

CAPITOLO I.5.

GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO E PATOLOGICO

I.5.1 Introduzione

I.5.2 Quadro epidemiologico in Italia

I.5.3 Le indagini GPS-DPA 2012 e SPS-DPA 2013

I.5.3.1 Soggetti in trattamento in Italia nel 2012

I.5.4 Dati finanziari

I.5.5 Conclusioni

I.5 GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO E PATOLOGICO

I.5.1 Introduzione

In Italia il fenomeno del gioco d'azzardo è in continua crescita e in questi anni sta assumendo dimensioni sempre più rilevanti, come osservabile dall'andamento delle statistiche dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ex AAMS) relative alla quantità di denaro giocato. In parallelo si stanno anche rafforzando le evidenze scientifiche che portano a connotare quanto la pratica del gioco d'azzardo può esitare in sviluppo di forme di vera e propria dipendenza (gioco d'azzardo patologico) o comportamenti a rischio (gioco d'azzardo problematico).

La problematica emergente ha suscitato molte e diversificate reazioni sia in ambito politico sia sociale e destato grande interesse in molti gruppi e settori della sanità non ultimo per le problematiche secondarie correlate e le negative conseguenze economico-finanziarie che sono state rilevate su vari gruppi familiari coinvolti in questo problema. Speso infatti si è visto che associato al gioco d'azzardo patologico vi sono fenomeni di usura e di comportamenti illegali che impoveriscono e mettono questi malati e le loro famiglie in condizioni molto problematiche e di povertà. Ad oggi tuttavia non esistono studi e dati epidemiologici accreditati in grado di quantificare correttamente il problema sia nella dimensione che nella diffusione ed eventuali trend di evoluzione.

Il DPA a questo proposito ha provveduto a studiare e realizzare un flusso di dati aggregati che permetterà di poter stimare meglio questa realtà complessa che comunque da già segnali evidenti di essere un fenomeno socio-sanitario rilevante e non trascurabile o minimizzabile per poter dare un impulso a trovare soluzioni concrete.

Nel 2012 il DPA ha avviato il progetto GAP, progetto nazionale per l'attivazione di strategie e per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche, coordinate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e al trattamento del Gioco d'Azzardo patologico e per il dimensionamento e il monitoraggio del fenomeno.

Progetto GAP
del DPA

L'obiettivo principale del progetto è stato quello di fornire soluzioni sostenibili, realizzabili e omogenee su tutto il territorio nazionale per fronteggiare il fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico ed in particolare per strutturare precise strategie di tutela della salute ed integrità sociale sia del giocatore patologico che della propria famiglia e, nel contempo, di trovare possibili indirizzi comuni in ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo e per studiare una migliore regolamentazione dell'intero sistema dei giochi, compresi i giochi in internet. In particolare, i sotto obiettivi specifici sono stati declinati come segue:

1. Censimento delle strutture pubbliche e private per singola regione impegnate nell'assistenza a persone con gambling patologico, della tipologia di prestazioni erogate e delle metodologie utilizzate
2. Organizzazione di un flusso nazionale permanente per la raccolta di dati aggregati sulle persone con gambling patologico in carico ai Dipartimenti delle Dipendenze, Ser.T. e Comunità Terapeutiche e monitoraggio dei dati raccolti, con particolare attenzione a quelli relativi alla popolazione dedicata al gioco d'azzardo per regione e ai fenomeni collegati all'usura in relazione al gioco d'azzardo
3. Rilevazione epidemiologica del gioco d'azzardo attraverso indagini nella popolazione generale e in quella studentesca utilizzando flussi esistenti GPS e SPS.

4. Studio, stesura e diffusione di linee di indirizzo scientificamente orientate per la prevenzione del Gambling patologico con particolare orientamento all'early detection delle condizioni di vulnerabilità nei giovani e alla prevenzione ambientale (compresa la definizione di possibili indirizzi per l'autoregolamentazione per la pubblicità)
5. Studio e attivazione di ricerche nel campo del neuroimaging finalizzate allo studio delle funzioni di controllo prefrontale e dei comportamenti di gioco
6. Studio di modelli correlati al gambling e definizione di possibili device di controllo e warning da applicare online, sui giochi elettronici e con le
7. Persone con diagnosi di gambling patologico
8. Monitoraggio del gioco d'azzardo in internet e studio di possibili soluzioni per la prevenzione e il contrasto.

Al momento della pubblicazione della presente relazione le attività di progetto hanno già portato a una serie di interessanti e importanti risultati, tra cui la pubblicazione del manuale tecnico-scientifico sul gambling per i Dipartimenti delle Dipendenze, l'organizzazione di un flusso nazionale e la programmazione di una azione formativa rivolta a livello nazionale per diffondere le linee di indirizzo e favorirne l'applicazione locale al fine di rendere omogenee e coordinate le azioni territoriali

La legge di conversione del DL. 13 settembre 2012, n. 158 "Decreto Balduzzi" (L. 8.11.2012, n. 189 recante: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute") ha previsto all'art. 5, c. 2, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Gioco d'azzardo patologico (imprecisamente definita "ludopatia"), intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (G.A.P.). Il successivo art. 7, comma 10, ha istituito presso l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli un "Osservatorio sui rischi di dipendenza da gioco" finalizzato a valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo patologico e il fenomeno della dipendenza grave. Tale Osservatorio ha già iniziato le sue attività e sta discutendo per mettere a punto una serie di misure preventive atte al contenimento del fenomeno su vari fronti.

Contestualmente, il DPA e l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli in data 28 marzo 2013 hanno siglato un "Accordo di collaborazione per il contrasto alle forme di dipendenza da gioco" con il quale al Dipartimento Politiche Antidroga viene affidato il coordinamento tecnico-scientifico dell'Osservatorio suddetto e inoltre, viene prevista l'istituzione di un apposito "Comitato consultivo" di supporto, costituito dalle associazioni dei concessionari, dalle rappresentanze nazionali dei consumatori e dai più rappresentativi gruppi associativi di area specifica, oltre che delle Regioni e delle Province Autonome.

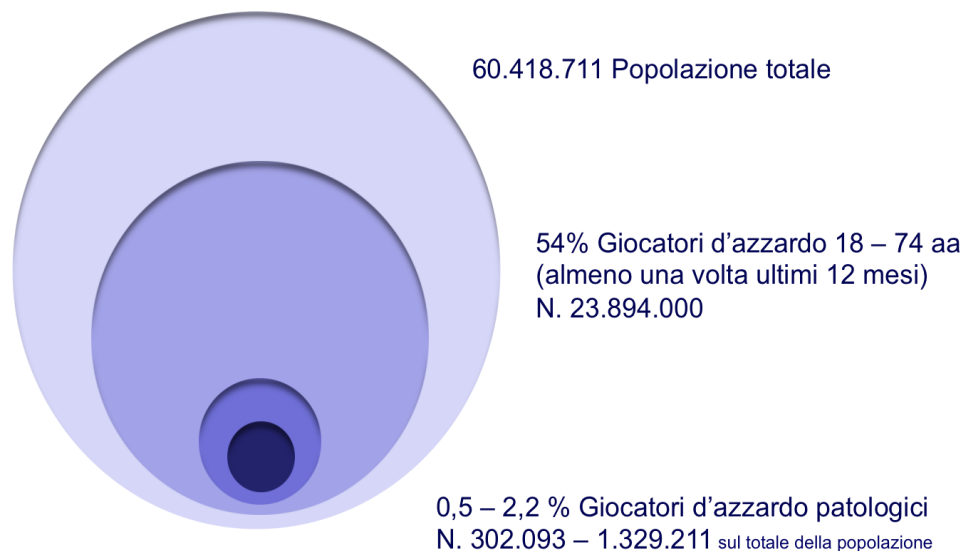
Il DPA ha avviato l'iter per l'istituzione del suddetto Comitato, raccogliendo 32 richieste di adesione provenienti da associazioni ed enti pubblici sulla base della documentazione inviata e della rilevanza dell'attività svolta nell'ambito specifico. Preme sottolineare che ai componenti del Comitato non viene corrisposto alcun emolumento, compenso o rimborso spese.

I.5.2 Quadro epidemiologico in Italia

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di

cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo (dato rilevato con la domanda “Lei ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi?”). La stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2% (Ministero della Salute, 2012).

Figura I.5.1: Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo. Serpelloni, 2012. Nota: non esistono ad oggi studi italiani esaustivi.



Il Ministero della Salute dal 2011 finanzia un progetto sperimentale nazionale sulle dipendenze comportamentali per la sorveglianza, il coordinamento e il monitoraggio degli interventi. Altri studi sono stati eseguiti da altri enti di ricerca e vengono riportati nella tabella sottostante. Come è possibile notare, oltre alla diversificata semantica utilizzata per definire i vari stadi del gioco d'azzardo, si sono utilizzati diversi strumenti di rilevazione ed in alcuni casi non è stato nemmeno possibile identificare quali essi fossero.

Questo ci incita a intraprendere nuovi studi e rilevamenti sul gioco d'azzardo, partendo da più solide basi tecnico scientifiche, ma soprattutto dopo aver messo a punto linee nazionali per omogeneizzare i linguaggi e le metodologie.

Tabella I.5.1: Elenco e caratteristiche degli studi condotti in Italia dal 2000 sul gioco d'azzardo. Ministero della Salute – Dipendenze comportamentali/gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi.

