



2021

Contributo alla definizione dei Piani di Zona 2021-2023





*A cura di
Corrado Brignoli
Gilberto Giudici
Gianmario Longhi
Lara Marchesi
Veronica Nodari
Eridania Peci*

Albano Sant'Alessandro, 02 agosto 2021

Per informazioni o approfondimenti:

Gilberto Giudici - gilbertogiudici@piccoloprincipe.org - 035 668017

Sommario

1. PREMESSA: attenzione ai fenomeni e nuova Legge Regionale	3
2. COSA FARE: quali attenzioni rispetto all'area delle dipendenze per la programmazione locale.....	3
2.1 Fattori di rischio e di protezione individuali e di comunità	5
3. COSA DICONO I DATI: quale evoluzione dei consumi	11
3.1 Il livello europeo	11
3.2 Il livello nazionale	11
3.3 Regione Lombardia e provincia di Bergamo.....	12
4. EMERGENZA COVID: Effetti su consumi e comportamenti a rischio	18
4.1 COVID e Alcol.....	18
4.2 COVID e sostanze stupefacenti.....	19
4.3 COVID e Gioco d'azzardo patologico	20
5. DATI LOCALI: dati clinici e percezioni dello S.M.I. Il Piccolo Principe.....	25
6. ELEMENTI DI VULNERABILITA'	27
7. LA COOPERATIVA IL PICCOLO PRINCIPE	29
8. LO S.M.I. "Il Piccolo Principe"	30
9. Bibliografia.....	32
10. Allegati.....	33
10.1 Approfondimento dei dati sul gioco d'azzardo – Anno 2019	33
10.2 Legge Regionale n. 20/2020	35

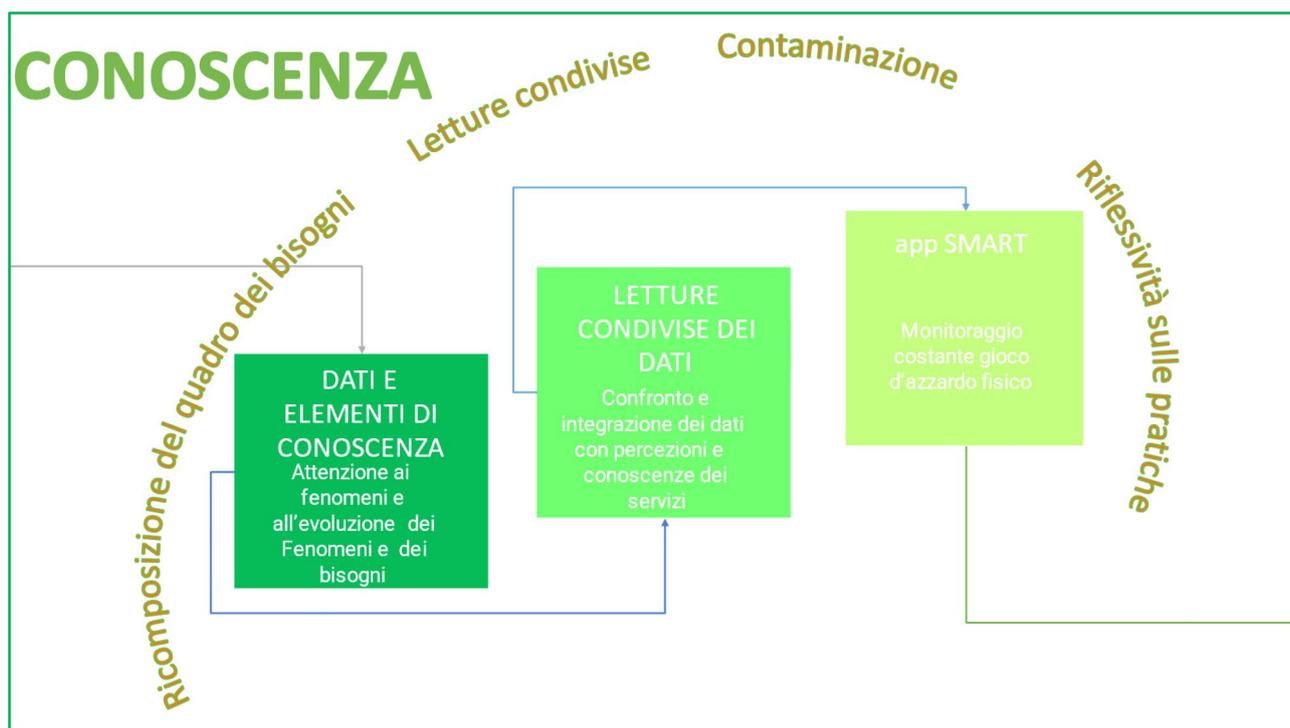
1. PREMESSA: attenzione ai fenomeni e nuova Legge Regionale

I fenomeni dei consumi di sostanze lecite ed illecite e i comportamenti di addiction sono in continua e rapida evoluzione: si amplia e si modifica costantemente l'offerta disponibile, cambiano le modalità di uso, i significati sottesi, le conseguenze sul piano della salute psicofisica.

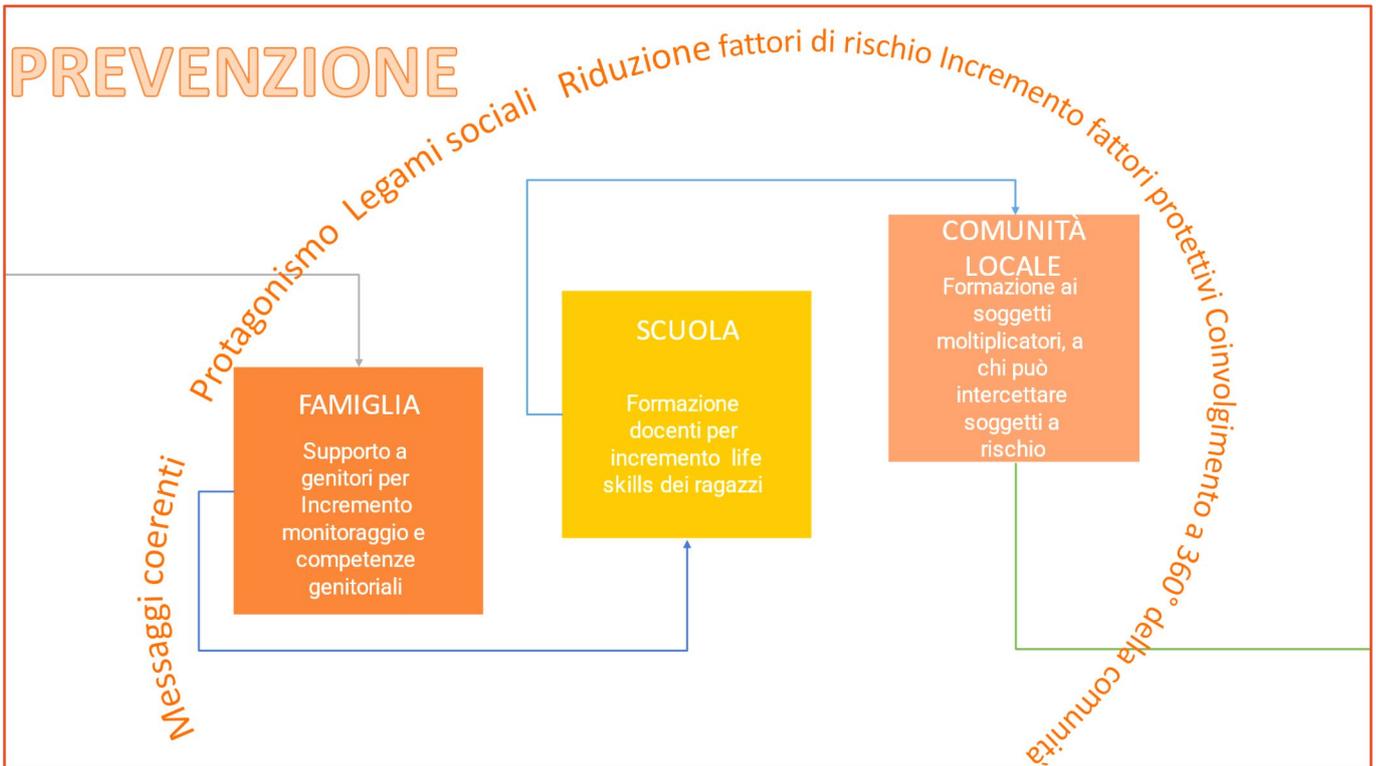
La recente **legge regionale n. 23 del 14/12/2020 "Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche"** prevede una forte integrazione territoriale nelle azioni di prevenzione, cura e reinserimento ed ingaggia gli enti locali come componenti di una Rete Diffusa delle Dipendenze. Una Rete volta a favorire integrazione tra le diverse agenzie pubbliche e private accreditate, per ridurre le conseguenze sulla salute e i costi individuali e sociali derivanti dall'utilizzo non terapeutico di sostanze psicotropiche e dai comportamenti a rischio di dipendenza.

Mantenere attenzione al fenomeno e alle sue evoluzioni diventa fondamentale per programmare a livello territoriale politiche e azioni di prevenzione, intercettazione, cura e riduzione del danno.

2. COSA FARE: quali attenzioni rispetto all'area delle dipendenze per la programmazione locale



PREVENZIONE



INTERCETTAZIONE CURA



La situazione emergenziale e le conseguenti misure di distanziamento:

- stanno creando nella popolazione stati crescenti di malessere che possono ulteriormente comportare modifiche significative anche nei comportamenti di addiction;
- lasciano un territorio impoverito dal punto di vista economico, ma anche e soprattutto di legami sociali, esperienze, sinergie, che costituivano nelle comunità locali elementi di protezione.

Si sono generate nuove forme di malessere e disagio che si affiancano a quelle tradizionali già presenti. Si sono ulteriormente modificati i fenomeni di addiction, rendendoli a volte meno visibili allo sguardo dei servizi “tradizionali”.

Tale situazione rende necessario mantenere elevata l’attenzione ai fenomeni e mettere in atto azioni nuove, capaci di ascoltare le istanze che provengono dai territori.

Ancor più che in passato si rende necessario adottare politiche di lungo respiro che mirino:

- a favorire il **raccordo e l’alleanza tra servizi e tra agenzie educative**;
- a potenziare all’interno delle comunità locali i **fattori protettivi** e ridurre i **fattori di rischio** e investire in **politiche di welfare generativo** e in interventi che mobilitino relazioni interpersonali, comunità locali e territorio;
- a intensificare l’investimento in azioni di **promozione della salute**, di prevenzione nonché a favorire l’**intercettazione precoce e l’aggancio ai servizi di cura** da parte delle persone con comportamenti a rischio;
- a definire **luoghi di lettura e condivisione** degli elementi di cambiamento di fenomeni e bisogni; contesti che permettano di incrociare gli sguardi, attribuire significati condivisi ai dati, facendo tesoro di percezioni e know how di operatori e servizi, offrano occasioni di riflessività sulle pratiche, apportino innovazione.

2.1 Fattori di rischio e di protezione individuali e di comunità

Nella declinazione delle politiche territoriali va tenuto presente che la letteratura scientifica evidenzia una serie di **fattori protettivi e di rischio a livello individuale, familiare e di comunità** rispetto allo sviluppo di comportamenti di addiction.

FATTORI PROTETTIVI	FATTORI DI RISCHIO
FATTORI INDIVIDUALI E FAMILIARI	
Legami familiari forti e positivi	Ambiente familiare disordinato, in particolare genitori che consumano sostanze, o soffrono di disturbi mentali
Monitoraggio da parte dei genitori dei comportamenti dei figli e delle attività con i coetanei	Genitorialità inefficace, in particolare nei confronti di bambini con difficoltà caratteriali e problemi comportamentali
Regole di condotta familiari chiare, che la famiglia fa rispettare	Mancanza di legame di attaccamento tra genitori e figli
Coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli	Comportamento in classe inappropriato (timidezza, aggressività)
Successo scolastico	Fallimento scolastico

FATTORI PROTETTIVI	FATTORI DI RISCHIO
Forte legame con le istituzioni (scuola, organizzazioni religiose, ecc)	Scarse abilità sociali
	Affiliazione con pari caratterizzati da comportamenti devianti
Ricorso a norme convenzionali sull'uso di sostanze	Percezione che in ambiente familiare, scolastico, dei pari e della comunità vi sia approvazione nei confronti del consumo di sostanze stupefacenti
FATTORI DI COMUNITA'	
Alto livello di istruzione	Presenza di elevata percentuale di popolazione con bassa scolarizzazione (scuola dell'obbligo)
Presenza di gruppi giovanili impegnati	Presenza diffusa di sostanze
Presenza di una rete significativa tra le agenzie e servizi del territorio che operano con ragazzi, adolescenti e giovani	Presenza di consistenti sacche di povertà
Presenza di servizi e interventi rivolti alla popolazione giovanile che ne promuovano il protagonismo	Presenza di criminalità diffusa
Presenza di norme e politiche che vanno nella direzione del non uso di sostanze psicoattive	Presenza di gruppi giovanili che fanno uso di sostanze
Disponibilità di risorse come servizi sociosanitari, casa, strutture per la prima infanzia	Alto livello di disoccupazione
Presenza di un mercato del lavoro che offra svariate possibilità di impiego	Collocazione geografica isolata della comunità
	Scarsa offerta di opportunità di socializzazione

2.2 Prevenzione

È necessaria un'azione preventiva che agisca in **modo coerente** e a **diversi livelli**, intervenendo anticipatamente per:

- **evitare** e/o **posticipare** il più possibile **l'avvio** dei comportamenti rischiosi;
- **ridurre il rischio** di un loro **consolidamento** in comportamenti problematici;
- favorire **l'intercettazione precoce, l'aggancio e l'accompagnamento** alla rete dei Servizi di presa in carico.

È fondamentale che l'azione preventiva **coinvolga a 360° la comunità locale**:

- ✓ favorendo l'adozione nei vari contesti di **linguaggi comuni** e **messaggi coerenti**;
- ✓ attraverso **azioni trasversali**, che coinvolgano **contesti differenziati** (scuola, famiglia, vita notturna, posto di lavoro, comunità, internet e social media).¹

Vanno **evitati interventi a spot e puramente informativi** (es. singole serate informative,

¹ "Strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2021-2025" (Consiglio Unione Europea 2020)

testimonianze, ecc.), di cui è nota l'inefficacia, e va invece **favorita** l'adozione di interventi in **contesti diversificati**, con **strategie di dimostrata efficacia**, durature nel **tempo**, atte a **ridurre** la presenza di **fattori di rischio** e **incrementare i fattori protettivi**².

È altresì necessario iniziare a considerare nella programmazione delle azioni preventive le **differenze di genere** e la diversità con cui nella popolazione femminile e in quella maschile si manifestano forme di disagio e fragilità.

Va inoltre favorita una **programmazione territoriale di lungo respiro**, che disponga di **investimenti certi** da parte del territorio, che coinvolga i vari **interlocutori territoriali** e permetta la **messa in rete** degli interventi, evitando sovrapposizioni e dispersione di risorse. Si ritiene altresì necessario il **raccordo** con il piano provinciale e regionale.

