non ha un articolo ad hoc in cui vengano declinati i compiti del privato sociale (si veda in particolare la legge dell'Abruzzo). Le altre leggi danno meno enfasi al ruolo delle organizzazioni del terzo settore, limitandosi alla possibilità di sostegno, erogazione di contributi o eventuali convenzionamenti da parte degli enti locali o delle Asl.

Aspetti sociosanitari, applicazione e valutazione della legge

Ma la legge regionale Lombarda **si distingue da tutte le altre dall'attenzione all'aspetto sociosanitario del fenomeno**, in particolare al ruolo dei Dipartimenti delle Dipendenze nel trattamento terapeutico dei soggetti coinvolti nel gioco patologico. In questo orizzonte i SerT e i Servizi multidisciplinari integrati (SMI) hanno in capo l'accoglienza, la valutazione diagnostica, la presa in carico e la cura dei pazienti. Le altre leggi o non considerano del tutto questo aspetto sociosanitario, concentrandosi sulle tematiche sociali e preventive (come la Puglia e la Toscana), oppure si limitano a cenni (Emilia Romagna e Lazio) o a indicazioni generali (Liguria e Abruzzo).

Infine, la legge regionale lombarda **si segnala in modo originale per la precisione e la sistematicità con cui disegna i processi di implementazione e applicazione della legge**. Al contrario della maggior parte delle altre normative, individua strumenti, metodologie e modalità con cui tradurre in pratica le indicazioni del testo, valutarne l'impatto sociale e comunicarlo agli stakeholders. In particolare, risulta inedita la clausola valutativa rappresentata dall'art 11, in cui vengono indicati nel dettaglio gli item con cui misurare e documentare, ogni anno, l'impatto della legge.

I primi passi compiuti dall'Assessorato regionale nell'applicazione della normativa sembrano effettivamente muoversi in questa direzione, che dà concretezza e spessore alle indicazioni e alle norme sperimentali.

Punti di vista

La legge regionale sul gioco d'azzardo muove i primi passi – 3

Il Programma regionale e i processi attuativi

di Oliviero Motta

29 maggio 2014

Temi > Dipendenze

Da gennaio sono stati varati cinque provvedimenti d'applicazione della legge regionale n.8 per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico. Le Asl hanno approvato i loro Piani territoriali. Una prospettiva territoriale e di comunità interessante, caratterizzata anche da qualche criticità.

Ci sono leggi che, una volta approvate, rimangono praticamente al palo, normative irrilevanti o generici manifesti senza reale operatività; il provvedimento regionale sul gioco d'azzardo non sembra essere tra queste. Fortemente voluta dall'amministrazione Maroni, approvata all'unanimità dal Consiglio regionale, la norma anti-gambling sta marciando secondo le modalità e i tempi prefissati.

La legge, approvata nell'ottobre 2013 (si veda l'articolo di approfondimento), condivide con le altre normative regionali molti punti e presenta alcune specificità.

I cinque provvedimenti attuativi

Dal gennaio ad oggi sono stati cinque i principali provvedimenti attuativi approvati dalla Giunta regionale. In primo luogo, il 24 gennaio, è stata determinata ufficialmente la distanza minima di 500 metri tra i nuovi locali per il gioco, o comunque le nuove istallazioni, e i luoghi di servizio e socialità considerati sensibili (scuole, ospedali, etc…); sono state determinate anche le modalità con le quali implementare tale regola sul territorio, decidendo ad esempio – in accordo con Anci – che tocchi ai Comuni applicare l'opzione più sfavorevole per misurare tale distanza, scegliendo come punto di misurazione o l'ingresso principale o il baricentro della stessa struttura sensibile.

In seconda battuta, il 30 gennaio scorso, è stato approvato il Programma annuale per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco

patologico. Il programma, in pratica, ripercorre la legge e ne declina operativamente i passi principali per il 2014; in particolare è stata richiesta alle Asl una programmazione attenta di tutte le azioni di sensibilizzazione, informazione e prevenzione che sono poi uno dei due pilastri della legge stessa (il secondo è quello dell'aggancio e del trattamento delle persone con problemi di gioco patologico). Le Asl, a strettissimo giro, hanno deliberato e presentato alla Regione i loro Piani d'intervento territoriali.