Bollettino sulle Dipendenze, XXXIV, n.1, 2011. Adattamento: Serpelloni, 2012

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	POPOLAZIONE INTERVISTATI	GIOCATORI TOT	PATOLOGICI	ECESSIV/RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATIC I	PERIODO INDAGATO	
BOLZANO	2000	SOGS	HOUSEHOLD	ADULTI	500		2,20%	3,80%	VITA?	
VALDINEVOLE (PT)	2002	?	TELEFONICA	18-65 ANNI	516	43%		1,9-2,5%	ULTIMO MESE	
PAVIA	ott2003-feb2004	SOGS	TELEFONICA	18-74 ANNI	707		0,40%	0,70%	1,10%	ULTIMO ANNO
PISTOIA PRATO FIRENZE	2004-2005	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1568			2%	VITA?	
CONAGGA CNCA MULTISITE	2008	?	ON THE FLY	10-80+ANNI	1625	80-82%	2,75%		VITA?	

continua

continua

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVISTATI	GIOCATORI TOT	PATOLOGICI	ECCESSIVI/RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATIC I	PERIODO INDAGATO
AREZZO	2008	LIE/BET	?	?	97	62%			5%	VITA?
MONZA	2008?	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1520	63%	0,50%	0,80%	1,30%	ULTIMO ANNO
ROMA	2002-2006	?	SCUOLE	13-21 ANNI	2798	84,90%	5,10%		9,70%	?
VENEZIA	2006	?	SCUOLE	15-20ANNI	327				1,8%?	?
CASERTA	2005-2006	DSMIV	SCUOLE	15-18ANNI	1002				6%	ULTIMO ANNO?
TOSCANA	2008	LIE/BET	SCUOLE	14-19ANNI	5231	50,80%			9,70%	VITA
EURISPES	2007	?	?	18-80		78%	?	?	?	?
NOMISMA	2008	?	SCUOLE	15-17 ANNI	6700	68%	?	?	?	ULTIMO ANNO
IPSAID	2007-2009	LIE/BET							3,30%	VITA?
		POSTALE	15-65 ANNI	10940	38%					
		CPGI-SF					0,80%	4,6%?	5,4%?	ULTIMO ANNO
ESPAD	2009	SOGS-RA	SCUOLE	15-19 ANNI	32461	47,10%	0,6%M-0,1%F		11,1%?	ULTIMO ANNO

? = dato non certo o non disponibile

Altre fonti: *L'Italia che gioca: uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco. Novembre 2010 (web)*, *Rapporto Nomisma 2009, Gioco e giovani. Rapporto Eurispes 2009. I giovani e il gioco d'azzardo. 2010 (web)*.

Molti studi sono stati eseguiti in Europa e la tabella successiva riporta quelli più significativi, eseguiti tra il 2001 e il 2008, indicando la percentuale di adulti con gioco d'azzardo probabilmente patologico nei vari Stati Membri, sul totale della popolazione.

Tabella I.5.2: Problema del gioco d'azzardo in Europa. Sintesi delle più recenti indagini sulla prevalenza del gioco d'azzardo negli adulti, nei singoli Paesi Membri. Griffiths, 2009

Paese	Anno	N	Strumento	%
Belgio	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Danimarca	2006	8,153	SOGS-RA NODS	1.7 (nella vita) 0.7 (nella vita)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)
Finlandia	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Germania	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Gran Bretagna	2007	8,996	DSM-IV PGSI	0.6 (ultimo anno) 0.5 (ultimo anno)
Islanda	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Olanda	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Norvegia	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Svezia	2001	7,139	SOGS	2 (ultimo anno)
Svizzera	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)

Nota: il gioco d'azzardo patologico è relativo alla percentuale di potenziali giocatori patologici aggiunta alla percentuale di giocatori patologici probabili nella popolazione totale.

Ulteriori studi eseguiti negli Stati Uniti, in Svezia, in Svizzera e in Gran Bretagna hanno mostrato percentuali simili e vengono riportate nella tabella successiva

Tabella I.5.3: Stime di prevalenza dei diversi livelli di comportamento anomalo nei giocatori d'azzardo. Serpelloni G., 2012

Autore	Anno	Paese	Prevalenza	Livello
Kallic	1979	Usa	0,7%	GA.PAT
National Researc Council	1999	Usa	0,9%	GA.PAT
Gerstein	1999	Usa	0,9%	GA.PAT
Volber	2001	Svezia	1,4%	GA.PRO
			0,6%	GA.PAT
Bondolfi	2000	Svizzera	2,2%	GA.PRO
			0,8%	GA.PAT
Sproston	2000	Gran Bretagna	0,7%	GA.PAT

GA.PRO = Gioco d'azzardo problematico; GA.PAT = Gioco d'azzardo patologico.

Sono state studiate, inoltre, le caratteristiche demografiche e familiari dei giocatori stabilendo che i giocatori a rischio/problematici sono più frequentemente maschi che femmine (66% verso 55%), con una condizione relazionale spesso di divorziati (10% verso 5%). Hanno alti livelli di stipendio e presentano almeno un parente con problemi di gioco d'azzardo (12,2% verso 4,4%). Presentano, inoltre, difficoltà nel gestire il denaro (28% verso 14%) e sono esposte ad una maggior rischio di indebitamento: esse, infatti, spendono più denaro di quello che hanno (11% verso 2%), risparmiano meno mensilmente (1% verso 13%), chiedono in prestito denaro alle agenzie finanziarie (28% verso 9%) o ad altre persone (18% verso 2%).

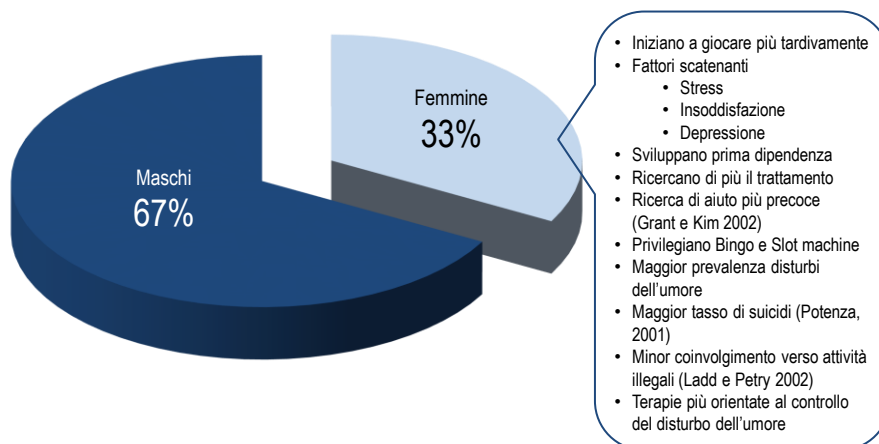
Il profilo e le caratteristiche distintive del giocatore d'azzardo problematico italiano adulto è caratterizzato dall'essere poligambling, cioè utilizza vari tipi di gioco d'azzardo, dedica molto tempo al gioco e gioca molto frequentemente spendendo grandi quantità di denaro.

La tabella successiva presenta i diversi profili del gioco d'azzardo patologico in base all'età.

Nei giovani peraltro si è registrata una diminuzione del ricorso a giochi informali e l'aumento del ricorso ai giochi commerciali (Druine 2009, Jackson 2008, Olason 2006, Olason 2006, Welte 2009). Nel gioco d'azzardo patologico, il rapporto maschi/femmine presenta differenze particolarmente rilevanti. In una casistica americana del 2001 (Welte 2001), il 67% dei giocatori era maschio, il 33% erano femmine.

Il sesso femminile inizia a giocare più tardi: i fattori scatenanti spesso sono lo stress, l'insoddisfazione, la depressione. Le femmine sviluppano di solito la dipendenza più precocemente e ricercano il trattamento in maniera maggiore e in anticipo rispetto ai maschi. Privilegiano il gioco del bingo e le slot-machine; hanno una maggior prevalenza dei disturbi dell'umore e un maggior tasso di suicidi. Mostrano, infine, un minor coinvolgimento verso attività illegali.

Figura I.5.2: Gioco d'azzardo patologico: rapporto maschi/femmine e differenze di genere. Welte JB et al., 2001



Da alcuni autori (Rahman AS et al, 2012) è stata studiata la relazione tra età di iniziazione al gioco d'azzardo e il gambling patologico negli adolescenti, rilevando che le persone che in giovane età si avvicinano al gioco d'azzardo sono attivate principalmente da forme non strategiche di gambling, quali le lotterie istantanee (gratta e vinci) e le slot machine.

In uno studio sugli adolescenti è stata riscontrata una percentuale del 56% di non giocatori e di 40% di giocatori da almeno 6 mesi. Di questi, il 32% erano giocatori d'azzardo occasionali con frequenza delle giocate mensile o inferiore e il 12% erano giocatori d'azzardo con alta frequenza di gioco (Raisamo S et al, 2012).

Secondo il Ministero della Salute (2012), il 71% della popolazione italiana percepisce come rischioso il gioco d'azzardo, ma solo il 60% disapprova i giochi in cui si vincono e perdono soldi. Eseguendo un'analisi simile, stratificando all'interno delle due categorie dei giocatori e dei non giocatori, è emerso che il 61% dei giocatori percepisce rischioso giocare d'azzardo e il 42% lo disapprova. In maniera diversa, invece, tra i non giocatori, l'80% ritiene rischioso tale comportamento e il 74% lo disapprova. Pertanto, più aumenta la percezione del rischio e più aumenta la disapprovazione per tale tipo di gioco e questo è coerente con l'espressione di un minor comportamento di gioco (Ministero della Salute – CCM, Dipendenze comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi – Regione Piemonte, 2012).

I.5.3 Le indagini GPS-DPA 2012 e SPS-DPA 2013

Dall'indagine condotta nel corso del 2012 all'interno della popolazione generale, con casistica aggiornata a 18898 interviste, è possibile evidenziare per le diverse tipologie di gioco considerate la frequenza delle giocate negli ultimi 12 mesi.