2.2.1 AZIONI, CONTESTI E STRATEGIE

È necessario proseguire il percorso di sensibilizzazione di tutti gli interlocutori territoriali all'utilizzo di **strategie efficaci**.

FAMIGLIA

Adottare interventi a sostegno delle famiglie e del loro compito educativo, attraverso laboratori, percorsi di confronto e scambio, interventi di ascolto individuali e di gruppo, che offrano ai genitori strumenti atti a:

- Aiutare i ragazzi a resistere alle pressioni esterne sostenendone autostima e capacità critica;
- Mantenere vivo il dialogo con i ragazzi e ascoltare con rispetto il loro punto di vista, ricordando che la supervisione e il **monitoraggio genitoriale** sono fattori protettivi importanti per la prevenzione dell'abuso di sostanze lecite ed illecite; esistono inoltre evidenze scientifiche che le pratiche genitoriali e le misure di coping influenzino la salute mentale dei bambini e adolescenti dopo un disastro;
- Esplicitare, quando si parla con i ragazzi dei rischi associati ai comportamenti di addiction, soprattutto quelli a breve termine, che sono generalmente di maggior interesse e preoccupazione per gli adolescenti;
- Fornire informazioni obiettive e coerenti, che li incoraggino ad effettuare scelte positive per la propria salute.
- Avviare con i ragazzi trattative rispetto all'uso di Internet e dei social media, per limitare il tempo e le attività,
- adottare un comportamento coerente con le regole e i valori che si vuole trasmettere ai ragazzi, ricordando che i genitori sono il miglior "modello di comportamento" per i bambini e gli adolescenti e la casa è praticamente il posto migliore per apprendere le "abilità di vita".

CONTESTI SCOLASTICI

Si ritiene importante:

- Favorire **l'implementazione dei programmi validati e di provata efficacia** (Life Skills

² National Institute on Drug Abuse (NIDA), Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per i genitori, educatori e amministratori, Seconda edizione, traduzione italiana a cura dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto, 2003

- Program, Unplugged, Giovani Spiriti, Azzardiamoci: peer in gioco), con l'obiettivo di ampliare il numero di scuole coinvolte e sostenere gli insegnanti nell'applicazione dei programmi;
- Valorizzare sul territorio **le iniziative realizzate dalle scuole**, al fine di promuoverne conoscenza, visibilità, integrazione con le iniziative territoriali;
 - Promuovere a tutti i livelli una maggiore **integrazione delle attività realizzate nelle scuole con gli interventi di territorio**, coinvolgendo gli studenti e favorendone il protagonismo (ad es.: coinvolgendo gli studenti peer in iniziative rivolte alla comunità locale, promuovendo e utilizzando i prodotti realizzati nell'ambito dei progetti scolastici in iniziative territoriali, ecc.).
 - Favorire la prosecuzione della riflessione sui possibili **interventi con ragazzi a rischio** (es. ragazzi a rischio dispersione scolastica, ragazzi con disturbi dell'attenzione ecc.).

Si suggerisce alle varie agenzie territoriali di mantenere una **linea comune e coerente**, prediligendo proposte che vadano nella direzione di connettersi con la **programmazione scolastica** e con quella **territoriale**, nonché che prevedano interventi di **lunga durata** e l'adozione di **strategie efficaci**.

INTERVENTI AMBIENTALI E DI COMUNITA'

È opportuno che gli interventi di prevenzione vengano accompagnati da interventi di tipo ambientale e di comunità, tanto più in un momento come questo in cui la situazione pandemica e le conseguenti misure di distanziamento rischiano di ridurre e indebolire i legami sociali.

Diventa pertanto importante investire in un'ottica di **welfare generativo e di comunità**, sostenendo le reti primarie e favorendo il raccordo e la sinergia tra le differenti componenti della comunità educante.

È importante:

- Sensibilizzare l'intera comunità locale, favorendo l'attivazione di tutte le figure "naturali" di riferimento;
- Potenziare il lavoro con i preadolescenti senza abbandonare le attività rivolte agli adolescenti;
- Implementare la **formazione a soggetti moltiplicatori** (insegnanti, educatori informali, animatori, allenatori sportivi, ecc.) e a tutte le figure territoriali che si rapportano con i ragazzi, affinché acquisiscano maggiore consapevolezza del proprio ruolo preventivo e sviluppino competenze nell'individuare e orientare situazioni a rischio;
- Creare reti atte ad attenzionare ragazzi con elementi di vulnerabilità (es dispersione scolastica, ADHD,...) e sviluppare interventi di prevenzione selettiva;
- Sensibilizzare gestori di locali e organizzatori di feste ed eventi e promuovere la diffusione di un **codice etico** in materia di somministrazione di bevande alcoliche e di gioco d'azzardo.
- **Formare pediatri e medici di base**, rispetto al porre attenzione ai soggetti vulnerabili;
- Favorire l'**intercettazione precoce di adolescenti** e giovani con problematiche di abuso di alcol, di uso di sostanze o altri comportamenti a rischio, anche attraverso la formazione degli operatori territoriali e dei soggetti moltiplicatori.
- Favorire il coinvolgimento e il **protagonismo dei ragazzi** in iniziative rivolte alla comunità locale;

- Porre attenzione ai **contesti lavorativi**, valutando la possibilità di realizzare **attività formative per soggetti moltiplicatori** affinché a loro volta sensibilizzino altri lavoratori, percorsi formativi specifici per genitori-lavoratori di figli adolescenti, sportelli di consulenza per soggetti in difficoltà.

2.3 INTERCETTAZIONE E CURA

Le evidenze scientifiche permettono di delineare alcune priorità. È importante che i trattamenti attivati:

- Siano **tempestivi e multimodali**, basati su programmi terapeutici **personalizzati**, che tengano in considerazione **aspettative e bisogni** della persona;
- Abbiano **durata adeguata**;
- tengano conto dell'**età** e delle **caratteristiche della persona**;
- si rivolgano ai **molteplici bisogni della persona**;
- coinvolgano la **famiglia** e la **rete della persona**;
- pongano attenzione alla **comorbidità psichiatrica**.

L'elevato livello di complessità rende necessaria l'adozione di un **approccio di RETE**, che può costituire una risorsa preziosa:

- nel **favorire l'intercettazione precoce** e il conseguente invio ai servizi specialistici;
- nel **sostenere la motivazione alla cura** e il percorso terapeutico, garantire continuità nell'assistenza, favorire l'inclusione sociale e lavorativa.

Si evidenziano come fondamentali:

- porre attenzione ai **nuovi fenomeni** e alle **nuove forme di consumo** (nuove sostanze, nuove modalità d'uso, nuovi comportamenti, uso problematico delle nuove tecnologie);
- il coinvolgimento della **famiglia e della rete primaria**;
- l'intervento di **tipo economico e finanziario** (consulenza finanziaria, nomina **amministratore di sostegno**, ecc.);
- **l'avvicinamento dei servizi specialistici ai territori** e ai contesti di vita delle persone;
- **l'abbassamento delle soglie di accesso** e l'adozione di **strategie di intervento flessibili**, in grado di ridurre drop out e prevenire situazioni di marginalità;
- **incrementare l'integrazione tra servizi**, prevedendo **équipe multiservizio** (Servizi per le Dipendenze, Servizi Salute Mentale, Servizi Sociali territoriali e consultoriali) al fine di favorire ricomposizione e attenzione alla globalità della persona;
- proseguire e ampliare **l'investimento nel mutuo auto aiuto** e favorire lo sviluppo di **forme di supporto tra pari**³;
- passare da una **collaborazione tra servizi basata** sugli "invii" a una **sull'"accompagnamento"**, prevedendo modalità di segnalazione preferenziali e valutando la possibilità di definire un **protocollo tra servizi**;
- **porre attenzione agli adolescenti** offrendo spazi dove comprendere/accogliere il loro dolore, e promuoverne l'accettazione finalizzata all'adattamento.

Si ritiene importante avvicinare i servizi alle persone e ai loro luoghi di vita, attraverso un'offerta più articolata sul territorio, che **integri realtà e servizi presenti**. Una traduzione concreta potrebbe essere costituita da:

³ "Strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2021-2025" (Consiglio Unione Europea 2020).

- **Attivazione di sportelli “leggeri”**, diffusi in territori scoperti dall’offerta di servizi specialistici, che offrano presenza fisica di un operatore in loco, ampliata da offerta consulenziale con modalità a distanza;
- **Costituzione di equipe miste - Servizi specialistici/Servizi sociali territoriali -**, che permettano:
 - ai servizi territoriali di usufruire delle competenze specifiche dei servizi specialistici, anche a fronte di utenti che non accettano l’accesso a questa tipologia di servizi,
 - ai servizi specialistici di integrare la propria offerta con opportunità di inclusione sociale offerta dal territorio,
 - A entrambe le tipologie di servizi di integrare saperi e competenze, rispondendo in maniera non frammentata a bisogni complessi.



3. COSA DICONO I DATI: quale evoluzione dei consumi

Al fine di comprendere l'evoluzione dei fenomeni diviene fondamentale porre attenzione al quadro nazionale e internazionale. I dati "ufficiali" disponibili riguardano la situazione precedente alla pandemia, che vanno considerati in quanto permettono di cogliere traiettorie di cambiamenti in atto. Rispetto a come e quanto la situazione pandemica stia modificando i comportamenti di addiction, abbiamo ad oggi disponibili alcuni indizi, tracce, che non costituiscono realtà esaustive, a volte contraddittorie tra loro, ma che vanno considerate e attenzionate.

3.1 Il livello europeo

La **Relazione Europea sulle droghe Anno 2020**, pubblicata dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe (OEDT) mette in evidenza:

- ✓ Incrementi significativi tra il 2009 e il 2019 di quantitativi sequestrati di **metamfetamina** (+931 %), **MDMA** (+456 %) e **cocaina** (+279 %). In Europa esistono considerevoli mercati di consumo di queste droghe, ma è probabile che l'incremento delle quantità sequestrate rispecchi, almeno in parte, il ruolo più importante dell'Europa come luogo di produzione, esportazione o transito. Gli stessi fattori possono spiegare anche il notevole aumento dei quantitativi sequestrati di amfetamina (+180 %). L'**eroina** (+17 %) è l'unica droga per la quale è stato registrato un aumento dei quantitativi sequestrati inferiore al 100 % in tale periodo. Si rileva tuttavia il sequestro di grandi quantità di eroina in Europa tra il 2018 e il 2019, fonte di grande preoccupazione per il potenziale impatto sulle percentuali di consumo conseguente a un aumento dell'offerta;
- ✓ preoccupazioni per la disponibilità sul mercato europeo di prodotti a base di **cannabis ad alto contenuto di THC** e parallela offerta di **nuove forme di cannabis**, nonché di prodotti contenenti estratti di cannabis, con **bassi livelli di THC**;
- ✓ aumento della produzione di **droghe sintetiche**;
- ✓ incremento della purezza della cocaina e del principio attivo contenuti nell'MDMA sequestrate;
- ✓ Diffusione di **sostanze meno comuni e non controllate** che sembrano costituire un problema di gravità crescente in alcuni paesi: ketamina, GHB e LSD destano per i possibili rischi associati a danni cronici (ad esempio rispetto alla ketamina) e quelli associati a modelli di utilizzo più intensivi in determinati ambienti di nicchia e contesti, come l'uso di GHB nell'ambito di scenari "chemsex";
- ✓ Incremento di **nuove sostanze psicoattive (NPS)**: nel 2020 sono state individuate oltre 46 nuove sostanze (10 nuovi oppiacei, 11 nuovi cannabinoidi sintetici); Le segnalazioni di cannabis adulterata con nuovi **cannabinoidi sintetici**, come MDMB-4en-PINACA, venduta a consumatori ignari, evidenziano i nuovi rischi teoricamente crescenti del **consumo involontario** di queste sostanze potenti. Sul mercato degli stupefacenti sono sempre più diffuse **nuove forme di dosaggio per i cannabinoidi sintetici**, compresi i liquidi per le sigarette elettroniche e i cartoncini imbevuti.

3.2 Il livello nazionale

La **Relazione Annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze 2021 (dati 2020)** evidenzia a livello nazionale:

- ✓ Un progressivo incremento dal 2014 in poi delle **ospedalizzazioni droga-correlate**. L'età media dei soggetti ricoverati per problematiche droga-correlate è 39 anni, ma tra le pazienti risulta superiore di quasi 6 anni rispetto a quella maschile (43 vs 38 anni). Nell'ultimo decennio, l'età media dei ricoverati si è lievemente abbassata, soprattutto tra i pazienti maschi, per stabilizzarsi nel corso dell'ultimo triennio. Le classi di età con i tassi di ospedalizzazione più elevati sono quelle dei 25-34 e

35-44 anni, seguite da quelle dei 15-24 e 45-54 anni; nel corso dell'ultimo decennio, per tutte le classi di età si osserva un aumento dei tassi di ospedalizzazione. Nella metà dei casi si è trattato di ricoveri legati a consumi di sostanze miste o non specificate, seguite da cocaina e oppiacei. In regione Lombardia tuttavia il 39% dei ricoveri è legato ad assunzione di cocaina, il 28% di cannabinoidi, il 16% di oppioidi;

- ✓ Un aumento nel 2020 del **quantitativo di sostanze sequestrate** nel territorio nazionale (+7,4%), a fronte di un numero inferiore di operazioni antidroga svolte dalle Forze di Polizia (-13%). Contestualmente risultano incrementati i sequestri di sostanze psicoattive storicamente meno diffuse nel nostro Paese, come il khat, i bulbi di papavero e le dosi/comprese di ossicodone e quelli di droghe sintetiche. Durante il periodo pandemico il Sistema di Allerta Rapido delle segnalazioni ha registrato un aumento del 200% dei sequestri di NPS (Nuove Sostanze Psicoattive) da parte delle Forze dell'Ordine. Nel nostro Paese sono state identificate **44 nuove sostanze**. Si tratta di sostanze che per la loro natura esclusivamente sintetica e per le tecniche di produzione, consentono di variare la struttura chimica di partenza in modo mirato, producendo un'altra molecola con gli stessi effetti della molecola di partenza. Ciò comporta la creazione di un **gruppo molto ampio e continuamente rinnovato** di sostanze psicotrope di difficile individuazione e, quindi, non ancora inserite nelle tabelle di sostanze vietate previste dalla legge e dalle convenzioni internazionali, con conseguente non perseguibilità di produttori e venditori.
- ✓ Nel 2020 è stato registrato un importante incremento dei quantitativi di **cocaina sequestrata** a fronte di un numero inferiore di operazioni antidroga: in termini assoluti risultano quasi duplicati (oltre 13 quintali), con un aumento del 62% in un anno.
- ✓ La diffusione della cannabis e dei suoi derivati ha registrato invece nel corso del 2020 una contrazione;
- ✓ Si consolida la diffusione di modalità di consumo che virano verso le **sostanze sintetiche** e il **poliutilizzo**, accanto a **forme di consumo più tradizionali** ma comunque caratterizzate da **modalità occasionali** che cambiano secondo i contesti.