In seguito sono stati resi operativi gli sgravi (riduzione sull'IRAP dello 0,92%) per chi toglie le slot dal proprio esercizio commerciale.

Inoltre, seppure con qualche ritardo rispetto al Programma, è partita la campagna per il marchio "no slot", attraverso un concorso a premi rivolto alle scuole superiori lombarde, invitate dal 26 marzo a inviare *on line* proposte grafiche per il marchio che contraddistinguerà i locali privi di installazioni per il gioco. Il concorso si è chiuso il 15 maggio, con la soddisfacente partecipazione di più di 200 istituti scolastici; i vincitori saranno resi noti verso la metà di giugno.

Infine, già a cominciare dalla Circolare 1 del 15 gennaio scorso, sono state tracciate le linee operative per gli interventi di cura e riabilitazione da finanziare attraverso l'introduzione dei voucher.

Elementi di valore del percorso fin qui intrapreso

Dunque siamo di fronte a **un cammino spedito, caratterizzato da appuntamenti serrati e concreti**; un percorso stimolato e supervisionato direttamente dalla presidenza della Regione che ha creato presso la sua direzione la cabina di regia interassessorile.

Tra i fattori positivi di questo percorso c'è da evidenziare, oltre al rispetto dei primi impegni e scadenze, il **coinvolgimento di diverse articolazioni dell'amministrazione regionale**: innanzitutto la DG Famiglia e solidarietà sociale, naturalmente, ma anche la DG Salute e quella Territorio, Urbanistica e Difesa del Suolo, per non dire dell'attività positiva della Commissione consiliare Attività produttive e occupazione. Infine si è adottata una **strategia di coinvolgimento progressivo di tanti soggetti territoriali**, dal terzo settore alle amministrazioni comunali, dalle scuole ai questori e prefetti, riuniti ad hoc a palazzo Lombardia lo scorso 23 aprile. Un movimento potenzialmente molto diffuso e intenzionalmente sollecitato ad attivarsi.

Altro elemento di valore è sicuramente **l'attività programmatoria svolta rapidamente dalle Asl attraverso i loro Piani d'intervento territoriali**, assai diversificati per strategie e proposte operative.

In particolare merita evidenziare lo **sforzo di sincronizzare le iniziative di prevenzione delle ludopatie con la più generale attività di promozione della salute rivolta ai più**

giovani, in particolare nelle scuole (Programmi regionali *Life Skills training* e *Unplugged*); in secondo luogo, da una semplice lettura di un campione di Piani, risulta – anche qui – **la strategia "di comunità" potenzialmente attivabile in ogni Asl sul fronte del contrasto alle ludopatie**: università della terza età, operatori sociali, peer educators, conduttori di gruppi di cammino, allenatori sportivi, medici di medicina generale, farmacisti…

Limiti e criticità

Naturalmente rimangono sul terreno anche diversi elementi irrisolti di criticità, resi evidenti anche in questa prima fase di implementazione della legge.

C'è un primo ordine di interrogativi che riguarda **l'efficacia della normativa nel dissuadere l'installazione di nuovi locali e macchinette e nel motivare i gestori alla rinuncia alle installazioni** attualmente presenti nelle nostre città. Da un lato la normativa pare resistere dal punto di vista amministrativo se è vero che i ricorsi al Tar contro i primi provvedimenti di diniego da parte di alcuni Comuni (in particolare quelli di Lecco e Cantù) non sono andati a buon fine; tuttavia **non sembrano essere particolarmente appetibili gli sgravi fiscali** stabiliti dalla Regione e i contributi messi in campo da altre amministrazioni locali: ad esempio a Pavia pochissimi gestori hanno rinunciato alle macchine da gioco in cambio dei 1.000 euro messi a disposizione dall'ente territoriale. Ci sono anche da considerare le **difficoltà che stanno emergendo sul fronte dei contratti che i singoli gestori hanno con le concessionarie di rete** (in primis Sisal e Lottomatica); tali contratti, infatti, prevedrebbero penali nel caso di disinstallazione degli apparecchi. E' una tematica delicata e complessa che la Commissione consiliare attività produttive sta affrontando proprio in queste settimane.