GPS-DPA 2012
e gioco
d'azzardo

Tabella I.5.4: Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012.

Giochi	mai	1-2 volte	3-10 volte	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	tutti i giorni o quasi
Gratta e vinci	45,8	29,4	15,5	6,9	2,1	0,3
Lotto	53,4	22,6	12,9	5,8	5,2	0,0
Totocalcio	69,9	19,3	6,8	2,4	1,6	0,0

continua

continua

Giochi	mai	1-2 volte	3-10 volte	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	tutti i giorni o quasi
Video-poker	90,9	3,7	2,2	1,4	1,5	0,2
Bingo	90,9	5,7	2,6	0,5	0,3	0,1
Scommesse sportive	91,8	5,2	2,2	0,5	0,4	0,0
Giochi al casinò	93,3	5,2	1,1	0,3	0,1	0,0
Giochi di carte con denaro in palio	95,4	3,8	0,7	0,1	0,0	0,0
Giochi on-line con denaro in palio	97,0	1,5	0,7	0,4	0,2	0,1
Scommesse ippiche	98,1	0,9	0,5	0,2	0,1	0,1
Superenalotto	98,8	0,8	0,2	0,1	0,1	0,0

Fonte: GPS – DPA 2012

I gratta e vinci rappresentano i giochi più frequentemente praticati, seguiti da lotto e totocalcio, mentre le altre tipologie sono state praticate da meno del 10% degli intervistati, che comunque potevano segnalare più di un gioco; infatti, per il 9,0% del campione si riporta almeno un gioco tutti i giorni o quasi. Questo evidenzia come l'attitudine al gioco non dipenda in modo stretto dalla tipologia di gioco ma dal poter giocare e tale osservazione è resa evidente nel caso del gioco del lotto che, pur non avendo estrazioni quotidiane, mostra un valore pari al 5,2% nella frequenza 1-2 volte a settimana. È quindi verosimile che questi soggetti nelle giornate in cui non è prevista l'estrazione della lotteria si dedichino ad altre tipologie di giochi.

Oltre la metà dei maschi e delle femmine hanno giocato almeno una volta negli ultimi 12 mesi con qualche differenza all'interno delle tipologie di giochi praticati con una maggior propensione dei maschi verso la partecipazione a più tipologie.

Tabella I.5.5: Distribuzione della frequenza di gioco secondo la tipologia di intrattenimento e genere nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012.

Giochi	Maschi	Femmine
Gratta e vinci	54,1%	54,3%
Scommesse sportive	16,5%	2,8%
Video-poker	5,1%	1,3%
Bingo	7,0%	6,5%
Scommesse ippiche	1,9%	0,6%
Giochi on-line con denaro in palio	3,2%	0,8%
Giochi al casinò	5,8%	3,5%
Giochi di carte con denaro in palio	11,5%	7,0%
Superenalotto	52,6%	41,5%
Lotto	29,5%	30,6%
Totocalcio	11,7%	5,1%

Fonte: GPS – DPA 2012

Un dato di particolare interesse mostra una stretta associazione tra frequenza del gioco d'azzardo e uso di sostanze. Infatti, tra i soggetti non hanno dichiarato di aver giocato nell'ultimo anno la prevalenza di uso di sostanze è pari al 3,3%, mentre nei soggetti con frequenze di gioco maggiori la prevalenza di soggetti con uso di sostanze aumenta.

Figura I.5.3: Prevalenza % Consumatori ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012



Fonte: GPS – DPA 2012

L'indagine sulla popolazione studentesca, svolta nei primi mesi del 2013, ha consentito la raccolta di informazioni sulla pratica del gioco d'azzardo nei 12 mesi precedenti di ragazzi di età compresa tra 15 e 19 anni.

Il questionario compilato on-line era costituito anche da strumenti specifici di orientamento diagnostico per il gambling (SOGS-RA e LIE/BET) con i quali è stato possibile definire l'entità dei soggetti interessati dal fenomeno e il grado di coinvolgimento.

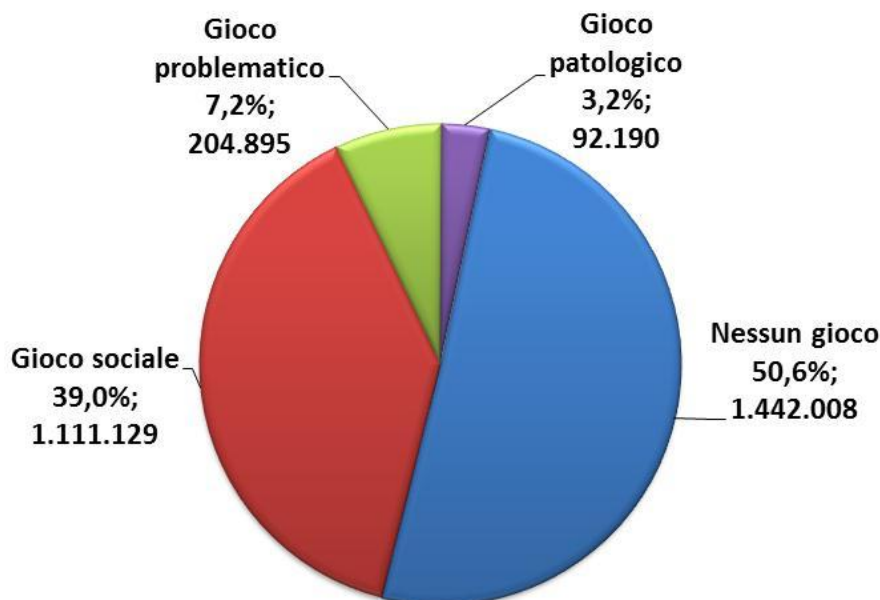
Secondo il SOGS-RA una condizione di gioco problematico è rilevata nel 7,2% dei casi, mentre il 3,2% dei casi presenta un gioco patologico. Un ulteriore 39,0% è rappresentato da gioco sociale.

I soggetti di genere maschile hanno una prevalenza di gioco nettamente superiore rispetto a quelli di genere femminile (59,2% vs. 37,1%).

SPS-DPA 2013
e gioco
d'azzardo

Questionario
SOGS-RA

Figura I.5.4: Questionario SOGS-RA nella popolazione studentesca 15 – 19 anni. Anno 2013.

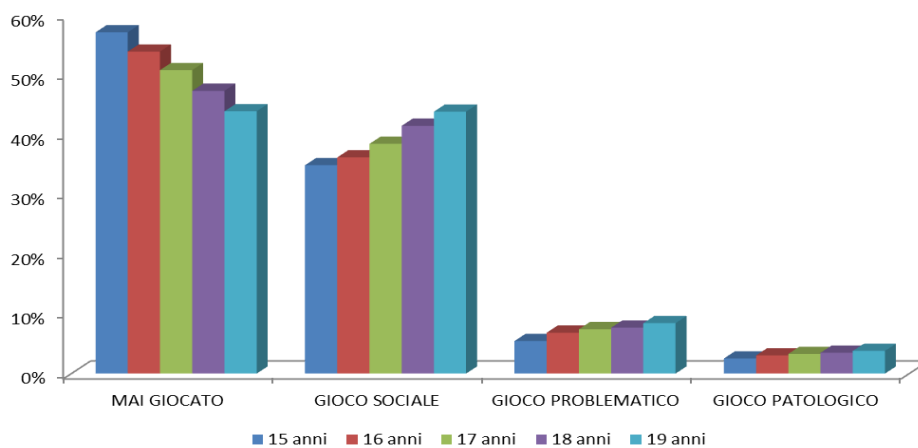


Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Circa la metà dei casi complessivi ha quindi riportato di aver giocato negli ultimi 12 mesi, con differenze notevoli tra maschi e femmine (60,6% vs. 38,1%); la pratica del gioco d'azzardo nei soggetti di genere maschile ha quindi una frequenza complessiva quasi doppia. Osservando in dettaglio il grado di coinvolgimento nel gioco per i maschi sia hanno percentuali di gioco problematico pari al 12,2 mentre il gioco patologico è stato rilevato nel 5,6% dei casi (nelle femmine questi valori sono rispettivamente 2,1% e 0,8%)

Anche l'età anagrafica rappresenta un elemento direttamente correlato alla pratica del gioco d'azzardo in quanto la pratica e le condizioni del gioco aumentano con l'età.

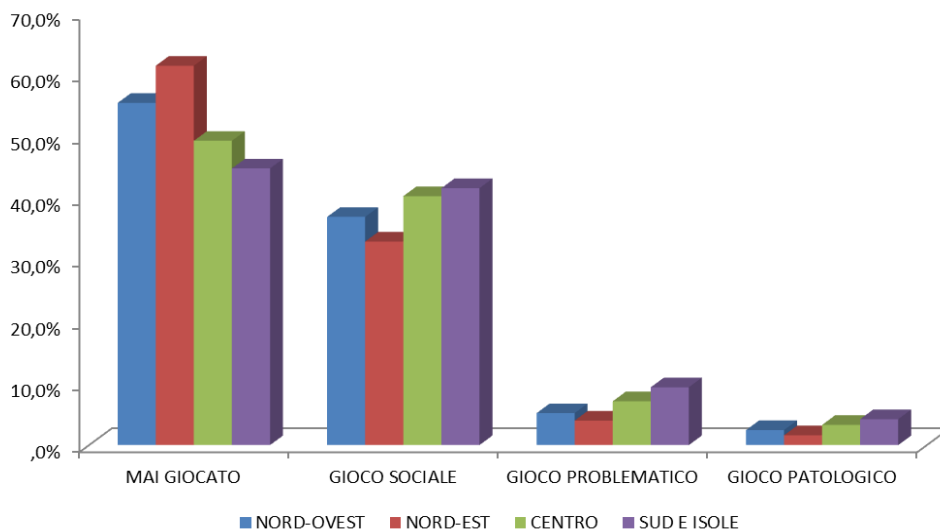
Figura I.5.5: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per età. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione geografica mostra una maggior presenza di pratica e condizioni di gioco al centro e al sud.