La Relazione evidenzia inoltre dati significativi in merito ai **consumi tra i giovanissimi durante il lockdown**. Si rimanda per l'approfondimento al paragrafo 4.2.

3.3 Regione Lombardia e provincia di Bergamo

I dati disponibili mostrano consumi di sostanze psicoattive trasversali alle fasce di età.

3.3.1 Popolazione giovanile

Le indagini campionarie disponibili a livello regionale e provinciale evidenziano diffusione **ampia e precoce di consumi alcol, sostanze, psicofarmaci non prescritti, gioco d'azzardo**, tra la popolazione giovanile. In particolare si rilevano:

- Consumi elevati e estremamente precoci di **bevande alcoliche**. *Nonostante negli ultimi decenni si sia registrata una riduzione del consumo di alcolici l'abuso di alcol fra gli adolescenti rimane elevato ed è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta.*

- ✓ Il 14,6% degli studenti 11enni lombardi e il 34,6% dei 13enni ha dichiarato di aver assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita. Il 3,2% degli 11enni e il 7,1% dei 13enni ha avuto degli episodi di ubriacatura. Il 7,6% dei maschi 11enni e il 14,5% dei maschi 13enni ha avuto episodi di binge drinking.⁴
- ✓ Il 52,2% degli studenti minorenni della provincia di Bergamo ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni. Il 42,1% degli studenti di 15-19 anni della provincia ha riferito che nel corso della propria vita ha bevuto alcolici al punto di camminare barcollando, di non riuscire a parlare correttamente, di vomitare e/o di aver dimenticato

⁴ HBSC: Stili di vita e salute dei giovani lombardi di 11,12, 15 anni -Anno 2018

l'accaduto. Il 30,6% degli studenti e il 25,5% dei minorenni della provincia di Bergamo ha riferito di aver avuto nell'ultimo mese un binge drinking.⁵

- Ampia diffusione del consumo di **sostanze psicoattive**, sperimentate da circa un terzo degli studenti di 15 -19 anni. **La cannabis** è la sostanza più utilizzata. *I dati internazionali mostrano come il diffuso aumento del suo utilizzo si accompagni a un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione. I danni derivanti dall'uso precoce di questa sostanza dipendono dal fatto che l'adolescenza è una fase in cui il cervello è ancora in fase di sviluppo. Un'esposizione intensa in questa fascia d'età può causare danni a lungo termine, a volte anche permanenti. Benchè gli studi non siano tutti concordi, alcuni mostrano che l'uso di cannabis in età adolescenziale è associata a un'alterazione della connettività cerebrale e a una riduzione del volume di alcune specifiche aree del cervello coinvolte nelle funzioni di memoria, apprendimento e controllo degli impulsi. A rendere la situazione più preoccupante contribuisce il fatto che negli ultimi anni siano comparse sul mercato nuove forme di cannabis, frutto di progressi compiuti nelle tecniche di coltivazione, estrazione e produzione. Si tratta di varietà ibride da cui si ottiene una cannabis più potente e che hanno cominciato a sostituire le varietà tradizionali. L'uso precoce, inoltre, può indurre e amplificare comportamenti di sperimentazione delle droghe. In questo senso la cannabis (come alcol e tabacco) potrebbe avere un effetto gateway rispetto ad altre sostanze, classicamente percepite come maggiormente pericolose.*

- Il 31,6% degli studenti Bergamaschi tra i 15 e i 19 anni (pari a 15.843 tra ragazzi e ragazze) ha utilizzato **almeno una sostanza illegale almeno una volta nella vita** (il 22,6% dei minorenni e il 45,2% dei maggiorenni). Il 25,2% (pari ad oltre 12.600 studenti) le ha consumate **nell'ultimo anno** e il 17,8% negli **ultimi trenta giorni** (oltre 8.900 studenti)⁵.
- Diffusione della **cannabis** quale sostanze maggiormente utilizzata:
 - A **13 anni** dichiara di aver usato cannabis, almeno un giorno nella vita, il **5,4%** degli studenti lombardi. Chi dichiara di averla usata 30 giorni o più è lo 0,4% dei tredicenni e il 5,2% dei quindicenni.⁶
 - **il 30,8%** degli studenti di 15-19 anni della provincia di Bergamo l'ha sperimentata nel corso della **vita**, **il 24,3%** nell'ultimo anno. E, ancora, il **16%** degli studenti riferisce di aver consumato cannabis nel **mese** antecedente allo svolgimento dello studio e il **3%** di averla assunta **frequentemente** (venti o più volte nel mese). Tra quanti hanno utilizzato cannabis nell'ultimo anno, il **15%** risulta avere un comportamento di **consumo definibile "problematico"**, in particolare per i **maschi** (maschi=18,8%; femmine=8,5%), senza differenze di classe di età (minorenni=12,6%; maggiorenni=16,6%).

L'andamento nel tempo evidenzia nel target 11-15 dell'indagine HBSC un calo dei consumi dal 2018 al 2013/14, ma con valori che rimangono più elevati rispetto alla rilevazione del 2009/10. Nel target 15-19, dopo una tendenza al calo dal 2007 (34,1%) al 2011 (27,9%), i consumi di cannabis **risultano in aumento** (30,1% nel 2016, 30,8% nel 2018).

- Accanto ai consumi di cannabis si evidenzia l'espansione dei consumi di **cannabinoidi sintetici (spice)**, utilizzati dal 7,0% degli studenti di 15-19 anni almeno una volta nella vita, dal 5,0% durante l'anno e dal 3,2% nell'ultimo mese;
- Prevalenze di uso inferiori, ma comunque significative, di **altre sostanze**: il **4%** degli studenti ha utilizzato almeno una volta nella vita **stimolanti** (anfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA), il **3,4%** **allucinogeni**, il **2,9%** **cocaina**, l'**1,3%** **oppiacei**;
- Assunzione di comportamenti rischiosi: l'**1,6%** degli studenti riferisce di aver utilizzato **una o più sostanze senza sapere cosa fossero**;

⁵ Dati Espad Italia – Campione della provincia di Bergamo – Anno 2018

⁶ HBSC: Stili di vita e salute dei giovani lombardi di 11,12, 15 anni -Anno 2018

- Diffusione del “**poliabuso**”: il **29,8%** dei consumatori problematici di cannabis è un poliutilizzatore di sostanze illegali;
- Diffusione del **Gioco d’azzardo**, sperimentato almeno una volta nella vita dal **38,8%** degli **studenti di 15-19 anni**, negli ultimi 12 mesi dal **34,4%** (dato inferiore a quello nazionale e regionale). Nonostante il gioco d’azzardo sia vietato al di sotto dei 18 anni, è stato sperimentato nell’ultimo anno dal **31,6% dei minorenni**. Il **4% degli studenti è risultato essere un “giocatore a rischio”** e il **2% “giocatore problematico”**;
- Diffusione del **consumo di psicofarmaci non prescritti** (per l’iperattività/attenzione, per dimagrire, per dormire/rilassarsi, per regolare l’umore): li ha utilizzati il 21,2% degli studenti di 15-19 anni della provincia di Bergamo almeno una volta nella vita, l’11,7% nei 12 mesi antecedenti lo svolgimento dello studio, il 7,0% nel corso dell’ultimo mese. Per il **2,2%** si è trattato di farne un **uso frequente**. A differenza di quanto rilevato per le sostanze psicoattive illegali, il consumo di psicofarmaci riguarda soprattutto le **ragazze**⁷.

⁷ Dati Espad Italia – Campione della provincia di Bergamo – Anno 2018

3.3.2 Popolazione adulta

I dati confermano presenza di consumi e comportamenti a rischio diffusi e trasversali anche alle **fasce di età adulte**:

- Lo studio IPSAD®2017 stima che in Italia **un terzo della popolazione residente** di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia assunto **almeno una sostanza psicoattiva illegale** nel corso della propria vita e il 10,6% lo ha fatto negli ultimi 12 mesi
 - Per quanto riguarda il gioco d'azzardo, l'indagine realizzata nel 2017 dall'Istituto Superiore di Sanità mostra come il **39,3%** della **popolazione adulta** abbia giocato d'azzardo nell'ultimo anno e come il **6,9%** sia un giocatore a "**basso o medio rischio**", mentre il **3%** un **giocatore "problematico"**.
 - Un'indagine realizzata invece nel 2014 da ATS Bergamo in collaborazione con Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa tra la **popolazione di 65-84 anni** residente in provincia ha evidenziato in questo target di età la presenza di un **8,7% di persone a rischio o problematico**.⁸
- Ampia diffusione del **gioco d'azzardo**: nel 2019 sono stati complessivamente giocati nel territorio della provincia di Bergamo **1.659 milioni di euro** nel solo gioco fisico (escluso gioco on line), pari a **1.805** euro ogni cittadino maggiorenne. Per avere un parametro di confronto si tenga conto che in Regione Lombardia ogni anno mediamente ogni famiglia gioca 3.205 euro al gioco d'azzardo, a fronte di una spesa per alimenti e bevande non alcoliche pari a 5.560,80 euro (dato Istat 2019). Il **74%** della raccolta complessiva è stato **giocato in apparecchi** (VLT e AWP). A livello nazionale tale dato è pari al 63%. Emergono tra gli Ambiti Territoriali differenze significative rispetto alla domanda di gioco, dati chiaramente condizionati dall'offerta di gioco sul territorio.
A questi dati, inerenti al gioco fisico, si aggiunge la diffusione e la progressiva crescita del **GIOCO ON LINE**. I dati, disponibili solo a livello nazionale, evidenziano come la raccolta da gioco telematico sia più che raddoppiata in pochi anni: dai quasi 17.000 milioni di euro giocati nel 2015 si è passati a oltre 36.000 milioni nel 2017.

I dati relativi all'**utenza afferita ai Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze** (Ser.D e S.M.I.) confermano la problematicità della situazione e la rapida evoluzione dei fenomeni. Le persone residenti in provincia di Bergamo che hanno ricevuto accesso ai servizi per problemi di droga sono infatti raddoppiate dal 1998 al 2018: sono passate da 2.246 nel 1998 a **4.816 nel 2018** (ultimo dato disponibile).

Se nel 1998 l'84% degli utenti era in cura per uso di eroina, il 4,4% di cocaina, il 9,2% di cannabis, nel 2018 la situazione è molto cambiata: la dipendenza da **oppiacei** interessa il 42% degli utenti, seguita dalla **cocaina** al 33,4% e dalla **cannabis** al 19,2%. Cresce anche il **policonsumo**, ovvero l'utilizzo di più droghe, o droghe e alcol, o droghe e psicofarmaci: un comportamento che nel 2018 ha riguardato il 43% delle persone in carico ai Servizi.

⁸ Il gioco d'azzardo nella popolazione di 65-84 anni della provincia di Bergamo – ASL Bergamo-ICF CNR – Anno 2014

Utenza residente in provincia di Bergamo afferita nel 2018 ai Servizi Ambulatoriali per le dipendenze (Ser.D e S.M.I.) della provincia di Bergamo – Valori assoluti e tassi su 10.000 residenti.

Ambito territoriale	UTENZA COMPLESSIVA		NUOVA UTENZA		n. utenza con sostanza primaria SOSTANZA ILLEGALE	n. utenza sostanza primaria ALCOL	n. utenza con GIOCO D'AZZARDO patologico
	n.	Prevalenza per 10.000 residenti	n.	Incidenza per 10.000 residenti			
01_Bergamo	923	60,0	228	14,8	574	248	51
02_Dalmine	860	58,8	169	11,6	530	221	55
03_Seriate	477	61,4	102	13,1	286	136	32
04_Grumello del Monte	275	55,1	66	13,2	177	65	18
05_Valle Cavallina	341	62,5	86	15,8	195	103	27
06_Monte Bronzone - Basso Sebino	124	38,7	42	13,1	71	37	7
07_Alto Sebino	190	61,9	45	14,7	95	84	7
08_Valle Seriana	589	59,9	135	13,7	342	182	41
09_Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	253	58,9	64	14,9	134	98	15
10_Valle Brembana	225	54,1	45	10,8	125	71	9
11_Valle Imagna e Villa d'Almè	286	54,3	59	11,2	157	97	15
12_Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino	810	60,4	182	13,6	465	229	59
13_Treviglio	738	66,1	164	14,7	438	156	68
14_Romano di Lombardia	663	78,1	114	13,4	430	156	36
Distretto Bergamo	1.434	57,8	332	13,4	856	416	75
Distretto Bergamo Est	2.249	58,3	540	14,0	1300	705	147
Distretto Bergamo Ovest	3.071	64,4	629	13,2	1863	762	218
Provincia di Bergamo	6.754	60,8	1501	13,5	4019	1883	440

Fonte: Rielaborazione di dati Osservatorio Dipendenze ATS Bergamo, a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

I fenomeni di consumo sono trasversali alle fasce di età. Sebbene oltre il 70% dei soggetti sia costituito da popolazione adulta e compresa tra i 30 e i 59 anni, una quota è costituita da **soggetti molto giovani**: 736 sono ragazzi di età inferiore ai 25 anni (di cui 97 minorenni). Un'altra quota significativa riguarda l'utenza di **età superiore ai 60 anni**.

Utenza residente in provincia di Bergamo afferita nel 2018 ai Servizi Ambulatoriali per le dipendenze (Ser.D e S.M.I.) della provincia di Bergamo per fasce di età e tipologia di sostanza/comportamento– Valori assoluti e tassi su 10.000 residenti.

Sostanza/comportamento	n.										Totale
	Meno di 20	20 - 24 anni	25 - 29 anni	30 - 34 anni	35 - 39 anni	40 - 44 anni	45 - 49 anni	50 - 54 anni	55 - 59 anni	≥60 anni	
Sostanza illegale	228	377	412	554	612	542	536	437	196	123	4.017
Alcol	6	48	85	148	209	284	301	278	218	306	1.883
GAP	3	16	24	33	58	53	56	71	54	72	440
	%										
Sostanza illegale	5,7%	9,4%	10,3%	13,8%	15,2%	13,5%	13,3%	10,9%	4,9%	3,1%	100%
Alcol	0,3%	2,5%	4,5%	7,9%	11,1%	15,1%	16,0%	14,8%	11,6%	16,3%	100%
GAP	0,7%	3,6%	5,5%	7,5%	13,2%	12,0%	12,7%	16,1%	12,3%	16,4%	100%

Fonte: Rielaborazione di dati Osservatorio Dipendenze ATS Bergamo, a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

Altra attenzione va dedicata al tema del **genere**. Sebbene le donne costituiscano “solo” il 16,3% dell’utenza residente in provincia afferita ai Servizi, meritano **attenzioni e specificità di intervento**, in quanto i dati e l’esperienza clinica evidenziano peculiarità di genere, legate sia ai comportamenti di abuso/dipendenza, sia ai livelli di vulnerabilità e conseguenti gradi di compromissione sanitaria e sociale, sia alla motivazione all’accesso al Servizio e alla cura.