In secondo luogo v'è una criticità legata al coinvolgimento del terzo settore sia in fase di programmazione delle attività preventive che in quello della cura e riabilitazione dei giocatori compulsivi. Sul primo versante, a fonte di Piani delle Asl costruiti da tavoli interistituzionale molto articolati e rappresentativi (si veda ad esempio quello di Bergamo), vi sono documenti molto autocentrati sull'organizzazione sociosanitaria e amministrativa della Asl stessa (si veda in questo caso il Piano di Brescia), un fattore sulla carta in contraddizione con l'orientamento territoriale e "comunitario" voluto dall'amministrazione regionale. Sul secondo versante (quello più specificatamente trattamentale), la legge ha già individuato nei Sert e negli SMI gli unici soggetti titolati a svolgere interventi di cura, mentre le sperimentazioni in atto negli ultimi due anni sono state condotte anche da comunità residenziali. Che ne sarà di quegli interventi alla loro cessazione a fine giugno? E, su un altro piano, i Sert saranno in grado di organizzare risposte flessibili per orari e articolate per modalità? **Il timore, insomma, è**

che il sistema di prevenzione e risposta, previsto dalla legge come ampio e articolato, nei fatti si irrigidisca e si sclerotizzi, almeno in alcune parti significative.

Infine esistono due ultime criticità non meno rilevanti. La prima deriva dalle **recenti e crescenti difficoltà di rapporto tra gli Assessorati alla famiglia e alla salute**, chiamati invece a collaborare strettamente su questo tema.

La seconda è, come spesso accade, **relativa alle risorse a disposizione**: il Piano regionale ha infatti demandato a provvedimenti successivi la determinazione dell'ammontare delle sostanze a disposizione dell'implementazione della legge, subordinandola alle disponibilità di bilancio. E anche la prima tranche di 1 milione di euro stenta ad essere spesa per i vincoli posti alle Asl dalla legge di stabilità. Due dati che potrebbero essere in grado di decidere, da soli, del futuro della legge stessa.

Segnalazioni

Dagli autori e dall'esperienza di ricerca e analisi di LombardiaSociale.it un nuovo strumento per conoscere e approfondire la situazione attuale del welfare sociale in Italia.

Cristiano Gori, Valentina Ghetti, Giselda Rusmini, Rosemarie Tidoli

IL WELFARE SOCIALE IN ITALIA
Realtà e prospettive

Carocci, 2014

Qual è l'attuale situazione del welfare sociale in Italia? Quali ipotesi si prospettano per il suo futuro? Il libro affronta queste domande cruciali riguardanti la realtà e le prospettive degli interventi rivolti perlopiù ad anziani non autosufficienti, persone con disabilità, famiglie in povertà e prima infanzia. La Parte prima presenta i principali tratti che contraddistinguono oggi il welfare sociale nel nostro Paese per poi esaminare gli interventi (tanto quelli realizzati quanto le azioni mancate) che hanno contribuito a determinarli. La Parte seconda, invece, mette a fuoco le diverse strade che il welfare sociale italiano potrebbe intraprendere nei prossimi anni, nella direzione di un arretramento oppure in quella dello sviluppo, e discute le opzioni che determineranno quale verrà effettivamente scelta.

INDICE

Introduzione
Parte prima La realtà attuale
1. Fotografie. Il welfare sociale in Italia
2. Così uguali e così diverse. Le aree del Paese a confronto
3. L'innovazione difficile. Le politiche regionali
4. Riformismi incompiuti. Le politiche nazionali
5. Le ragioni di uno sviluppo carente. Perché non abbiamo investito nel welfare sociale
Parte seconda Le prospettive future
6. La mappa dei rischi per la prima infanzia
7. La mappa dei rischi per le famiglie con anziani non autosufficienti
8. La mappa dei rischi per le persone povere e a rischio di emarginazione
9. Una visione d'insieme. I rischi per il sistema di welfare sociale
10. Le scelte possibili. Il finanziamento
11. Le scelte possibili. Le politiche e gli interventi
Bibliografia
Gli autori