Figura I.5.6: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per area geografica. Anno 2013

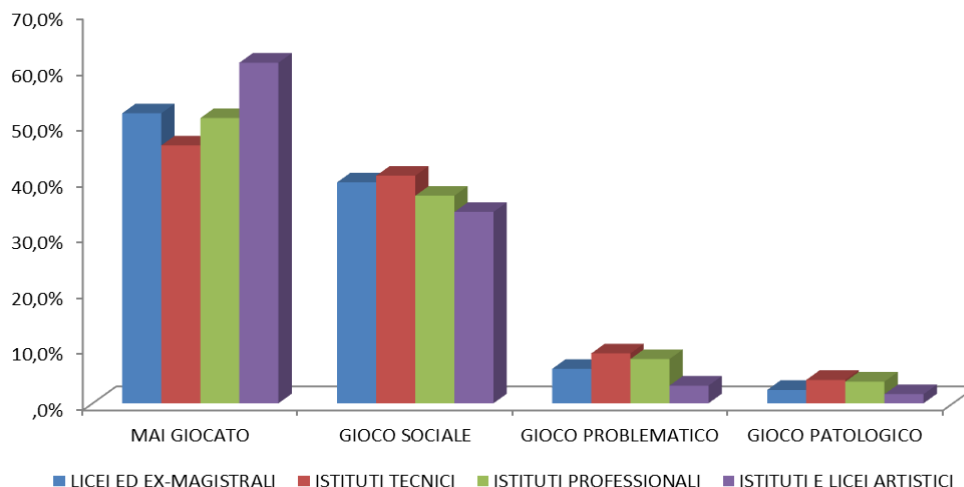


Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Anche la tipologia di istituto scolastica presenta differenze nella prevalenza di pratica del gioco d'azzardo: negli istituti e licei artistici il 61% degli intervistati non

ha giocato negli ultimi 12 mesi, mentre, per contro, il 4% degli studenti degli istituti tecnici e professionali hanno già sviluppato un gioco problematico

Figura I.5.7: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per tipo di istituto. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Anche il questionario LIE/BET consente di identificare la presenza di una problematica relativamente al gioco d'azzardo ma non permette una precisa classificazione in gioco problematico e gioco patologico: questo test tende pertanto ad esprimere una condizione di rischio.

Questionario
LIE/BET

Il questionario è costituito da due domande (hai mai sentito l'impulso di giocare somme di denaro sempre maggiori? Ti sei sentito di dover tenere nascosta l'entità del tuo giocare a quelli che ti stanno vicino?) e la risposta affermativa a solo uno dei due quesiti consente uno screening tra assenza o presenza di rischio nello sviluppo di un gioco problematico.

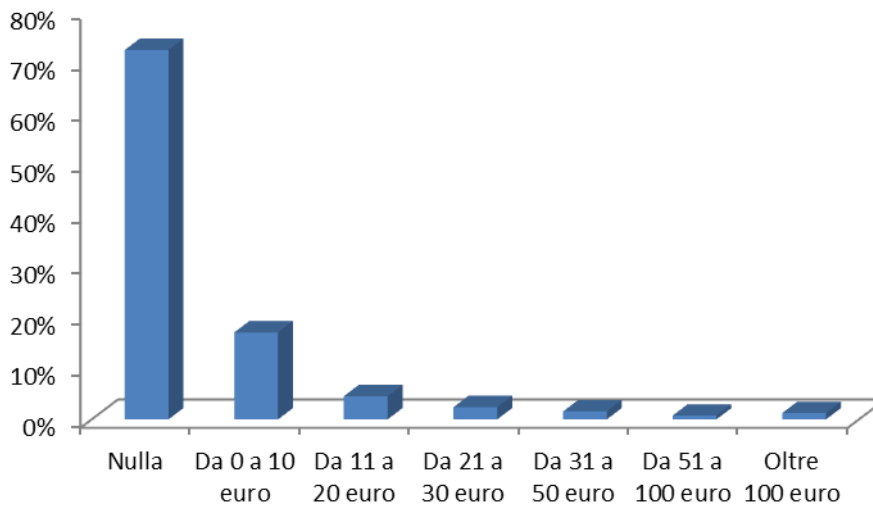
L'indagine SPS-DPA 2013 ha evidenziato che nel 13% dei casi si è ottenuta almeno una risposta affermativa, e questo dato è in leggero calo rispetto a quello rilevato l'anno precedente (15,5%).

Anche in questo caso la prevalenza è maggiore nei maschi (19,0% vs. 7,0%) e aumenta con l'età passando da 10,7% nei quindicenni a 14,7% nei diciannovenni.

La distribuzione geografica del rischio di problematicità è coerente con quella rilevata con il SOGS-RA (nord-ovest 10,5%, nord-est 8,8%, centro 12,4%, sud e isole 16,0%), come anche l'osservazione condotta tra le tipologie di istituti scolastici (licei ed ex-magistrali, 10,2%, istituti tecnici 15,3%, istituti professione 15,8%, istituti e licei artistici 9,6%)

Anche il dato economico sulla spesa mensile sostenuta per praticare il gioco d'azzardo riflette con coerenza quanto già osservato per i questionari SOGS-RA e LIE/BET relativamente al genere, all'età, l'area geografica e la tipologia di istituto, e comunque nella maggioranza dei casi è contenuta in 10 euro al mese.

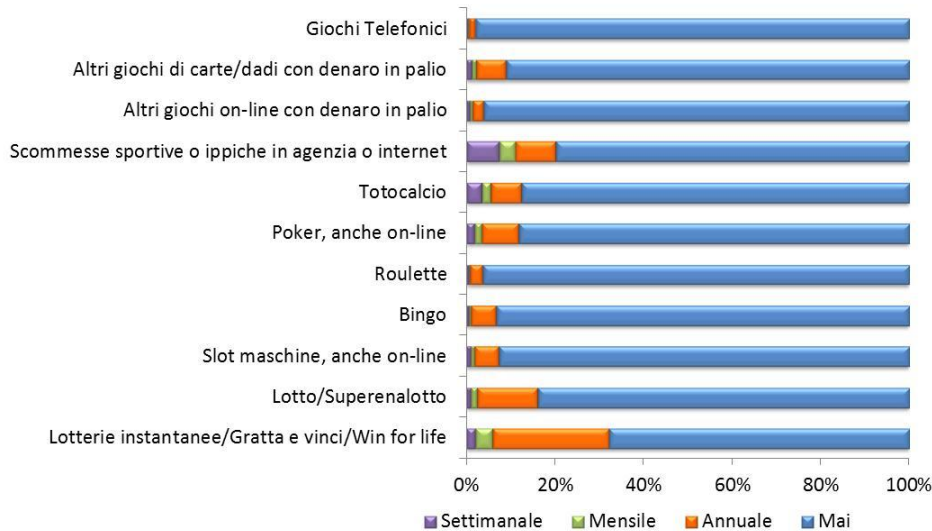
Figura I.5.8: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per spesa. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come già osservato nella popolazione adulta, le lotterie istantanee tipo gratta e vinci sono la tipologia di gioco più praticata, seguite da scommesse sportive in genere e spesso attraverso l'utilizzo di giochi on-line.

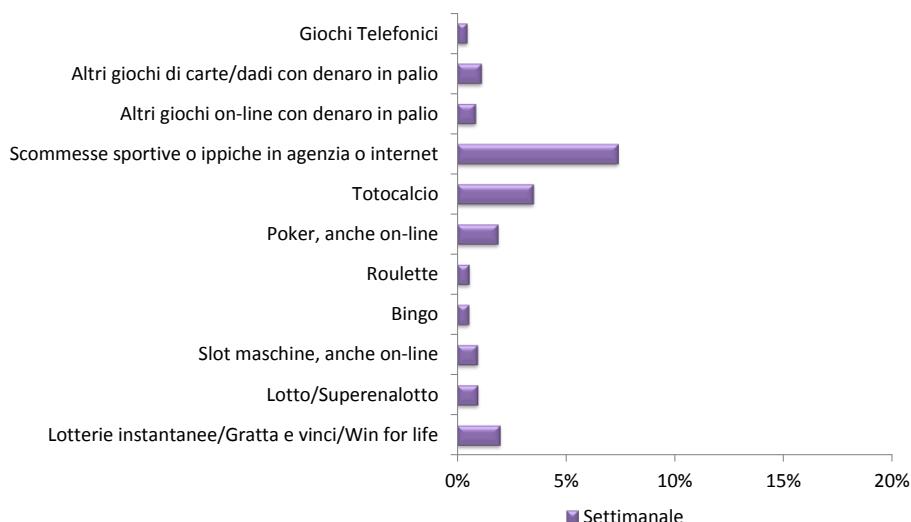
Figura I.5.9: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per frequenza di gioco. Anno 2013.



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Negli studenti la presenza di una frequenza di gioco almeno settimanale è prevalentemente a carico delle scommesse sportive con coinvolgimento che raggiunge l'8% degli intervistati.