Utenza residente in provincia di Bergamo afferita nel 2018 ai Servizi Ambulatoriali per le dipendenze (Ser.D e S.M.I.) della provincia di Bergamo per genere e tipologia di sostanza/comportamento– Valori assoluti e tassi su 10.000 residenti

Ambito territoriale	n.		Totale
	Femmine	Maschi	
Sostanza illegale	568	3.451	4019
Alcol	348	1.535	1883
GAP	89	351	440
	%		
Sostanza illegale	14,1%	85,9%	100%
Alcol	18,5%	81,5%	100%
GAP	20,2%	79,8%	100%

Fonte: Rielaborazione di dati Osservatorio Dipendenze ATS Bergamo, a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

La percezione dei servizi territoriali è che a fronte di questo numero elevato di soggetti che arriva ai servizi specialistici vi sia una fascia di persone che, pur presentando problematiche di dipendenza, non riescano ad accedervi.

La lontananza geografica di alcuni servizi dai territori periferici e montani non facilita inoltre l’accesso.

Un ulteriore elemento da considerare riguarda il **tempo di latenza**, ossia il tempo che intercorre tra l’inizio dell’uso di sostanze o il comportamento problematico e la formulazione di una richiesta di aiuto ai servizi di cura. I dati locali, relativi all’utenza afferita ai servizi della provincia di Bergamo, in linea con i dati nazionali

evidenziano come trascorrono tra i **7,5 e i 9,5 anni** tra l'avvio del comportamento di uso problematico e la formulazione della prima richiesta di cura, anche in questo caso con differenze in base alla sostanza d'uso: 7,5 anni per i consumatori di cannabis, 8,2 per gli assuntori di oppiacei, 9,3 per i consumatori di cocaina (dati 2015).

Si tratta di un periodo di tempo molto lungo, durante il quale subentrano **importanti compromissioni sul piano della salute psicofisica, delle relazioni, della condizione sociale.**

4. EMERGENZA COVID: Effetti su consumi e comportamenti a rischio

I dati disponibili sull'influenza dell'emergenza sanitaria sui comportamenti di addiction sono parziali, incompleti e a volte contraddittori. Disporre di dati consolidati e verificati rispetto ai fenomeni richiede tempo. Tuttavia le informazioni ad oggi disponibili offrono **spunti, suggestioni e indicazioni** in merito ai bisogni della popolazione che è importante considerare.

4.1 COVID e Alcol

Alcuni dati sembrano indicare che la situazione di emergenza e il periodo di lock down abbiano portato a un **incremento dei consumi di alcol.**

Secondo dati dell'Istituto Europeo per le Dipendenze, Supermercati e negozi hanno registrato un aumento delle vendite di alcolici e superalcolici (+180%) che in parte sono andati a incrementare anche il fenomeno del "neknomination" (gara diffusa tra i giovani che consiste a "scolarsi alla goccia" una bottiglia di alcolici o superalcolici in videochat, diretta streaming o pubblicando un video registrato).

Da uno studio realizzato dalla Fondazione Veronesi sui consumi di alcol durante il lockdown 2020 risulta che:

- il 42,34% degli intervistati ha dichiarato di bere di più dall'inizio del lockdown;
- il 39,78% non ha modificato la frequenza dei consumi;
- il 17,88% ha diminuito il consumo di bevande alcoliche.

Molti lavoratori in smart working, che prima del coronavirus consumavano alcol solo a cena, con il lockdown hanno aggiunto gli alcolici alla pausa pranzo, raddoppiando così il proprio consumo giornaliero.

Molti studi dimostrano che esiste una chiara relazione tra **ansia e alcoldipendenza.**

In pubblicazioni recenti è stato sottolineato da gruppi di ricercatori internazionali (costituiti ad hoc al fine di colmare il gap di conoscenza delle relazioni intercorrenti tra epidemia da coronavirus, consumi alcolici e rischi correlati) che fino a oggi, poco è noto sull'impatto di salute pubblica del consumo di alcol, con solo pochi studi condotti durante l'epidemia di SARS all'inizio degli anni 2000; in tale occasione le indagini relative alla pandemia di SARS fecero registrare un aumento del consumo di alcol dopo un anno dalla sua conclusione, e un aumento verificato del rischio di disturbi da uso di alcol in determinati gruppi, quali i dipendenti degli ospedali nei tre anni successivi al focolaio di SARS del 2003.

Altre evidenze hanno riportato aumenti tangibili del disagio psicologico dovuto all'incertezza, all'isolamento sociale e al disagio psicosociale, come potenziali meccanismi che hanno portato a cambiamenti nel consumo di alcol segnalati anche dopo il verificarsi di catastrofi naturali e degli attacchi terroristici dell'11 settembre negli Stati Uniti.

Ad ottobre 2020 la Società Italiana di Alcolologia (SIA) ha segnalato che circa il 20% degli alcolisti ha avuto una ricaduta tra febbraio e giugno e che si registra un 15% di nuovi dipendenti. Sempre la SIA stima che nel nostro paese possa essere stata raggiunta la quota di quasi 10 milioni di soggetti a rischio di dipendenza da alcol, tra cui un milione di minorenni.

4.2 COVID e sostanze stupefacenti

La **Relazione europea sulle droghe (EDR) 2021** descrive come la reperibilità della droga in Europa non abbia risentito in maniera importante dell'attuale pandemia, evidenziando la **resilienza della criminalità organizzata** coinvolta nel traffico di stupefacenti. I narcotrafficienti si sono adattati alle restrizioni sugli spostamenti e alla chiusura delle frontiere.

A livello di commercio all'ingrosso ciò trova riscontro in alcuni cambiamenti dei circuiti e dei metodi, con un maggior ricorso al contrabbando tramite container intermodali e catene di approvvigionamento commerciali e un minor ricorso ai corrieri umani. Sebbene i mercati della droga al dettaglio per strada siano stati interrotti durante i primi lockdown e si siano registrate carenze localizzate, sembra che i trafficanti e gli acquirenti di stupefacenti si siano adattati sfruttando maggiormente servizi di messaggistica criptata, applicazioni per social media fonti online e i servizi postali e di consegna a domicilio. Questa situazione solleva il problema che un eventuale **impatto a lungo termine della pandemia comporterà un ulteriore sviluppo digitale dei mercati della droga.**

Tutti gli indicatori di routine indicano che all'inizio del 2020 il mercato europeo della droga è stato caratterizzato dalla diffusa disponibilità di una **gamma diversificata di droghe** aventi purezza o potenza sempre più elevate. Ciò è dimostrato dai grandi sequestri di cocaina e altre droghe. Da una serie di indicatori emerge inoltre che i **modelli di consumo stanno diventando più complessi** e che le persone che fanno uso di droghe beneficiano dell'offerta di una **maggiore selezione di sostanze.**

Dalle informazioni disponibili emerge che le eventuali riduzioni del consumo di droga osservate durante i primi lockdown sono rapidamente scomparse quando sono state allentate le misure di distanziamento sociale. In termini generali, sembra che vi sia stato un **minore interesse** dei consumatori per le droghe solitamente associate a **eventi ricreativi**, come l'MDMA, e un maggiore interesse per quelle legate al **consumo domestico**. Tuttavia, l'allentamento delle restrizioni della circolazione e di viaggio e il ritorno di alcuni incontri sociali durante l'estate hanno fatto registrare una **ripresa dei livelli di consumo.**

I dati dei sondaggi online delle persone che auto-dichiarano il consumo di droghe suggeriscono anche un **maggiore consumo di alcol** e una **maggiore sperimentazione di psichedelici**, come l'LSD e la 2C-B (4-bromo-2,5-dimetossifenilettilamina), e di **droghe dissociative** come la ketamina. Questo dato coinciderebbe con una crescita della domanda di sostanze potenzialmente ritenute più adatte al consumo domestico.

I dati dei sondaggi suggeriscono anche che probabilmente chi faceva **uso saltuario di droghe** prima del COVID-19 abbia ridotto o addirittura cessato il consumo durante la pandemia, mentre i **consumatori più regolari l'abbiano aumentato**. Sebbene tali risultati siano preliminari e richiedano un approfondimento, potrebbero avere **implicazioni importanti** qualora i cambiamenti osservati dovessero essere comprovati e persistano nel prossimo futuro.

Tra i possibili sviluppi preoccupanti associati alla pandemia vi è l'osservazione riguardante alcuni paesi europei che potrebbero registrare un aumento della disponibilità e del consumo di cocaina crack. Desta preoccupazione anche la disponibilità di dosi più piccole o di confezioni più economiche di eroina, crack e benzodiazepine.

Inoltre sono state rilevate crescenti preoccupazioni in merito all'abuso di **benzodiazepine** destinate a usi diversi da quello terapeutico o di benzodiazepine non autorizzate per uso medico. Nel 2020 è stato registrato un aumento degli accessi ospedalieri in emergenza correlati alle benzodiazepine rispetto al 2019.

La Relazione Annuale al Parlamento sulle droghe Anno 2021, presenta i dati dello **Studio ESPAD#iorestocasa2020**, che ha permesso di raccogliere preziose informazioni riguardo alle abitudini di **consumo dei ragazzi durante il lockdown.**

Nel periodo di restrizioni legate al contenimento della pandemia da COVID-19, il 7,6% degli studenti di 15-19 anni ha riferito di aver consumato almeno una sostanza psicoattiva illecita fra cannabis, cocaina, allucinogeni,

stimolanti, eroina, cannabis sintetica, Salvia Divinorum, inalanti e/o anabolizzanti. In particolare, esclusa la cannabis, il 2,5% dei rispondenti ha utilizzato almeno una delle altre sostanze; le percentuali maggiori si riscontrano fra i ragazzi (M=3,3%; F=1,7%) con un rapporto di genere quasi doppio.

Riguardo alla frequenza di consumo, oltre un terzo degli studenti consumatori (37%) afferma di non aver utilizzato sostanze più di due volte nel mese. Un quarto le ha utilizzate dalle 3 alle 9 volte e il restante 38% almeno 10 volte. Si osserva quindi che una percentuale consistente di consumatori ha fatto un uso frequente di sostanze psicoattive durante il lockdown. Questo potrebbe indicare che coloro che sono riusciti a procurarsi sostanze stupefacenti, nonostante le restrizioni, siano anche coloro che ne fanno solitamente un uso più assiduo.

Gli studenti che hanno riferito di aver comunque utilizzato **cannabis** durante il lockdown sono il 5,9% dei rispondenti, con prevalenze maggiori fra i ragazzi (M=7,2%; F=4,5%) e, tra gli utilizzatori, il 64% ha speso soldi per acquistarla.

Riguardo alla frequenza di utilizzo durante il lockdown, il 43% degli utilizzatori ha consumato la sostanza 1 o 2 volte, il 24% fra le 3 e le 9 volte, il 10% tra 10 e 19 volte mentre il 23% l'ha consumata frequentemente (20 o più volte), soprattutto i ragazzi.

*Gli studenti che hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva si differenziano da coloro che non le hanno assunte per alcune **caratteristiche relazionali**. In particolare, i consumatori risultano meno soddisfatti del rapporto con i familiari.*

Anche il consumo di altre sostanze psicoattive legali differenzia gli studenti utilizzatori dai non utilizzatori: i primi riferiscono in percentuale maggiore di aver fumato sigarette, di essersi ubriacati e di aver fatto cinque o più bevute di fila ("binge drinking") durante il periodo di restrizioni.

Gli studenti che hanno utilizzato cannabis durante il periodo di restrizioni evidenziano rispetto a chi non l'ha utilizzata:

- minor soddisfazione rispetto a sé stessi;
- minor soddisfazione nel rapporto con i familiari;
- rendimento scolastico basso (insufficiente o gravemente insufficiente), in percentuale doppia rispetto a chi non ha consumato cannabis durante il lockdown.⁹

Un altro segnale relativo all'uso di sostanze proviene dai sequestri: l'agenzia delle Dogane e dei Monopoli segnala che nel solo 2020, gli stupefacenti hanno visto triplicare i quantitativi sequestrati: 27.895 chili di stupefacenti rispetto ai 9.512 chili del 2019.

4.3 COVID e Gioco d'azzardo patologico

Le misure restrittive adottate per contenere la diffusione del COVID 19 hanno portato a una forte riduzione del gioco fisico legale. Alcuni segnali fanno ritenere tuttavia in incremento il gioco online e il gioco clandestino. Gli studi realizzati rispetto alla diffusione del gioco d'azzardo durante la pandemia sono parziali e offrono dati non sempre lineari.

Due sono gli **studi italiani**, di cui sono attualmente disponibili alcuni dati:

1. **Studio GAPS#iorestocasa** condotto dall'Istituto di fisiologia clinica del CNR di Pisa¹⁰ nel periodo aprile - maggio 2020. Evidenzia:
 - Che tra chi negli ultimi 12 mesi ha giocato presso luoghi fisici, oltre un quarto dei rispondenti, durante l'isolamento il 12% ha giocato on-site e il 10,3% lo ha fatto online;

⁹ Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia Anno 2021 (dati 2020)

¹⁰ <https://www.cnr.it/nota-stampa/n-9513/il-gioco-d-azzardo-al-tempo-del-covid-19>

- **Una generale diminuzione del gioco fisico** per il 35,4% e una interruzione totale per il 22,8%. Il 26,6% riferisce di non aver cambiato abitudini e **il 13,9% ha addirittura aumentato le occasioni** di gioco fisico;
- Per quanto riguarda il gioco online, **il 33,8% riporta di aver aumentato le occasioni** di gioco, il 28,8% di non aver modificato le proprie abitudini e **l'11,3% di aver iniziato in questa modalità proprio durante l'isolamento**;
 - Questi giocatori hanno preferito poker texano, slot machine virtuali e scommesse sportive online. Nei giocatori online la frequenza di gioco è maggiore: il 30,5% ha giocato una o più volte al giorno, altrettanti più volte a settimana, il 39% da una a quattro volte nel mese. La spesa online nel periodo in questione si rivela più consistente, con il 14,6% che riferisce di aver speso oltre 500 euro e l'11% tra i 200 e i 500 euro. Il 56,8% ammette di essere in perdita;
- Tra i rispondenti che hanno riferito il gioco online il 78,6% è maschio, la classe di età più rappresentata sono i 25-34enni e la percentuale di chi ha visto cambiare la propria posizione lavorativa sale al 52%.

2. Studio Istituto Superiore di Sanità, condotto nel periodo aprile - maggio 2020. Evidenzia che:

- Il gioco d'azzardo fisico è diminuito dal 9,9% del periodo precedente la pandemia al 2,4% del periodo di lockdown, per poi risalire al 8% nel periodo di restrizioni parziali. Il gioco on line invece passa dal 10,0% del periodo precedente la pandemia all'8,0% nel lockdown, per salire al 13% nel periodo di restrizioni parziali;
- L'1,1% di coloro che hanno dichiarato di non aver giocato prima della pandemia ha dichiarato di aver iniziato a giocare proprio nel periodo di totale restrizione;
- Il 19,7% di coloro che già giocavano ha incrementato l'attività totale di gioco e questo è accaduto più frequentemente ai giovani, ai fumatori, ai consumatori di cannabis e a coloro che avevano un consumo rischioso di alcolici. Anche l'uso di psicofarmaci, la bassa qualità della vita, la scarsa quantità di sonno, la depressione e l'ansia risultano significativamente correlati ad un aumento dell'attività di gioco durante il lockdown.