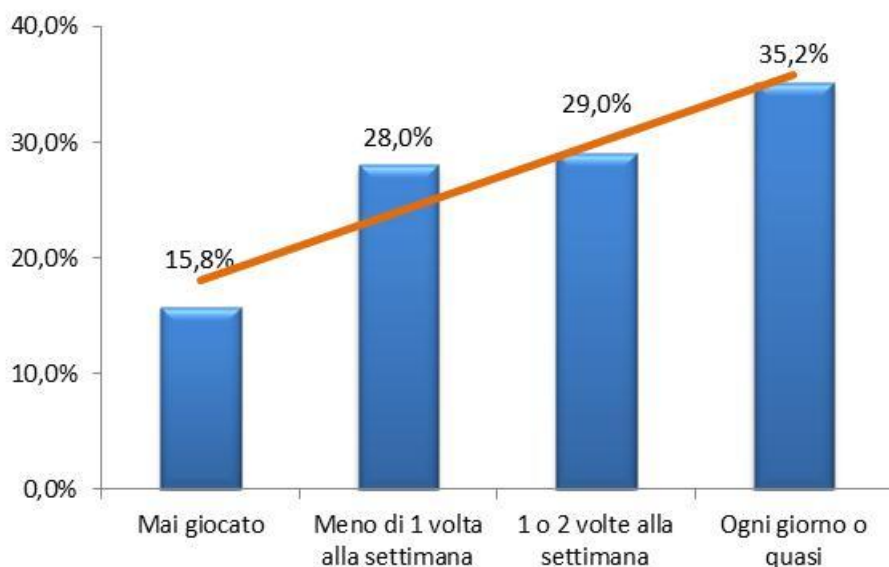
Figura I.5.10: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per frequenza di frequenza settimanale. Anno 2013.



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analogamente a quanto già osservato nella popolazione generale, anche negli studenti è presente negli ultimi 12 mesi una stretta correlazione tra frequenza del gioco e prevalenza di consumo di sostanze.

Figura I.5.11: Prevalenza % Consumatori ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione studentesca. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

La prevalenza di consumo di sostanze aumento in presenza di un maggior grado di coinvolgimento nel gioco d'azzardo: infatti, mentre negli studenti che non praticato alcun gioco negli ultimi 12 mesi la presenza di consumatori di sostanze è del 17,5%, in chi gioca in modo sociale il consumo di sostanze aumenta al 24,4%, raggiunge il 34,1% nel gruppo di giocatori problematici e arriva al 41,7% in presenza di gioco patologico.

I.5.3.1 Soggetti in trattamento in Italia nel 2012

Attraverso la rilevazione GAP-DPA è stato chiesto alle Regioni/PP.AA. di

La rilevazione GAP-DPA

trasmettere dati riepilogativi sui soggetti affetti da gambling patologico e sottoposti a trattamento presso le proprie strutture di cura. Emilia Romagna e Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Marche, Lazio e Molise non hanno trasmesso i dati in quanto tale flusso era opzionale e non obbligatorio o per l'assenza di un sistema di rilevazione specifico avviato.

Le rilevazioni disponibili danno informazioni indicative sull'entità di un fenomeno emergente e probabilmente in fase di evoluzione.

Nel 2011, limitatamente alle Regioni/PP.AA. che hanno trasmesso i dati, sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 5.138 soggetti, di cui 82% maschi. Come già osservato con la rilevazione del 2011, in circa la metà dei casi si è trattato di soggetti che per la prima volta accedevano al trattamento.

4.687 soggetti in trattamento per gambling patologico

Tabella I.5.6: Soggetti sottoposti a trattamento per gambling patologico – Anno 2012

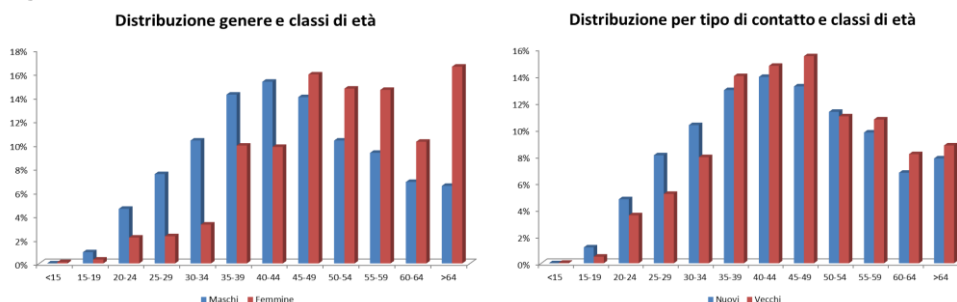
Genere	Nuovi	Già noti	Totale
Maschi	2.092	2.149	4.241
Femmine	439	478	917
Totale	2.531	2.627	5.138

Rapporto M/F:
4,6

Fonte: flusso GAP-DPA

I maschi sono rappresentati da una popolazione più giovane rispetto a alle femmine, come i soggetti nuovi rispetto a quelli già noti (cioè già sottoposti a trattamento in passato rispetto al 2011).

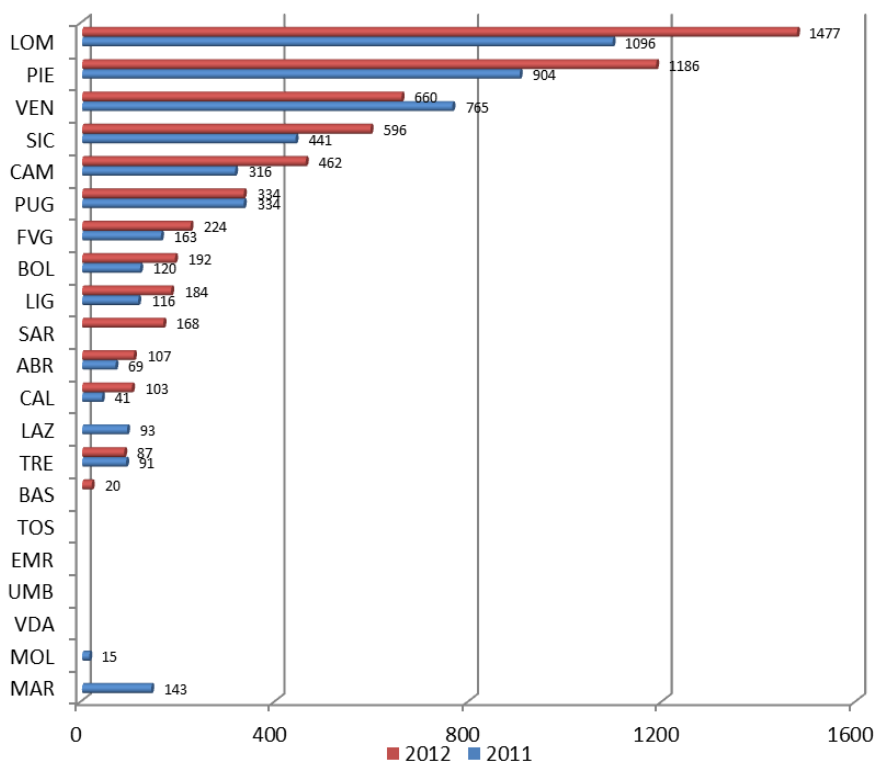
Figura I.5.12: Distribuzione dell'utenza trattata nel 2012



Fonte: flusso GAP-DPA

Per quanto mancante di alcune realtà regionali, la distribuzione assoluta per Regione/PP.AA. mostra una maggior rappresentazione dei soggetti trattati nel nord, dove è presente il 60% della popolazione assistita.

Figura I.5.13: Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA 2011-2012



In Lombardia il 23,4% dei soggetti trattati

Fonte: flusso GAP-DPA

Nonostante il dato mancante per alcune regioni si osserva una tendenziale crescita dei soggetti sottoposti a trattamento rispetto al 2011.

La maggior parte dei trattamenti è eseguita presso i SerT e tali percorsi di cura sono prevalentemente basati su colloqui, visite e psicoterapie.

Tabella I.5.7: Riepilogo delle prestazioni erogate per tipologia di sede.

Prestazioni erogate	Sede del trattamento						Totale Prestazioni
	Ser.T.	Struttura Socio-riabilitativa		Altra sede			
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Prestazioni	
Visite	1.827	6.125	10	46	13	145	6.316
Colloqui	2.845	27.503	18	431	18	71	28.005
Psicoterapie	1.269	11.313	10	277	9	151	11.741
Reinserimento	177	877	21	1.132	0	0	2.009
Somministrazione farmaci	316	2.643	2	25	0	0	2.668
Totale	4.862	45.874	63	1.911	53	376	48.161

Fonte: flusso GAP-DPA

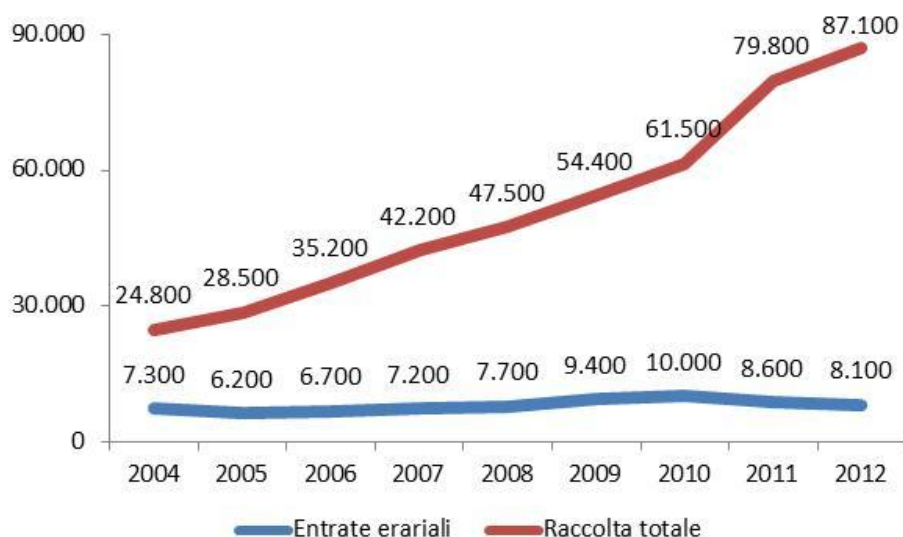
Rispetto al dato 2011, che riportava oltre 51.00 prestazioni, nel 2012 il numero complessivo delle prestazioni risulta inferiore nonostante si sia avuto un aumento dell'utenza; questo verosimilmente dipende dalla mancanza di un sistema informativo che consenta di registrare le attività erogate in modo standardizzato e tempestivo

I.5.4 Dati finanziari

L'andamento della raccolta derivata del gioco è in progressivo e continuo aumento grazie anche all'ingresso e diffusione nel mercato di nuove modalità di gioco che ampliano ulteriormente l'accesso alla pratica del gioco d'azzardo; in particolare risultano in netta crescita quelle tipologie caratterizzate dalla possibilità di vincita immediata, alta quota di payout e dalla accessibilità a distanza (internet, applicazioni per smartphone, ecc.)

Diffusione di nuove tipologie di gioco

Figura I.5.14: Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della raccolta totale e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004 - 2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

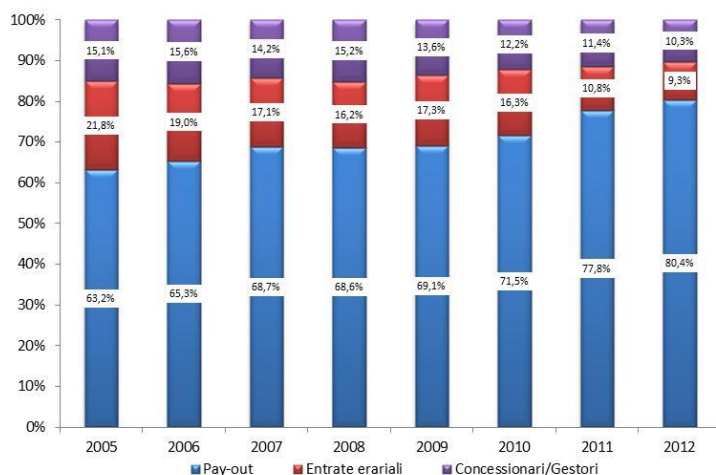
Rispetto al dato del 2004, nel 2012 la raccolta totale derivante dal gioco è aumentata del 251%, mentre nello stesso periodo di osservazione la quota erariale ha subito un incremento molto meno evidente pari all'11%.

Raccolta totale aumentata del 251%

La ripartizione delle entrate totali ha avuto un progressivo incremento nel pay-out, passando dal 62,2% del 2005 al 80,4% del 2012. In questo periodo la quota per l'erario si è ridotta dal 21,8% al 9,3% e quella per i gestori dal 15,1% al 10,3%.

Quota di payout aumentata dal 2005 al 2012

Figura I.5.15: Distribuzione percentuale delle entrate totali (2005-2011)

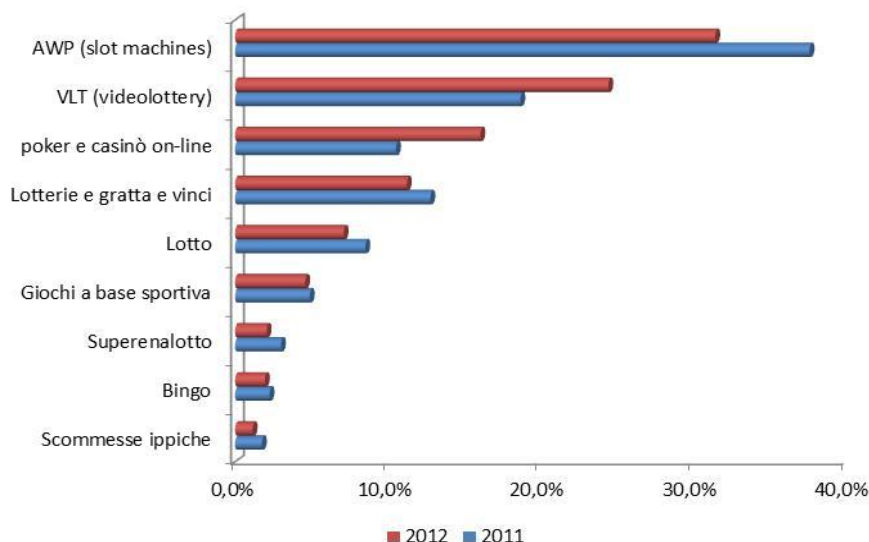


Elaborazioni DPA su fonte AAMS

Le tipologie di giochi più frequentemente praticati sono le slot-machines, le videolottery, poker e casinò on-line, e lotterie e, in particolare quelle istantanee (Gratta e Vinci). Rispetto al 2011, nel 2012 si è osservato un netto incremento delle videolottery e del poker e casinò on line.

In aumento videolottery e poker e casinò on-line

Figura I.5.16: Distribuzione percentuale raccolta totale per tipologia di giochi praticati – 2011-2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

La crescita di queste modalità di gioco sottoposte a un livello di tassazione più basso, associata alla corrispondente riduzione di giochi con percentuale di tassazione più alta; ha influito in modo notevole sul gettito erariale per lo Stato.

Riduzione della quota erariale

Tabella I.5.8: Ripartizione della raccolta totale 2012 – valori assoluti in miliardi di euro e distribuzione percentuale del totale

	Entrate erariali	Payout	Concessionari	Raccolt a totale	Entrate erariali	Payout	Concessionari
AWP (slot machines)	3,2	20,7	3,5	27,4	11,7%	75,5%	12,8%
VLT (videolottery)	0,9	18,9	1,5	21,3	4,2%	88,7%	7,0%
Poker e casinò on-line	0,1	13,5	0,4	14,0	0,7%	96,4%	2,9%
Lotterie e gratta e vinci	1,6	7,0	1,2	9,8	16,3%	71,4%	12,2%
Lotto	1,1	4,1	1,0	6,2	17,7%	66,1%	16,1%
Giochi a base sportiva	0,2	3,3	0,5	4,0	5,0%	82,5%	12,5%
Superenalotto	0,8	0,7	0,3	1,8	44,4%	38,9%	16,7%
Bingo	0,2	1,2	0,3	1,7	11,8%	70,6%	17,6%
Scommesse ippiche	0,1	0,7	0,3	1,0	5,0%	70,0%	25,0%
Totale	8,2	70,1	9,0	87,2	9,3%	80,4%	10,3%

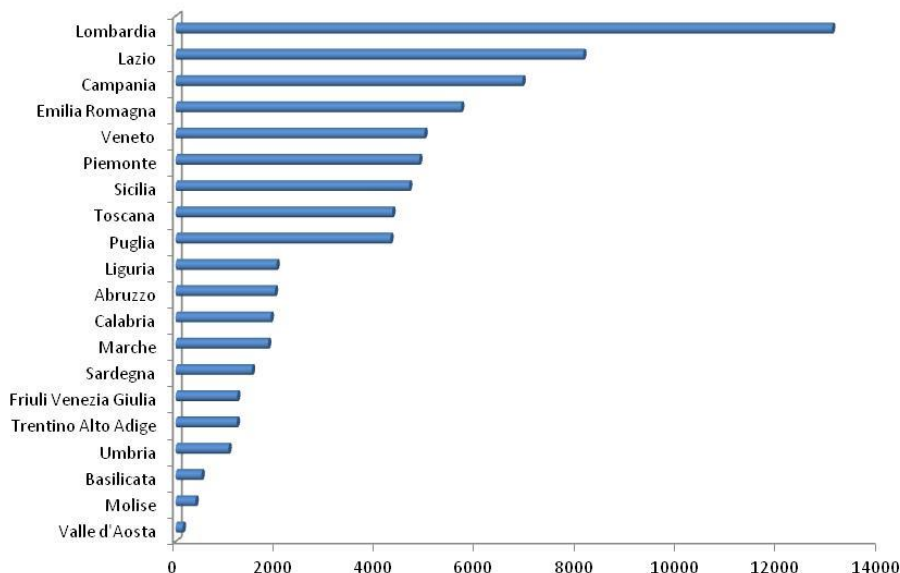
Elaborazioni DPA su fonte AAMS

La percentuale di entrata erariale varia da un minimo pari allo 0,7% per il poker e casinò on-line a un massimo del 44,4% del superenalotto, mentre la quota di payout è compresa tra un minimo del 38,9% (superenalotto e un massimo del 96,4% (poker e casinò on-line). Per i concessionari la quota percentuale varia dal 2,9 (poker e casinò on-line) al 25% (scommesse ippiche). Considerando la crescita già

commentata di alcune tipologie di giochi si osserva che queste corrispondono a quello con più alta percentuale di payout.

La spesa regionale, disponibile fino al mese di ottobre 2012, evidenzia una distribuzione che vede ai primi posti Lombardia, Lazio, Campania, Emilia Romagna e Veneto; queste cinque regioni coprono il 55% della spesa nazionale.