L'Agenzia delle dogane e dei monopoli segnala **un forte incremento di nuovi conti di gioco online aperti durante il lockdown (+35% a marzo 2020 rispetto a febbraio)**. Alcuni siti di gioco on line evidenziano un aumento di oltre il 3 mila per cento degli utenti di poker online e di oltre il 150% degli utenti VLT.

Attraverso il progetto Mind the GAP 2.0 si sta mettendo a sistema una banca dati inerenti offerta e domanda di gioco fisico nei comuni afferenti al Distretto Bergamo Est, attraverso **l'applicativo SMART** messo a disposizione dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli¹¹. Si tratta di un work in progress. Ad oggi:

- ✓ È stata individuata in ciascun Ambito una figura di riferimento che svolga la funzione di "gestore" e possa estrarre i dati di tutti i comuni degli Ambiti;
- ✓ Sono stati incontrati i 103 comuni afferenti al Distretto al fine di supportare la profilazione e l'attivazione dell'Applicativo;
- ✓ Sono disponibili i dati completi relativi al 2020 e al primo quadrimestre 2021 dei seguenti Ambiti: Grumello, Seriate, Valle Seriana;
- ✓ Siamo in attesa di poter completare la rilevazione degli Ambiti Valle Cavallina, Alto e Basso Sebino, Valle Seriana Superiore.

Il sistema permette la messa a fuoco di dati territoriali e il confronto con dati provinciali, regionali e nazionali. Nel 2020 sono stati giocati complessivamente nei tre Ambiti territoriali di cui si dispongono dati completi (Seriate, Grumello, Valle Seriana) **156,2 milioni di euro, contro i 317,1 milioni del 2019**.

¹¹ Si tratta di un applicativo di supporto al monitoraggio e all'analisi della raccolta territoriale del gioco fisico, nonché di monitoraggio, degli orari di funzionamento degli apparecchi da intrattenimento, messo a disposizione degli enti locali da parte dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. Per approfondimenti: <https://www.adm.gov.it/portale/smart>

Nel **primo quadrimestre 2021** sono stati giocati **28,6 milioni di euro**. Proiettando tale dato sull'anno (raccolta nel quadrimestre x 3) si evidenzerebbe una raccolta da gioco pari a **85,9 milioni**, significativamente inferiore al 2019.

Il rapporto tra importi giocati e popolazione maggiorenne residente evidenzia nel 2020 un crollo degli importi pro-capite, che si assestano a 863 euro annui nell'Ambito di Seriate, 1.130 nell'Ambito di Grumello e 674 nell'Ambito Valle Seriana, contro rispettivamente 1.611, 2.572 e 1.359 dell'anno precedente.

Nel 2021 il calo è ancora più significativo. Proiettando gli importi giocati nel primo quadrimestre sull'anno, si evidenzerebbe infatti una raccolta pro-capite nei tre Ambiti pari a 508 euro a Seriate, 546 a Grumello, 381 in Valle Seriana. Ci si aspetta tuttavia che la riapertura di sale VLT e apparecchi da gioco nel corso dell'anno, incrementi tali importi nel corso dei prossimi mesi.

L'analisi per **tipologia di gioco** evidenzia tuttavia un dato interessante: a fronte del crollo della raccolta da apparecchi, legata alla chiusura di locali e apparecchi, la **raccolta da giochi numerici e lotterie sembra essere in crescita**. L'incremento riguarda in particolare le **lotterie**.

Volumi di gioco fisico IN PROVINCIA DI BERGAMO in milioni di euro - Anni 2019-2020-2021 (fino al 30.04.2021)

Descrizione	2019	2020	2021 Effettivo al 30/04/2021	2021 2° BIMESTRE proiezione x 3
Speso complessivo	389,35	203,07	45,49	136,48
Giocato complessivo	1.656,14	791,21	146,49	439,48
Vincite complessiva	1.266,78	588,14	101,00	303,00
Erario complessivo	227,21	120,09	21,95	65,85

Fonte: Rielaborazione di dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Applicativo S.M.A.R.T., a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

Raccolta da gioco fisico IN PROVINCIA DI BERGAMO per tipologia di gioco - Anni 2019-2020-2021 (fino al 30.04.2021)

Descrizione	2019	2020	2021 Effettivo al 30/04/2021	2021 2° BIMESTRE proiezione x 3
Giocato apparecchi	1.202.427.966	470.940.047	4.990	14.970
Di cui Giocato AWP	537.954.642	236.436.535	4.990	14.970
Di cui Giocato VLT	664.473.324	234.503.512	-	-
Giocato bingo	34.324.500	15.135.000	-	-
Giocato scommesse	71.513.061	38.302.650	11.739	35.216
Di cui Giocato ippica	1.688.480	819.605	-	-
Di cui Giocato sport	51.931.772	27.268.810	11.739	35.216
Di cui Giocato virtuali	17.892.809	10.214.235	-	-
Giocato giochi numerici e lotterie	347.871.077	266.833.342	146.477.760	439.433.279
Di cui Giocato giochi numerici	26.560.326	18.222.962	8.080.010	24.240.030
Di cui Giocato lotto	142.546.151	102.037.230	48.565.150	145.695.449
Di cui Giocato lotterie	178.764.600	146.573.150	89.832.600	269.497.800
Giocato complessivo	1.656.136.603	791.211.038	146.494.488	439.483.465

Fonte: Rielaborazione di dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Applicativo S.M.A.R.T., a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

Volumi di gioco fisico AMBITI SERIATE-GRUMELLO-VALLE SERIANA in milioni di euro - Anni 2019-2020-2021 (fino al 30.04.2021)

Descrizione	2019	2020	2021 al 30.04.2021	2021 proiezione (dato quadrimestre * 3)
Speso complessivo	73,25	41,15	8,96	26,87
Giocato complessivo	317,11	156,21	28,63	85,88
Vincite complessiva	243,86	115,06	19,67	59,01
Erario complessivo	42,81	23,27	4,28	12,84

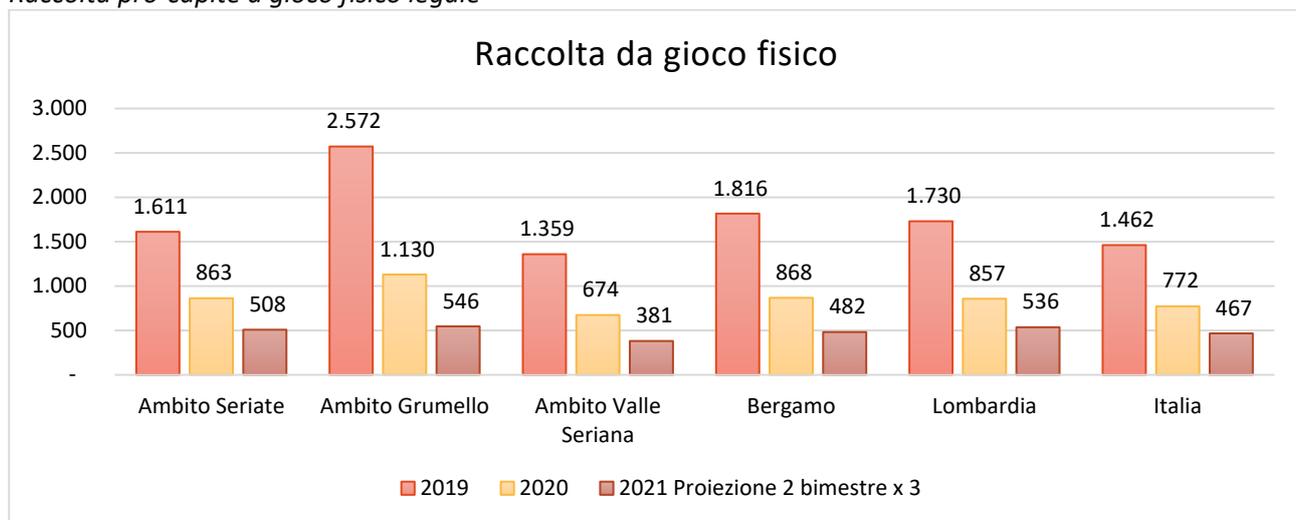
Fonte: Rielaborazione di dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Applicativo S.M.A.R.T., a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

Raccolta da gioco fisico legale negli AMBITI TERRITORIALI DI SERIATE, GRUMELLO E VALLE SERIANA, per tipologia di gioco – Anni 2019-2020-2021 (fino al 30/04/2021)

Tipologia di gioco	2019	2020	2021 1° quadrimestre	2021 Proiezione x 3
Giocato apparecchi	233.144.626	95.525.324	2.323	6.970
Di cui Giocato AWP	102.564.466	45.909.104	2.323	6.970
Di cui Giocato VLT	130.580.160	49.616.220	-	-
Giocato bingo	-	-	-	-
Giocato scommesse	18.632.690	9.308.522	8.073	24.219
Di cui Giocato ippica	379.745	287.095	-	-
Di cui Giocato sport	11.512.445	5.650.506	8.073	24.219
Di cui Giocato virtuali	6.740.500	3.370.921	-	-
Giocato giochi numerici e lotterie	65.334.041	51.374.738	28.617.527	85.852.580
Di cui Giocato giochi numerici	4.954.031	3.420.690	1.507.721	4.523.163
Di cui Giocato lotto	25.099.305	18.473.948	8.750.856	26.252.567
Di cui Giocato lotterie	35.280.706	29.480.100	18.358.950	55.076.850
Giocato complessivo	317.111.357	156.208.583	28.627.923	85.883.769

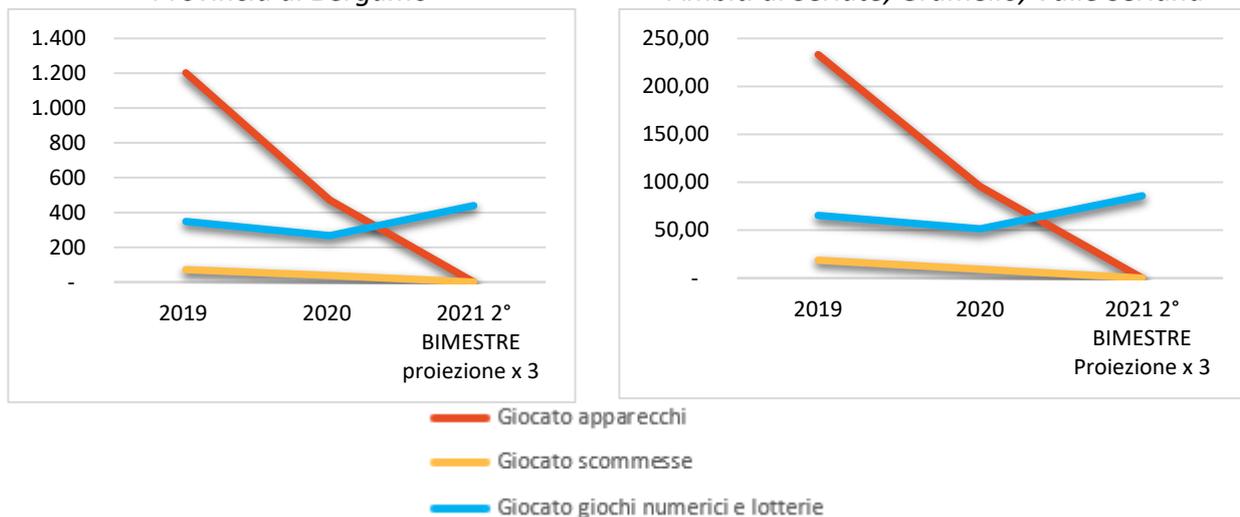
Fonte: Rielaborazione di dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Applicativo S.M.A.R.T., a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

Raccolta pro-capite a gioco fisico legale



Fonte: Rielaborazione di dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Applicativo S.M.A.R.T., a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

*Raccolta pro-capite a gioco fisico legale per tipologia di gioco -Valori in milioni di euro
Provincia di Bergamo Ambiti di Seriate, Grumello, Valle Seriana*



Fonte: Rielaborazione di dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Applicativo S.M.A.R.T., a cura Cooperativa Il Piccolo Principe

I dati ad oggi disponibili, pur parziali e non consolidati, suggeriscono alcuni elementi di rischio da tenere presenti:

- coloro che già erano Giocatori a rischio/vulnerabili potrebbero sviluppare ulteriori comportamenti di gioco, fisico o online;
- la preoccupazione per i problemi economici potrebbe in prospettiva avvicinare altre persone al gioco d'azzardo;
- l'incremento di situazioni di disagio psichico potrebbero ulteriormente favorire lo sviluppo di comportamenti di gioco problematici;
- chi gioca online presenta maggiori probabilità di sviluppare comportamenti di gioco a rischio rispetto a chi pratica il gioco fisico.

5. DATI LOCALI: dati clinici e percezioni dello S.M.I. Il Piccolo Principe

Lo SMI Il Piccolo Principe ha avuto dal 2020 al 2019 un **incremento di utenza pari al 29%**. La nuova utenza, ossia l'utenza pervenuta per la prima volta nel corso dell'anno ai Servizi Ambulatoriali per le dipendenze della provincia di Bergamo, ha visto tuttavia un calo dell'11%, questo anche a fronte della forte riduzione durante il lockdown del 2020 dell'attività clinica in presenza.

Risulta in incremento in particolare l'utenza con problematiche legate all'abuso e alla **dipendenza da alcol** (+56%), seguita da quelle derivanti dal consumo di sostanze illegali (+26%). Non sono invece incrementati i giocatori d'azzardo patologici.

Si segnala un incremento significativo dei **soggetti giovani e giovanissimi**: sono 12 i ragazzi minorenni seguiti, cui si aggiungono 57 ragazzi di età compresa tra i 18 e i 24 anni.