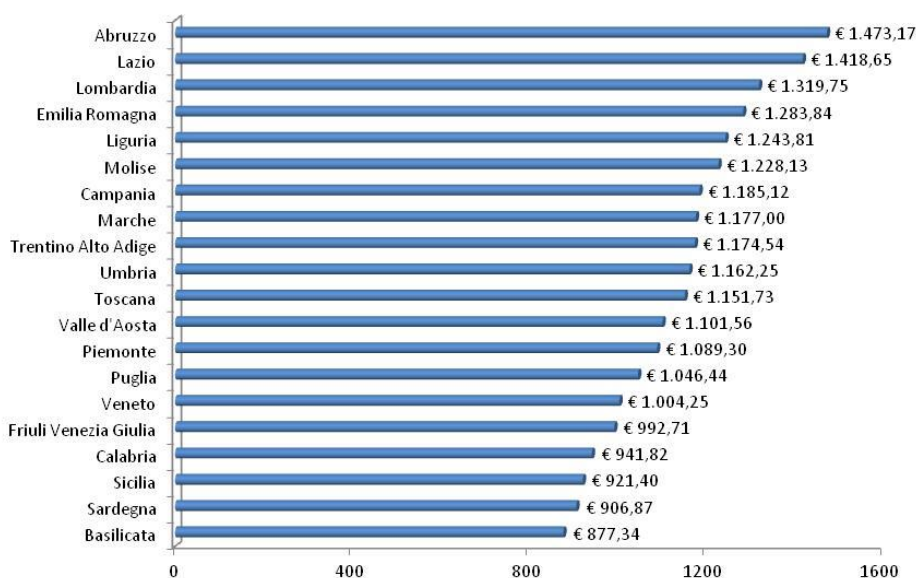
Figura I.5.17: Spesa regionale a ottobre 2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

Rapportando la spesa alla popolazione residente si ottiene la spesa pro-capite per regione che riporta l'Abruzzo come regione con il valore più alto, seguita da Lazio e Lombardia.

Figura I.5.18: Spesa regionale pro-capite a ottobre 2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

I.5.5. Conclusioni

La disamina della situazione complessiva ha portato a evidenziare una serie di attuali problemi aperti nei confronti dei quali si rendono necessarie azioni specifiche sostenute da evidenze scientifiche.

1. Mancanza di dati epidemiologici nazionali validi per potere:

- stimare correttamente la prevalenza delle varie tipologie di persone coinvolte;
- stimare le risorse necessarie (previa definizione anche dell'organizzazione necessaria e delle modalità di intervento).

2. Pubblicità troppo invadente e persuasiva che incentiva il gioco d'azzardo colpendo soprattutto le persone più vulnerabili con messaggi ingannevoli e disvaloriali.

3. Necessità di applicazione diffusa delle linee di indirizzo tecnico scientifiche (Manuale DPA) e di attuare un efficiente coordinamento nazionale per poter attivare efficaci interventi di prevenzione, cura e riabilitazione (grande eterogeneità e frammentazione degli interventi).

4. Impossibilità di definire LEA in assenza di evidenze scientifiche chiare e analisi dei costi assistenziali al fine di finanziare attività sostenibili ed organizzazioni con alta probabilità di successo.

5. Mancanza di regolamentazione più stringente sul marketing, pubblicità e sull'apertura e controllo dei punti gioco.

Qui di seguito viene riportata la sintesi delle raccomandazioni “evidence-based oriented” e delle proposte (tratto dalla relazione svolta dal Prof. Giovanni Serpelloni in Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati nell'ambito dell'indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo - 4 aprile 2012).

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	Specifiche ed azioni raccomandate
<p>1. Persone su cui concentrare l'attenzione (Jacobs 1989, Rosenthal 1992, Gambino 1993, Petry e Casarella 1999, Ibanez 2002, Goldstein 2004, Crockford 2005, Pallanti 2006, Marazziti 2008, De Ruiter 2009, Clark 2009, Goudrian 2009, SF Miedl 2010, Takahashi e Neuroshi 2010, Goudriaan 2010, Buhler 2010, Hewig 2010, Joutsa 2011, Winstanley 2011, Martini 2011, Joutsa et al. 2011, Pinhas 2011, Sescousse submitted)</p>	<p>1.1 tipologie prevalenti Persone giovani vulnerabili con presenza di disturbi comportamentali e temperamenti “novelty seeking” (propensione al rischio) Persone con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico. Persone giovani con disturbi del controllo dell'impulsività Persone che hanno false e distorte credenze sulla fortuna e la reale possibilità di vincita al gioco d'azzardo Persone anziane con carenti attività ricreative e socializzanti (antioia) Persone con familiarità di Gioco d'Azzardo Patologico Persone prevalentemente si sesso maschile (70%) rispetto a quelle di sesso femminile (30%) Persone divorziate Persone con familiarità per gioco d'azzardo patologico</p> <p>1.2 Nota importante: Ad oggi le evidenze scientifiche hanno dimostrato che se queste persone sono sottoposte a stimoli pubblicitari continuativi e fortemente proporzionali, aumenta la loro probabilità di sviluppare una malattia cronica (con tutte le conseguenze correlate). Alla luce di questa consapevolezza, che non può più essere sottovalutata e non tenuta in forte considerazione, questo può comportare e connotare quindi una responsabilità diretta in chi utilizza forti stimoli pubblicitari per promuovere il gioco d'azzardo in quanto ormai è chiaro che esso può essere fonte di malattia, disabilità fisica, psichica e sociale non che rischio suicidario. Non è da escludere che in futuro gruppi di cittadini colpiti da questa patologia, possano intraprendere azioni di tutela e richiesta di risarcimento dei danni subiti, proprio in virtù del proprio stato di vulnerabilità neuro-psichica, mediante operazioni di “class action”.</p>

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	Specifiche ed azioni raccomandate
2. Pubblicità e marketing (Paternak e Fleming 1999; Ladouceur et al. 1999, Volberg 2000, Mitika 2001; Sibbald 2001; Volberg 2002, Shaffer 2002, Korn 2005, Monaghan 2008, Binde 2009, Dyal 2009, Friend 2009, McMullan 2009, Gavriel Derevensky 2010, Fried B 2010, Binde 2010, McMullan 2010, Livingstone 2011 B, Lamont 2011, Planinac 2011, Sklar 2010)	<p>2.1 La pubblicità del gioco d'azzardo è in grado di influenzare fortemente le persone vulnerabili a spendere forti somme per giocare.</p> <p>2.2 Ridurre fortemente l'impatto pubblicitario mediatico indiscriminato e incontrollato evitando la diffusione ambientale generalizzata e il possibile raggiungimento di target inconsapevoli e particolarmente sensibili (effetto protettivo delle fasce giovanili-adolescenziali ed anziane) durante tutte le ore del giorno e della notte.</p> <p>2.3 Non utilizzare o restringere fortemente e regolamentare la pubblicità dei giochi d'azzardo in ambiente esterno e via mediatica (tv, radio, internet, giornali, ecc.) al pari di quella del fumo di tabacco, evitando di far diventare un valore sociale e di costume i comportamenti d'azzardo.</p> <p>2.4 Pubblicizzare in maniera esplicita ed obbligatoriamente per tutti i vari giochi le reali possibilità di vincita (effetto cognitivo positivo sulle persone vulnerabili) ma anche di perdita.</p> <p>2.5 Vietare e sanzionare la pubblicità ingannevole e non veritiera (diretta o indiretta) relativamente alle probabilità di vincita (effetto deterrente).</p> <p>2.6 Permettere solo la pubblicità semplice dei locali senza slogan o immagini incentivanti (direttamente o indirettamente) il gioco d'azzardo. Anche pubblicità interna alle sale da gioco deve rispettare il criterio veridicità e non essere ingannevole sulla probabilità di vincita.</p> <p>2.7 Per promuovere il gioco d'azzardo non utilizzare testimonial "famosi, autorevoli ed accreditati" presso il grande pubblico per le loro attività artistiche o sportive. Questa forma di pubblicità è particolarmente attrattiva per le persone vulnerabili e soprattutto per i giovani.</p> <p>2.8 Non permettere il posizionamento sul territorio di distributori automatici non controllabili esempio di gratta e vinci (non verificabile l'accesso dei minorenni).</p> <p>2.9 Definire criteri di pubblicizzazione dei locali e non del gioco evitando l'associazione con messaggi emozionali che evocano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sesso • consumo di alcol o tabacco • "vacanze perenni" grazie alle vincite • "futuro migliore/felicità alla portata" con una semplice giocata • "rivincite sociali e personali" tramite la vincita al gioco • "soluzioni di problemi economici, es. il mutuo della casa, tramite il gioco d'azzardo" • "emulazione di personaggi famosi e ricchi che sostengono il gioco d'azzardo" • ecc. <p>2.10 Nelle varie pubblicità è necessario che si dichiarino sempre che il gioco d'azzardo può creare dipendenza e generare una serie di effetti collaterali (al pari di quanto dichiarato per i farmaci) sulle condizioni di salute mentale, fisica e sociale (depressione, stress, ipertensione, debiti, insuccessi, problemi legali, perdita della credibilità personale, conflitti famigliari, usura, ecc.).</p> <p>2.11 Evitare di porre vincite (es. gratta e vinci) di basso valore monetario ma molto diffuse e probabili (incentivi impropri a continuare a giocare) per tentare vincite maggiori ma molto più improbabili.</p>
3. Prevenzione (Clark et al., 2009, McComb 2010, Blinn-Pike 2010, Grant 2010, Shead 2010, Shaffer 2010, Potenza 2011, Ariyabuddhiphongs 2011, Slutske 2012, Rahman 2012, Todirita 2012, Jimenez-Murcia 2012, Caillon 2012, Larimer 2012, Khazaal 2012)	<p>3.1 Concentrare l'attenzione della regolamentazione sulle slot-machine e il gioco on line (alta prevalenza di utilizzo e di sviluppo di dipendenza) per ridurre la diffusione e l'accessibilità.</p> <p>3.2 Controllare attivamente e non permettere l'accesso ai minori e ai soggetti vulnerabili a qualsiasi forma di gioco d'azzardo (per i minori il divieto è stato già previsto dalla Legge finanziaria 2011). Si può utilizzare anche un controllo elettronico della tessera sanitaria da parte delle slot-machine che permette una verifica dell'età.</p>