Soggetti in carico allo SMI Il Piccolo Principe – Anni 2019-2020

Anno	Già in carico	Nuovi	Totale
2019	114	117	231
2020	194	104	298
Variazione % 2019/2020	+70,2%	-11,1%	+29,0%

Fonte: Dati SMI Il Piccolo Principe

Soggetti in carico allo SMI Il Piccolo Principe per tipologia – Anni 2019-2020

Anno	Sostanze illegali	Alcol	Gioco d'azzardo Patologico	Altre dipendenze	Familiari	Consulenze legali	n soggetti in carico
2019	146	39	43	0	4	0	231
2020	184	61	44	2	8	2	298
Variazione % 2019/2020	+26%	+56%	-	-	+100%	-	+29%

Fonte: Dati SMI Il Piccolo Principe

NUOVI SOGGETTI in carico allo SMI Il Piccolo Principe per tipologia – Anni 2019-2020

Nuova utenza	Sostanze illegali	Alcol	Gioco d'azzardo Patologico	Altre dipendenze	Familiari	Consulenze legali	n soggetti in carico
2019	77	20	17		3		117
2020	62	18	14	1	8	2	104
Variazione % 2019/2020	-19%	-10%	-18%	-	-	-	-11%

Fonte: Dati SMI Il Piccolo Principe

Soggetti in carico allo SMI Il Piccolo Principe per fascia di età – Anno 2020

Fascia di età	Già in carico	Nuovi	Totale	%
Meno di 18	5	7	12	4,0%
18 - 24	31	26	57	19,1%
25 - 29	19	12	31	10,4%
30 - 39	52	21	73	24,5%
40 - 49	48	17	65	21,8%
50 - 59	27	15	42	14,1%
≥60	12	6	18	6,0%
Totale	194	104	298	100%

Fonte: Dati SMI Il Piccolo Principe

Soggetti in carico allo SMI Il Piccolo Principe per Ambito Territoriale di residenza – Anno 2020

Ambito	Già in carico	Nuovi	Totale
01_Bergamo	18	10	28
02_Dalmine	8	6	14
03_Seriate	31	16	47
04_Grumello	31	20	51
05_Valle Cavallina	46	17	63
06_Monte Bronzone - Basso Sebino	19	10	29
07_Alto Sebino	2	1	3
08_Valle Seriana	11	5	16
09_Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	1		1
10_Valle Brembana		1	1
11_Valle Imagna e Villa d'Almè	3	3	6
12_Isola Bergamasca	10	2	12
14_Romano di Lombardia	6	6	12
Provincia di Bergamo	186	97	283
<i>Distretto Bergamo</i>	21	14	35
<i>Distretto Bergamo Est</i>	141	69	210
<i>Distretto Bergamo Ovest</i>	24	14	38
Estero	1		1
fuori provincia	7	7	14
Totale	194	104	298

Fonte: Dati SMI Il Piccolo Principe

Nel **solo primo semestre 2021** sono **111 le nuove situazioni pervenute al servizio**, di cui **56 situazioni arrivate per la prima volta** alla rete dei Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze.

25 di questi 56 soggetti hanno formulato una richiesta di aiuto per problematiche relative ai consumi di sostanze, 18 per alcol, 4 per gioco d'azzardo patologico. 8 sono minorenni e 6 ragazzi tra i 18 e i 24 anni.

6. ELEMENTI DI VULNERABILITA'

Accanto a questi elementi relativi ai comportamenti di addiction vanno tenuti in considerazione:

- La presenza di alcuni fattori di rischio/vulnerabilità territoriale: presenza di un basso tasso di scolarizzazione nella popolazione adulta, tassi significativi di dispersione scolastica;
- Le conseguenze dell'emergenza sanitaria e delle misure di distanziamento sulla popolazione e sulla popolazione giovanile. In particolare:
 - Alcuni segnali indicano un incremento dei ricoveri in neuropsichiatria;
 - alcuni studi dimostrano come in tempi di pandemia, così come nei disastri accidentali, vi è un aumento del rischio di Disturbo da stress post-traumatico, Disturbi d'ansia e dell'umore;
 - La quarantena produce effetti negativi e potenzialmente prolungati sulla salute psicologica degli individui, inclusi sintomi da stress post-traumatico, rabbia e confusione (Brooks et al., 2020);
 - L'incremento del malessere nella popolazione può comportare un rischio di incremento delle situazioni di violenza familiare e intra-familiare;
 - Emergono rischi legati all'Uso dei media digitali. Una ricerca realizzata nel Distretto Bergamo Ovest della provincia di Bergamo nel 2020/2021 tra gli studenti di classi 3° e 4° di scuole secondarie di secondo grado evidenzia una prevalenza di uso problematico di videogiochi nel 12,6% dei maschi e nel 3% delle ragazze e viceversa un uso problematico di social media che coinvolge il 25,7% delle ragazze e il 7,7% degli studenti maschi.

- La pandemia COVID-19 si sta verificando in un contesto altamente tecnologico che fornisce accesso ad informazioni in modo semplice e immediato.
- Durante il lockdown i social media possono assolvere quindi un duplice ruolo:
 - Da una parte consentono di mantenere rapporti sociali e di comunicazione con i coetanei (O'Keefe et al., 2011);
 - allo stesso tempo sono associati a risultati negativi.
- Keles e colleghi (2020) attraverso una revisione della letteratura hanno notato che il tempo trascorso su internet e l'eccessivo coinvolgimento sulle piattaforme di social media si correlano a maggiori livelli di ansia, depressione e disagio psicologico. L'impossibilità di svolgere le normali attività quotidiane incrementa nei più giovani un utilizzo compulsivo dei dispositivi tecnologici configurando potenziali quadri clinici di **dipendenza da internet**.
- Questa si caratterizza per una preoccupazione, impulso o comportamenti eccessivi di controllo dei dispositivi tecnologici. L'impossibilità di connettersi alla rete in alcuni casi determina angoscia (Shaw e Black, 2008).
- Alcune teorizzazioni sulla dipendenza da Internet suggeriscono che questa può essere influenzata da esperienze traumatiche e stressanti (Cerniglia et al., 2017).
- Nell'attuale stato pandemico gli adolescenti entrano in contatto con una moltitudine di notizie (Oosterhoff e Palmer, 2020), ma non possiedono le stesse capacità degli adulti di operare un'analisi critica di tali informazioni. Pertanto, l'accesso in tempo reale a video, foto, articoli e storie rispetto agli argomenti attuali dovrebbero essere monitorate e discusse con loro dai genitori.

Va tenuto in considerazione che gli **adolescenti sono maggiormente vulnerabili** durante un periodo di pandemia essendo già di per sé in un momento di difficile di transizione e maturazione verso l'età adulta.

Diventa pertanto fondamentale:

- Garantire la continuità del supporto psicologico e psichiatrico per gli adolescenti con una psicopatologia conclamata;

- Mettere in atto interventi dal punto di vista psicosociale, per aiutare gli adolescenti a superare eventi traumatici;
- Attivare interventi di supporto preventivo e di intervento precoce;
- Farci interrogare sulle conseguenze che la pandemia determinerà sul piano identitario e psicologico per gli adolescenti vivono deve pertanto, al fine di implementare strategie di gestione efficaci e protettive della loro salute mentale.¹²

¹² Comunicazione Società Italiana Psicologia Online

7. LA COOPERATIVA IL PICCOLO PRINCIPE

“Il PICCOLO PRINCIPE” Società Cooperativa Sociale, si è costituita nel 2010. È, dal 2017, ente gestore dello S.M.I. “Il Piccolo Principe”, Servizio Multidisciplinare Integrato accreditato.

La Cooperativa ha una consolidata esperienza nella progettazione e realizzazione di interventi di prevenzione e di promozione alla salute. Collaborazioni rispetto alla progettazione e realizzazione di azioni in tali aree sono in atto con 8 dei 14 Ambiti Territoriali della provincia di Bergamo (Ambiti di Seriate, Grumello, Val Cavallina, Alto Sebino, Basso Sebino e Monte Bronzone, Valle Seriana, Valle Seriana Superiore e Val di Scalve, Treviglio).

Tra le esperienze più significative degli ultimi anni nel settore si citano:

PROGETTI VOLTI ALL'INTERCETTAZIONE PRECOCE DI CONSUMI DI SOSTANZE E COMPORTAMENTI A RISCHIO tra giovani e giovanissimi:

- Progetto Grow: Servizio di orientamento consulenza e sostegno per adolescenti e loro famiglie, finanziato da ATS Bergamo (periodo 2015 -2017);
- Progetto In Prima Linea - Progetto di fronteggiamento dei comportamenti a rischio dei giovani all'interno dei loro contesti di svago e di divertimento, finanziato da Fondazione Comunità Bergamasca (periodo 2015 -2016);
- Progetto In Prima Linea 2.0. Promuovere il protagonismo giovanile per fronteggiare i comportamenti a rischio, finanziato da Fondazione Comunità Bergamasca (periodo 2016 -2017)
- Progetto Network care: azioni di rete per la prevenzione ai consumi ed ai comportamenti a rischio nelle fasce di popolazione più vulnerabili, finanziato da Fondazione Comunità Bergamasca (periodo 2018-2019)
- Progetto Network care 2.0: azioni di rete per la prevenzione ai consumi ed ai comportamenti a rischio nelle fasce di popolazione più vulnerabili, finanziato da Fondazione Comunità Bergamasca (periodo 2019 – 2020)
- Progetto Network care 3.0: azioni di rete per la prevenzione ai consumi ed ai comportamenti a rischio nelle fasce di popolazione più vulnerabili, finanziato da Fondazione Comunità Bergamasca (periodo 2020 – tuttora in corso)

PROGETTI DI SVILUPPO DI COMUNITÀ, VOLTI ALLA RIDUZIONE DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA:

- Progetto Ponti educativi. Scuola e territorio, un'alleanza per favorire il successo scolastico, finanziato da Fondazione Comunità Bergamasca (periodo 2017-2018);
- Progetto Ponti educativi 2.0. Scuola e territorio, e comunità, finanziato da Fondazione Comunità Bergamasca (periodo 2018-2019);
- Progetto SPACELAB: Laboratori di comunità educante ed inclusiva, selezionato da 'Con i Bambini' nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile (periodo 2018-2021).

PROGETTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO:

- Progetto Mind the Gap 2.0, Progetto realizzato ai sensi della DGR 1114/2018 e finalizzato alla definizione di un modello replicabile ed esportabile di intervento nella prevenzione, cura e contrasto del Gioco d'azzardo patologico nel Distretto Bergamo Est (Periodo 2020-2021);

- Progetto Mind the Gap: Una rete per il Distretto Bergamo Est, Progetto realizzato ai sensi della DGR 1114/2018 e finalizzato alla definizione di un modello replicabile ed esportabile di intervento nella prevenzione, cura e contrasto del Gioco d'azzardo patologico. (Periodo 2019-2020);
- Servizio di prevenzione indicata del gioco d'azzardo patologico, finanziato da ATS Bergamo (periodo 2017);
- Game off, finanziato da ATS Bergamo (periodo 2019);
- Progetti di prevenzione e intercettazione precoce degli Ambiti territoriali di Seriate, Basso Sebino, Grumello, Dalmine, Val Cavallina (periodo 2016-2018).

INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO AL DISAGIO GIOVANILE, di intercettazione precoce di adolescenti in condizioni di difficoltà provocata DA USO IMPROPRIO DEL WEB:

- Progetto UPLOAD: per ri-caricare consapevolmente la vita 2.0, finanziato da Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le politiche antidroga (periodo 2018 – 2020).

La Cooperativa è inoltre ente iscritto **all'Albo regionale degli operatori accreditati per i Servizi di Istruzione e Formazione Professionale**.

Per approfondimenti: <http://www.piccoloprincipe.org/>

8. LO S.M.I. “Il Piccolo Principe”

Lo S.M.I. “Il Piccolo Principe” è un Servizio Multidisciplinare Integrato, accreditato dal 2018 in Regione Lombardia come Servizio Ambulatoriale per le Dipendenze (Cudes: 027005) con sede operativa in Albano Sant’Alessandro (BG).

Il Servizio Multidisciplinare Integrato è un’Unità d’offerta sociosanitaria che si occupa di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei Disturbi da Uso di Sostanze, legali e illegali e Dipendenze Comportamentali. Agisce usando in modo integrato professionalità e competenze che si avvalgono di strumenti, interventi e terapie di provata efficacia. A garanzia della continuità del percorso personalizzato di cura e riabilitazione, opera in stretta relazione con soggetti del territorio che a vario titolo intervengono in questo ambito per assicurare un approccio integrato al fenomeno.

Prestazioni e servizi erogati:

- **Accoglienza e ascolto** delle persone con disturbi da uso di sostanze legali o illegali e dipendenze comportamentali e dei loro familiari;
- **Diagnosi e valutazione multidisciplinare integrata** delle persone con disturbi da uso di sostanze legali o illegali e dipendenze comportamentali;
- Predisposizione di **programmi terapeutici-riabilitativi personalizzati**, con monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi attuati, in termine di uso di sostanze, qualità della vita, abilità e capacità psico-sociali, contrasto delle principali patologie correlate;
- Effettuazione di **terapie farmacologiche specifiche**, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- Attività di **psico-diagnosi, counselling, sostegno psicologico, psicoterapia**;
- **Attività di prevenzione, screening, counselling** e collaborazione alla cura delle patologie correlate all’uso di sostanze d’abuso, comprese le malattie infettive, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;
- **Attività di orientamento e sostegno** in ambito sociale ed educativo;

- **Attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità** (malattie infettive, overdose, ecc);
- **Programmi specifici destinati alle donne**, anche in collaborazione con altri servizi, con particolare attenzione a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza;
- **Programmi specifici**, in collaborazione con altri servizi, volti a tutelare i **minori conviventi** con soggetti con disturbi da uso di sostanze legali ed illegali;
- **Percorsi specifici**, in collaborazione con i servizi della Tutela Minori, il Tribunale dei Minorenni, il Centro Giustizia Minorile, a favore di **minori** con disturbi da uso di sostanze;
- Trattamento ai sensi dell'art. **75 del DPR 309/90**: su invio del Prefetto il servizio predispone e cura la realizzazione del programma terapeutico dei soggetti inviati e trasmette all'autorità giudiziaria le certificazioni di cui all'art. 91 comma 2 del DPR 309/90.
- Attività di **riabilitazione** e di **prevenzione delle ricadute**;
- **Rilevazione**, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale e regionale, di **dati statistici ed epidemiologici** relativi alle attività svolte e ai bisogni intercettati sul territorio di competenza;
- **Altre attività**: certificazione, ecc.

9. Bibliografia

- ASL Bergamo-ICF CNR, Il gioco d'azzardo nella popolazione di 65-84 anni della provincia di Bergamo, 2014;
- ATS Bergamo-ICF CNR, Il consumo di sostanze psicoattive, il gioco d'azzardo, l'uso di Internet e altri comportamenti a rischio tra gli studenti di 15-19 anni della provincia di Bergamo, Studio ESPAD® Italia 2016 – Provincia di Bergamo;
- ATS Bergamo, Osservatorio delle Dipendenze, L'utenza dei servizi ambulatoriali per le dipendenze. Dati per Ambito Territoriale, Anno 2018;
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Prevention Curriculum, A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, 2019;
- Consiglio Unione Europea, Strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2021-2025, 2020;
- Ministero della Salute, Linee d'azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), documento redatto a cura dell'“Osservatorio Nazionale per il contrasto del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave”, 2017;
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per i genitori, educatori e amministratori, Seconda edizione, traduzione italiana a cura dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto, 2003;
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), Department of Health and Human Services Principles of drug addiction treatment. A research-based guide. Third edition, 2012;
- Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, Relazione Europea sulla droga, Tendenze e sviluppi, 2021;
- Pacifici R., Giuliani M., La Sala L (a cura di), Istituto Superiore Sanità, Disturbi da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale, Rapporto ISTISAN 18/5, 2018;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia Anno 2021 (dati 2020), 2021;
- Regione Lombardia, HBSC: Stili di vita e salute dei giovani lombardi di 11,12, 15 anni Anno 2018;
- Regione Lombardia, “Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale. Linee Guida Regionali” 2007;
- Regione Lombardia, “Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale. Linee Guida Regionali” 2009.