continua

continua

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	Specifiche ed azioni raccomandate
	<p>3.3. Regolamentazioni ambientali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridurre il numero di sedi sul territorio dove poter giocare d'azzardo per ridurre la probabilità e la facilità di accesso. • Dislocarle sempre lontano da scuole o punti di raduno giovanile • Evitare la diffusione generalizzata delle slot-machine (solo nei punti gioco) • Aumentare il costo delle giocate <p>3.4. Attivare campagne di prevenzione per fornire presso le scuole e i genitori messaggi precoci per gli adolescenti e i giovani (inizio più efficace da 6 – 8 anni con linguaggio idoneo) su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segni e sintomi “sentinella” di esistenza del problema • Modalità per affrontare precocemente il problema • Rischio per la salute mentale, fisica e sociale • Consapevolezza delle vere probabilità di vincita • Info sui servizi cui rivolgersi in caso di problemi già esistenti (per giovani con più di 15 anni) <p>3.5. Attivare di prevenzione selettiva orientate alla diagnosi precoce dei fattori di rischio in giovanissima età (disturbi comportamentali, del controllo degli impulsi, della gratificazione e motivazione ecc.) e dei comportamenti di gioco problematico.</p> <p>3.6. Campagne informative per i genitori e gli insegnanti affinché tengano monitorati i figli anche relativamente alle proprie spese sia per la parte “cash” che per la parte tramite carte di credito (gioco in internet).</p> <p>3.7. Stampa sui supporti cartacei ed elettronici di tutte le forme di gioco d'azzardo delle reali probabilità di vincita e dell'elenco dei possibili effetti collaterali (al pari delle sigarette).</p> <p>3.8. Prevedere campagne specifiche per gli anziani da divulgare nei luoghi di ritrovo frequente.</p> <p>3.9. Le campagne pubblicitarie del cosiddetto “gioco responsabile o consapevole” non si sono dimostrate efficaci.</p>
<p>4. Cura e Riabilitazione</p> <p>(McConaghy 1983, Gaboury e Ladouceur 1989; Dickerson 1990, McConaghy 1991, Griffiths 1994; Echeburua 1996, Ladouceur e Dubé 1997, Sylvain 1997, Echeburua et al. 2000, 2001, Hodgins 2001, Ladouceur 2001, Petry 2001, Toneatto 2002, Ladouceur 2002, Grant 2003, Hollander 2005, Emshoff 2007 review GSU, Saatcioglu 2007, Pallasen 2007, Dowling IJBCT 2007, Marazziti 2008, Grant e Potenza 2010, Stea 2010, Mutschler 2010, Muller 2011, Martini 2011)</p>	<p>4.1 Definire ed applicare per la cura del Gioco d'azzardo patologico i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) prevedendo però i seguenti requisiti minimi per l'erogazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazioni diagnostiche per stabilire se la persona è effettivamente affetta da Gioco d'azzardo Patologico o Problematico, attraverso strumenti scientificamente validati e comuni (vedi linee guida nazionali DPA); • utilizzo di terapie cognitivo-comportamentali e di gruppo o di auto/mutuo aiuto, counseling di rinforzo motivazionale (che si sono dimostrate scientificamente efficaci); • valutazione e cura contestuale (se necessario) delle comorbilità spesso associate (uso di sostanze stupefacenti/tossicodipendenza, abuso di alcol/alcolodipendenza, disturbi d'ansia, depressione, disturbi della personalità, altri disturbi degli impulsi – violenza familiare); • utilizzo di terapie farmacologiche con estrema cautela (i farmaci antidepressivi non dovrebbero essere usati per ridurre la gravità della patologia da gioco in pazienti affetti solo da questa patologia); <p>4.2 Nel tempo necessario per l'acquisizione e la messa in esercizio dei LEA, attivare progetti specifici, in collaborazione con le regioni, per poter fronteggiare temporaneamente la domanda di trattamento e supporto.</p> <p>4.3 Realizzare e diffondere Linee di indirizzo tecnico scientifiche per operatori dei servizi e per altri sanitari coinvolti (es. Medici di Medicina Generale e operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze).</p> <p>4.4 Attivare e mantenere help line telefoniche di orientamento e supporto psicologico di primo livello.</p>
<p>5. Organizzazione</p> <p>(autori vari – linee di indirizzo Dipartimenti delle Dipendenze DPA – PCM 2011, Thomas - Australian guideline 2011, Sanju 2011, Lee 2011)</p>	<p>5.1 Coinvolgimento dei Medici di medicina generale soprattutto nella fase di individuazione precoce delle persone con disturbi da Gioco d'azzardo problematico o Patologico.</p> <p>5.2 Strutture dedicate: Attivare accessi specifici per diagnosi e cura specialistiche e precoci presso i Dipartimenti delle Dipendenze attualmente esistenti se in grado di fornire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi con strumenti e tecniche validate • terapie cognitivo-comportamentali individuali o di gruppo, • colloqui motivazionali,

continua

continua

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	Specifiche ed azioni raccomandate
	<ul style="list-style-type: none"> • interventi psicologici specialistici • in associazione con interventi di 128uto aiuto. • Trattamenti farmacologici per le comorbilità associate Attivare collaborazioni con i DSM per i pazienti che hanno comorbilità psichiatrica (quota oscillante tra il 10% e il 40%).
6. Internet (Griffiths 2002, Park 2002, Griffiths 2010, Tsouvelas 2011, Hinić 2011, Khazaal 2012)	6.1 Incentivare il controllo dell'uso di internet da parte dei genitori. 6.2 Mantenere il controllo delle autorizzazioni dei siti di gioco d'azzardo 6.3 Impedire alle aziende con questi siti di inviare "spam" con messaggi pubblicitari. 6.4 Impedire i "pop up" di gioco d'azzardo su siti che non c'entrano nulla con il gioco e spesso dedicati a giovani. 6.5 Aprire linea di segnalazione presso FFOO come per siti pedopornografici per segnalare i siti non autorizzati. 6.6 Attivare studi e ricerche sulle modalità di controllo e prevenzione del gioco d'azzardo patologico mediante gioco on line.
7. Criminalità e Gioco d'Azzardo Patologico (Pastwa-Wojciechowska 2011)	7.1 I giocatori d'azzardo patologici in relazione ai debiti contratti cadono spesso vittime dell'usura per cui, vari studi hanno dimostrato che è utile e necessario prevedere una legislazione di tutela che attivi misure antiusura e contemporaneamente supporti e consulenze finanziarie e sulla gestione del denaro per questi pazienti e le loro famiglie.
8. Osservazione, monitoraggio e quantificazione scientifica del fenomeno (Griffiths 2009, Sassen 2011, Yip 2011, Thomas - Australian guideline 2011)	8.1 Attivare una specifica area di lavoro sul gambling all'interno del già esistente OSSERVATORIO NAZIONALE SULLE DIPENDENZE del DPA della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in collaborazione con il Ministero della salute e l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. 8.2 Utilizzare indagini epidemiologiche e flussi dati già esistenti (SPS, GPS) per avere dati rappresentativi e aggiornati della dimensione anche del fenomeno gambling. 8.3 Realizzare quindi indagini immediate e biennali in grado di fornire stime su campioni rappresentativi con una valutazione quantitativa su alcuni importanti indicatori standard: <ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza dei giocatori divisi per fasce di età • Prevalenza dei giocatori problematici • Prevalenza dei giocatori patologici • Quantità soldi giocati • N. delle persone in trattamento e cure erogate • N. locali di gioco • N. aziende italiane che gestiscono siti online • N. e tipi di siti attivi anche sul territorio italiano • Stima dei costi assistenziali, sociali e dei benefici derivanti dalle cure • N., tipo e esito dei trattamenti e delle azioni di prevenzione messe in atto dalle Regioni e Province Autonome • Altri indicatori utili per la comprensione del fenomeno e dei danni derivanti dal gioco d'azzardo. 8.4 Realizzare una specifica sessione sul gambling nel report annuale al Parlamento del DPA (Relazione al Parlamento sulle dipendenze). 8.5 Attivare presso il DPA un gruppo di lavoro tecnico scientifico sull'aggiornamento in tema di fattori di rischio, estensione, rilevazione, diagnosi e trattamento del Gioco d'azzardo Patologico e delle dipendenze comportamentali. 8.6 Attivare ricerche e collaborazioni scientifiche nel campo delle neuroscienze e delle terapie per comprendere meglio i meccanismi eziopatogenetici del gioco d'azzardo patologico e le migliori forme di intervento.

continua

continua

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	Specifiche ed azioni raccomandate
9. Sostenibilità	<p>9.1 Ipotesi: prevedere una quota fissa semestrale sulle entrate derivante dal gioco d'azzardo legale: ad esempio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1% sulle quote di pay out (vincite) -> euro 615 milioni • 0,5% sulle quote delle concessioni -> euro 50 milioni • nessuna % sulle quote erariali <p>9.2 Con la creazione di un fondo presso la PCM destinato ad attivare (in collaborazione con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, le regioni e le province autonome) specifici progetti di prevenzione, cura e riabilitazione a condizione che vengano adottate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • linee di indirizzo scientifiche nazionali • metodologie di valutazione e di trattamento "evidence base" • sistemi di valutazione degli esiti degli interventi e dei costi/benefici • Report periodici di attività e di risultato secondo standard nazionali fissati dal DPA. <p>9.3 Una volta consolidato e ed armonizzato il sistema di risposta sull'ambito nazionale, tali fondi potranno essere trasferiti direttamente alle regioni e province autonome in quota vincolata per l'utilizzo a tali scopi relativi al Gambling Patologico.</p>