10. Allegati

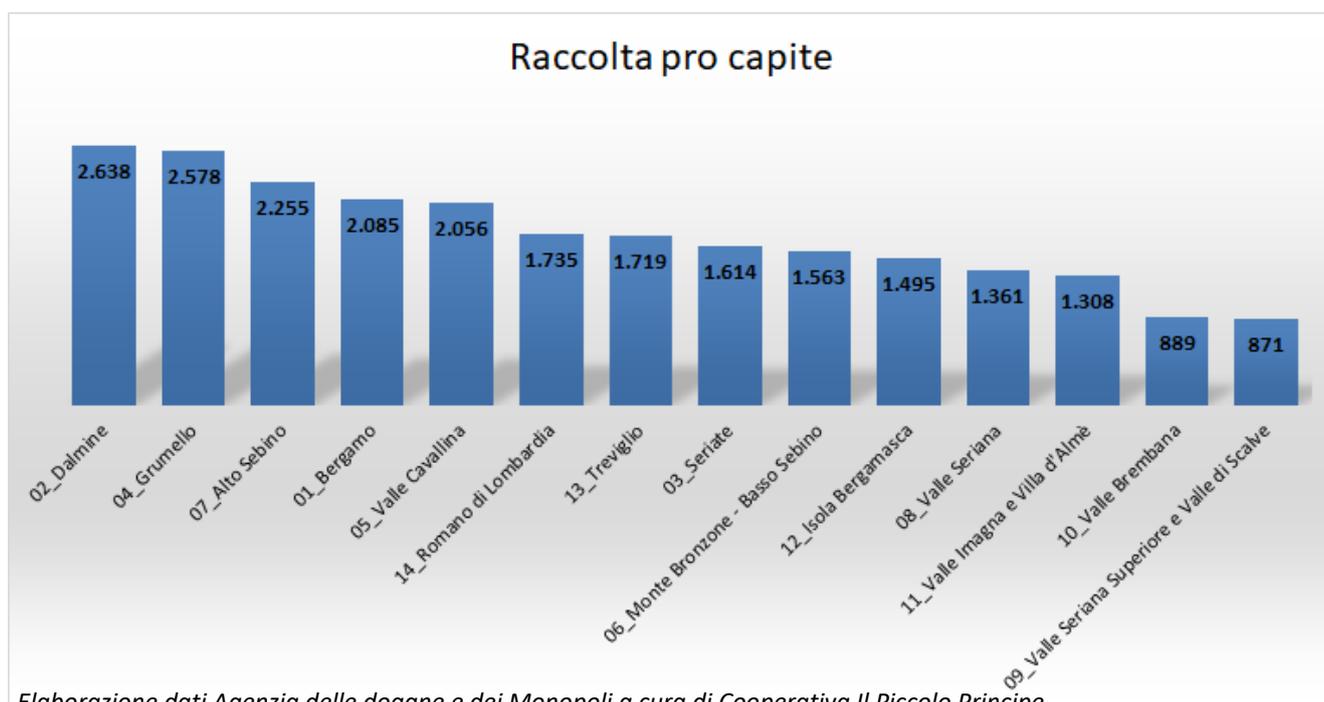
10.1 Approfondimento dei dati sul gioco d'azzardo – Anno 2019

Raccolta complessiva e pro-capite da gioco d'azzardo fisico per Ambito Territoriale – Valori Assoluti e percentuali– Anno 2019

Ambito	RACCOLTA	Popolazione maggiorenne	Raccolta pro capite	% raccolta da apparecchi su raccolta totale
01_Bergamo	272.226.783	130.594	2.085	66,8%
02_Dalmine	315.855.097	119.724	2.638	80,2%
03_Seriate	102.486.499	63.485	1.614	65,2%
04_Grumello	103.832.413	40.280	2.578	82,0%
05_Valle Cavallina	91.025.403	44.265	2.056	78,8%
06_Monte Bronzone - Basso Sebino	41.042.815	26.251	1.563	76,9%
07_Alto Sebino	57.463.857	25.479	2.255	73,7%
08_Valle Seriana	111.440.176	81.853	1.361	73,5%
09_Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	31.461.493	36.101	871	56,8%
10_Valle Brembana	31.372.780	35.299	889	67,8%
11_Valle Imagna e Villa d'Almè	56.672.138	43.334	1.308	73,3%
12_Isola Bergamasca	166.602.984	111.453	1.495	64,1%
13_Treviglio	157.737.605	91.759	1.719	74,0%
14_Romano di Lombardia	120.105.742	69.231	1.735	72,5%
Distretto Bergamo	360.271.701	209.227	1.722	67,9%
Distretto Bergamo Est	538.752.656	317.714	1.696	73,7%
Distretto Bergamo Ovest	760.301.429	392.167	1.939	74,1%
Provincia di Bergamo	1.659.325.786	919.108	1.805	72,7%

Elaborazione dati Agenzia delle dogane e dei Monopoli a cura di Cooperativa Il Piccolo Principe

Raccolta pro-capite da gioco d'azzardo fisico per Ambito Territoriale – Valori Assoluti – Anno 2019

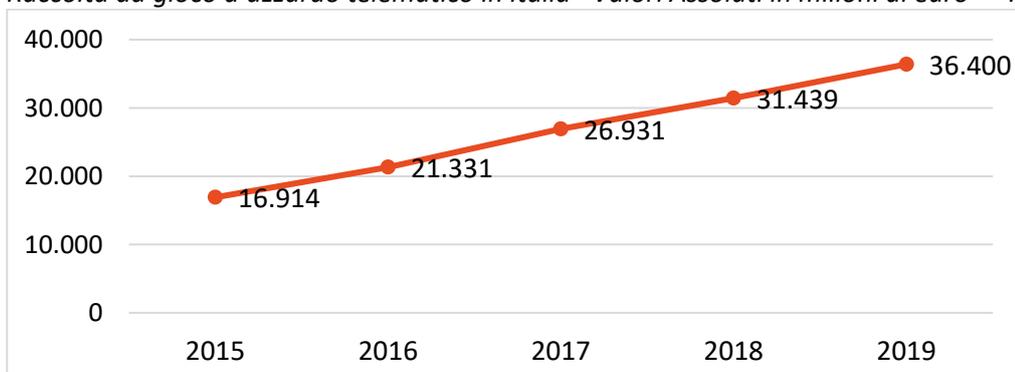


Raccolta da gioco d'azzardo telematico in Italia– Valori Assoluti – Trend 2015- 2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Importo (milioni di euro)	16.914	21.331	26.931	31.439	36.400

Elaborazione dati Agenzia delle dogane e dei Monopoli a cura di Cooperativa Il Piccolo Principe

Raccolta da gioco d'azzardo telematico in Italia– Valori Assoluti in milioni di euro - Trend 2015- 2019



Elaborazione dati Agenzia delle dogane e dei Monopoli a cura di Cooperativa Il Piccolo Principe

L'offerta di gioco d'azzardo in provincia è ampia e capillarizzata e rileva la presenza di 1.254 locali con installati apparecchi di gioco.

Locali con installati apparecchi da gioco d'azzardo per Ambito Territoriale – Valori Assoluti e tassi – Anno 2019

Ambito	n. locali	Tasso per 1.000 residenti	Locali per kmq
01_Bergamo	145	1,1	2,1
02_Dalmine	155	1,3	1,3
03_Seriate	79	1,2	1,1
04_Grumello	58	1,4	0,8
05_Valle Cavallina	66	1,5	0,5
06_Monte Bronzone - Basso Sebino	32	1,2	0,3
07_Alto Sebino	42	1,6	0,4
08_Valle Seriana	114	1,4	0,6
09_Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	69	1,9	0,1
10_Valle Brembana	65	1,8	0,1
11_Valle Imagna e Villa d'Almè	64	1,5	0,5
12_Isola Bergamasca	141	1,3	1,1
13_Treviglio	127	1,4	0,7
14_Romano di Lombardia	97	1,4	0,5
Distretto Bergamo	274	1,3	0,3
Distretto Bergamo Est	460	1,4	0,4

Ambito	n. locali	Tasso per 1.000 residenti	Locali per kmq
<i>Distretto Bergamo Ovest</i>	520	1,3	0,8
Provincia di Bergamo	1.254	1,4	0,5

Elaborazione dati Agenzia delle dogane e dei Monopoli a cura di Cooperativa Il Piccolo Principe

10.2 Legge Regionale n. 20/2020

Supplemento n. 51 - Mercoledì 16 dicembre 2020

Legge regionale 14 dicembre 2020 - n. 23
Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologicheIL CONSIGLIO REGIONALE
ha approvatoIL PRESIDENTE DELLA REGIONE
promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1
(Obiettivi)

1. La presente legge reca disposizioni in materia di interventi sanitari e sociosanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione relativi alle patologie connesse all'utilizzo non terapeutico di sostanze psicotrope e ai comportamenti a rischio di dipendenza patologica.

2. Definisce, inoltre, strumenti idonei affinché la Regione possa promuovere una risposta sanitaria, sociosanitaria e sociale sempre appropriata e aggiornata a fenomeni in continua, dinamica evoluzione volta a sostenere e tutelare i soggetti affetti da dipendenza patologica e le loro famiglie con particolare attenzione ai minori e alla popolazione femminile, in particolar modo, agli adolescenti.

3. Ai fini della presente legge si intende per «dipendenza patologica» sia la dipendenza derivata da uso di sostanze, sia la dipendenza derivata da comportamenti patologici quali il gioco d'azzardo patologico e le cosiddette nuove dipendenze.

Art. 2
(Competenze regionali)

1. La Regione promuove, disciplina e coordina le attività dei soggetti pubblici e privati accreditati operanti nel settore delle dipendenze. A tal fine:

- definisce e sostiene un sistema integrato di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento per le persone affette da dipendenza patologica e monitora i risultati conseguiti;
- istituisce il Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze di cui all'articolo 3;
- istituisce e coordina la Rete delle Dipendenze di cui all'articolo 4;
- promuove l'utilizzo di un sistema informativo integrato per la messa in rete delle migliori pratiche;
- riconosce il ruolo degli enti del Terzo settore quale componente fondamentale nel contrasto all'insorgenza e allo sviluppo delle dipendenze patologiche;
- valorizza il proprio patrimonio di immobili dismessi, aventi destinazione catastale sociale o sanitaria, affinché gli stessi siano utilizzabili per attività di prevenzione, riduzione del danno, trattamento e cura delle dipendenze patologiche;
- promuove azioni di prevenzione con il coinvolgimento dell'Ufficio scolastico regionale, delle istituzioni scolastiche e degli uffici di piano.

Art. 3
(Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze)

1. La Regione, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, costituisce il Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze. Il Comitato, presieduto dal Presidente della Giunta regionale, è composto dall'Assessore competente, da due rappresentanti del Consiglio regionale, di cui uno indicato dalla minoranza, e da due componenti nominati dal Presidente della Giunta regionale.

2. La Regione, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, istituisce, all'interno del Comitato Tecnico per la Salute Mentale e le Dipendenze, un tavolo di coordinamento tecnico in area dipendenze, costituito da una rappresentanza delle ATS locali e degli enti accreditati per le dipendenze (pubblico e privato sociale accreditato). Il tavolo di lavoro ivi costituito collabora in sinergia con il Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze con l'obiettivo di fornire un'analisi

annuale del fenomeno delle dipendenze e di elaborare proposte di aggiornamento del sistema delle dipendenze.

3. Il Comitato di cui al comma 1:

- collabora alla realizzazione degli atti di Giunta in materia di dipendenze, necessari per la messa in atto di strategie di intervento;
- fornisce indicazioni per la individuazione delle Regole Regionali di Sistema, per l'individuazione e la valutazione degli obiettivi dei direttori generali delle Agenzie e delle Aziende parte del Sistema Sociosanitario;
- individua, annualmente, gli obiettivi comuni prioritari per le Reti Diffuse del Sistema Sociosanitario regionale;
- promuove iniziative di sensibilizzazione, comunicazione e informazione sui rischi connessi all'uso di sostanze psicoattive a scopo non terapeutico, nonché sui comportamenti additivi e le patologie ad essi correlate, sull'organizzazione dei servizi e sulle azioni di prevenzione e cura;
- valorizza l'offerta di prevenzione e cura, favorendone la conoscenza e l'accessibilità da parte dei cittadini;
- convoca annualmente il tavolo di lavoro per l'esame della relazione annuale di cui all'articolo 10;
- si avvale delle competenze e delle analisi fornite dal tavolo di coordinamento tecnico regionale in area dipendenze.

Art. 4
(Rete Diffusa Dipendenze)

1. È costituita presso ogni Agenzia di tutela della salute (ATS) la Rete Diffusa Dipendenze (ReDiDi) al fine di promuovere e organizzare l'interazione dell'attività erogativa delle diverse componenti pubbliche e dei soggetti privati accreditati con l'obiettivo di ridurre le conseguenze sulla salute e i costi individuali e sociali derivanti dall'utilizzo non terapeutico di sostanze psicotropiche e dai comportamenti a rischio di dipendenza.

2. Partecipano alla ReDiDi:

- le Aziende Socio-Sanitarie territoriali (ASST);
- gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS);
- l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU);
- le organizzazioni di settore, pubbliche e private accreditate, operanti nel territorio regionale;
- le rappresentanze dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale;
- i servizi sociali dei comuni;
- gli Uffici scolastici territoriali.

3. Spetta alle ATS in collaborazione con i partecipanti alla ReDiDi, organizzare una conferenza annuale nella quale fare sintesi degli interventi di prevenzione, riduzione del danno, cura, riabilitazione e reinserimento, evidenziandone le criticità e gli oggetti di attenzione e di proposta da presentare tramite relazione annuale inviata al Comitato di indirizzo e di coordinamento e al Coordinamento tecnico regionale in area dipendenze.

Art. 5
(Sistema di cura regionale lombardo per le dipendenze patologiche)

1. Il Sistema di cura regionale lombardo per le dipendenze patologiche è strutturato secondo tre aree di intervento specializzato a favore delle persone e delle famiglie:

- Area I: azioni di prevenzione, anche con il coinvolgimento delle scuole e della formazione professionale; attività di aggancio precoce, consulenza e sostegno alle famiglie, riduzione dei danni e dei rischi; azioni di prima necessità relative a interventi di primo contatto, comprese le azioni di prossimità in luoghi e situazioni a rischio urbane ed extraurbane;
- Area II: diagnosi e cura; attività di *assessment* diagnostico; programmi di trattamento clinico specialistico, terapeutico, educativo, compresi programmi di bassa soglia;
- Area III: riabilitazione e reinserimento familiare, formativo e socio-lavorativo; programmi di trattamento per il completo recupero sociale e lavorativo dell'individuo.

2. L'Area I recepisce le indicazioni europee in materia di riduzione del rischio e del danno.

**Art. 6
(Sistema dei Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze Patologiche)**

1. La Regione, entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, adegua i Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze Patologiche (SDIP) alla gestione delle aree di intervento di cui all'articolo 5, fatte salve le funzioni cliniche previste da altre disposizioni vigenti, e ne definisce i criteri di accreditamento e contrattualizzazione.

2. Gli SDIP:

- a) partecipano alla attività della Rete diffusa come strutture specializzate senza porre vincoli di accesso per i pazienti;
- b) forniscono, nell'ambito delle attività della Rete diffusa e coerentemente con la programmazione regionale, interventi specializzati esplicitamente dedicati a particolari categorie di utenza, anche con peculiari forme di nuove dipendenze;
- c) partecipano in modo strutturato alla realizzazione di programmi per persone con doppia diagnosi;
- d) collaborano operativamente con i Centri Antifumo per il trattamento di soggetti tabagisti.

3. Gli SDIP pubblici afferiscono ai Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze (DSMD). Gli SDIP privati accreditati, attraverso la Rete di cui all'articolo 4, interagiscono con le strutture erogative, ospedaliere e territoriali secondo piani operativi programmati dalle ATS sulla base di indicazioni regionali.

**Art. 7
(Centri residenziali e semiresidenziali)**

1. La Regione, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, ai fini del superamento della frammentazione delle Unità di offerta residenziali e semiresidenziali, le converte in Centri di Cura e Riabilitazione per le Dipendenze (CRD), in forma residenziale, semiresidenziale o in entrambe le forme e ne aggiorna i criteri di accreditamento, al fine di attuare quanto previsto dall'articolo 5; fornisce inoltre la valutazione sul dimensionamento dell'offerta necessaria, contrattabile per singola Area, tenendo conto dei bisogni complessivi dei territori, valutati con il contributo delle ATS.

2. I CRD, all'interno della dotazione di posti letto accreditati possono offrire programmi specializzati, terapeutici, educativi e di doppia diagnosi; la tipologia di prestazioni fornibili nell'ambito di ciascuna Area, da ogni CRD, è definita contrattualmente da ogni ATS, sulla base di criteri di accreditamento e contrattualizzazione regionali e delle indicazioni sul dimensionamento dell'offerta necessaria, tenendo conto della adeguatezza della dotazione organica della struttura accreditata e della adeguatezza strutturale ed organizzativa, relativa ai programmi da realizzare.

**Art. 8
(Equipe Specializzata Ospedaliera Dipendenze)**

1. Ogni ATS, nell'ambito del territorio di competenza, costituisce, in accordo, con almeno una ASST, un IRCCS o altro soggetto di ricovero e cura accreditato una Equipe Specializzata Ospedaliera Dipendenze (ESOD) per il trattamento della disintossicazione e di situazioni cliniche complesse o atipiche, con un numero di posti letto proporzionato al volume di attività complessiva.

**Art. 9
(Minori)**

1. La Regione, entro sei mesi dell'entrata in vigore della presente legge, istituisce presso la Direzione generale Welfare il Coordinamento di Prevenzione e Presa in Carico rivolto ai minori e alle loro famiglie ai fini di garantire, su tutto il territorio regionale, la presa in carico, il trattamento e la riabilitazione dei minori con particolare attenzione all'area penale minorile, agli adolescenti, ai minori in carico ai servizi sociali, alla neuropsichiatria infantile e all'area della formazione professionale, prevedendo nuove forme di accreditamento e contrattualizzazione per attività ambulatoriali, residenziali o semiresidenziali dedicate.

2. Ciascuna ATS, in sinergia con il Coordinamento di cui al comma 1, organizza il sistema nel territorio di sua competenza compresi i rapporti tra gli ospedali - con particolare, ma non esclusivo, riferimento ai Pronto Soccorso, alle Pediatrie, alla Neuropsichiatria Infantile e, più in generale agli ambiti della Salute Mentale - e i Servizi Ambulatoriali, Residenziali e Semiresidenziali

specializzati dipendenze e servizi della giustizia minorile e prefetture e gli Uffici scolastici regionali e la formazione professionale.

3. L'intervento a favore di minori e giovani adulti si avvale anche dei servizi di prevenzione, di riduzione del danno e di limitazione dei rischi.

**Art. 10
(Dipendenze e misure giudiziarie)**

1. La Regione, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, istituisce un tavolo di lavoro al quale sono invitati gli enti istituzionali giudiziari individuati secondo gli argomenti trattati, gli ordini delle professioni sanitarie e sociali, l'Ordine degli avvocati e le rappresentanze delle Organizzazioni del Sistema Salute Mentale e Dipendenze e della Medicina Penitenziaria e una rappresentanza delle associazioni di categoria del privato sociale accreditato nell'ambito delle dipendenze che accolgono detenuti, al fine di promuovere progetti sperimentali per il trattamento degli stessi all'interno degli istituti penitenziari e fuori dagli istituti.

2. Con cadenza annuale, il tavolo predispone una relazione da sottoporre al Comitato di cui all'articolo 3.

**Art. 11
(Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle attività sociosanitarie)**

1. La Regione, ai fini dell'attuazione della presente legge, revisiona il sistema di autorizzazione, accreditamento e appropriatezza delle Unità di offerta, indirizzandolo ai principi dell'intervento precoce, della riduzione della cronicità e dell'appropriatezza degli interventi. Tale revisione è finalizzata a garantire una risposta rapida e adeguata ai bisogni, con particolare attenzione al dimensionamento del sistema e tenuto conto delle caratteristiche specifiche delle singole unità di offerta e della necessità di garantire un rapporto adeguato tra operatori e utenti. Tali interventi sono caratterizzati da un approccio multidisciplinare e idoneo a garantire percorsi di cura anche ad alta intensità, avvalendosi di profili professionali diversificati e non strettamente riconducibili alle tradizionali professioni del comparto sociosanitario.

2. Il sistema autorizzativo e di accreditamento garantisce un collegamento tra gli interventi residenziali territoriali per la continuità di cura realizzati da diverse unità di offerta integrate tra di loro.

3. Per ogni Unità di offerta residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale viene definito un contratto annuale, avente come base le tariffe attualmente vigenti per le specifiche tipologie di un'unità di offerta con invarianza di budget per i primi due anni di attuazione della presente legge. Ai sensi dell'articolo 3, comma 3, lettera a), il Comitato di indirizzo collabora alla definizione dei nuovi criteri di finanziamento del sistema di remunerazione da considerarsi sperimentale per i primi due anni, al termine dei quali la Giunta regionale ne formalizza la stabilizzazione o ne propone modifiche.

4. Rimangono invariati gli standard strutturali delle attuali Unità di offerta residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali attualmente accreditati al Sistema.

**Art. 12
(Sistema di remunerazione delle attività)**

1. La Regione, al fine di favorire la personalizzazione degli interventi rivede il sistema di remunerazione e aggiorna il nomenclatore *standard* delle attività erogate coniugandolo con un sistema di classi di prestazioni integrato con indicatori di gravità patologica.

2. La contrattualizzazione e la gestione dei budget di cura, da parte dell'ATS di ubicazione della struttura relativamente alle Unità di offerta residenziali indirizzate alla erogazione di prestazioni, può essere organizzata su base regionale e in modo differenziato rispetto alle Unità di offerta sul territorio lombardo.

**Art. 13
(Iniziative in materia di prevenzione, cura e contrasto delle dipendenze digitali)**

1. La Regione, nell'esercizio delle competenze di cui all'articolo 2, monitora e definisce strategie di prevenzione, di cura e di contrasto delle dipendenze digitali e promuove iniziative, anche a carattere scientifico, di divulgazione dei rischi connessi all'abuso di tecnologia, in particolare di dispositivi smartphone

Supplemento n. 51 - Mercoledì 16 dicembre 2020

e tablet, anche coinvolgendo l'Ufficio scolastico regionale e le istituzioni scolastiche.

2. Ai fini di cui al comma 1, la Regione promuove corsi di formazione specifica rivolti ai profili professionali coinvolti.

Art. 14**(Valorizzazione del ruolo del Terzo settore e del volontariato)**

1. La Regione, con l'obiettivo di favorire il coinvolgimento della società civile nel contrasto allo sviluppo delle dipendenze patologiche, promuove la partecipazione degli enti del Terzo settore ai progetti di prevenzione, ai programmi di cura e di reinserimento sociale, riconoscendone il ruolo anche nel sistema di accreditamento e contrattualizzazione.

2. La Regione, ai fini di cui al comma 1, promuove iniziative formative rivolte a volontari e collaboratori degli enti del Terzo settore.

Art. 15**(Osservatorio regionale delle dipendenze, attività di studio e ricerca)**

1. La Regione sostiene progetti di studio e ricerca inerenti al trattamento delle dipendenze patologiche.

2. Periodicamente, con cadenza massima biennale, e in fase di prima applicazione entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, il Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze di cui all'articolo 3 individua gli argomenti di studio e ricerca oggetto di possibile finanziamento. La selezione dei progetti viene effettuata entro sei mesi, con apposito bando, istruito dall'Assessorato competente.

3. L'Osservatorio regionale delle dipendenze da sostanze e comportamentali, attraverso i flussi informativi inviati regolarmente dalle Unità di offerta in sede di rendicontazione, elabora i dati regionali annuali riferiti all'andamento del fenomeno.

Art. 16**(Il Sistema regionale educativo, formativo e di avviamento al lavoro)**

1. La Regione, in un'ottica di prevenzione del disagio e della fragilità giovanile, sostiene progetti di prevenzione precoce in specifici ambiti scolastici e di avviamento al lavoro, secondo parametri indicatori di particolari situazioni di rischio, anche attraverso interventi di limitazione dei rischi rivolti ad adolescenti e giovani nei contesti del divertimento.

2. Particolare attenzione viene data anche allo sviluppo di una visione critica del rapporto tra domanda e offerta di droghe, dei legami con realtà criminali, anche attraverso una preparazione mirata dei formatori e azioni di supporto per famiglie o singoli genitori.

3. Il sistema educativo di istruzione e formazione regionale partecipa all'attuazione degli interventi previsti dalla presente legge, in particolare, attraverso lo sviluppo di percorsi di accesso alla filiera dei servizi intensivi previsti per tutti i disoccupati:

- percorsi di formazione per il conseguimento di un certificato di competenze;
- formazione permanente e attività a supporto della partecipazione a percorsi formativi;
- tirocini e attività a supporto dei processi di apprendimento nei contesti lavorativi;
- orientamento specialistico, accompagnamento al lavoro e attività di sostegno alle persone nei contesti lavorativi.

Art. 17**(Reinserimento sociale e occupazionale)**

1. La Giunta regionale promuove per ogni utente la possibilità di accedere a percorsi formativi qualificanti volti all'inserimento lavorativo e alla totale inclusione sociale.

2. I percorsi formativi sono svolti presso enti che si occupano di contrasto, prevenzione e presa in carico delle dipendenze o presso enti di formazione accreditati.

Art. 18**(Sistema informativo e interfaccia con i cittadini)**

1. La Regione Lombardia, entro ventiquattro mesi dall'entrata in vigore della presente legge, aggiorna il sistema informativo, al fine di armonizzare e facilitare la trasversalità degli interventi, la

comunicazione tra i diversi attori del sistema coinvolti, assicurando e migliorando la rilevazione e valorizzazione delle prestazioni erogate.

2. Tramite la Rete di cui all'articolo 4, la Regione organizza un sistema unico per migliorare l'accessibilità ai diversi tipi di offerta mettendo a disposizione dei cittadini i dati e le informazioni necessarie per esercitare il diritto di libera scelta, anche attraverso un sistema di prenotazione telematica di visite ed interventi, accessibile, in modo differenziato, dai cittadini e dai professionisti del Sistema Sociosanitario. Ogni Unità di Offerta residenziale dà evidenza dei posti disponibili sul proprio sito web al fine di un utilizzo ottimale del sistema.

Art. 19**(Norma Finanziaria)**

1. Alle spese derivanti dagli articoli 6, 7, 8, 9 e 15 della presente legge quantificate per il 2021 in complessivi euro 159.800.000,00 si provvede, nell'ambito del provvedimento di Giunta relativo alle regole per la gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale, con le risorse già stanziati per euro 151.800.000,00 al programma 01 «Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» e per euro 8.000.000,00 al programma 07 «Ulteriori spese in materia sanitaria» della missione 13 «Tutela della salute» - Titolo 1 «Spese correnti» dello stato di previsione del bilancio 2021-2023.

2. A partire dal 2022 l'importo di cui al comma 1 è adeguato con legge di approvazione del bilancio dei singoli esercizi finanziari e nell'ambito del provvedimento di Giunta relativo alle regole per la gestione del Servizio Sociosanitario Regionale, in considerazione dell'effettiva attuazione della legge, ai sensi dei commi 2 e 3 dell'articolo 20, con un incremento di risorse stimate in complessivi euro 16.500.000,00.

3. Alle spese per gli interventi del sistema educativo di istruzione e formazione regionale di cui all'articolo 16, comma 3, e articolo 17 della presente legge si fa fronte nell'ambito della disponibilità delle risorse della programmazione comunitaria 2014-2020 destinate alla «Dote unica Lavoro», allocate alla missione 15 «Politiche per il Lavoro e la Formazione Professionale», programma 03 «Sostegno all'occupazione» - Titolo 1 «Spese correnti», nonché a valere sulle risorse della legge 13/2013, allocate alla missione 15 «Politiche per il Lavoro e la Formazione Professionale», programma 01 «Servizi per lo sviluppo del Mercato del Lavoro» - Titolo 1 «Spese correnti» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2021-2023.

4. Alle spese di cui al precedente comma sono altresì destinate le risorse statali a valere sul Programma Nazionale «Garanzia Giovani».

5. Dai rimanenti articoli della presente legge non derivano oneri finanziari aggiuntivi per il bilancio regionale.

Art. 20**(Entrata in vigore e norme finali)**

1. La presente legge entra in vigore il 1° gennaio 2021.

2. La Regione, tramite il Comitato di indirizzo e il coordinamento regionale in area dipendenze nell'ottica di armonizzare il passaggio dall'attuale organizzazione del sistema dipendenze verso il nuovo sistema e con l'obiettivo di garantire la continuità operativa delle Unità di Offerta e di finanziamento, predispone i provvedimenti attuativi entro il mese di settembre 2021 per l'inserimento degli stessi nelle regole sociosanitarie dell'anno 2022.

3. Nei provvedimenti attuativi sono previsti i termini, da sei a dodici mesi, entro i quali gli enti accreditati procedono agli adeguamenti organizzativi e procedurali necessari.

La presente legge regionale è pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Lombardia.

Milano, 14 dicembre 2020

Atilio Fontana

(Approvata con deliberazione del Consiglio regionale n. XI/1459 del 2 dicembre 2020)